

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

Katedra sociální práce



Diplomová práce

Anna Hašplová

Podpora neformálně pečujících o jejich
blízké v domácí paliativní péči

Support for informal caregivers taking
care of their loved ones in home
palliative care

Poděkování

S hlubokou úctou děkuji PhDr. Olze Havránkové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, věcné připomínky, dobré rady a vstřícnost při konzultacích k vypracování diplomové práce.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité zdroje a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15. května 2021

Bc. Anna Hašplová

.....

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá podporou neformálně pečujících o umírající blízké nebo blízké s život ohrožujícím onemocněním v domácím prostředí. Teoretická část práce pojednává o neformálně pečujících, kvalitě života neformálně pečujících, kvalitě života umírajících osob a osob s život ohrožujícím onemocněním, o smrti a fázích vyrovnávání se se smrtí. Dále se zabývá hospicovou a paliativní péčí, jejich formami, metodami a využitím. Praktická část je zaměřena na analýzu a vyhodnocení dotazníků vyplněných neformálně pečujícími osobami.

Cílem mé diplomové práce je poukázat na potřebu pomoci neformálně pečujícím o umírající blízké nebo blízké s život ohrožujícím onemocněním. V rámci praktické části své práce bylo mým cílem zmapovat nápomocné, ale i deficitní typy a způsoby podpory. Tyto výstupy pak mohou být podkladem pro zkvalitnění podpory a služeb pro neformálně pečující osoby pečující o blízkého v domácím prostředí.

Klíčová slova

Neformální péče, formální péče, hospicová péče, paliativní péče, kvalita života, smrt.

Abstract

The main topic of this diploma thesis is support of informal caregivers taking care for dying loved ones or loved ones with life-threatening illness in the home environment. The theoretical part is focused on informal carers, the quality of life of informal carers, the quality of life of dying people and quality of life of people with life-threatening diseases, death and the stages of coping with death. It also deals with hospice and palliative care, their forms, methods and uses. The practical part is focused on the analysis and evaluation of questionnaires filled out by informal carers.

The aim of my diploma thesis is to point out the need to help informally caring for dying loved ones or loved ones with life-threatening illnesses. Within the practical part of this thesis, it was intended to map helpful and, conversely, deficit types and ways of support. These outputs can then be the basis for improving the quality of support and services for informal carers caring for a loved one in the home environment.

Keywords

Informal care, formal care, hospice care, palliative care, quality of life, death.

OBSAH

| | |
|---|----|
| OBSAH | 6 |
| ÚVOD..... | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1. SMRT | 11 |
| 1.1. Definice smrti | 11 |
| 1.1.1. Právní hledisko smrti..... | 11 |
| 1.1.2. Příčiny smrti..... | 12 |
| 1.1.3. Pohledy na smrt z pohledu času a odlišných kultur | 14 |
| 1.2. Umělé usmrcení – Eutanázie..... | 24 |
| 1.2.1. Eutanázie aktivní a pasivní | 26 |
| 1.2.2. Eutanázie přímá a nepřímá | 27 |
| 1.2.3. Eutanázie dobrovolná a nedobrovolná | 27 |
| 1.2.4. Eutanázie a asistovaná sebevražda | 28 |
| 1.2.5. Legalizace eutanázie..... | 29 |
| 1.2.6. Eutanázie a legislativa | 29 |
| 2. PÉČE..... | 35 |
| 2.1. Formální péče..... | 35 |
| 2.2. Neformální péče..... | 35 |
| 2.3. Specifika péče o umírající..... | 36 |
| 2.4. Strach ze smrti..... | 36 |
| 2.5. Strach ze smrti blízkých lidí | 37 |
| 2.6. Psychologická péče o umírající..... | 37 |
| 2.7. Fáze umírání dle Elizabeth Kübler Rossové..... | 39 |
| 3. PALIATIVNÍ PÉČE | 41 |
| 3.1. Definice paliativní péče | 42 |
| 3.2. Obecná paliativní péče | 42 |
| 3.3. Specializovaná paliativní péče..... | 43 |
| 3.4. Paliativní péče v domácím prostředí..... | 43 |
| 4. KOMUNIKACE | 44 |
| 4.1. Verbální komunikace..... | 46 |
| 4.1.1. Paraverbální komunikace..... | 46 |
| 4.2. Neverbální komunikace..... | 47 |
| 4.3. Extraverbální komunikace..... | 49 |
| 4.4. Specifika práce a komunikace s umírajícími klienty a jejich pečujícími | 49 |
| 4.4.1. Specifika práce s klientem dle jednotlivých fází smíření se se smrtí..... | 50 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 5. | RODINA UMÍRAJÍCÍHO BLÍZKÉHO | 52 |
| 5.1. | Definice rodiny | 53 |
| 5.2. | Základní funkce rodiny | 53 |
| 5.2.1. | Typologie rodin | 54 |
| 6. | KVALITA ŽIVOTA | 55 |
| 6.1. | Model kvality života dle objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání..... | 56 |
| 6.2. | Vztah vnějších a vnitřních kvalit života | 56 |
| 6.3. | Kvalita života umírajících osob..... | 57 |
| 6.4. | Kvalita života neformálně pečujících osob..... | 57 |
| 6.5. | Model kvality života pečovatele..... | 58 |
| 7. | HODNOTY A POTŘEBY | 60 |
| 7.1. | Hodnoty a potřeby umírajících | 61 |
| 7.1.1. | Potřeby biologické..... | 61 |
| 7.1.2. | Potřeby psychologické | 62 |
| 7.1.3. | Potřeby sociální..... | 62 |
| 7.1.4. | Potřeby spirituální..... | 63 |
| 7.2. | Potřeby rodinných příslušníků pečujících o umírajícího blízkého | 63 |
| 7.2.1. | Syndrom vyhoření neformálně pečujících | 66 |
| 8. | DOPROVÁZENÍ PEČUJÍCÍCH | 74 |
| 8.1. | Psychologická péče o blízké osoby umírajícího z pohledu paliativní péče.... | 75 |
| 8.1.1. | Specifika psychologické péče o rodiče umírajících dětí | 75 |
| 8.2. | Psychologická péče o pozůstalé | 76 |
| 8.2.1. | Rituál rozloučení..... | 76 |
| 8.2.2. | Truchlení..... | 78 |
| | PRAKTICKÁ ČÁST | 80 |
| 9. | VÝZKUM..... | 80 |
| 9.1. | Stávající výzkumy | 80 |
| 9.2. | Metodologie výzkumu..... | 82 |
| 9.3. | Objekt výzkumu..... | 84 |
| 9.4. | Metody výzkumu..... | 84 |
| 9.5. | Výzkumné otázky | 85 |
| 9.6. | Výsledky výzkumu | 85 |
| 9.7. | Závěr výzkumu | 124 |
| 10. | DISKUZE | 126 |
| 11. | ZÁVĚR | 129 |
| 12. | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 130 |

| | | |
|------------------|---|-----|
| 12.1. | Základní literatura | 130 |
| 12.2. | Seznam základních internetových zdrojů..... | 136 |
| 12.3. | Seznam použitých zákonů | 137 |
| 12.4. | Seznam citované literatury | 138 |
| 12.5. | Seznam citovaných internetových zdrojů | 139 |
| 12.6. | Seznam citovaných zákonů | 139 |
| 13. | SEZNAM GRAFŮ | 139 |
| 14. | SEZNAM TABULEK | 140 |
| 15. | SEZNAM DIAGRAMŮ | 141 |
| 16. | SEZNAM PŘÍLOH..... | 141 |
| 17. | PŘÍLOHY..... | 142 |
| 17.1. | Příloha I – Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2010 až 2019..... | 142 |
| 17.2. | Příloha II – Neverbální komunikace | 171 |
| 17.3. | Příloha III – Dotazník | 175 |
| Poděkování:..... | | 179 |

SEZNAM ZKRATEK

ČLK – Česká lékařská komora

HCD – Human Centered Design (česky „design zaměřený na člověka“)

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

OSVČ – Osoba samostatně výdělečně činná

OZP – osoba se zdravotním postižením

USA – United States of America (česky Spojené státy americké)

ÚVOD

S cílovou skupinou neformálně pečujících pracuji jak na praktickém poli ve svém zaměstnání, tak se na ni soustřeďuji i v rámci svého studia (moje bakalářská práce byla věnována tématu Potřeba krizové intervence u neformálně pečujících o své blízké). Svoji diplomovou práci jsem se rozhodla zaměřit na specifický vzorek neformálně pečujících, a to na osoby starající se v domácím prostředí o blízké s život ohrožující nemocí nebo umírající blízké.

Práce se skládá ze dvou hlavních částí, z teoretické a praktické.

V teoretické části se soustřeďuji na pojem smrti, její vymezení, průběh zpracování přijetí vlastní smrtelnosti umírajícího i jeho blízkých. Rozebírám význam paliativní péče a její formy a přístupy. V dalších pasážích se zaměřuji na potřeby umírajícího a potřeby jeho rodiny. Hovořím o kvalitě života umírajících osob a jejich blízkých a o specifikách v komunikaci s těmito cílovými skupinami.

V praktické části využívám kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření, s cílem zjistit efektivní, a naopak chybějící formy podpory, které jsou pro pečující o blízké s život ohrožující nemocí nebo umírající blízké poskytovány. Objasňuji důvod výběru metody, definuji výzkumný vzorek a prezentuji výzkumné otázky, které v závěru práce předkládám a zodpovídám dle odpovědí od respondentů.

Volila jsem odbornou literaturu zaměřenou zejména na paliativní a hospicovou péči, na proces umírání, na kvalitu života a na neformální péči.

Citace odborné literatury jsem prováděla dle normy ISO 690 v harvardském stylu.

TEORETICKÁ ČÁST

1. SMRT

1.1. Definice smrti

Smrt, (latinsky exitus) je stav, kdy u člověka dojde k nenávratným změnám (poškození) v mozku a v jejich důsledku k selhání funkce a zániku center řídících krevní oběh a dýchání. (Hartl & Hartlová, 2010)

Z biologického hlediska se tedy jedná o zastavení životních funkcí v organismu spojené s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Rozlišujeme tedy smrt jako konečný stav organismu po ukončení života a umírání, které je postupným procesem vedoucím ke stavu smrti. Běžně se smrt užívá jako konečný stav celého organismu, můžeme se však setkat s pojmy „částečné“ smrti, například buněčná smrt či smrt sociální. Sociální smrt má dva významy. Jedním je pohled medicínský, který pojednává o stavu, kdy došlo k částečnému odumření vyšších funkcí mozku, zatímco nižší části řídící oběh a dýchání jsou zachovány nebo pak v sociálních vědách situace absolutní a náhlé sociální izolace. Dalším známým pojmem je smrt „dočasná“, kterou běžně veřejnost zná pod pojmem klinická smrt. (Hartl & Hartlová, 2010)

Dříve se pro diagnostiku smrti používali ukazatelé zástavy dechu a srdečního tepu. Jelikož se v současné době již ví, že tyto funkce jsou obnovitelné jsou ukazatelem smrti pouze v případě, kdy je lékař přesvědčen o nemožnosti obnovení těchto funkcí. Z toho důvodu se zavádí nový pojem do diagnózy smrti, a to smrt mozková (příznaky nevratného odumření mozkové tkáně). Jedná se o stav, kdy mozek nadobro odumře, přičemž srdce s pomocí léků a plíce za pomoci přístrojů ještě po nějakou dobu fungují. Nejedná se tedy o funkční poruchu vědomí (bezvědomí). Bezvědomí může být způsobeno poruchou centrálního mozkového systému a jedná se zpravidla o přechodný stav. Mozek při tomto stavu není odumřelý a jedinec se může z kómatu probít. (IKEM, © 2020)

1.1.1. Právní hledisko smrti

Česká legislativa definuje pojem „smrt“ pouze v rámci zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů (dále jen „transplantační zákon“), a to v ustanovení § 2 písm. e) jako nevratnou ztrátu funkce celého mozku, včetně mozkového

kmene. Dále pak z § 10 pojednávajícím o prokazování smrti vychází, že se může jednat i o nevratnou zástavu krevního oběhu.

§ 2 – Základní pojmy

Pro účely tohoto zákona se rozumí

e) smrtí nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene,

§ 10 – Přípustnost odběru od zemřelého dárce a náležitosti zjištění smrti

3) Smrt [§ 2 písm. e)] se zjišťuje prokázáním

a) nevratné zástavy krevního oběhu,

b) nevratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle (dále jen „smrt mozku“).

(Transplantační zákon, zákon č. 285/2002 Sb.)

Prohlášení za mrtvého

Česká legislativa rovněž připustí institut prohlášení za mrtvého, které spadá do nesporných soudních řízení. Tato možnost je v upravena (hmotněprávní úprava) v Novém občanském zákoníku (zákon č. 89/2012 Sb.) v oddílu 4 pod titulem – Domněnka smrti.

Na základě žádosti zejména příbuzných (na návrh osoby, která na tom má právní zájem) může být tímto způsobem prohlášen za mrtvého nezvěstný člověk, u něhož je pravděpodobné, že již nežije, ale nelze to prokázat.

Procesní pravidla jsou dána zákonem č. 292/2013 Sb. (Zákon o zvláštních řízeních soudních) oddílem 2 dílu 2 a to paragrafy § 54-58.

1.1.2. Příčiny smrti

Na základě dat z Českého statistického úřadu (statistika: Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2010 až 2019) můžeme dělit příčiny smrti do těchto základních kategorií (více viz. příloha č. I).

- Některé infekční a parazitární nemoci (A00-B99)
- Novotvary (C00-D48)
- Nemoci krve, krevtovorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity (D50-D89)
- Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (E00-E90)
- Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)

- Nemoci nervové soustavy (G00-G99)
- Nemoci oka a očních adnex (H00-H59)
- Nemoci ucha a bradavkového výběžku (H60-H95)
- Nemoci oběhové soustavy (I00-I99)
- Nemoci dýchací soustavy (J00-J99)
- Nemoci trávicí soustavy (K00-K93)
- Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00-L99)
- Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00-M99)
- Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00-N99)
- Těhotenství, porod a šestinedělí (O00-O99)
- Některé stavy vzniklé v perinatálním období (P00-P96)
- Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality (Q00-Q99)
- Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00-R99)
- Vnější příčiny poranění a otrav (V01-Y98)
- Dopravní nehody (V01-V99)
- Chodec zraněný při dopravní nehodě (V01-V09)
- Cyklista zraněný při dopravní nehodě (V10-V19)
- Jezdec na motocyklu zraněný při dopravní nehodě (V20-V29)
- Člen osádky tříkolového motorového vozidla zraněný při dopravní nehodě (V30-V39)
- Člen osádky osobního automobilu zraněný při dopravní nehodě (V40-V49)
- Člen osádky dodávkového nebo lehkého nákladního automobilu zraněný při dopravní nehodě (V50-V59)
- Člen osádky těžkého nákladního vozidla zraněný při dopravní nehodě (V60-V69)
- Člen osádky autobusu zraněný při dopravní nehodě (V70-V79)
- Jiné nehody při pozemní dopravě (V80-V89)
- Nehody při vodní dopravě (V90-V94)
- Nehody při dopravě vzduchem a vesmírným prostorem (V95-V97)
- Jiné a neurčené dopravní nehody (V98-V99)
- Jiné vnější příčiny náhodných poranění (W00-X59)
- Pády (W00-W19)
- Vystavení neživotným mechanickým silám (W20-W49)
- Vystavení životným mechanickým silám (W50-W64)
- Náhodné (u)tonutí a potopení (W65-W74)

- Jiná náhodná ohrožení dýchání (W75-W84)
- Vystavení elektrickému proudu, ozáření a extrémní okolní teplotě a tlaku vzduchu (W85-W99)
- Vystavení kouři, ohni, dýmu a plamenům (X00-X09)
- Kontakt s horkem a horkými látkami (X10-X19)
- Kontakt s jedovatými živočichy a rostlinami (X20-X29)
- Vystavení přírodním silám (X30-X39)
- Náhodná otrava škodlivými látkami (X40-X49)
- Přetížení, cestování a strádání (X50-X57)
- Náhodné vystavení jiným a neurčeným faktorům (X58-X59)
- Úmyslné sebepoškození (X60-X84)
- Napadení (útok) (X85-Y09)
- Případ (událost) nezjištěného úmyslu (Y10-Y34)
- Zákonný zákrok a válečné operace (Y35-Y36)
- Komplikace zdravotní péče (Y40-Y84)
- Následky vnějších příčin nemocnosti a úmrtnosti (Y85-Y89)

(ČSÚ, ©2020)

1.1.3. Pohledy na smrt z pohledu času a odlišných kultur

Smrt a stavy před ní i po ní jsou v trvalém zájmu každé kultury od zrodu lidské rasy. Tímto tématem se zabývali filozofové od počátku a každá civilizace a každé společenství řeší otázky spojené s umíráním i smrtí dodnes. Jsou s tím spojené různé rituály, které se v jednotlivých civilizacích místně i časově výrazně odlišují a vypovídají o kultuře společnosti, ale i o směru jejího vývoje či o vztahu k vlastní minulosti. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010) Péče o terminálně nemocné a umírající v širokém pojetí patří k základním principům lékařské, ošetrovatelské a sociální péče a samozřejmě zasahuje do osobního života blízkých lidí.

Změny postoje ke smrti v průběhu lidských dějin

Rituály většiny velkých civilizací v historii lidstva měly povahu udržovací. Jejich úkolem bylo zachovat, potvrdit a zabezpečit stávající stav a „vypořádat“ smrt v souladu s přijatými názory a zvyklostmi. Vývoj postoje ke smrti a s tím související rituály a obřady se řídily jednoduchými proměnami čtyř psychologických prvků (Ariès, 2000 b): vědomí sebe sama, obrana společnosti proti divokosti přírody, víra v posmrtný život a víra v existenci zla.

Postoje ke smrti a umírajícím a s tím spojené rituály se v průběhu lidských dějin měnily a kopírovaly vývoj lidské společnosti. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010)
Zjednodušeně to lze shrnout do pěti modelů smrti:

„Ochočená smrt“, nejstarší model smrti, kdy smrt nebyla osobní tragédií, ale zkouškou společnosti, jehož úkolem bylo zabezpečení kontinuity druhu.

„Smrt sebe samého“, model se objevuje v 11. století a posouvá osud směrem k člověku. Smrt lidé začínají považovat za osobní a poslední drama jedince.

„Smrt vzdálená i blízká“, lidé se začali přibližovat k té podobě smrti, která jim byla dosud vzdálená

„Smrt blízkého“, objevuje se v 19. století a mění pohled lidí na smrt. Pozůstalí se vyrovnávali se smrtí blízké osoby obtížněji než dříve. Neobávali se vlastní smrti, ale smrti druhého. Tento fenomén stojí na počátku zrodu moderního funerálního kultu hrobů a hřbitovů.

„Převrácená smrt“, objevuje se ve 20. století, kdy se mění postoj lidí ke smrti. Tabuizace, institucionalizace, deritualizace a oddalování smrti se stávají projevem selhání společnosti v postoji ke smrti i péči o umírající (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010, s. 212).

Nutno podotknout, že body viz výše jsou specifické zejména pro „západní civilizace“.

Starověk

Ve starověku se postoj ke smrti a mrtvým značně lišil mezi tehdejšími vyspělými civilizacemi – Egypťané, Peršané, Řekové, Židé atd. Bylo to dáno především náboženstvím v dané civilizaci. Rozdílné postoje byly také proto, že vzájemné ovlivňování kultur v tomto směru ve Starověku bylo oproti dnešní době minimální.

Egypt

Ve starém Egyptě už od počátku říše existovaly jasně dané pohřební obřady, a nejen u vládnoucích vrstev, ale i u obyčejných lidí. I chudí lidé dávali své mrtvé do skromných hrobů ve své blízkosti, aby mohli zůstat s mrtvými předky v úzkém spojení. Do prostých vyhloubených jam mrtvé ukládali v embryonální poloze (tělo připomínalo zárodek v útrobach země, připravený ke znovuzrození). Nahé tělo obvykle leželo na pravém boku s obličejem obráceným na západ k říši mrtvých. Nebožtíkům pozůstalí dávali dary určené k jejich obživě i okrase: obilná zrna, vejce, ryby, perly, peří. Občas také kytice květů k hrudi jako symbol rostlinného znovuzrození, jehož přítomnost měla podle magie forem nevyhnutelně přivodit znovuzrození. Hrob pak zakryli kameny různých velikostí, vytvářejících mírný pahorek, první

primitivní architekturu. Tyto skutečnosti jsou rovněž důkazem existence náboženské magie, základu rituálu vykonávaného podél celého Nilu, a svědectvím první duchovní pospolitosti obyvatel Nilského údolí (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010).

Egyptané věřili, že jejich život na světě je jen přípravou pro příchod do fantaskního posmrtného světa, kde budou věčně žít jako duchové. Dokazují to pyramidy a až přemrštěné uctívání kultu pohřbívání a velmi propracovaný systém balzamování zemřelých (Blumenthal-Barby, 198). Pozůstalí svěřili zemřelého balzamovačům, aby ho připravili pro další „život“. Stejně jako dnes i tehdy se lišily pohřby a balzamování podle finančních možností pozůstalých. Těla byla vždy v průběhu balzamování naložena do sodného louhu, který odstranil svalovinu. Při nejnákladnějším balzamování byly pečlivě odstraněny vnitřnosti a tělo bylo vyloženo vonnými látkami a kořením a pozůstalí je poté pohřbili v dřevěné zdobené rakvi. Při obyčejném procesu balzamovači tělo pouze jednoduše vyčistili a vrátili jej příbuzným. (Hérodotos, 1972). Pečlivé uchovávání mrtvol, jejich mumifikace, chrámy mrtvých a obrovské pyramidy jako hrobky dokazují, že staří Egyptané mysleli více na svůj život po smrti než na ten pozemský a prožívali úzkost z toho, aby byli na smrt a přechod do posmrtného života co nejlépe připraveni. Na jedné stéle v Egyptě byl nalezen tento nápis: „*Pro toho, kdo se vzbouří proti Jeho Veličenstvu, není hrobky a jeho mrtvola bude vhozena do řeky*“ (Lalouetová, 2009, s. 203). *Je důkazem toho, že nebýt pohřben je pro Egyptany ta nejhorší potupa. Abdel-Khalek a Tomás-Sábado* (2005, s. 157–167) ve své studii „Anxiety and Death Anxiety in Egyptian and Spanish Nursing Students“ zkoumali postoj ke smrti u současné populace egyptských studentů a zjistili, že i dnes jsou stále ovlivňováni kulturou a postojem ke smrti v období starověkého Egypta. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010)

Persie

Protikladem staroegyptského kultu jsou rituály starověké Persie. Říše smrti byla považována za říši zlého ducha Angra Mainyu (Blumenthal-Barby, 1987). Zemřelý byl živými chápán jako nečistý a podle toho se s ním i jednalo. Mrtvoly byly pečlivě očištěny a umyty vodou a kravskou močí (Peršané věřili, že má zázračné účinky). Nesměly být zahrabány ani spáleny, aby neznečistily svaté živly. Po očištění je umístili do ohrazených mrchovišť, kde se o ně postarala divoká zvěř. Do země byly pak ukládány jen čisté kosti. (Klíma, 1977). I mrtvoly vážených osobností byly umisťovány na mrchoviště. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010)

Řecko

Řekové jako by se inspirovali spíše v egyptském chápání smrti. Počítalo se s odchodem zemřelého do podsvětí. Zemřelému byl pod jazyk dán peníz pro převozníka Chárona, který vozil na lodi zemřelé do Hádovy říše. A často bylo tělo v hrobě zatíženo kameny, aby se nemohlo vrátit. Smrt byla v antice chápána jako něco pozitivního, protože znamenala věčný klid a nepřítomnost vášní (Blumenthal-Baarby, 1987). Řekové a stejně později i Římané si ji představovali jako určitý druh spánku, a tak ji i zobrazují některá antická umělecká díla. Novinkou je, že Římané i Řekové rozlišují mezi umíráním a smrtí. Slovem *keer*, popř. *lethum* se označuje umírání jednotlivého člověka, kdežto pro smrt se používalo slovo *thanatos* nebo *mors*. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010)

Řím

Římský polyhistor Plinius Starší se na začátku letopočtu zamýšlí nad stářím i nad umíráním. V těchto úvahách se opírá o Hippokrata a uvádí moudré odhodlání zemřít jako druh nemoci, na niž lidé umírají. „*Úžasné jsou nenadálé smrti, většinou i časné, které jsou zcela přirozené, jsou vrcholným životním štěstím*“ (Plinius Starší, 1973, kniha VII., s. 94). Římanům dávala ohledně života a smrti víc odpovědí filozofie než náboženství a smrt jako taková pro ně nebyla vzdálenou nepředstavitelnou záhadou. Pozůstalí měli povinnost se o umírajícího postarat a zajistit mu pocty po smrti. Cicero psal, že ve smrti mizí všechny majetkové rozdíly (Ürögdi, 1968). Rodinní příslušníci podle nepsaných zákonů piety zachovávali staré tradice náboženského původu. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010, s. 214) Umírajícího uložili na podlahu, aby měl přímý styk s matkou zemí a poslední dech umírajícího polibkem „zachytil“ některý z blízkých příbuzných a všichni přítomní pak několikrát opakovali jméno zesnulého. Pohřební zřízení pak omyli mrtvého teplou vodou, namazali vonnými oleji a mastmi. Do úst mu vložili peníz pro převozníka do podsvětí, oblékli ho do pohřebního roucha a uložili na máry. Ty byly postaveny v atriu domu, mrtvý musel vždy ležet nohama ke dveřím a kolem něj stály olejové kahance, lucerny a svíce. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010) Dveře se ozdobily cypřišovými ratolestmi a rodina uhasila oheň v krbu. V Římě pohřby obstarávaly pohřební spolky a ústavy. I chudší lidé se snažili našetřit peníze, aby se mohli stát jejich členy a za pravidelné měsíční poplatky jim spolek uspořádal důstojný a propracovaný obřad a postavil jim náhrobek. Římané své mrtvé také spalovali a popel ukládali v mauzoleích podél velkých komunikací (Ürögdi, 1968).

Biblické pojetí umírání a smrti u židovského národa

Umírání podle bible je chápáno jako vědomé přibližování ke konci pozemského života. Umírající jsou řazeni do dvou skupin:

- ti, kteří umírají ve hříchu a oddělení od Boha. Svůj konec vidí v hrobě a řídí se heslem „*Jezme, pijme, stejně zítra umřeme*“ – *Kniha Izaiáš 22, 13* (Bible, 1985, s. 573).
- ti, kteří umírají s vnitřním pokojem a jistotou, beze strachu a smíření s Bohem. Ve Starém zákoně jsou zastoupeni především patriarchy.

V rodinách těchto patriarchů má počátek rituál vědomé přípravy na umírání a žehnání potomkům, který se zachoval v celých dějinách Izraele a přešel pak i do křesťanských tradic (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010).

Pro smrt používá Starý zákon slovo MÁVET a nepovažuje jí za konec, ale za pouhé oddělení vnitřního člověka od tělesné schránky. Ta byla pro Židy vyjádřením osoby a po smrti s ní Židé zacházeli s úctou. Tělo podle nich mělo být opětovně vzkříšeno. Zesnulého rituálně omyli a oblékli a byl pohřben v jednotném pohřebním rouše a bez rakve. Tyto zvyky zavedli talmudičtí učenci a měla tím být vyjádřena rovnost lidí před Bohem. Vlastní pohřeb se konal co nejdříve, nejlépe ještě v den úmrtí, a proto se konal nezřídka i v noci. Doprovodit zesnulého na poslední cestě bylo považováno za významný čin milosrdenství, protože zemřelý jej už nemohl oplatit (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010).

S nástupem křesťanství na počátku letopočtu přichází i nový postoj k umírání a smrti. V osobě Božího syna přichází dobrý pastýř, který doprovází věřící ovečky při cestě na věčnost a nenechá je samotné v posledních chvílích na tomto světě. U lidí to zmírňuje strach ze smrti a dává jim to jistotu, že nebudou ani ve smrti opuštěni. Toto pojetí přetrvává mezi věřícími do dnešních dní a ovlivňuje i ostatní lidi, kteří tyto rituály a propracovaný řád církevních rituálů přijímají jako nepsaný standard.

Středověk

Lidé ve středověku vnímali umírání jako přirozenou součást života. Daleko více se báli náhlé smrti. Ta totiž neumožnila umírajícímu, aby se rozloučil s rodinou a duchovně se vypořádal s Bohem a požádal o odpuštění hříchů. Místa spojená se smrtí jako kostnice či hřbitovy se staly veřejnými místy a dát si zde schůzku nebylo výjimečné (Blumenthal-Barby, 1987).

Smrt, osobní a poslední drama jedince se ve 12. a 15. století v umění nazývá „ars moriendi“. Objevuje se nejen v malířství, ale i v literatuře a v roce 1408 francouzský teolog Jean de Gerson dal svým textem *De arte moriendi* (O umění umírat) podnět ke vzniku nejpopulárnějšího druhu literatury na sklonku středověku. Jeho dílo se rychle rozšířilo po celé Francii a sloužilo jako podklad k výuce kněžích i laiků pečujících o umírající. Nejproslulejší knihou o umírání v patnáctém století je kniha *Ars moriendi der fünf Anfechtungen* (Umění umírat při pěti pokušeních), která byla vytištěna kolem roku 1450 a obsahovala jedenáct dřevorytů a třináctistránkový text. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010) Její doporučení se vztahují na poslední chvíle před smrtí, a jsou v ní rady, jak se bránit proti pěti pokušením ďábla (kolísání ve víře, netrpělivost, zoufalství, pýcha a lakomství). (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010) Z těchto doporučení vycházela i kniha *Speculum artis bene moriendi* (Zrcadlo umění správného umírání) od rektora vídeňské univerzity Nicolause von Dinkelsbuhl (asi 1360–1433). V českých zemích se podobné knihy objevily až po příchodu morové epidemie v šestnáctém století. Ta dostala přístup k umírání a smrti daleko více do „veřejného prostoru“, než tomu bylo dříve. Jsou to např. *Kniežky tyto slowú příprawa k smrti* od Pavla z Meziříčí (vydány roku 1507, 1520, 1556 a 1563) a různé překlady *Manuále de praeparatione ad mortem* (Příručka o přípravě na smrt) od kazatele ve Zhořelci Martina Mollera (Schott, 1994). Ve středověku se díky moru a jiným pohromám stává smrt samozřejmě i námětem uměleckých děl. Nejznámější reakcí na smrtící hromadné pohromy se stala zvláště zobrazení „tance smrti“, která sloužila jako memento mori (pamatuj na smrt). (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010) Připomínala lidem, aby žili zbožným a ctnostným životem a nezemřeli v hříchu. Tanec kostlivců symbolizuje skutečnost, že před smrtí jsou si všichni rovni a ve všech zobrazeních je smrt nakonec vítězem. Představuje řadu postav sestupného společenského postavení a mezi každou postavou byl kostlivec. Vrcholně ztvárnil motiv tance smrti ve svých dřevorytech Hans Holbein mladší (1497/98–1543), například v *Obrazech smrti* z roku 1526. A i jeden z největších umělců středověké Evropy, německý malíř a sochař Bernt Notke (1430/40–1509), zobrazil tento motiv ve svých dílech. Motiv tance smrti ožil i později, i když v jiných souvislostech, v baroku a barokním umění (Schott, 1994). Smrt ve středověké Evropě, to byly hlavně násilné činy a války, které „patřily k době“. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010) Co ale lidi děsilo, byly morové rány. Při té v letech 1347–1352 zemřelo asi 25 milionů lidí neboli čtvrtina tehdejší populace Evropy (Schott, 1994) a stopy smrti byly vidět všude. Práci s mrtvými a pohřbívání měli na starost pouze určené lidé, kteří mrtvé shromažďovali a pak i pohřbívali. Pohřbívání se konalo většinou v noci, bez účasti příbuzných, a i běžné rituály byly omezené na minimum. Nad tehdejšími pohřebními zvyklostmi převážil strach z epidemie a

s tím spojená opatření. Mše za mrtvé a konec náказы se v kostelích konaly jindy a lidé se modlili především i doma.

České země ve středověku

Ve středověkých Čechách byla úroveň péče o nemocné a umírající srovnatelná s ostatními vyspělými zeměmi Evropy. Významnou osobností byla v této oblasti Anežka Česká (1207/1211? – 1282), dcera českého krále Přemysla Otakara I. a zakladatelka rytířského řádu křižovníků s červenou hvězdou. Anežka odmítla nabídku k sňatku císaře Friedricha II. a rozhodla se pro řeholní život spojený se službou trpícím. Byla u nás první, kdo se zabýval organizovanou péčí o nemocné a umírající. K tomu účelu v roce 1233 vybudovala v Praze první špitál v Českých zemích a založila laické špitální bratrstvo, které péči zajišťovalo. Ve špitále byla nemocnice, chudobinec a útulek pro pocestné, které poskytovaly na tehdejší dobu velmi kvalitní péči. Anežce se tak podařilo založit první síť sociálních služeb a ta se brzy rozšířila i do dalších českých měst, Slezska a Polska. Roku 1237 povýšil papež Řehoř IX. špitální bratrstvo na řád s řeholními pravidly. Vznikl tak rytířský řád křižovníků s červenou hvězdou (Jirásko, 1991) zaměřený na špitální činnost. Je to jediný rytířský řád založený ženou v historii celé katolické církve a Anežka se stala jeho abatyší. Obětavě až do své smrti sloužila potřebným, nemocným a umírajícím i mimo klášter a získala si úctu a respekt celé středověké Evropy. Za svoji humánní činnost byla v roce 1989 papežem Janem Pavlem II. kanonizována. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010)

Bohužel další rozvoj péče o nemocné a umírající ve špitálech v českých zemích násilně ukončily husitské války. Po nich většina špitálů zanikla a v samotném řádu křižovníků převládla činnost pastorační nad původním charitativně-špitálním zaměřením. (Jirásko, 1991). (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010)

Humanismus 18. století

V umění 18. století se změnilo zobrazování umírajících a smrti. Umírající je obklopený příbuznými a společně tvoří motiv obrazu. Nejsou to už jen pasivně se modlící postavy jako dříve. A i mnoho humanistů 18. století (např. Lessing, Goethe, Schiller) se ve svých pracích zabývá smrtí. V Evropských státech probíhala reforma zdravotnických systémů a vznikaly všeobecné nemocnice orientované na akutní léčení, a ne na azylovou či terminální pomoc. V českých zemích byla otevřena v Praze roku 1791 Všeobecná nemocnice a výnosem gubernia byli z ošetřování vyňati dlouhodobě či nevléčitelně nemocní – pacienti s tuberkulózním či

onkologickým onemocněním, revmatici, kardiaci, diabetici. Pro ty byly zřízeny chorobince (Kalvach et al., 2004). Mimo nich vznikaly v té době i starobince a chudobince, zařízení předcházející dnešní léčebny pro dlouhodobě nemocné a domovy pro seniory. Pro vojáky byly zřizovány v 18. století invalidovny. O bezmocné a umírající se ze zákona staraly domovské obce a chroničtí pacienti byli odkázáni jen na domácí péči nebo obecní chorobince a chudobince (Mášová, 2002).

19. století

Ariès (2000 b) došel k závěru, že až na počátku 19. století začíná smrt mezi lidmi skutečně vzbuzovat úzkost. Dokazuje to závěry svých studií, ve kterých zpracovával popisy okolností smrti, testamenty a množství dalších materiálů. V 19. století se podle něj stávají výrazy smutku mnohem výraznější než v dřívějších dobách, lidé omdlévají, drží půst a chřadnou. Dříve rozptýlená citovost se soustředí na několik nejbližších bytostí a jejich smrt je přijímána obtížněji než dříve a tento model smrti dostává název „smrt blízkého“ (Ariès, 2000 b). Lidé se samozřejmě dále obávají vlastní smrti, ale daleko více se obávají i toho, že přijdou o někoho blízkého. Tato změna v postoji ke smrti stojí na počátku zrodu moderního funerálního kultu hrobů a hřbitovů (Blumenthal-Barby, 1987). Podoba křesťanských hřbitovů odrážela kulturní i sociální stav tehdejší křesťanské společnosti. Rozdělení hřbitovů vyjadřovalo vyznání zemřelých a sebevrahy pochovali beze jména do hrobu za hřbitovní zdí (Davies, 2007). Chodský katolický kněz, buditel a spisovatel Jindřich Šimon Baar nesouhlasil s touto praxí a nechal se pohřbít do hrobu beze jména (Halík, 2006). Dnešní hřbitovy naopak svědčí o postupu tolerance a snášenlivosti mezi křesťany.

Model domácího umírání

Po dlouhou dobu si mezi sebou generace lidí předávaly zkušenost s péčí o umírajícího doma. Rituál domácího umírání poskytoval oporu, nabízel útěchu a dopřával pozůstalým prostor pro vyrovnání se se smrtí. Umírající v kruhu milovaných, sám poznal, že nastala jeho „poslední hodinka“. Svolal k sobě členy rodiny, vyslovil své poslední přání a přijal od kněze poslední pomazání – svátost nemocných. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010) Pak se se všemi naposledy rozloučil a v klidu zemřel. To byla smrt, kterou si lidé přáli (Kutnohorská, 2007).

Z 19. století pochází zvyk spojený s domácím modelem umírání. Některé oblasti byly v zimě odříznuté od civilizace a hřbitovů a půda v zimě byla příliš zmrzlá na vykopání hrobu.

Pozůstalí zemřelé v tomto období ukládali na půdu, kde tělo v mraze vydrželo až do doby, kdy ho bylo možné pochovat. V oblasti Šumavy a Bavorského lesa tyto mrtvé ukládali na umrlčí prkna, což byla široká řezbou zdobená prkna s malbami, jménem zemřelého, a i několika slovy o něm. Po pohřbení mrtvého bývala prkna umístěna na rozcestí nebo u statků a měla ochranný a symbolický význam pro pozůstalé. Zvyk ukládání na umrlčí prkna byl dodržován ještě po 2. světové válce. Dnes jsou umrlčí prkna vidět v kapli u Železné Rudy a ve sbírce funerálních předmětů Muzea Šumavy v Kašperských Horách (Anděra, Zavřel et al., 2003) a podobná sbírka se nachází i v muzeu u benediktinského kláštera Melk v Rakousku. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010)

Komercializace smrti

Koncem 19. století v USA došlo ke komercializaci všeho, co souvisí s umíráním a pohřby. Podnikaví lidé si prvotně koupili hřbitovy a posléze k nim začali nabízet i další služby (nabídka rakví, úprava a doprava zemřelých, vyřízení dokladů a pozůstalostí, péče o hroby). Všechny tyto služby byly nabízeny jako jakékoliv jiné zboží. Po nějaké době se tato praxe přenesla i do Evropy a zbytku světa a značně tím ovlivnila současné postoje lidí k umírání a smrti (Blumenthal-Barby, 1987).

20. století a institucionalizace terminální péče

Ve 20. století se postupně vytrácí zvyk, kdy umírající byl až do své poslední hodiny v domácím prostředí. V průběhu doby s umírajícím byl jeho kmen, jeho příbuzní či nejbližší. Se zkvalitňováním lékařské péče a služeb nemocnic stále více lidí v nemocnicích prožívá své poslední dny. Při umírání je člověk s neznámými lidmi a nemocničním personálem, a naopak nejbližší doma jen tuší, co se s jejich příbuzným děje. Ve snaze zlepšit situaci umírajícího i ostatních, kteří měli být uchráněni pohledu na umírání neznámého člověka, vznikl na počátku 20. století zvyk tzv. bílé zástěny, která měla umírajícímu zajistit klid a spolupacienty ušetřit pohledů na umírajícího (Haškovcová, 2007). Později byl pro umírající vyčleňován zvláštní pokoj, ale to mělo negativní psychický dopad nejen na umírajícího, ale i na ostatní spolupacienty, takže se nyní používají pouze bílé zástěny. Pobyt v cizím prostředí a omezené možnosti kontaktu s blízkými mají negativní vliv na pacienty v terminálním stavu. Mají sice plně profesionální péči, ale většinou se cítí osamocení a opuštění. Před zdravotníky stojí velký úkol dokázat vytvořit nový ritualizovaný model důstojného umírání v podmínkách institucionální péče. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010)

Současné postoje ke smrti

V dnešní době se nesetkáváme s jedním univerzálním rámcem umírání. Vedle sebe existuje více modelů postoje k umírání. Můžeme se setkat s modely postoje ke smrti, které Viewegh (1981) označil termíny: smrt jako tabu, smrt jako samota a smrt jako dovršení. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010)

Smrt jako tabu

Umírání a smrt je z hlediska lidského života násilným ukončením a přetržením všeho dosavadního. Proto není pouhým přechodem z bytí do nebytí, ale skokem do prázdna a neznáma (Viewegh, 1981). Téma smrti je v západní civilizaci tabu a lidé se instinktivně vyhýbají každé zmínce o smrti i umírání. Připomíná jim to vlastní smrt nebo ztrátu nejbližších. Blízkost smrti dokáže většině lidí narušit jejich dosavadní styl života a žebříček hodnot. Dalším zdrojem úzkosti ze smrti je fakt, že smrt nemůžeme hlouběji analyzovat, protože je mimo naši smyslovou zkušenost. Fenomén tabuizované smrti, jak píše Haškovcová (2007), se stal obecným jevem době po druhé světové válce, kdy lidé po prožitých hrůzách už nechtěli slyšet o smrti. Upínali všechnu svou naději k neustále se rozvíjející medicíně a smrt jako by přestala existovat. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010)

Smrt jako samota

Důsledkem tabuizace smrti je osamělost umírajícího člověka. Většinou se umírá v zdravotnickém nebo sociálním zařízení mezi neznámými lidmi. V posledních letech se tento fenomén označuje také jako „sociální smrt“ (Viewegh, 1981).

Smrt jako dovršení

Existují lidé, kteří umírají s vnitřním pokojem, jistotou a beze strachu. Většinou se jedná o věřící, kteří mají vírou danou jasnou vizi další existence. Podobně se mohou chovat i zvláště vyrovnaní jedinci. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010)

Zakázaná smrt

Lidé si přejí rychlou a bezbolestnou smrt a Ariès (2000 b) mluví v této souvislosti o „zakázané smrti“. Dříve byla smrt známá a lidé si její přítomnost uvědomovali. Dnes se jakoby ztrácí v nemocnicích a ústavech a stává se něčím cizím. Na rozdíl od středověku si dnes člověk

přeje náhlou smrt, aby se vyhnul útrapám bolestného umírání. Podle Arièse tento přístup neodstraní ze světa ani smrt, ani strach a úzkost a naopak, umožnil „*potměšilý návrat staré divokosti smrti*“ pod maskou lékařské techniky (Ariès, 2000 b, s. 382). Právo na smrt bývá v současnosti interpretováno jako právo na důstojnou smrt, ale obsah tohoto pojmu není zatím zcela ustálený. Byla založena řada společností, které se touto problematikou zabývají a hledají možnosti, jak učinit odchod člověka z tohoto světa důstojný. Většina z nich se jednoznačně shoduje v tom, že stávající proces institucionalizovaného umírání musí projít kvalitativní změnou a je potřeba vhodně implementovat tradice ritualizované péče o umírající do stávajícího systému zdravotní a sociální péče. (H. Kisvetrová, J. Kutnohorská; 2010)

1.2. Umělé usmrcení – Eutanázie

Pojem eutanázie pochází z řeckého εὖ - eu, dobrá, θάνατος - thanatos, smrt; doslova „dobrá smrt“. (Munzarová, 2005 a)

Eutanázie je nejčastěji definována jako „usmrcení na žádost“. (Špínka, Špínková; 2006)

Hippokratova přísaha v čase

Již v antice problematika podání smrtícího jedu lékařem bylo ožehavým tématem diskusí. Vzpomeňme si na Hippokratovu přísahu:

"Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít)."

Přestože v antice se v praxi běžně zabíjeli postižení novorozenci, nebylo ovšem užíváno pojmu eutanázie a nešlo primárně o lékařské zákroky. Mnoho odpůrců eutanázie se odvolává právě na znění Hippokratovy přísahy, musíme však vzít v potaz, že text přísahy se do dnešní doby mnohokrát upravoval kvůli pokroku medicíny. Například pasáž, ve které lékař slibuje, že do lidského těla nebude nikdy řezat nebo slib, že ženě nikdy nenapomůže k záhubě plodu, což je, nutno podotknout, v naší zemi, běžnou praxí. (Ptáček, Bartůněk; 2012)

Původní text přísahy s komentáři vzhledem k dnešní době:

Přisáhám a volám Apollóna lékaře a Asklépia a Hygieiu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky (v dnešní době většinou vynecháváno), že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat.

Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou pro mne jako moji bratři. Pokud po znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.

Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu.
(Ve většině zemí stále ožehavá témata.)

Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění. **Nebudu (lidské tělo) řezat** *(v dnešní době téměř vždy vynecháváno)*, ani ty, co trpí kameny, a **tento zákrok přenechám mužům** *(v dnešní době většinou vynecháváno)*, kteří takovéto řemeslo provádějí.

Do všech domů, kam vstoupím, budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i **otroků** *(v dnešní době téměř vždy vynecháváno, pokud se nezanechává zcela původní znění)*. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co se nesmí sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.

Když tuto přísahu dodržím a neporuším, necht' ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, necht' stane se pravý opak. (Ptáček, Bartůněk; 2012)

A stejně jako se v průběhu doby měnila Hippokratova přísaha, mění se i postoj k eutanázii. Abychom dokázali pochopit co je to *dobrá smrt* musíme nejprve zodpovědět otázku, jak vypadá eu-zein tedy „dobrý život“. Názory na to, jak vlastně dobrá smrt vypadá se rozcházejely již v antice. Pod dobrou smrtí si většinou nejspíše představíme smrt rychlou, bez prožívání většího utrpení, v bodě našeho života, kdy jsme se smrtí vyrovnání a smíření, kdy máme pocit naplnění a kvalitního prožití života.

V určitých dobách a kulturách byla smrt ovšem chápána i jako příležitost osvědčit své kvality. Za *dobrou smrt* byla pak tudíž považována například i bolestivá smrt mladíka na

bitevním poli, který zemřel „jako hrdina“ za svůj lid. Později pak *dobrá smrt* byla chápána v souvislosti s křesťanstvím, tedy smrt mučednická. (Špínka, Špínková; 2006)

Nicméně již od klasických dob chápeme *dobrou smrt* obecně vzato jako schopnost přijmout a vyrovnat se s vlastní smrtelností a smrtí. Tedy smrt přijatá vyrovnaně a důstojně. Schopnost takto přijmout konec svého života je pak důkazem toho že dotyčný prožil, nikoli „nepřežívá“, svůj život. Že v průběhu života načerpal moudrost, kterou ani bolest a strach ze smrti nezlomí. Vzpomeňme si na Platónovo líčení smrti Sokrata, která se později stala vzorem dobré vyrovnané smrti (zejména pro zastánce stoicismu). (Špínka, Špínková; 2006)

Souvislost mezi *dobrou smrtí* a *dobrým životem* je důležitou a diskutovanou souvislostí i v současné době. V diskusi o eutanázii máme odlišná stanoviska vycházející z představy o dobrém životě. Naše porozumění smrti prvotně vychází z porozumění životu.

Důležité je ovšem uvědomit si, že toto funguje i obráceně. Naše představa o smrti ovlivňuje i smýšlení o životě. Budeme-li se úzkostně bát smrti, prožijeme i náš život úzkostně a svázaně, s mnoha zbytečnými obavami, bez radosti ze života.

Bude-li smrt *dobrá*, pak tedy závisí především na člověku samém, jak se na tento okamžik „připravil“. (Munzarová, 2008)

1.2.1. Eutanázie aktivní a pasivní

Rozdíl mezi aktivní a tzv. „pasivní eutanázií“ je ten, jde-li o jednání či zanechání jednání (nebo nepřistoupení k počátku jednání). Aktivní eutanázie je tedy jednání, které má uspíšit smrt, či ji navodit u druhého člověka, zatímco pasivní eutanázií rozumíme ponechání pacienta zemřít prostřednictvím nezahájení či ukončení život udržující léčby. (Ptáček, Bartůněk; 2012)

Rozdíl mezi aktivní a pasivní formou eutanázie je modelovaný na pozadí rozdílu mezi jednáním – usmrcením a ponecháním zemřít.

Rozlišení mezi aktivní a pasivní eutanázií může být v jednotlivých hraničních případech diskutabilní. Nejednání totiž vychází z našeho rozhodnutí, za které musíme nést stejnou zodpovědnost jako za rozhodnutí jednat. *Nejednat* totiž někdy může znamenat jednat, tedy pokračovat v již započatém a bez našeho zásahu automaticky pokračujícím jednání, které člověka drží při životě, ačkoli on sám by již bez tohoto jednání zemřel. *Zatímco jednat* znamená

často ukončit toto jednání. Etické i právní řešení takových situací je velmi obtížné a rozdílné. (Špínka, Špínková; 2006)

1.2.2. Eutanázie přímá a nepřímá

Důležitým rozdílem je také rozdíl mezi eutanázií přímou a tzv. „*eutanázií nepřímou*“. Ani zde přesné rozdělení není zdaleka tak jednoduché.

V eutanázií přímé se jedná o uspíšení či navození smrti druhého člověka jako o hlavní cíl jednání. Zatímco, bavíme-li se o eutanázií nepřímé, jde o usmrcení či uspíšení smrti druhého člověka pouze jakožto o vedlejší, primárně nezamýšlený možný důsledek jednání, jehož základním cílem může být například zbavit nemocného bolesti či utrpení.

Klasickým případem „nepřímé eutanázie“ je podávání vysokých dávek bolest tišících prostředků, které mohou, ale nemusí vést ke zkrácení života. (Ptáček, Bartůněk; 2012)

1.2.3. Eutanázie dobrovolná a nedobrovolná

Třetí hlavní polaritou eutanázie je rozdíl mezi dobrovolnou a tzv. „*nedobrovolnou eutanázií*“. V tomto kontextu nehovoříme o dobrovolnosti či nedobrovolnosti na straně eutanázií vykonávajícího, nicméně o dobrovolnosti či nedobrovolnosti na straně toho, o jehož krácení života se jedná. U tohoto rozdělení se může zdát, že se jedná o lehce vymezitelné polarity, avšak v současné diskusi se stále zřetelněji ukazují úskalí, a právě zde vznikají vleká etická dilemata. Dobrovolnou eutanázií chápeme eutanázií na podkladě žádosti pacienta. Za nedobrovolnou pak považujeme situaci, kdy pacient více či méně není kompetentní rozhodovat a eutanázie se tedy děje na žádost rodiny a z rozhodnutí lékaře.

Musíme však odlišovat situaci, kdy je přerušeno či upuštěno od léčebných či život udržujících zákroků tam, kde si nemocný nepřeje tyto život udržující zákroky dále podstupovat. Jde především o zákroky, které nemocného neúměrně zatěžují, ohrožují jeho důstojnost a přivozují nemocnému strádání. Tato situace může být někdy poněkud nesprávným způsobem nazývána jako „*pasivní dobrovolná eutanázie*“. (Špínka, Špínková; 2006)

Dalším případem, který je zapotřebí vyloučit z často mylně řazeného do pojmu eutanázie je již výše uvedená „*nepřímá dobrovolná eutanázie*“. Tedy situace, kdy jsou nemocnému podávány bolest tišící léky, což jakožto vedlejší účinek může vést ke zkrácení jeho života. (Munzarová, 2005 a)

Ačkoliv nejsou tyto příklady zdaleka prosty etických dilemat, panuje vcelku shoda v názoru, že tato jednání jsou eticky přijatelná, dokonce často i považována za žádoucí. Musíme však mít na mysli, že tyto příklady bychom měli z diskusí o eutanázii a chybném zařazování do tohoto pojmu vyloučit.

Dále také mnoho pacientů trpí paradoxně tím, že jejich život je udržován za pomoci prostředků současné vyspělé medicíny mnohem déle, nežli by tomu tak bylo dříve. Nutno podotknout, že valná většina lékařů je naneštěstí rozhodnuta, že je vždy žádoucí užít všech dostupných prostředků k prodloužení života i za cenu dehonestace pacienta. K tomuto postoji může vést více podnětů, často například pocit odpovědnosti lékaře, pocit zodpovědnosti za pacientovu smrt nebo chápání smrti pacienta jako jeho vlastní selhání. Užití těchto život udržujících prostředků je ve výsledku pro lékaře často nejjednodušším řešením. Lékař se tak může vyhnout rozhodování se o možnostech další léčby a také rozmlouvání s nemocným, potažmo jeho blízkými o kladech a záporech vybraného postupu. (Špinka, Špinková; 2006)

Právě toto umělé a často neúnosné udržování života, zatímco život dotyčného je za těchto podmínek často až nedůstojný, je často diskutovaným etickým problémem a dilematem. Proto také v několika zemích existuje možnost předem písemně stanovit, jaké zákroky si člověk nepřeje, aby u něj v takovémto případě byly praktikovány, například i přání nebýt resuscitován. Přání nebýt resuscitován nemůžeme však chápat a zaměňovat za žádost o ukončení života. V některých zemích je také právní možnost ustanovit druhého člověka (často našeho blízkého, kterému svěříme svá přání a důvěru, že v takové situaci by věděl, co bychom si přáli), který má právo za nás rozhodovat v situacích, když svou vůli nebudeme sto vyjádřit sami. (Špinka, Špinková; 2006)

1.2.4. Eutanázie a asistovaná sebevražda

Lékařem asistovanou sebevraždou rozumíme situaci, kdy lékař zprostředkuje nemocnému jed, či jiný smrtící prostředek, který si ovšem pacient aplikuje sám. Rozdílem mezi eutanázií a asistovanou sebevraždou je tedy v tom, že akt usmrcení vykonává u eutanázie napomáhající osoba, zatímco při asistované sebevraždě tak činí „sebevrah“ sám. (Ptáček, Bartůněk; 2012)

V naprosté většině států je ovšem i asistovaná sebevražda, stejně jako eutanázie nelegální. Mezi výjimky států, kde jsou asistované sebevraždy povoleny patří Belgie, Lucembursko, Německo, Nizozemí, Švýcarsko a 8 států USA – Oregon, Washington, Vermont, Montana, Hawai, Washington D.C., Colorado, Kalifornie. V těchto zemích pak

existují právě na to zaměřené specializované kliniky (například Dignitas, SterbeHilfeDeutschland či Final EXIT). (Špinka, Špinková; 2006)

1.2.5. Legalizace eutanázie

Argumentů pro legalizaci eutanázie je mnoho, prakticky však vychází ze dvou základních přesvědčení, jimiž jsou přesvědčení o autonomii člověka a přesvědčení, že volání člověka trpícího bolestí a jeho žádání o ukončení jeho života musíme brát vážně. Jde tedy o přesvědčení, že člověk je autonomní bytost, která má právo nakládat se svým životem, jak sám uzná za vhodné. (Špinka, Špinková; 2006)

Musíme ovšem brát zřetel i na nebezpečí zjednodušování pojetí autonomie.

„Autonomně (z řec. autonomus, tj být sám sobě zákonem) být a žít předpokládá přijmout vědomí vlastní konečnosti, smrti“ (Vymětal, 2003, s. 268)

Již Immanuel Kant, od něhož se novodobé pojetí autonomie odvíjí, se snažil mimo jiné poukázat na to, že autonomie se nemůže stát základem pro ospravedlnění sebevraždy. Podle Kanta autonomie spočívá v tom, že člověk je rozumnou bytostí, jejíž život je založen na tom, co je pro všechny rozumné bytosti společné, nikoliv pouze individuální momentální tužby. Čím se řídí život, by tedy neměly být momentální individuální pohnutky jako například strach, ale to, co by se mohlo stát obecným pravidlem a zákonem. (Munzarová, 2005 a)

Druhý hlavní argument pak apeluje na náš soucit a empatii k druhým. Na právo člověka dovolat se pomoci. Volání o pomoc v situaci těžkého utrpení nemůžeme jen tak ignorovat. Odpovědí na takovou prosbu by nemělo být odmítnutí s prostým odůvodněním, že nám tak právní řád nedovoluje. Odpovědí musí být alespoň pokus o skutečnou pomoc začínající ve snaze porozumět. (Špinka, Špinková; 2006)

1.2.6. Eutanázie a legislativa

Ústavněprávní souvislosti

Základní lidská práva jsou nezadatelná, nezcizitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná. V tomto kontextu jsou pro nás relevantní zejména základní lidská práva a svobody **právo na život**, **právo na osobní nedotknutelnost**, **právo na zachování lidské důstojnosti** a **právo na ochranu zdraví**.

(Listina základních práv a svobod, Zákon č. 2/1993 Sb.,)

Právo na život

Právo na život je v Listině základních práv a svobod ukotveno v druhé hlavě, pojednávající o lidských právech a základních svobodách v prvním oddíle v šestém článku.

Čl. 6

- 1) Každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením.
- 2) Nikdo nesmí být zbaven života.
- 3) Trest smrti se nepřipouští.
- 4) Porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné.

(Listina základních práv a svobod, Zákon č. 2/1993 Sb.,)

Díky neúplné jednoznačnosti zmiňovaného článku je tato kontroverze neutichajícím diskusním tématem. V odborné i laické sféře se opakuje otázka, zda právo na život má být přijímáno, jako absolutní či nikoliv. Odpůrci eutanázie často argumentují právě tímto právem, jakožto právem absolutním. Nicméně pokud se zaměříme na odstavec číslo čtyři, zjistíme, že právě tento odstavec by mohl být podkladem pro ukotvení eutanázie v českém právním řádu.

Mnoho autorů se ztotožňuje s názorem, že na právo na život nelze pohlížet jako na právo absolutně neomezené. Dle jejich výkladu tento odstavec v šestém článku Listiny předpokládá možnost jednání, které má za následek smrt člověka, jež podle českého právního řádu není považováno za protiprávní. V Listině základních práv a svobod nejsou kromě zákazu trestu smrti dále specifikovány jednotlivé případy omezení práva na život. Konkrétní vymezení přenechává v tomto případě (podústavnímu právu) trestněprávní úpravě. (Ptáček, Bartůněk; 2012)

Právo na osobní nedotknutelnost a právo na soukromí

Práva na osobní nedotknutelnost a na soukromí jsou upravena v článku číslo sedm.

Čl. 7

- 1) Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.
- 2) Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.

Článek číslo sedm a práva v něm ukotvena můžeme chápat, jako podklad pro odmítnutí léčby.

(Listina základních práv a svobod, Zákon č. 2/1993 Sb.,)

Právo na vyjádření nesouhlasu s léčbou je dále vymezeno v zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.

(Zákon o zdravotních službách, Zákon č. 372/2011 Sb.)

Právo na lidskou důstojnost

První odstavec článku číslo deset Listiny lze teoreticky vyložit i jako právo na důstojný konec života a smrt. Pojem důstojnost bývá ovšem zpravidla chápán ve vztahu ke společnosti nikoliv jakožto osobní právo jedince na důstojnou smrt a tím potažmo i argument pro legalizaci eutanázie.

Čl. 10

- 1) Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.
- 2) Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života.
- 3) Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.

(Listina základních práv a svobod, Zákon č. 2/1993 Sb.,)

Právo na ochranu zdraví a na zdravotní péči

Ve čtvrté hlavě pojednávající o hospodářských, sociálních a kulturních právech je v třicátém prvním článku ukotveno právo na zdraví a zdravotní péči. Z tohoto článku na rozdíl od výše uvedených vyplývá, že právo na zdraví a zdravotní péči má omezenou vymahatelnost hranicemi stanovenými zákonem.

Čl. 31

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

(Listina základních práv a svobod, Zákon č. 2/1993 Sb.,)

Občanskoprávní souvislosti

Hovoříme-li o občanskoprávních souvislostech, je třeba zmínit především pojmy **informovaný souhlas** ze strany pacienta s přijetím poskytovaných zdravotních služeb a **dříve vyslovené přání**. Tyto instituty jsou vymezeny v občanském zákoníku a zákoně o zdravotních službách.

Práva na duševní a tělesnou integritu, vymezení zásahů a nutnost souhlasu fyzické osoby k zásahu do integrity jsou ukotvena zejména v občanském zákoníku § 91 - § 103.

Ze specifické pasáže *Péče o zdraví* § 2636 až § 2651, kterou nový občanský zákoník nově zavádí, jasně vyplývá, že poskytování zdravotních služeb je založeno na smluvním principu tedy smlouvě o péči o zdraví (poskytovatel zdravotních služeb vs. pacient).

(Zákon č. 89/2012 Sb.)

Jednotlivá ustanovení občanského zákoníku a zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. jsou třeba porovnávat a posuzovat, který ze zákonů obsahuje podrobnější úpravu (pravidlo *lex specialis derogat legi generali*). (Iuridictum ©, 2010)

Trestněprávní souvislosti

Přestože se o ukotvení eutanázie jako privilegované skutkové podstatě na našem území diskutuje již od první republiky, je nutno říct, že se v trestním zákoníku nenachází a ani nikdy dříve nenacházela.

Trestné činy proti životu a zdraví jsou z dispozice poškozeného absolutně vyloučeny s výjimkou (ne)svolení k lékařskému zákroku, což je ukotveno v trestním zákoníku (§ 30 odst. 3, viz níže).

§ 30 – Svolení poškozeného

(3) S výjimkou případů svolení k lékařským zákrokům, které jsou v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe, nelze za svolení podle odstavce 1 považovat souhlas k ublížení na zdraví nebo usmrcení.

Z podstaty skutku jsou jinak posuzovány eutanázie pasivní, aktivní či asistovaná sebevražda.

(Zákon trestní zákoník, Zákon č. 40/2009 Sb.)

Posouzení pasivní eutanázie

Pasivní eutanázií rozumíme konání (v případě pacientova vysloveného přání nekonání), jehož výsledkem je pacientova smrt ovšem bez aktivního přičinění lékaře.

Důvody, které trestní odpovědnost lékaře mohou vyloučit:

- 1) Jednání lékaře na základě informovaného souhlasu
- 2) Jednání lékaře na základě dříve vysloveného přání
- 3) Jednání lékaře v případě postupu lege artis (Zákon č. 372/2011 Sb.
 - a. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování § 4 odst. 5)
- 4) Jednání lékaře na základě dalších zákonných důvodů (Zákon č. 372/2011 Sb.
 - a. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování § 50 odst. 1 písm. b) a odst. 2. Toto ustanovení je lex specialis k ustanovení § 150 odst. 2 trestního zákoníku, které takové vyvinění zdravotnického pracovníka neumožňuje.)

V situaci, kdy není přítomen žádný z výše uvedených důvodů beztrestnosti lékaře, podléhá ošetřující lékař právnímu posouzení shodnému s aktivní eutanázií, viz níže.

(Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, Zákon č. 372/2011 Sb.)

Posouzení aktivní eutanázie přímé

Provedení aktivní eutanázie přímé je v České republice nezákonné a je právně posuzováno jako trestný čin vraždy podle trestního zákoníku § 140 případně § 141 trestný čin zabití.

(Zákon trestní zákoník, Zákon č. 40/2009 Sb.)

Posouzení aktivní eutanázie nepřímé

Aktivní eutanázie nepřímá, je usmrcení pacienta bez přímého úmyslu lékaře k tomuto cíli a je chápána jako „vedlejší účinek“. V Etickém kodexu České lékařské komory je takový postup lékaře stanoven, jako „podle pravidel umění lékařského“ (lege artis) a tudíž není považován za protiprávní. (ČLK ©, 2019)

Posouzení asistované sebevraždy

Účast na sebevraždě je v trestním zákoníku upravena v § 144.

§ 144 – Účast na sebevraždě

- 1) Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.
- 2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti nebo na těhotné ženě.
- 3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let nebo na osobě stížené duševní poruchou.

(Zákon trestní zákoník, Zákon č. 40/2009 Sb.)

Na závěr je třeba zmínit, že pohnutka pachatele (v této souvislosti soucit s umírajícím) nic nemění na jeho vině. Může ovšem posloužit, jako podklad pro mírnější posouzení povahy a závažnosti trestného činu (dle § 39 odst. 2 trestního zákoníku).

(Zákon trestní zákoník, Zákon č. 40/2009 Sb.)

2. PÉČE

V péči o blízké sehrává klíčovou roli zejména péče neformální (neprofesionální, poskytována blízkými). Vhodná kombinace s formální (profesionální) podporou je však, jak pro kvalitu života opečovávaných, tak pro prevenci vyhoření pečujících velmi důležitá.

2.1. Formální péče

Formální péči rozumějme péči profesionální. Formální podpora může mít tři základní typy poskytování služeb, a to pobytové (lůžková, tzn. například domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, nemocnice apod.), ambulantní (například: denní a týdenní stacionáře) či terénní (například: domácí zdravotní péče, osobní asistence, pečovatelská služba, mobilní hospicová služba).

V ideálním případě jsou tyto (v našem případě sociální a zdravotní služby) poskytovány s cílem posílit autonomii, kompetence a soběstačnost klienta a podporu zajištění základních životních potřeb, které si jedinec nedokáže zajistit bez dopomoci druhé osoby. To znamená, že by měly být primárně poskytovány nejprve služby terénní v přirozeném prostředí klienta. Teprve v případě nedostatečnosti péče pak formy ambulantní a v poslední řadě lůžkové.

Pro účely této práce za formální péči považujeme institucionalizované sociální a zdravotní služby státního i nestátního sektoru.

2.2. Neformální péče

Neformální péče neboli laická péče je péče poskytována blízkými, nejčastěji rodinnými příslušníky. Hana Geissler (2015) uvádí, že se jedná o jakoukoliv starostlivost ve směru k osobě, která potřebuje dopomoc druhé osoby se zajištěním základních životních potřeb a zároveň není zaštitěna žádnou institucí nebo profesionální, tedy formální podporou. (Mikanová, Dvořáková in Dragomirecá, 2020)

Pojem neformální péče zahrnuje široké spektrum i nejrůznější časový rozsah podpory a pomoci napříč různými potřebami opečovávaného. (Geissler, 2015 a)

Osoba blízká

„Osoba blízká je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství (dále jen „partner“); jiné osoby v poměru

rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí.“ (Zákon č. 89/2012 Sb.)

2.3. Specifika péče o umírající

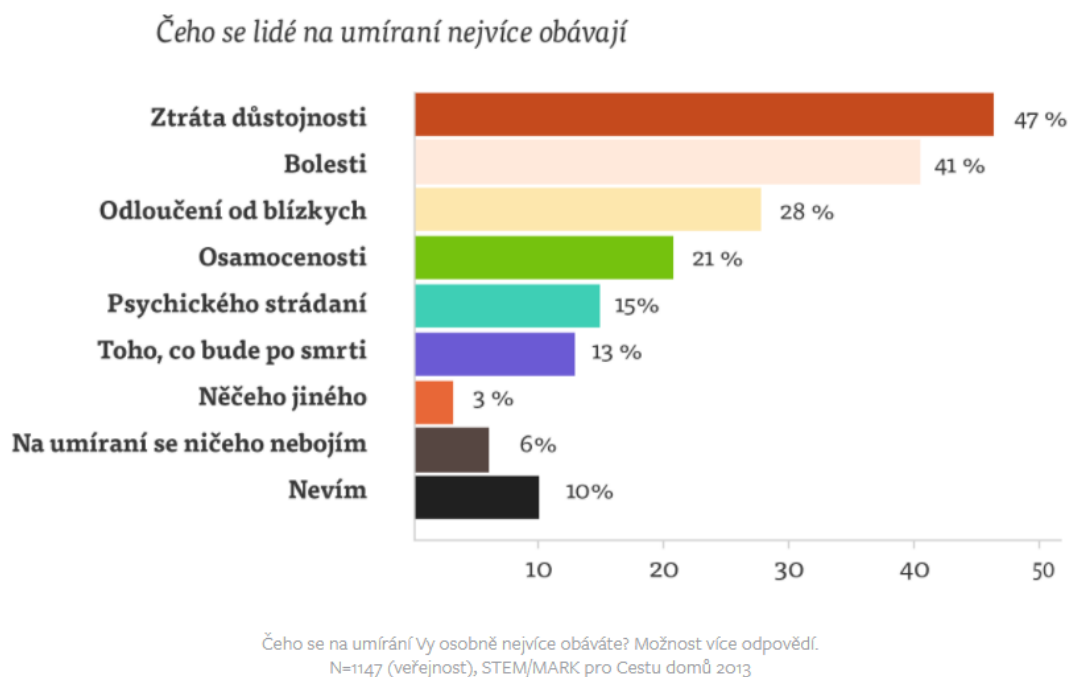
Péče o blízkou osobou obecně s sebou nese různá specifika pramenící primárně z emoční účasti na spokojenosti (well-being) našich blízkých. Přičemž well-being se nezakládá pouze na subjektivní spokojenosti, ale skládá se ze složek sociálních včetně kvality vztahů, finanční stability, složky naplňování vlastního potenciálu a fyzického a duševního zdraví. (Brožová, 2015) Péče o umírající blízké a blízké s nepříznivou diagnózou je pak specifická zejména strachem ze smrti nemocného, strachem ze smrti blízkého a strachem z vlastní smrtelnosti. Aspekty silně ovlivňující péči o blízkého s nepříznivou diagnózou souvisejí i s aktuální fází průběhu smíření se se smrtí, a to jak ze strany nemocného, tak i pečující osoby.

2.4. Strach ze smrti

Strach ze smrti je přirozený a z vývojového hlediska i důležitý jev. Oproti pohledu zpět do historie je strach ze smrti v dnešní době umocněn její tabuizací. Vymětal (2003) poukazuje na další zdroje. Jedním z faktorů ovlivňující strach ze smrti je dle Vymětala osamělost v konečné fázi života, kterou považuje za daň za autonomii. Další hlavní důvod strachu ze smrti je chybějící smysl smrti, který nám může dodat dobré srovnání hodnot. Strach z konce života je umocněný u lidí zaměřených na konzumní hodnoty života, často na smrt nahlíží jako na něco, co přišlo „příliš brzy“ a jedinec si začíná uvědomovat, že nenaplnil svůj život, jak by si nyní přál. (Vymětal, 2003)

Výstupy výzkumu agentury STEM/MARK, který uskutečnila pro neziskovou organizaci Cesta domů z.ú. v roce 2013 vyplývá, čeho se na umírání lidé nejvíce bojí. Na prvních třech příčkách se umístila ztráta důstojnosti, strach z bolesti a strach z odloučení od blízkých.

Graf č. I – Obavy ze smrti



(Cesta domů z.ú., ©2013)

2.5. Strach ze smrti blízkých lidí

Strach ze smrti blízkých lidí pramení z obavy a představovaného smutku, který se dostaví při ztrátě blízkého. Obava je umocňována pocitem bezmoci, někdy i pocitem selhání a strachu ze sledování utrpení milované blízké osoby. Poukazuje i na vlastní smrtelnost a obavu z ní. Strach se může projevit i formou zloby na umírajícího, „že nás opouští“. Při ztrátě blízkého, se kterým měl jedinec silné pouto (např. manželé 50 let) může pociťovat prázdnotu a strach ze ztráty „části sebe“. Pro práci se strachem blízké osoby platí základní pravidlo, a to, že s tímto strachem se dá pracovat, pokud je zvědomělý a pečující o něm může s někým hovořit. Nehovoří pak o úzkosti, kterou nám nevědomý strach přináší, ale přímo o strachu, se kterým se dá lépe pracovat. (Vymětal, 2003)

2.6. Psychologická péče o umírající

Základem péče o umírající není pouze fyzická rovina tlumení bolesti, ale i psychologická podpora, která by měla být pacientům poskytována souběžně. Proces umírání a jejího přijetí se odvíjí i dle vývojových stádií nemocného, Vymětal (2003) poukazuje na společné jmenovatele i specifika jednotlivých stádií, která si rozebereme níže. Jedná se o psychologickou péči o umírající děti, dospívající a dospělé. (Vymětal, 2003)

Psychologická péče o umírající děti

Děti do mladšího školního věku (10-11 let) nemají pojem o smrti. Prožívají spíše separační úzkost. Svůj odchod spíše vnímají jako obavu z odloučení od rodičů, zpravidla zejména od matky. U dětí na této věkové hranici se někdy přidává i strach z bolesti při smrti. Pro dítě tohoto věku je velmi důležité, aby umíralo ideálně s oběma, ale alespoň s jedním rodičem (popřípadě opatrovatelem, osvojitelem nebo jinou blízkou osobou v roli zastupující rodiče). Pokud, zpravidla starší dítě, samo začíná hovořit a chce hovořit o smrti, je to velmi důležité. Důležitá je forma, kterou s dítětem o smrti hovoříme. Nevyvracíme, ostatně jako u žádné věkové skupiny, představy o smrti a o tom, co po ní následuje. Ujistíme, že dítě při umírání neopustíme. Dobré je hovořit o smrti klidně a jako o něčem přirozeném, co potká každého z nás, jen nevíme, kdy a jak. (Vymětal, 2003)

Psychologická péče o umírající dospívající

Dospívající již z velké části chápe nenávratnost smrti. Specifika této skupiny jsou dána vývojovým stádiem na pomezí dětství a dospělosti, umírající tak chápe smrt různě intenzivně a různě do hloubky. Adolescent již může vnímat v různé síle strach ze smrti zpravidla ne však ještě tak intenzivně jako dospělí jedinci. Stejně jako u dětí je i u dospívajících velmi důležitá přítomnost rodičů. U dospívajících pak přibývá potřeba dalších podnětů, jako je hudba, četba apod., co si nemocný přeje a co je na základě omezení zdravotního stavu možné. Pro mladistvé jsou z podstaty životní fáze důležité kontakty s vrstevníky, které je dobré udržovat a podporovat i nadále. Pro dospívající je důležité mít možnost hovořit o smrti a negativních emocích, které ji provázejí. Komunikaci přizpůsobujeme věku a vyspělosti adolescenta. V komunikaci využíváme zásady aproximativní pravdy neboli pravdy podávané „po lžičkách“. (Vymětal, 2003)

Psychologická péče o umírající dospělé

U smrti dospělých platí po zobecnění většina pravidel provázení uvedených u umírajících v zazších fázích života. Pro vhodné doprovázení dospělého kromě zdravotního stavu kalkulujeme i s věkem (a s tím spojenými životními zkušenostmi), intelektem, rodinnou situací apod. Jinak musíme pracovat s mladistvými dospělými a dospělými středního věku oproti starším lidem. Zejména u mladších dospělých pracujeme s pocitem „povinnosti neodejít“ kvůli pozemským závazkům, zaopatření dítěte, potažmo celé rodiny apod. U starších umírajících je častěji nutné pracovat spíše s obavou z bolestivé, dlouhé, nedůstojné a

komplikované smrti než ze strachu z konce života obecně. Významným faktorem pro přijetí smrti je pocit naplněného života obzvláště v mezilidských vztazích (děti, vnoučata) apod. Naopak osamělým lidem nebo lidem, kteří si neurovnali vztahy s blízkými a smlouvají o čas (až se rozloučím s vnukem, dřív umřít nechci apod.), se odchází daleko hůře. (Vymětal, 2003)

Zásady doprovázení umírajícího

Základní zásady doprovázení umírajícího vymezil Vymětal (2003) do 6 podstatných bodů:

- 1) Úzká spolupráce s rodinou a dalšími blízkými umírajícího je zásadní
 - 2) S umírajícím i jeho rodinou jsme v častém intenzivním kontaktu. Hovoříme s nimi upřímně a zároveň empaticky a s ohledem na jejich věk, inteligenci a psychickou vyspělost. Cílem je psychická pohoda umírajícího jedince.
 - 3) Citovou podporu vyjadřujeme pacientovi rozhovorem i fyzickým kontaktem (např. podržení ruky). Pokud jsou možné pouze krátké návštěvy je důležitá pravidelnost. Eliminujeme tím pocit izolace a osamění.
 - 4) Respektujeme a validujeme emoce, které pacient prožívá včetně těch negativních. Přijímáme vše, co umírající sám považuje za důležité a jsme otevření k hovoru o těchto tématech v momentě, kdy je na ně sám připravený a hovořit o nich chce. Cílem je, aby pacient často přes vzpomínky došel k závěru, že svůj život dobře prožil a naplnil a může z něj v klidu bez obav o sebe a blízké odejít.
 - 5) Umírající sami nejlépe vědí, co potřebují, a my to respektujeme. Respektujeme, jestli chtějí být ve společnosti blízkých, odborníků, nebo sami.
 - 6) V závěrečné fázi může mít umírající zájem o promluvu s duchovním, i v případech, že celý život nebyl věřící. Pokud má o to pacient zájem, nebo pokud my v daném konkrétním případě vnímáme vhodnost této možnosti, nabídneme zprostředkování.
- (Vymětal, 2003)

2.7. Fáze umírání dle Elizabeth Kübler Rossové

Model Kübler-Rossové, také známý jako 5 fází umírání či 5 fází smutku, je seřazen postupně do 5 fází smíření se se smrtí. V praxi však mohou fáze přicházet v jiném pořadí, různé délce nebo se může umírající či truchlící blízký do některých fází i cyklicky vracet nebo naopak u některých jedinců mohou některé fáze zcela chybět.

Model Kübler-Rossové

- 1) Fáze – negace
- 2) Fáze – agrese
- 3) Fáze – smlouvání
- 4) Fáze – deprese
- 5) Fáze – smíření

Tabulka č. I – Přehled typologií krizových fází u vybraných autorů

| | Hans Selye | Gerald Caplan | Johan Cullberg | Mardi Jon Horowitz | Elisabeth Kübler-Rossová |
|---|--|---|--|---|--|
| 1 | Poplachová reakce šok, zmatek, útlum, mobilizace zdrojů, obnova obrany ne vždy účelná | Mírné neuvědomované zvýšení napětí snahy o uplatnění automatických mechanismů řešení | Šok krátké trvání, snaha mobilizovat energii, převažuje zaměření spíše na emoce než na problém | Výkřik silná emocionální odezva, panika, zmatek, pocity slabosti, deprese | Popírání šok a odmítání reality pouze dočasné |
| 2 | Rezistence relativní zklidnění, rozvoj specifických obranných aktivit, obnova homeostázy | Pokračující uvědomované zvyšování napětí zmatek, uvědomění problému, pocit nedostatečné kontroly, řešení pokusem a omylem | Odezva trvání 4–6 týdnů, mobilizace osvědčených mechanismů, často využívány drogy, spíše nižší efektivita | Popření nevědomé odmítání traumatických skutečností, snaha o vytěsnění, selektivní vnímání, apatie, útlum, poruchy spánku | Hněv/agrese zlost na zdravotníky, na zdravé lidi, na nespravedlnost apod. |
| 3 | Vyčerpání (při neúspěšné rezistenci) trvalé vypětí, pohotovost, negativní důsledky, zhroucení až smrt | Další nárůst napětí prožívání diskomfortu, úzkosti, mobilizace úsilí, hledání nových řešení | Zpracování trvání i několik měsíců, snaha mobilizovat rezervy, úspěšná adaptace nebo rozvinutí psychopatologie | Intruze myšlenky na kritické události se vtírají a převládají, poruchy efektivity, vyčerpání | Smlouvání hledání zázračných léků, léčitelů, diet apod., ochota zaplatit cokoliv |
| 4 | | Další nárůst napětí při neúspěšné adaptaci, hluboké psychologické | | Vyrovnání jedinec zvažuje různé možnosti ve snaze vyrovnat se s příčinami krize | Deprese pocit marnosti snahy o změnu stavu, smutek a strach |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| | | změny, dezorganizace nutná podpora z venku | | | |
| 5 | | | | Smíření přijetí události a jejich výsledků bez negativních emocí | Smíření přijetí a vyrovnání se se situací |

(Paulík, 2017, s. 102)

Společné determinanty reakce na krize

Smíření se se smrtí jedince samotného nebo u blízkého, závisí kromě fáze přijetí i na dalších determinantech, které jsou obecně determinanty reakce a zvládnání krize a krizových situací. Patří mezi ně zejména:

- Věk
- Pohlaví
- Životní situace
- Zdravotní stav
- Osobnostní faktory
- Schopnost zvládat náročné životní situace
- Dřívější nevyřešené krize
- Spolupůsobící krize
- Naděje
- Náboženské přesvědčení
- Sociální opora

(Špatenková, 2004 a)

3. PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je komplexní péče o pacienta, který má nevléčitelnou nemoc, nebo je v pokročilém či terminálním stádiu procesu umírání. Zabývá se léčbou bolesti a dalších symptomů s cílem nejen zmírnit bolest, ale i zvýšit kvalitu života s ohledem na důstojnost pacienta. Zákroky paliativní péče život pacienta cíleně neprodłużují ani nezkracují. Fokus je kromě tlumení bolesti soustředěn na dimenzi nejen tělesnou, ale i duševní (psychologickou, sociální, duchovní, kulturní apod.).

Významnou složkou kvalitní paliativní péče je i práce s rodinou, a to jak z hlediska pozitivních dopadů na pacienta, tak jako samotná podpora jeho blízkých. (Adam, Vorlíček, Pospíšilová; 2004)

3.1. Definice paliativní péče

Jednoznačná definice paliativní péče neexistuje. Obecně vzato se jedná o komplexní a multidisciplinární péči o pacienta s aktivním a progredujícím onemocněním nereagujícím na kurativní léčbu. Podpora je jak na úrovni formální, tak i neformální s cílem zvýšení kvality života nemocného.

V titulu *Paliativní medicína* (Vorlíček Jiří, Adam Zdeněk, Y. Pospíšilová a kolektiv) jsou různé definice. Základní vybrané tři definice uvádím níže:

Velká Británie 1987

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“

Světová zdravotnická organizace WHO (2002)

„Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů i dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé.“

National Hospice Organisation (Arlington, Virginia, USA) uvádí, že paliativní péče obsahuje veškeré aspekty péče po celou dobu nemoci s akcentem na důležitost multidisciplinárního (lékařského i nelékařského) přístupu k nemocnému i rodině. (Adam, Vorlíček, Pospíšilová; 2004)

3.2. Obecná paliativní péče

Paliativní péče dle Buržgové (2015) základně dělíme na paliativní péči obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče je poskytována zejména zdravotním personálem. Zaměřuje se na léčbu symptomů i vhodnou komunikaci s cílem kvality života pacienta z perspektivy jednotlivých odborností zdravotníků.

3.3. Specializovaná paliativní péče

O specializované paliativní péči mluvíme u aktivní odborné paliativní péče, která je poskytována v rámci paliativních mezioborových týmů. Ke specializované péči se přistupuje při progradaci onemocnění, kdy obecná paliativní péče již není dostatečná. Specializovaná paliativní péče je poskytována v rámci mobilní paliativní medicíny, paliativními multidisciplinárními týmy v lůžkových zařízeních hospicového typu nebo v ambulanci i lůžkové podobě v rámci lůžkových zdravotnických zařízeních, ambulanci paliativní medicíny, ale i v poradnách a stacionářích paliativní péče. (Bužgová, 2015)

3.4. Paliativní péče v domácím prostředí

Výzkumy ukazují, že valná většina lidí by si přála zemřít v domácím prostředí. Například průzkum agentury STEM/MARK pro neziskovou organizaci Cesta domů z. ú. ukazuje, že 78 % respondentů si přeje zemřít v domácím prostředí a pouze 7 % dotazovaných uvedlo, že si nepřejí umírat doma. Zatímco v České republice ročně dle výzkumu zemře 60 % v nemocnici a 9 % v nemocnici dlouhodobé péče. (Cesta domů z. ú., ©2021) Důvodem proč se reálně poštěstí naplnit toho přání pouze malému procentu lidí, je zejména důvod těžkého zvládnání některých symptomů v přirozeném prostředí bez zdravotnických zařízení a pomůcek. Dalšími důvody jsou pak demografická obměna, sandwichové generace, mobilita za prací a obecně odklon od společného života ve vícegenerační domácnosti. Z těchto důvodů není pro pečující vždy domácí péče schůdná, přestože by si jí blízkému i přáli dopřát.

„...Domov identifikují jako místo, které znají, které je naplněné konkrétními lidmi, emočně bohatými vztahy a současně intimitou. Domov je místem, kde mají možnosti sami určovat svůj denní režim a mohou o řadě záležitostí alespoň částečně rozhodovat. Ústavní péče (nemocnice, LDN, domov důchodců) je vždy charakterizována určitou anonymitou, ztrátou velkého dílu soukromí a nutností se podříditi dennímu řádu dané instituce.“ (Adam & Vorlíček & Pospíšilová, 2004, s. 505)

Ve výše zmíněném výzkumu agentury STEM/MARK se ukázalo, že strach z odloučení od blízkých je třetí nejčastější obavou lidí ze smrti. To je jedním z důvodů, proč preferují

umírání v domácím prostředí v obklopení rodiny. Nutno podotknout, že k odloučení od blízkých by nemělo docházet ani v lůžkovém zařízení.

Pokud se rodina rozhodne pro domácí paliativní péči, stojí tato péče v mnoha oblastech hlavně na neformálně pečujících, a to i v případě, že využívají a kombinují několik terénních, popřípadě i ambulantních specializovaných služeb. Hlavním okruhem péče je samotná ošetrovatelská péče, jako je mytí a podávání stravy, praní apod., stejně tak jako základní zdravotnické úkony například podávání léků a převazy. Nedílnou součástí je také psychická podpora. Sami pečující však procházejí procesem přijímání blízcí se smrti milované blízké osoby, stresem z náročnosti péče a změny v rolích (například při péči o umírajícího rodiče). Problematické je také skloubení péče o blízkého, péče o domácnost, rodinu a sladění se zaměstnáním a péčí o vlastní osobu a odpočinek.

Zásadním rozdílem mezi péčí ve zdravotnickém zařízení a domácí péčí je spádovost poskytovatele zdravotní péče. V domácím prostředí je primárním poskytovatelem ošetrující lékař, jako za běžného života. Naopak v paliativní péči ve zdravotnickém zařízení se jedná o specializovaného lékaře potažmo tým například dané nemocnice. (Adam & Vorlíček & Pospíšilová, 2004)

4. KOMUNIKACE

Komunikace (z lat. *communicare*, sdílet, radit se, od *communis*, společný, anglicky *communication*). (Hartl & Hartlová, 2010)

Komunikace je velmi komplexní a široký pojem, což odpovídá velkému zájmu mnoha vědních oborů (psychologie, politologie, neurověda, lingvistika, biologie, antropologie a dalších). V obecné rovině je definována jako sdělování informací prostřednictvím pestré škály nejrozličnějších signálů a prostředků: slovem, písmem, gesty a dalším neverbálním chováním. Komunikace může probíhat osobně nebo prostřednictvím tisku, rozhlasu a dalších médií. (Vymětal, 2009)

Umění jednat s lidmi v sobě zahrnuje tři základní neoddělitelné části: umění mluvit a sdělovat, tedy rétorické a prezentační schopnosti, umění naslouchat neboli věnování aktivní pozornosti druhé straně v jednání a umění mlčet. Komunikace má celou řadu funkcí, kdy hranice mezi těmito funkcemi nejsou zcela jednoznačné a dá se říci, že někdy se i potírají a překrývají. (Vymětal, 2009)

Mezi základní funkce komunikace patří funkce informativní, tedy předávání si informací, faktů a dat, dále funkce instruktivní, kterou bychom mohli zahrnout pod funkci informativní, s přidáním postupu, návodu, popisu, vysvětlení pojmů apod. jak něčeho dosáhnout.

Funkce přesvědčovací neboli působení na člověka se záměrem změnit jeho názory, hodnoty, postoje či způsob jednání za použití racionálního přesvědčování pomocí logiky, argumentů, tak i emocionální přesvědčování působením na city druhého, což může často dosahovat až manipulace.

Dále funkce posilovací a motivující, kterou bychom prakticky rovněž mohli zahrnout pod funkci přesvědčovací. Jedná se o posilování vztahů k něčemu, posilování sebevědomí, ať svého, tak druhých a posilování pocitu vlastní potřeby.

Funkci vzdělávací a výchovnou, která je uplatňována zejména institucemi. Tato funkce pod sebe rovněž zahrnuje více oblastí, jako jest například informování či sdělování instrukcí a další.

Funkce socializační je funkce sloužící k vytváření mezilidských vztahů, navazování kontaktů, sblížení se a posilování pocitu sounáležitosti. Komunikace společensky integrující závisí nejen na společenské úrovni a kruzích, ve kterých se pohybujeme, ale rovněž i do jakých společenských segmentů patřit chceme. Každý společenský segment má svůj unikátní způsob komunikace. Můžeme si povšimnout, že například pubescenti mají značně odlišný styl komunikace například od seniorů.

Poslední základní funkcí komunikace je tzv. funkce "svěřovací". Nejen, že slouží k naší informovanosti a možnosti proniknout k problému, ale také slouží ke zbavování se vnitřního napětí u svěřující se osoby a k překonávání těžkostí. Sdílení pocitů a možnost probrat své myšlenky je pro každého jedince velmi důležitou a silnou oporou.

Komunikace má velké množství podob a širokou škálu různých možností, které je zdatný komunikátor schopen užívat a nejrůzněji kombinovat. Vždy je velmi důležité uvědomovat si, že každá situace je unikátní, a že máme respektovat individualitu a odlišnost partnera, se kterým komunikujeme. Například u mezikulturní komunikace – komunikace mezi příslušníky různých národností a kultur, je nutno nejen kulturní rozdíly znát, ale také je respektovat. Obecně máme všichni tendenci automaticky posuzovat vše podle svých norem,

proto je zde velmi důležité si tyto odlišnosti ve zvycích, morálce, zákonech či vzhledu apod. aktivně uvědomovat. (Pease A., Pease B.; 2011)

Pro potřeby této diplomové práce budu dále dělit komunikaci do tří základních rovin, a to komunikace verbální, neverbální (včetně komunikace extraverbální) a paraverbální.

4.1. Verbální komunikace

Každá komunikace má dvě stránky, a to obsahovou a emoční ("co sdělujeme a jak to sdělujeme"). Obsah a forma komunikace by měly být ve shodě. Formou, kterou jsou slova pronesena, vyjadřujeme náš vztah k partnerovi v komunikaci nebo také naše emoce: sympatie či antipatie.

Verbální komunikace je symbolická. Základem verbální komunikace, jak název napovídá, jsou slova a obecně jazyk. Jedná se o systém znaků a symbolů umožňujících sdělení informací, postojů, myšlenek i emocí. (Hartl & Hartlová, 2010)

4.1.1. Paraverbální komunikace

Paraverbální komunikace tvoří pomyslný most mezi komunikací verbální a neverbální. Význam paraverbální komunikace je v dnešní době umocněn častější distanční formou komunikace prostřednictvím telefonických či video hovorových konzultací.

Tato úroveň je velmi důležitá například u jedinců v krizi, kteří mají zúžené vnímání, a tak namísto obsahu sdělení spíše vnímají způsob sdělení, tedy neverbální a paraverbální komunikaci spíše nežli verbální. (Vodáčková, 2012)

U verbální komunikace kromě obsahu hraje svou roli nepřeborné množství paralingvistických aspektů verbálního projevu. Paralingvistika zkoumá zvukovou stránku verbální komunikace. Mezi ně patří například hlasitost verbálního projevu, kterou je nutno obměňovat, jinak projev působí monotónně. Tichá řeč může působit nesměle a nejistě, ale i dojmem, že mluvčí nemá dokonalé znalosti o tématu. Hlasitá řeč naopak naznačuje sebevědomí, vitalitu, ale může působit také až neurvale. Každý z nás má také určité zabarvení a výši tónu řeči. Obecně vzato lépe působí hlasy hlubší nežli vyšší, působí jistěji a klidněji.

Směrodatným aspektem je i rychlost verbálního projevu. Velmi rychlá řeč vede brzy k únavě a ztrátě pozornosti posluchačů a stejně tak tempo příliš pomalé, jejichž majiteli se pak ve spojení s nevýrazným tónem hlasu říká "uspávač hadů". Tempo řeči je ideální měnit podle

významnosti sdělovaných informací. Například příliš překotná rychlost sdělování informací je velmi nevhodná u sdělování důvěrných informací. Důležitá je i rychlost naší reakce a odpovědi na kladenou otázku.

Rychlost řeči je také udávána temperamentností a impulsivitou osobnosti. Temperamentní a impulsivní člověk bude mluvit překotněji, ale rychlejší projev může být i jen známkou nervozity. Pomalé tempo pak naopak bývá projevem rozvážnosti, vyrovnanosti, ale také váhavosti. S rychlostí řeči se pak pojí objem řeči. Objem řeči označuje množství slov, které člověk vyprodukuje za určitý časový úsek. Produkce množství slov je individuálně odlišná. Objem řeči a poměr verbální aktivity účastníků je velmi důležitý zejména u skupinové komunikace. Pokud není pravidlo poměru aktivity účastníků respektováno, dochází k prosazování dominance. Zde pak může docházet k intruzi.

Dalším důležitým aspektem je umění práce s pomlkami a frázováním, které jsou nezbytné pro celkové porozumění věci. Pomlky úmyslné a vhodně použité mohou zesílit intenzitu projevu, naopak pomlka neúmyslná působí jako rušivý element.

Svoji roli hraje při komunikaci jistě i barva hlasu a emoční náboj. Intonace a proměnlivost zabarvení hlasu bývá často projevem emočního prožitku sdělovatele, a to ať dlouhodobých emočních projevů, tak u krátkodobých přechodných nálad. Určitá složka barvy hlasu je člověku dána. To je také důvodem, proč dokážeme poznat lidi jen podle hlasu. Tento aspekt verbální komunikace je velmi důležitý například pro pracovníky na lince bezpečí, kde musí vnímat právě barvu hlasu, jemné záchvěvy v hlase volajícího a podle toho usuzovat o jeho psychickém stavu. Obecně tyto jemné nuance je pro nás jednodušší sledovat u blízkých osob, protože dobře známe jejich zabarvení hlasu a ostatní složky verbální komunikace jim vlastní. (Vymětal, 2008)

Negativní složkou komunikace, která je užívána nevědomky a dala by se nazvat zlovykem je takzvaná slovní vata neboli slovo či slova, která člověk užívá nevědomky jako stereotypní výplň. Slovní vata je často užívána v situacích, kdy hledáme vhodná slova nebo když máme trému apod. Často užívaná slova či slovní spojení jakožto slovní vata jsou například: že ano, prostě, jakoby, jak...aj. (Pease A., Pease B.; 2011)

4.2. Neverbální komunikace

I když je komunikace verbální v mezilidském vztahu zásadní, nelze opomenout význam sdělování a přijímání informací komunikací neverbální. Neverbální komunikace, která často

vychází z podvědomých impulzů, nám mnohdy poví víc než samotná slova a řekne i to, co slovní sdělení „zamlčuje“. Pokud neverbálnímu projevu dokážeme dobře porozumět, může se stát velmi cenným zdrojem informací.

Většinu neverbálních signálů se naučí člověk již v dětství pozorováním a nápodobou, zpravidla zejména rodičů. Existují zde ovšem také individuální rozdíly spojené například s temperamentností jedince, kdy u temperamentního jedince budou jeho gesta energičtějšími a naopak. Vždy je třeba si uvědomit, že nesdělujeme jen obsah, ale svými neverbálními projevy sdělujeme i svoji účast na situaci a svoje pochopení. Nevhodné neverbální projevy jako je odvrácení těla, nedostatečný nebo naopak přílišný oční kontakt či nesoulad verbální a neverbální komunikace, mohou obsahovou stránku komunikace naprosto znehodnotit. (Pease A., Pease B.; 2011)

Jedním z prostředků neverbální komunikace je mimika neboli pohyby svalů v obličeji. Můžeme ji zařadit k nejvýraznějším sdělovatelům emocí. Mimika je specifická v tom, že mimo momentální emocionální a psychické stavy vyjadřuje také relativně stálý emoční stav, který může být pro jedince charakteristický. (Vávra, 1990)

Kromě mimiky používáme při komunikaci i různá gesta – záměrné i nezáměrné pohyby rukou, hlavy, případně i nohou. Nevědomá gesta používá člověk automaticky a nemusí být tudíž v souladu s obsahem sdělení. Naopak záměrná gestikulace může slovní projev velmi dobře umocnit. Gesta lze rozdělit do tří základních skupin: ilustrace (př. gesto směru), regulátory (ukazujeme na něco), znaky (kruh z palce a ukazováčku – OK). (Vymětal, 2008)

Další neverbální ukazatel, který nám toho může hodně říct, je pohled. Pohled bývá obvykle prvním prostředkem navázání kontaktu mezi lidmi. Pohledem můžeme vyjádřit zájem, dát najevo, že posloucháme, a naopak díváním se na hodinky nebo do zdi vzbudíme pocit nezájmu. (Vymětal, 2008)

Mezi neverbální signály řadíme i posturiku, proxemiku či haptiku.

Posturikou rozumíme postoj, držení těla, směr natočení těla, napětí nebo uvolnění, ale také vzájemnou polohu komunikujících (př. zrcadlení). Signalizuje emoční stav, zájem, vztah ke komunikačnímu partnerovi či k sdělení. (Pease A., Pease B.; 2011)

Proxemika je pak vyjádřením vzájemné vzdálenosti osob při komunikaci. Tento prostor záleží na individuální či kulturní odlišnosti, ale i na vztahu k druhé osobě či osobám. Dle naší kultury máme prostor intimní (15–45 cm), který je ze všech osobních zón nejdůležitější. Mohou

do něj vstoupit pouze nám nejbližší osoby – milenci, rodiče, děti, blízcí přátelé. Osobní prostor (46–120 cm), tato vzdálenost se udržuje například na přátelských setkáních, společenských událostech atp. Skupinový prostor (1,2–3,6 m) je vzdáleností, kterou udržujeme mezi sebou a cizími lidmi. A veřejný prostor (více než 3,6 m) v případě projevu k větší skupině (politik mluvící k lidu například na náměstí). (Pease A., Pease B.; 2011)

Haptika je kontakt hmatem (dotyk). Například podání ruky, poplácání po ramenou či zádech, nabídnutí rámě. Doteky mohou být formální, neformální, přátelské nebo intimní. Haptický kontakt bývá ovlivněn kulturou, ze které dané osoby pochází. Každý člověk má také svou vlastní hranici, jaké druhy doteku pro něj jsou v té, které situaci přijatelné. (Hartl & Hartlová, 2010)

Do neverbální komunikace bychom mohli zahrnout i tzv. rekvizitové prostředky. Rekvizitové prostředky a celkový image také hrají velkou roli v našem vnímání druhým. Mezi rekvizitové prostředky patří například tužka nebo brýle se kterými si komunikující „pohrává“. (Pease A., Pease B.; 2011)

Příklady neverbálních komunikací více viz příloha II.

4.3. Extraverbální komunikace

Extraverbální neboli mimoslovní dorozumívání bývá u většiny autorů zahrnuto v komunikaci neverbální. Jedná se o komunikaci za pomoci doteků (haptika), tepla (reakce na základě vnímání teplotními receptory kůže, jako je například schoulení se, třes apod.). Třetí složkou extraverbální komunikace je čich a přijímání jeho podnětů na afektivní škále (příjemné – nepříjemné). (Hartl & Hartlová, 2010)

4.4. Specifika práce a komunikace s umírajícími klienty a jejich pečujícími

Komunikace má svá specifika i dle komunikačního partnera. Specifika neudává pouze původ, kultura, věk apod. Komunikaci uzpůsobujeme i tomu v jakém psychickém a životním rozpoložení se komunikační partner, v našem případě klient nachází.

V práci s umírajícím klientem je důležité brát v potaz potřeby umírající osoby, která se základně dělí na potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Stejně tak důležité je poznání a provázení klienta dle toho v jaké fázi přijetí závažného onemocnění nebo blížící se smrti, se obecně nachází.

Peče o psychické, sociální a spirituální potřeby je bezmála tak důležitá, jako péče o potřeby biologické, i když se těmto ostatním potřebám často nevěnuje taková pozornost. Všechny tyto potřeby se navzájem ovlivňují, ovlivňují i psychickou a fyzickou vitalitu jedince potažmo jeho blízkých.

Proces umírání a jeho přijetí se projevuje jak v rovině myšlení a chování, tak i v rovině emocí a samotné motivace. Klienti s život ohrožujícím onemocněním nebo umírající klienti prochází různými fázemi vyrovnávání se se svou životní situací. Obdobnými fázemi smíření prochází i jejich pečující a blízcí. V kontextu komunikace s umírajícími i pečujícími můžeme využít model Kübler-Rossové (zmiňném výše). Uvědomění si fáze smíření je důležité jak pro pracovníka, tak může být nápomocné i pro jedince samotného.

4.4.1. Specifika práce s klientem dle jednotlivých fází smíření se se smrtí

1. fáze – Negace

Prvotní reakcí na zjištění život ohrožujícího onemocnění nebo predikci smrti z jiných důvodů je šok. Jedná se o intenzivní prudkou a zároveň rychle odeznívající reakci, kterou následuje fáze popření. Negace neboli fáze popírání a odmítání reality je bezprostřední reakcí. Tato fáze může trvat různě dlouho. V této etapě pracujeme u klienta s různými projevy zmatenosti, nechápavosti, co se s ním (popřípadě z pozice pečujícího co se s blízkým) děje. Jedinec má tzv. zúžené vidění, a tak není schopen přijmout a třídit obsáhlejší a složitější sdělení a informace. Dotyčný přijímá informace selektivně. Důležité informace, například sdělení lékaře, je vhodné zapsat i v písemné formě a pacientovi předat. V tomto stádiu může totiž nemocný nepřijímat a neslyšet informace, které se neslučují s jeho nadějemi. Nemocní mají často dojem, že s nimi nikdo nehovořil, lékař jim nic nesdělil a nevysvětlil apod. Postupem této fáze mají dotyčné osoby tendenci stahovat se od ústraní a vyrovnat se se sdělením o samotě.

V této fázi je důležité nemocného, potažmo jeho blízké, vyslechnout a odpovídat i opakovaně na jejich otázky. Odpovědi můžeme pro klienta i sepsat.

Zejména v této fázi je velmi důležitá neverbální a paraverbální komunikace, kterou klient vnímá intenzivněji než složku obsahovou (verbální). (Havránková in Vodáčková, 2012)

2. fáze – Agrese

Nemocný (popřípadě pečující) překypuje těžce ovladatelnými negativními emocemi. Tato fáze je pro jedince plná zmatku, vzdoru a pocitu nespravedlnosti „proč to potkalo právě ji/jeho“. Vyskytují se myšlenky „co jsem udělal/a, že musím tak trpět“, „čím jsem si to zasloužil/a“ provázané na jednu stranu pocitem viny a na stranu druhou pocitem křivdy a zloby na své okolí. Jedinec si uvědomuje, že osoby, na které se zlobí a nadává za jeho onemocnění nemohou, ale není schopen své emoce a konání ovládnout. Tento rozpor může být velmi náročný nejen pro blízké a pečující, ale i pro aktéra samotného. Pečující by chtěli svému blízkému dopřát příjemný konec plný laskavého chování, ale přirozeně někdy reagují na agresi opečovávaného vlastními negativními emocemi. Pro umírající i blízké může být nápomocná informace, že se jedná o přechodnou a přirozenou fázi. Nejedná se o osobní konflikt nebo nelibost, ale o přirozenou fázi přijetí blízcího se konce. (Havránková in Vodáčková, 2012)

3. fáze – Smlouvání

Třetí fáze je typická uvědoměním si závažnosti svého zdravotního stavu (nebo stavu blízkého), uvažováním o smyslu života a plánováním co se zbylým časem. Etapa je charakteristická „smlouváním se smrtí o čas“. Například: „Ještě chci vidět vnuka.“ Ještě se chci dožít promoci syna.“ Ještě se chci dožít svatby vnučky.“ apod. Při provázení nemocného či pečujícího je v této fázi podstatné plánovat krátkodobé cíle. Ty by měly být významné do obsahu nikoliv zaměřené na čas. Sebemenší splněný cíl oceňujeme. Pokud se nemocný nebo i pečující dotazuje, myslíme-li si, že je možné, že se nějaké události ještě dožije, je vhodné tuto možnost nevyvracet, ani nepotvrzovat nebo spíše neslibovat. V této fázi jsou nemocní i blízcí nejvíce otevření „záračným“ doplňkům stravy, lékům a léčitelům apod. Je vhodné zvážit zdravotní a finanční dopady, ale zároveň tuto možnost dotyčným nebrat. Pocit, že mohou pro své zdraví nebo zdraví blízkých ještě něco udělat, může být důležitým prvkem ovlivňujícím jejich psychické rozpoložení. (Havránková in Vodáčková, 2012)

4. fáze – Deprese

Ve fázi „deprese“ je nemocný stále zřetelněji konfrontován se závažností a nevyhnutelným zhoršováním zdravotního stavu. Stejně tak pečující intenzivně vnímá prohlubující se onemocnění směřující ke smrti jeho blízkého. Jedinci v obou rolích pociťují únavu a vyčerpání pramenící jak z fyzické roviny, tak z roviny psychické pramenící ze

zmařených nadějí na zlepšení. To pak vyvěrá v hluboký zármutek nad zmařením vyhlídek na možnosti budoucnosti a ve smutek nad ztrátou zdraví.

V této fázi je velmi důležité mít někoho blízkého, kdo dotyčného v nelehké situaci ohleduplně provází a naslouchá mu. V této fázi je podstatné mít někoho, s kým může sdílet své pocity a obavy, často i touhy po urovnání vztahů s blízkými. Pro umírající se může jednat o blízkého pečujícího. Pečující by však neměl zapomínat ani sám na sebe. Toho pak může podpořit někdo z rodiny, přátel nebo odborník. Ideální je kombinace neformální i formální podpory. Pokud je umírajícím a pečujícím poskytnuta dobrá podpora, nemusí být tato fáze příliš dlouhá. (Havránková in Vodáčková, 2012)

5. fáze – Smíření

Závěrečnou fází je smíření, umírající potažmo pečující, přijímá skutečnost a akceptuje realitu zdravotního stavu. Soustředí se na nejlepší možný způsob života, jaký zdravotní stav dovoluje. Jedná se o stav vnitřního klidu a vyrovnanosti. Tento stav nemusí však naplnit každý nemocný nebo pečující. Mohou se dostat na místo toho do stavu rezignace a beznaděje. V této fázi je spíše než verbální komunikace důležitá přítomnost a kontejment (schopnost těžkou situaci „usedět“) a s dotyčným „prostě být“ a třeba držet jej za ruku, otřít slzy, obejmout... (Havránková in Vodáčková, 2012)

5. RODINA UMÍRAJÍCÍHO BLÍZKÉHO

Role rodiny se v péči o nemocné a umírající průřezem času výrazně mění. Vlivem rozvoje a postupu medicíny se role rodiny jako primárních pečovatelů upozadňuje. Je nutné si však uvědomit, že funkce rodiny (i dalších blízkých osob) je v péči nezastupitelným a nenahraditelným faktorem, a to jak z pohledu fyzického a zdravotního, tak převážně z pohledu psychické a emocionální podpory nemocného. (Bártlová, 2005)

Onemocnění jedince neovlivní pouze jeho samotného, ale i blízké osoby, jednotlivé členy rodiny i rodinu jako celý systém. Míru ovlivnění, a naopak schopnost adaptace na tuto situaci udávají faktory jako je to, kterému členu rodiny bylo onemocnění diagnostikováno, závažnost a predikce gradace onemocnění, doba onemocnění, ale i společenské a kulturní zvyky rodiny. Mezi důležité činitele pro zvládnutí situace je převážně schopnost a nastavení komunikace v rodině. Nastavení a dovednost komunikace zákonitě ovlivňuje i schopnost řešení konfliktů a projevení vzájemného porozumění a podpory jednotlivých členů i rodiny jako

celku. Funkce rodiny se zpravidla změnil, jak ve vnitřní struktuře, tak i ve vztahu k okolí. (Bártlová, 2009)

5.1. Definice rodiny

Definici rodiny různí autoři uvádějí jinak. Níže předesílám základní a obecné definice rodin. Bezmála v každé společnosti se setkáváme se společenským poutem rodiny, která je postavena na pokrevním vztahu nebo svazku manželském. Nejčastěji se setkáváme s rodinou nukleárního typu, a to i u kultur, které odstoupily od tradičního pojetí rodiny v širším rozsahu. Jedná se o rodiče a jejich děti (popřípadě adoptované, osvojené nebo děti v pěstounské péči apod.) ve společné domácnosti. Rodina je významná především v kontextu socializace, a to zejména pro děti, ale i dospělé, jelikož určité úrovně socializace procházejí průběhem celého života. (Mucha, 2009)

„Rodina představuje skupinu osob přímo spjatých příbuzenskými vztahy, jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí“. (Mucha, 2009, s. 151)

„Rodina je společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.“ (Hartl & Hartlová, 2010, s. 504)

5.2. Základní funkce rodiny

Základně se dělí funkce rodiny na 4 úlohy: reprodukční, ekonomicko-zabezpečovací, socializačně-výchovnou a citově intimní. Někteří autoři uvádí pátou úlohu, a to úlohu ochrannou, která je obsažena ve čtvrté emocionální funkci (někdy také emocionálně-ochranná funkce). Všechny tyto funkce jsou naplňovány souběžně a měly by být naplňovány i rovnoměrně. Při dlouhodobém deficitu nebo i protěžování jedné funkce je rodinné soužití disfunkční. (Vymětal, 2003)

Reprodukční funkce

Jak název napovídá, jedná se o základní biologickou a rozmnožovací funkci. Slouží k udržování lidského druhu prostřednictvím institutu rodiny.

Ekonomicko-zabezpečovací funkce

Tato funkce se zaměřuje na materiální existenční zabezpečení rodiny. Problematickou může být nadměrný odklon k této funkci, která vede k deformaci harmonického a zdravého rodinného soužití.

Socializačně-výchovná funkce

Sociálně výchovná funkce spočívá primárně ve výchově a vzdělávání potomků směřující k dobré socializaci jak v menších sociálních skupinách, tak i ve společnosti jako celku. Přestože primární fokus je zde zaostřen na děti, týká se tato funkce, jako i všechny ostatní i dospělých, kteří se rovněž celý život socializují a vzdělávají.

Citově-intimní funkce

Neboli emocionálně-ochranná funkce zajišťuje za ideální situace bezpodmínečně všem členům rodiny pocit bezpečí, sounáležitosti, místa, jistoty a vzájemně důvěrných vztahů, a to bez „zásluhovosti“ bezpodmínečně a bezvýhradně. Tato funkce a její elementární vzájemné přijetí je důležité pro formování vztahu sám k sobě, navazování vztahů k jednotlivcům i společnosti jako celku. Při krizi v rodině bývá tato úloha rodiny narušena nejdříve a nejvíce. (Vymětal, 2003)

5.2.1. Typologie rodin

Typologií rodin je v kontextu českých i zahraničních několikero. Pro potřeby mé diplomové práce uvedu typologii dle Voilandové a Buella (1980), které uvádí pan docent Matoušek v titulu Metody a řízení sociální práce.

Typologie Voilandové a Buella rozeznává základní 4 typy rodin:

1) Perfekcionista rodiny

V tomto typu rodiny jsou nadměrně zdůrazňovány žádoucí způsoby chování. Tento způsob výchovy vede k externím pocitům úzkosti při překročení hranic a vybočení z žádoucích modelů chování.

2) Nepřiměřené rodiny

V nepřiměřených rodinách je jedna nebo i dvě dospělé osoby, které spoléhají na pomoc z venku a nejsou schopny řešit problematické situace, které běžně jiné typy rodin zvládají zpracovat za využití vlastních zdrojů.

3) Egocentrické rodiny

Egocentrické rodiny se vyznačují minimálně jedním rodičem, zpravidla otcem, s vysokým fokusem na kariéru. Rodinné vztahy jsou typické svou instrumentální povahou (hodnota jednotlivce je dána mírou dobré reprezentace na venek nebo uspokojení potřeb někoho jiného, ne však vlastních potřeb).

4) Asociální rodiny

Rodina není dostatečně zapojena do hodnotového i sociálního dění společnosti. Uspokojování vlastních potřeb stojí v hierarchii nad právními normami (na ty není brán zřetel). Typickým je deficit odpovědnosti vůči společnosti i v rámci vlastní rodiny. Vztahy jsou zpravidla mělké.

(Matoušek, 2003)

6. KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita je v našem jazyce definován jako hodnota ve dvou významech slova (všeobecný význam slova a normativní význam). (Gurková, 2011) Pojem kvalita života se užívá napříč různými vědními obory (jedná se například o: sociální práci, psychologii, sociologii, medicínu, antropologii, biologii, demografii, ekologii, ekonomii, filozofii, a dalších). Kvalita života je multifaktoriální a mnohorozměrová. Jedná se o relativní (nikoliv absolutní) hodnotu s kvalitativní (hodnotový systém dle hodnotitele) i kvantitativní složkou (měřitelné indikátory). Zahrnuje tedy subjektivní a objektivní souhrn ukazatelů (i jejich kombinaci). (Michalík, 2011)

Cumminse (1996) roztřídil pojem kvality života do sedmi kategorií:

- 1) Materiální zabezpečení
- 2) Zdraví
- 3) Produktivita
- 4) Velmi dobré mezilidské vztahy

- 5) Pocit bezpečí
- 6) Komunita
- 7) Emoční pohoda

(Michalík, 2011)

6.1. Model kvality života dle objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání

Tabulka č. II – Model kvality života dle objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání

| Objektivní životní podmínky | Subjektivní životní podmínky | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------|
| | Dobrá | Špatná |
| Dobré | Pohoda | Disonance |
| Špatné | Adaptace | Deprivace |

(Michalík, 2011, s. 34)

Subjektivní a objektivní podmínky jsou důležitými předpoklady kvality života. Nejedná se však o vztah kauzální, který by zaručil vysokou kvalitu života při dobrých objektivních podmínkách. (Michalík, 2011)

6.2. Vztah vnějších a vnitřních kvalit života

Nizozemský sociolog Ruut Veenhoven (narozen 1942) poukazuje na rozdíl mezi příležitostmi pro kvalitní život a kvalitním životem samotným a rozdíl mezi vnitřními a vnějšími charakteristikami (viz tabulka níže). (Michalík, 2011)

Tabulka č. III – Vztah vnějších a vnitřních kvalit života

| | Vnější kvalita života (prostředí) | Vnitřní kvalita života (jedinec) |
|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Životní šance, životní příležitost | Příhodnost prostředí pro život | Životaschopnost jedince, viabilita |
| Výsledek života, podoba života | Užitečnost života | Porozumění vlastnímu životu |

(Michalík, 2011, s. 35)

6.3. Kvalita života umírajících osob

Hodnocení kvality života pacientů v rámci paliativní péče je její důležitou součástí, jak pro nastavení léčby a péče, tak jako indikátor její kvality. (Brožová, 2015)

„Hlavním cílem paliativní péče je důraz na kvalitu života pacientů a jejich rodin (Sepúlveda, 2002). To je jedním z důvodů, proč je kvalita života častým tématem výzkumných studií. Impulz pro studium kvality života paliativní péče je spojen s pokrokem léčby, která může vést k delší době přežití za přítomnosti nežádoucích účinků léčby s negativním vlivem na kvalitu života nemocného. Opakované subjektivní hodnocení kvality života pacientem během léčby může být podstatné pro multidisciplinární tým při stanovování plánů léčby a péče. V literatuře je popsáno mnoho definic kvality života jako osobní pohody (well-being). Osobní pohoda zahrnuje psycho-spirituální, tělesnou i sociální dimenzi (Furková, 2011). Prakticky to pro pacienta znamená „cítit se dobře“... „ (Brožová, 2015 s. 353 – s. 354)

Tématu kvality života v paliativní péči se věnuje mnoho autorů, shodně klasifikují pět hlavních kategorií v oblasti kvality života: 1. schopnost žít normální život, 2. štěstí/spokojenost, 3. dosažení osobních cílů, 4. schopnost vést společenský život, 5. fyzická a mentální kapacita. (Brožová, 2015) Tyto oblasti můžeme shrnout do faktorů fyzické, psychické, sociální a spirituální pohody, přičemž všechny tyto oblasti mohou být v závěru života omezeny nebo obměněny, schopnost vést „normální“ život a účastnit se společenského dění je významně limitována.

„Nikolettiová a Cohen (2004) poukazují na čtyři aspekty kvality života, které mají v paliativní péči základní význam a mohou být aplikovatelné.“ (Buržgová, 2015, s. 357) Jsou to subjektivita (nemocný je sám nejlépe schopen vyhodnocovat a reflektovat kvalitu svého života), dynamika (vnímání kvality života se v průběhu času mění a je ovlivňováno mnoha faktory), mnohorozměrnost (kvalita života sestává z faktorů fyzických, funkčních, emocionálních, sociálních a duchovních) a pozitivní a negativní rozměry (hodnocení kvality života může mít negativní i pozitivní stránky, které pacienti v návaznosti na své onemocnění uvádí). (Bužgová, 2015)

6.4. Kvalita života neformálně pečujících osob

Kvalita života pečujícího stejně jako umírajících osob obsahuje stejné faktory, pouze s většími či menšími akcenty na jednotlivé oblasti dle jejich specifických potřeb. Kvalitu života pečujících například více ovlivňuje spirituální stránka života a její podpora (dodává naději,

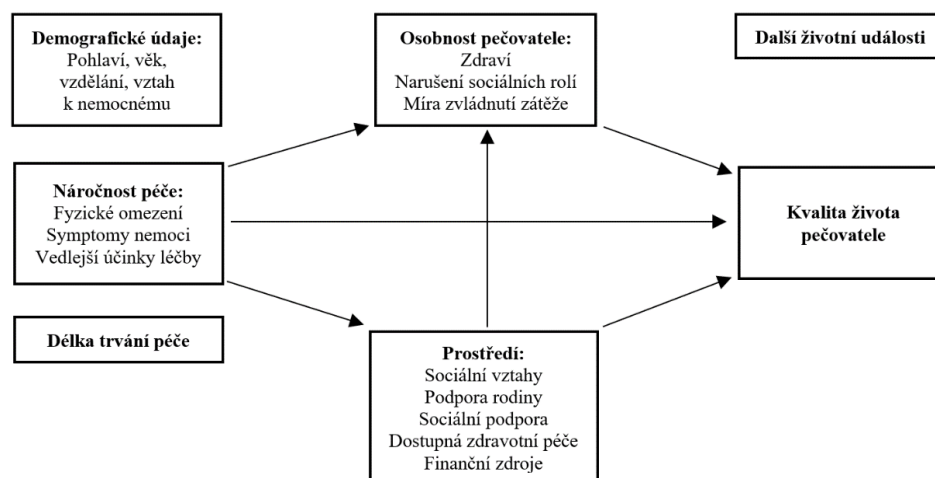
smysluplnost života a péče), která je pro ně zdrojem psychické síly a energie na péči. Větší nárok je pak kladen na biologické úrovni na potřebu spánku a odpočinku, kterých mají zpravidla velký deficit. Nadměrnou zátěž oproti běžnému člověku mají i na úrovni psychické (často přítomný stres, strach o opečovávaného, pocit bezmoci v souvislosti s diagnózou blízkého apod.) Na sociální úrovni je pak pro ně více důležitá neformální přirozená podpora vlastních zdrojů (zejména rodina, ale i přátelé, sousedi apod.) (Vaňurová in Řehulková, 2008)

6.5. Model kvality života pečovatele

Model poukazuje ne různorodost faktorů ovlivňujících kvalitu života pečujících a jejich nepochybné souvislosti a vzájemně se ovlivňující vztahy mezi nimi.

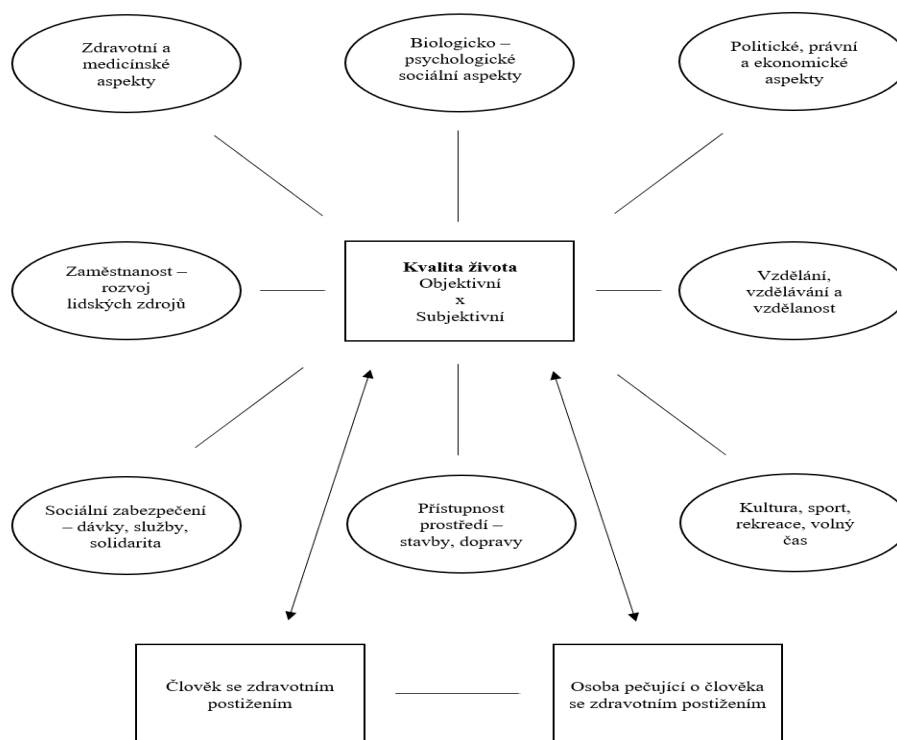
Přestože byl model vytvořen White et al. (Řehulková, 2008) specificky pro pečující o osoby po mozkové mrtvici je možné jej pro naše potřeby aplikovat i na pečující o umírající blízké.

Diagram č. I – Kvalita života pečovatelů o blízké po mozkové příhodě



(Vaňurová in Řehulková, 2008, s. 45)

Diagram č. II – Oblasti ovlivňující kvalitu života osob se zdravotním postižením a osob pečujících



(Michalík, 2011, s. 40)

Výše demonstrováný model kvality života je specializovaný na osoby se zdravotním postižením (dále jen OZP) a jejich pečujících. Pro naše účely lze tento model zobecnit a využít i pro cílovou skupinu pečujících o umírající blízké či blízké s diagnostikovaným život ohrožujícím onemocněním.

Jak bylo zmíněno v obecné kapitole kvalita života, australský profesor psychologie Robert Cumminse (1996) třídí pojem kvality života do sedmi základních kategorií. Na jeho práci navázal profesor Michalík (2011), který definoval faktory ovlivňující kvalitu života konkrétně u neformálně pečujících, a to do těchto oblastí:

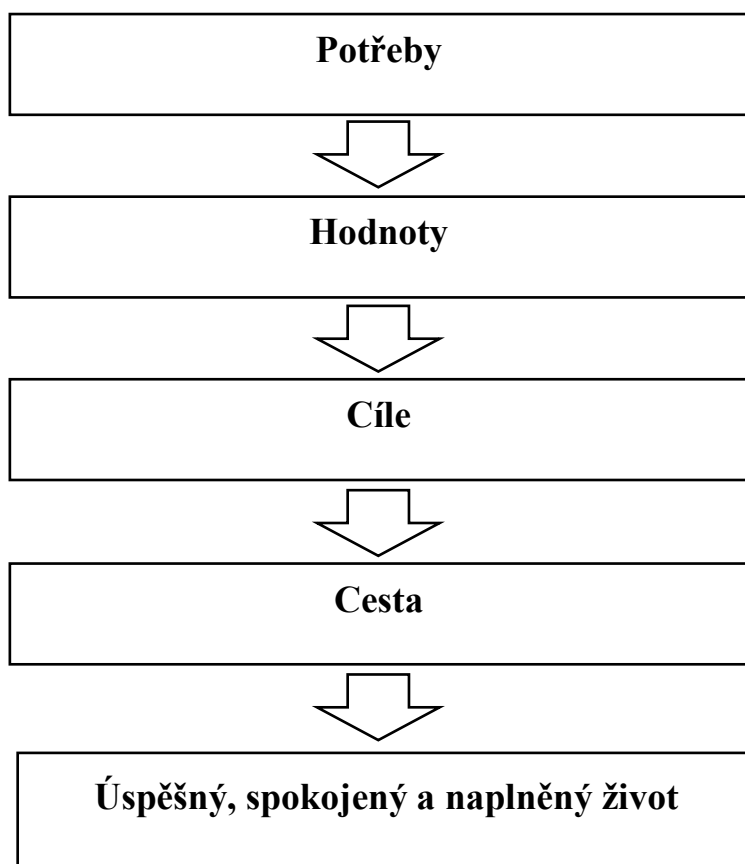
- Životní prostředí
- Dostupnost služeb a podpory
- Zajištění bezpečí a ochrany
- Zaměstnanost
- Dostupnost zdravotní péče
- Ekonomické zaopatření
- Volný čas a rekreace

A další socio-demografické a bio-psychické a spirituální data o jedinci. Zároveň Michalík poukazuje na důležitost subjektivního hodnocení. (Michalík, 2011)

7. HODNOTY A POTŘEBY

Pro kvalitu života umírajících či jedinců s životem ohrožující diagnózou a stejně tak pro neformálně pečující je základní naplňování či nenaplňování jejich hodnot a potřeb. Své potřeby a hodnoty má každý jedinec stejně jako i rodina jako celek. Hodnoty má každá kultura, rodina a každý jedinec jinak nastavené. Hodnoty vychází ze základních potřeb.

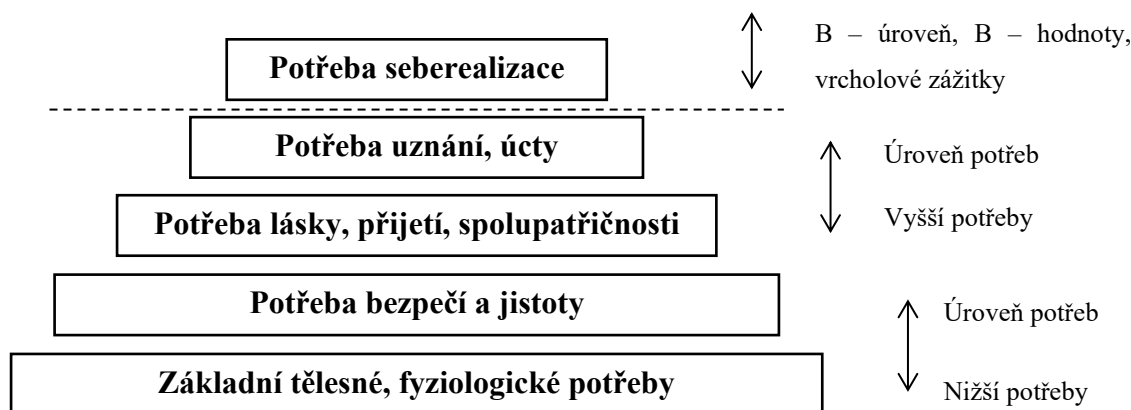
Diagram č. III – Vývoj potřeb a hodnot



(Cakirpaloglu, 2009)

Základní lidské potřeby definoval v roce 1943 americký psycholog Abraham Harold Maslow do pěti základních kategorií (základní biologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti, potřeba uznání, potřeba seberealizace).

Diagram č. IV – Maslowova pyramida potřeb



(Drapela, 2008. s. 139)

V kontextu práce s umírajícím člověkem většina autorů dělí potřeby základně na potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální.

7.1. Hodnoty a potřeby umírajících

Na základě holistického pojetí dělíme potřeby na biologické, psychologické a sociální (někdy spojováno do psychosociální potřeby) a spirituální. Právě včasná komunikace potřeb a snaha o jejich naplňování je determinantem kvality péče. Specifika jednotlivých potřeb jsou určena dále jednotlivcem, kulturou, sociálním zázemím a onemocněním samotným. Priority potřeb se mění v průběhu onemocnění. Ve fyzické úrovni se nejčastěji jedná o tělesnou pohodu, péče o symptomy a tlumení bolesti. Na psychosociální úrovni se dle rešerše literatury McIlmurrayem z roku 2003 jedná o základních šest kategorií; potřeby související s profesionály poskytujícími péči, potřeba informací, potřeba podpory, potřeba nalezení vlastní identity, spirituální potřeby a praktické potřeby. Celosvětové výzkumy ukazují, že psychosociální úroveň podpory u umírajících je (zejména u hospitalizovaných pacientů) nedostatečná. (Bužgová, 2015)

7.1.1. Potřeby biologické

Na práci s biologickými potřebami se v rámci paliativní péče zpravidla nezapomíná. Jedná se o potřeby nemocného těla. Uspokojování základních potřeb se odvíjí i od osobních zvyklostí jedince. Základně se jedná o esenciální potřeby těla, jako zejména je:

- 1) příjem potravy a tekutin (může být potřeba speciálního způsobu podání na základě onemocnění a fáze postupu onemocnění),

- 2) přísun kyslíku (zajištění zmírnění případných dýchacích problémů, může probíhat za pomoci přístrojů)
- 3) odpočinek (zvýšená potřeba na základě zvýšené psychické i fyzické zátěže organismu),
- 4) spánek (zvýšená potřeba na základě zvýšené psychické i fyzické zátěže organismu),
- 5) hygiena (uzpůsobená možnostem umírajícího, v konečné fázi probíhá zejména na lůžku)
- 6) vylučování (může být potřeba inkontinenčních pomůcek),
- 7) tepla (regulace teploty dle potřeb umírajícího, zpravidla potřeba vyššího tepla)
- 8) tlumení bolesti (vhodné nastavení farmakoterapie a dalších možných metod tlumení bolesti).

(Svatošová, 2003)

7.1.2. Potřeby psychologické

Závažné onemocnění je typické velkou psychickou zátěží pro všechny zúčastněné, které pramení zejména z konfrontace s vlastní smrtelností. To vyvolává v celé psychické sféře intenzivní reakce. Často pracujeme s emocemi nervozity, strachu a smutku. Boleloucký (2004) uvádí základní příčiny této zátěže a psychické krize:

1. Pocity vlastní neschopnosti, uvědomování si vlastní nesoběstačnosti a slabosti
2. Syndrom ztráty – ztráta kontroly nad vlastní mobilitou, ztráta vlády nad svým životem, ztráta životního stylu, na který byl jedinec zvyklý.
3. Pocit nedokončené práce
4. Rodinné problémy (zejména komunikační problémy)

Konečná fáze života je typická ryze lidskými obtížnými psychickými úkoly pro umírající. Před umírajícím stojí úkoly jako přijetí života, jaký je, nalezení smyslu v této fázi života, vyrovnání se a nalezení smyslu s již odžitým životem, srovnání vztahů, odpuštění sobě i blízkým, zpracování strachu o sebe i blízké. Specifika přichází u umírajících, kteří nemají rodinu nebo jiné blízké osoby. Jedná se zejména o pocit osamělosti a emoční deprivace. (Bužgová, 2015)

7.1.3. Potřeby sociální

Závažné onemocnění významně mění sociální status a možnost začlenění se do společnosti nemocného. Jedná se zejména o změnu rolí, prostoru, ve kterém se umírající pohybuje (i v domácím prostředí jsou zpravidla nutné úpravy, jako je např. polohovací lůžko)

a změna souboru pečujících osob. Sociální status i psychická pohoda či nepohoda pacienta se významně odvíjí od reakcí nejbližšího okolí umírajícího člena rodiny, komunity, společnosti. Haškovcová (2000) hovoří o tzv. sociálním aktu neboli přítomnosti blízké osoby při umírání, která je důležitým determinantem kvality péče a umírání. Přítomnost blízké osoby nebo osob může vést ke snížení pocitů úzkosti. Potřebu blízkosti druhé osoby pojmenoval psycholog polského původu Kazimierz Obuchowski jako *potřebu emočního kontaktu*. Tamburini et al (2000) uvádí, že význam této potřeby vystupuje do popředí v momentě, kdy ztrácí jedinec kontrolu nad svou fyzickou a emoční stránkou. Jedná se o podporu druhých osob (formální i neformální). Tato podpora může být poskytována třemi základními způsoby:

- 1) Přítomnost (fyzicky, psychicky, duchovně) – zejména neformální podpora
- 2) Informace (informace a vyžádané rady) – zejména formální podpora
- 3) Instrumentální podpory (faktická poskytnutá pomoc) – kombinace formální a neformální péče (Bužgová, 2015)

7.1.4. Potřeby spirituální

Neméně důležitou potřebou je i potřeba spirituální, která zejména v konečné fázi života vystupuje do popředí i u nevěřících lidí. Tato potřeba vychází zejména z existenciální krize a tísně, která přináší otázky smyslu a cíle života, smrti a pocitu vlastní hodnoty a zodpovědnosti a povinností. Duchovní podpora umírající osoby (nebo blízkých umírající osoby) spočívá v nalezení nebo znovunalezení výše zmíněných hodnot za současné situace. Víra pro mnoho lidí poskytuje smysl událostí a zároveň naději. Přičemž spiritualitu chápeme jako přesah zážitků přes smyslové jevy, které procházejí fyzickou, psychickou i sociální úrovní. Nemusí, ale může se jednat o náboženské vyjádření. Duchovní potřeba může zahrnovat i potřebu vyzpovídání se. Je důležitým faktorem ovlivňujícím celkovou pohodu (well-being), a tím kvalitu života umírající osoby. Nenaplnění spirituálních potřeb může přinášet pocity strachu, zoufalství, frustrace, izolace, znehodnocení vlastní osoby i vztahů, ztrátu smyslu celého života apod. (Bužgová, 2015)

7.2. **Potřeby rodinných příslušníků pečujících o umírajícího blízkého**

Potřeby pečujících se zákonitě odvíjí od potřeb opečovávaných blízkých. Remr in Dragomirecká (2020) v titulu *Ti, kteří se starají, Podpora neformální péče o seniory* uvádí devět cílových potřeb, které vycházejí z výzkumu uskutečněného v roce 2018 s vzorkem 74

respondentů (neformálně pečujících) formou polostrukturovaných rozhovorů. Jedná se o potřeby v těchto oblastech:

1) Vzdělávací potřeby

Vychází z nedostatku základních informací. Potřeba je dána zejména tím, že pečující nejsou zpravidla profesionály v oblastech pečovatelsví, zdravotnictví či sociální péče apod., a tak často přirozeně nemají ani základní přehled (znalosti a praktické zkušenosti) v těchto oborech, které jsou k péči vyžadovány.

2) Praktické potřeby

Jedná se o praktické dovednosti spojené s výkonem péče pramenící zejména v malých městech a vesnicích z nedostatečné flexibility poskytovaných terénních služeb, které neposkytují krátkodobé či jednorázové podpory nebo potřeba neodpovídá vydefinované náplni práce terénních pracovníků.

3) Technické potřeby

Technické potřeby chápeme zejména jako stavební úpravy, především přestavba pro bezbariérový přístup do bytu/domu, tak i v něm a instalace madel zejména v koupelně a na toaletě.

4) Administrativní potřeby

Administrativní potřeby vychází primárně z překážek spojených s komunikací s veřejnoprávními organizacemi.

5) Psychologické potřeby

Tato oblast potřeb vychází z chybějící psychologické podpory, a to zejména v počáteční fázi péče. Deficit psychologické podpory může vést k pocitům smutku, selhání, nekompetentnosti, přetížení, frustrace až úzkosti a deprese apod.

6) Emocionální potřeby

Emocionální potřeby se částečně překrývají s potřebami psychologickými, jedná se však spíše o potřebu sdílení těžkostí a emocí spjatých s péčí, které mohou pečující sdílet zejména neformálně mezi sebou.

7) Sociální potřeby

Tato potřeba je určena tím, že především hlavní pečující kvůli nejen časové, ale i psychické a fyzické náročnosti péče minimalizují nebo úplně zpřetrhají vztahy (s přáteli nebo s kolegy po odchodu ze zaměstnání a pečování „na plný úvazek“). Často i když mají někdy čas, nemají již kapacitu na sociální kontakt.

8) Zdravotní potřeby

Zdravotní potřeby jsou dány jednak zdravotním stavem opečovávaného a tím náročností péče, tak i zdravotním stavem pečujícího samotného. U pečujících se často objevuje fenomén, kdy odsouvají vlastní preventivní prohlídky a upřednostňují péči o blízkého.

9) Finanční potřeby

Potřeba je dána rozdílem mezi příjmy na péči (příspěvek na péči, případně příspěvek na mobilitu) a dalšími příjmy domácnosti a výdaji na péči, které jsou dány zdravotním stavem opečovávané osoby (popřípadě pečující osoby, která pokud má sama zdravotní problémy nebo je již ve vyšším věku potřebuje intenzivnější zastoupení formálními službami). Zároveň je nutné si uvědomit, že se nejedná pouze o přímé, ale i nepřímé náklady na péči, jako je snížení pracovního úvazku nebo odchod ze zaměstnání, které rapidně sníží příjem domácnosti.

(Remr in Dragomirecká, 2020)

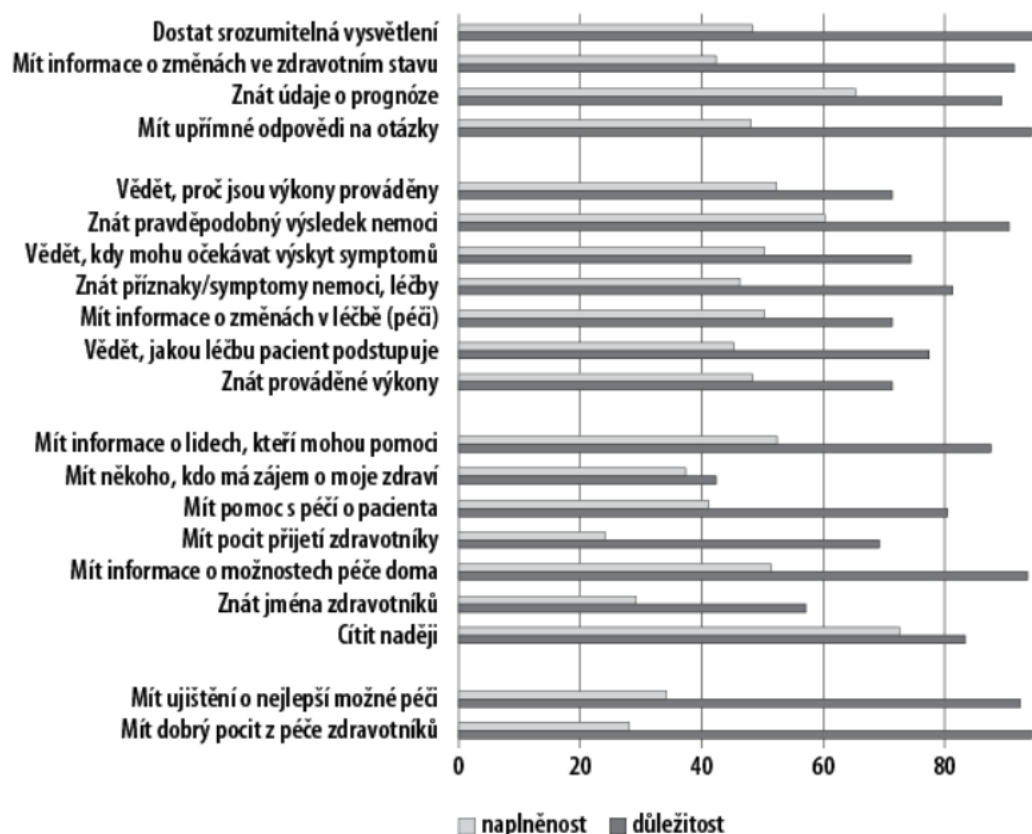
Kristjansonová a White (2002) vydefinovali několik základních potřeb specifickým pro pečující o umírající blízké:

- 1) **Zajištění komfortu pacienta** (důvěra v kvalitu poskytované péče)
- 2) **Potřeba informací** (nejen sdělení základních informací profesionály (zejména zdravotníky), ale i trpělivost a ochota opakovat informace a zodpovídat dotazy)
- 3) **Zajištění faktických praktických potřeb pacienta** (důvěra v kvalitu poskytované péče odborníky i neformálně pečujícími – rady, tipy, zaškolení)
- 4) **Emocionální podpora** (ochota komunikovat i negativní emoce, které pečující má)

(Bužgová, 2015)

Níže jsou uvedeny výsledky z výzkumného projektu IGA MZ ČR (2012) nesoucí název *Identifikace potřeb pacientů a rodinných příslušníků v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života*, v rámci, kterého bylo dotazováno 272 pečujících rodin.

Graf č. II – Výsledky hodnocení důležitosti a naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v procentech



(Bužgová, 2015, s. 430)

7.2.1. Syndrom vyhoření neformálně pečujících

Syndrom vyhoření (burn-out) má více definic a pojetí. Poprvé termín formuloval americký psychoanalytik Herbert Freuderberger v roce 1974. Základně se jedná o psychologický a sociální pojem, proces. Hartl & Hartlová (2010) definuje syndrom vyhoření jako ztrátu profesionálního nebo osobního zaujetí, která je spojena s pocitem zklamání a ztrátou smyslu poslání, který je nahrazen každodenním stereotypem a rutinou. Jako obranu proti vyhoření pak vidí ve víře ve smysl poslání, vědomí jeho důležitosti a potřebnosti a možnosti osobního rozvoje za využití technik psychohygieny a relaxace. Syndrom vyhoření se vyskytuje nejčastěji u pomáhajících profesí (psychologové, lékaři, zdravotnický personál, učitelé, sociální pracovníci, vychovatelé a další). Obecně platí, že postihuje zejména lidi, kteří

dlouhodobě přicházejí do styku s dalšími lidmi. (Maroon, 2012) Rizikovou skupinou jsou tedy i neformálně pečující, kteří se často do krize a až vyhoření dostávají z důvodu absence psychické podpory a přetížení. Pečující může mít pocit zmařených ideálů, vyčerpání, ztráty zájmu až nechuť k péči.

Pečující trpící syndromem vyhoření mají často pocity osamělosti, jsou citliví vůči zklamání, mohou mít tendenci plně se identifikovat s péčí, berou si na sebe velkou zátěž, chtějí vynikat nad průměr a také být oceněni (tíženého ocenění od opečovávané osoby se zpravidla pečujícím, tak jak by si přáli, nedostává), neumějí říkat ne, spoléhají se výhradně na sebe, často nejsou ochotni nebo mají obavu požádat o pomoc (pocit selhání).

Tabulka č. IV – Základní projevy syndromu vyhoření

| | |
|---------------------------------|---|
| Fyzické vyčerpání | Nedostatek energie, nízká odolnost vůči nemocem, bolest hlavy, svalové křeče apod. |
| Emociální vyčerpání | Deprese, bezmoc, beznaděj, pocit uvěznění. Ztráta kontroly, prázdnota. Chybí nadšení. |
| Mentální vyčerpání | Až negativní postoj k lidem, životu a okolí. Méněcennost, nízké sebehodnocení... Až bezcitnost vůči okolí, blízkým a opečovávanému. |
| Odosobnění | Zhoršený kontakt mezi pečujícím a opečovávaným. Odcizení |
| Snížená osobní výkonnost | Negativní postoj k péči, špatná nálada, klesá tvořivost, nápaditost, schopnost poradit si. |

(Maroon, 2012)

Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření probíhá v pěti elementárních fázích. Na základě identifikace fáze se volí vhodná práce s vyhořelým pečujícím.

Fáze entuziasmu a nadějí

Počáteční fáze je typická „plovoucími“ vnitřními a vnějšími hranicemi, které pečující pevně nerozeznává. Pečující je plný naděje a ideálů, které se neshodují s realitou. Role pečovatele má nejvyšší hodnotu.

Fáze stagnace

Pečující v rámci péče o blízkého dělá jen to nejnnutnější. Péče jej nenaplňuje. Péči poskytuje automaticky v „zaběhlých kolejkách“, ale nemá ambice ke zlepšování a rozvoji péče. Ztráta nadějí a ideálů, které pečující pociťoval v prvotní fázi je bolestná.

Fáze frustrace

Frustrace je v protikladu moci z první fáze. Pečující těžce prožívá, že nemůže opečovávanému blízkému pomoci tak, jak si ve fázi entuziasmu představoval.

Fáze lhostejnosti

Lhostejnost je přirozeným obranným mechanismem proti frustraci. Pečující má obavu z postupu onemocnění a nových potřeb péče.

Fáze konce

V konečné fázi pečující buď péči zcela přenechá profesionálům a blízkého umístí do pobytového zařízení, anebo využije na delší dobu respitní odlehčovací služby (možné až po dobu tří měsíců). V této době revitalizuje své síly, potřeby, znovunalezá smysl péče a svou psychickou pohodu.

(Maroon, 2012)

Prevence a zvládání stresu

Prevence syndromu vyhoření a posílení kompetencí a zdrojů pro zvládání stresu probíhá na několika úrovních. Jedná se zejména o životní styl, mezilidské vztahy a přijetí sebe samého.

Životní styl

V rámci životního stylu je důležité zaměřit fokus zejména na vyvážený pohyb, výživu, odpočinek a spánek. Pečující zájmy by zároveň neměly pohltit veškerý volný čas. Je důležité, aby zůstal čas a energie na koníčky, kulturu a společenský život.

Mezilidské vztahy

Dlouhodobě neřešené konflikty v manželství, partnerství, v rodině mohou „vysávat“ energii, a proto je velmi důležité tyto vztahy, pokud možno minimálně v sobě (pokud to není možné s dotyčnými) zpracovat. Dalším aspektem, který je pro většinu lidí důležitým energetickým zdrojem, je kvalita jejich sexuálního života.

Přijetí sebe samého

Stejně jako opečovávání potřebují, aby je pečující bezpodmínečně přijal, akceptoval a projevoval lásku, potřebuje totéž i pečující. Tentýž postoj (bezpodmínečného přijetí a lásky) potřebuje každý člověk zachovávat i sám k sobě. Zejména pak pečující o blízké.

(Kopřiva, 2013)

Léčba syndromu vyhoření

Tak jako u jiných nemocí, i u syndromu vyhoření je velice důležité začít s léčbou co nejdříve.

Pokud problém dospěje až do konečné fáze vyhoření, může být nejefektivnějším řešením svěřit se do péče psychologů či psychiatrů. Terapie se pak zabývá především otázkami zdravého životního stylu, posílení mezilidských vztahů a získání realističtějšího postoje k péči. Důležitá je i pomoc ze strany rodiny a blízkých a lepší rozložení péče, jak v rámci neformální péče, tak přenechání některých úkonů na formálních typech péče.

Svépomoc

Důležitým prvkem v boji proti syndromu vyhoření je odpočinek, relaxace a pravidelný pohyb. (Odpočinkem rozumíme činnost, která se naprosto liší od činností vykonávaných v rámci péče o blízkého). Velkou roli taktéž hraje kontakt s přáteli. Pro prevenci syndromu vyhoření u pečujících je důležité naučit se říkat „ne“ a znát a respektovat vlastní hranice. V

neposlední řadě je také možno provést několik drobných změn v domácnosti a místě poskytování péče, tak aby se i pečující cítil příjemně.

Nástroje pro diagnózu syndromu vyhoření

Nástroje pro diagnózu vyhoření jsou přizpůsobeny primárně pro vyhoření v rámci zaměstnání, nicméně je možné jej zobecnit i pro neformálně pečující. Základní nástroje pro diagnózu syndromu vyhoření jsou dle Maroona (2012) tři. Jedná se o:

- 1) Maslachové škálu vyhoření u pomáhajících profesí
- 2) Maslachové škálu vyhoření pro povolání
- 3) Škálu znechucení

Maslachové škála vyhoření u pomáhajících profesí

Škálu sestavily v roce 1981 Maslachová a Jacksonová, obsahuje dvacet dva výpovědí pracovníků v pomáhajících profesích a do dnešního dne je jednou z nejpoužívanějších metod diagnózy syndromu vyhoření. Škála je založena na třech faktorech (emocionálním vyčerpání, depersonalizaci a seberealizaci).

Výpovědi (Maslach a Jackson, 1981)

1. ____ Cítím se prací emocionálně vyčerpán.
2. ____ Na konci pracovní doby se cítím opotřeбенý.
3. ____ Cítím únavu, když ráno vstávám a musím začít nový pracovní den.
4. ____ Snadno se vcítím do svých příjemců.
5. ____ Mám pocit, že s některými příjemci jednám jako s předměty.
6. ____ Pracovat celý den s lidmi je pro mě velmi namáhavé.
7. ____ Problémy se svými příjemci péče mám pod kontrolou.
8. ____ Kvůli své práci se cítím vyhořelý.
9. ____ Mám pocit, že svou prací pozitivně ovlivňuji život jiných lidí.
10. ____ Od té doby, kdy jsem začal pracovat ve své profesi, jsem vůči ostatním více netečný.
11. ____ Obávám se, že mě moje práce znečitlivuje.
12. ____ Cítím se velmi čínorodý.
13. ____ Moje práce mě frustruje.
14. ____ Mám pocit, že pracuji příliš tvrdě.

15. ____ U některých příjemců je mi jedno, co s nimi bude.
16. ____ Přímá práce s lidmi je pro mě velkou zátěží.
17. ____ Je pro mě snadné vytvářet při práci s příjemci uvolněnou atmosférou.
18. ____ Po intenzivním styku se svými příjemci cítím povzbuzení.
19. ____ Mnoho věcí, které jsem svou prací dosáhl, za tu námahu stálo.
20. ____ Mám pocit, že nevím kudy kam.
21. ____ Se svými emocionálními problémy v práci nakládám velmi klidně
22. ____ Mám pocit, že mi příjemci dávají vinu za některé problémy.

Vyhodnocení na základě četnosti výskytu: V rozmezí škály 0–6 se píše před otázkou

0 – nikdy, 1 – jednou za rok, 2 – jednou za měsíc či méně, 3 – několikrát za měsíc, 4 – jednou týdně, 5 – několikrát za týden, 6 – denně

(Maroon, 2012. s. 73)

Maslachové škála vyhoření pro povolání

Výpovědi (Maslach & Jackson & Leiter, 1996)

1. ____ Cítím se prací emocionálně vyčerpan.
2. ____ Na konci pracovní doby se cítím opotřeбенý.
3. ____ Cítím únavu, když ráno vstávám a musím začít nový pracovní den.
4. ____ Pracovat celý den s lidmi je pro mě velmi namáhavé.
5. ____ Problémy v práci umím řešit efektivně.
6. ____ Kvůli své práci se cítím vyhořelý.
7. ____ Mám pocit, že efektivně přispívám činnosti zaměstnavatele.
8. ____ Od té doby, kdy toto místo mám, se o svou práci zajímám méně.
9. ____ Ve vztahu k práci jsem méně nadšený.
10. ____ Jsem dobrý ve své práci.
11. ____ Když něco zvládnou, cítím povzbuzení.
12. ____ Mnoho věcí, které jsem svou prací dosáhl, za tu námahu stálo.
13. ____ Chci jen dělat svojí práci, ostatní je mi lhostejné.
14. ____ Pokud jde o výsledky mé práce, jsem cyničtější a je mi lhostejné, jestli svou prací něčeho dosáhnu.
15. ____ Pochybuji o tom, že je moje práce důležitá.
16. ____ Jsem si jistý, že pracuji efektivně.

Vyhodnocení na základě četnosti výskytu: V rozmezí škály 0–6 se píše před otázkou

0 – nikdy, 1 – jednou za rok, 2 – jednou za měsíc či méně, 3 – několikrát za měsíc, 4 – jednou týdně, 5 – několikrát za týden, 6 - denně

(Maroon, 2012. s. 74)

Škála znechucení

Výpovědi (Pines, Aronson a Kafry, 1981)

1. A___ Jsem unavený.
2. A___ Cítím se poražený.
3. B___ Měl jsem dobrý den.
4. A___ Jsem tělesně vyčerpaný.
5. A___ Jsem emocionálně vyčerpaný a zoufalý.
6. B___ Cítím se šťastný.
7. A___ Jsem vyřízený, už nemohu dál.
8. A___ Cítím se bídňě.
9. A___ Jsem přetažený, protože nemohu spát.
10. A___ Jsem citově vyprahlý a nemám co dát.
11. A___ Cítím se jako chycený v pasti.
12. A___ Cítím se bezcenný.
13. A___ Jsem unavený, bolí mě celé tělo.
14. A___ Jsem ustaraný.
15. A___ Zlobím se na ostatní a zklamali mě.
16. A___ Cítím se slabý a churavý.
17. A___ Cítím bezmoc.
18. A___ Cítím se odmítán.
19. B___ Jsem optimista.
20. B___ Jsem plný energie.
21. A___ Mám strach.

Vyhodnocení na základě četnosti výskytu: V rozmezí škály 0–7 se píše před otázkou

1 – nikdy, 2 – téměř nikdy, 3 – zřídka, 4 – někdy, 5 – často, 6 – téměř stále, 7 – pořád

Postup výpočtu:

Sečtete body ze sekce A (1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21)

Sečtete body ze sekce B (3,6,19,20)

Odečtete: $32 - (B) = (C)$

Sečtete: $(A) + (C) = (D)$

Vydělíte $(D) : 21 = \text{míra vyhoření}$

(Maroon, 2012. s. 76-77))

Další nástroje

Canaff (2005) připravil několik otázek, na které se odpovídá ano či ne. Pokud tazatel odpoví u pěti a více otázek „ano“ signalizuje to vyhoření.

1. Máte pocit, že činnosti, které jste dřív měli rádi, jsou nyní spíše utrpením? _____
2. Máte teď cyničtější vztah ke své práci, k šéfovi nebo zaměstnavateli, cítíte se zahořkle?

3. Zatěžuje tento váš postoj vaše mimopracovní vztahy (manželství, rodinu, přátele)? _____
4. Hrozíte se ráno jít do práce? _____
5. Rozzlobíte se snadno na kolegy nebo se cítíte pořád podrážděny? _____
6. Závidíte ostatním spokojenost v práci? _____
7. Je pro vás dnes dobře vykonaná práce méně důležitá, než dříve? _____
8. Jste pravidelně unavený a máte málo energie pro práci? _____
9. Začne vás práce rychle nudit? _____
10. Cítíte se už v neděli ráno unavený, když myslíte na nadcházející den? _____

Dotazník

Odpovědi se hodnotí před otázkou 1-5, kdy jedna je nejméně, pět nejvíce. Na každou otázku je limitován čas 30 sekund.

1. ____ Unavíte se rychle? Cítíte se vyčerpaně a bez energie?
2. ____ Zlobí vás, když vám někdo řekne: „V poslední době nevypadáš dobře“?
3. ____ Pracujete víc a dosáhnete méně?
4. ____ Stáváte se cyničtějším a nespokojenějším?
5. ____ Padá na vás často smutek, který si neumíte vysvětlit?
6. ____ Zapomínáte na schůzky a termíny nebo necháváte někde ležet svoje osobní věci?

7. ___ Jste podrážděný? Netolerantní? Zklamán lidmi ve svém okolí?
8. ___ Setkáváte se s dobrými přáteli a příbuznými méně než dříve?
9. ___ Jste příliš zaměstnaný, než abyste vyřizoval rutinu jako telefonáty, čtení zpráv nebo posílání blahopřejných pohlednic?
10. ___ Trpíte fyzickými poruchami, jako jsou bolesti hlavy, jiné bolesti, chronické nachlazení?
11. ___ Cítíte se ztracen a zmaten, když jsou denní povinnosti hotové?
12. ___ Máte pocit, že radost ze života je pro vás nedosažitelná?
13. ___ Umíte se smát sám sobě?
14. ___ Zdá se vám, že sexuální život je pro vás spíš přítěží než potěšením?
15. ___ Máte pocit, že už si s ostatními nemáte co říct?

Vyhodnocení

0-25 Váš stav je uspokojivý.

26-35 Jsou věci, na které byste měli dávat pozor.

36-50 Hrozí vám vyhoření.

51-65 Nacházíte se v procesu vyhoření.

66 a více Váš stav je vážný, fyzické i emocionální zdraví je ohroženo.

(Maroon, 2012. s. 77-78)

8. DOPROVÁZENÍ PEČUJÍCÍCH

Podpora umírajících se v průběhu času kontinuálně zlepšuje, a to jak na fyzické, tak i psychologické, sociální, kulturní a spirituální úrovni. Jsou to však pečující o své blízké, na které se v péči při průběhu smíření se se smrtí a truchlení někdy zapomíná. Již se hovoří o důležitosti zapojení rodiny do podpory umírajících, ale ne vždy se myslí na podporu pečujících jako samostatné cílové skupiny, které je třeba tímto procesem bezpečně provést.

Vyrovnaní se s procesem umírání a smrtí blízkých má obdobný průběh, jako vyrovnávání se s vlastní diagnózou. Pečující však často popisují větší pocit bezmoci a selhání. Hledají viníka v sobě a své nedostatečné péči. Smíření se se smrtí blízkého a odpuštění sobě samému může být tak pro pečující někdy i náročnější. Neformálně pečující starající se o umírajícího blízkého či blízkého, kterému byla diagnostikována život ohrožující nemoc,

prochází v různém pořadí a různé délce obnovnými fázemi smířování se, jako opečovávaný sám. Tedy fázemi popření, agrese, smlouvání, deprese a smíření se.

8.1. Psychologická péče o blízké osoby umírajícího z pohledu paliativní péče

Vymětal (2003) vymezuje základní zásady pro péči o blízké osoby pacienta paliativní péče. Tyto zásady pro ošetřující lékaře lze zobecnit do dalších rovin a oborů pro další pracovníky.

- Pečující vidí zájem a kvalitu práce (zdravotního personálu)
- Blízkým jsou ošetřujícím lékařem vysvětleny příčiny a okolnosti současného zdravotního stavu. Dále nastíní postup, jakým bude, zpravidla o příbuzného, dále pečováno.
- Rodině je poskytnut prostor pro sdílení těžkostí a obav z doprovázení pacienta
- Rodinu lékař povzbuzuje v tom, aby se pokusili porozumět potřebám pacienta
- Rodině lékař poskytne psychickou podporu, nastíní možné oblasti, ve kterých bude pacient potřebovat dopomoc a upozorní na důležitost vyjasnění sporů pro klidný odchod pacienta. Zároveň vyzdvihne důležitost soustředit se na pozitivní zážitky ze života blízkého a nabídne možnosti (fotografie, hudba, popřípadě u věřících rodin společná modlitba)
- Pacient sám nejlépe cítí blížící se konec svého života. V této fázi je úkolem lékaře zajistit soukromí pro rodinu, aby mohl proběhnout akt rozloučení.
- Důležitá je práce s příbuznými na tom, aby „nechali“ blízkého v klidu zemřít.
- Při procesu umírání v nemocnici je vhodné zapojit do ošetrovatelské péče příbuzného, který je pacientovi nejbližší. Důležitý je i fyzický kontakt. Tento bod je důležitý nejen pro pacienta, ale i pro pečující, kteří mají poté pocit, že byli s blízkým do konce a udělali pro něj, co mohli. Zapojením do péče předcházíme protrahované depresivní reakci a larvované (somatizované) depresi

(Vymětal, 2003)

8.1.1. Specifika psychologické péče o rodiče umírajících dětí

Kromě základních zásad, které jsou vymezeny v kapitole výše, se jedná dále zejména o důležitost ochoty lékařů a dalších odborníků s rodiči hovořit, když potřebují. Je velmi nežádoucí, aby se u nich zrodila představa, že lékaře nebo jiné členy multidisciplinárního týmu paliativní péče obtěžují nebo, že na ně nemají čas. Důležité je poskytnout rodičům prostor pro

projevení i negativních emocí, a to zejména po sdělení diagnózy. Tento typ neočekávané smrti potomka je velmi citlivým tématem a z toho důvodu se začíná praktikovat postupu sdělení diagnózy lékařem za přítomnosti psychologa. Setkáváme se zejména s projevy emocí jako je pláč, vztek (na sebe, druhé, lékaře apod.). Rodičům je důležité poskytnout bezpečné prostředí pro zpracování šokové reakce a projev „negativních“ emocí. (Tomalová & Dupalová & Michalík, 2015). Dbáme více na odpočinek rodičů, kteří mohou mít tendenci svojí snahou a přepětím a péčí dítě „zachránit“. Doporučuje se projít akt rozloučení a přijetí blízcí se smrti ještě za života dítěte. (Vymětal, 2003)

8.2. Psychologická péče o pozůstalé

Vyrovnaní se se smrtí blízkého je proces. Dle Vymětala (2003) se jedná primárně o rodinnou záležitost, do které by pokud není potřeba, nemělo být přílišně zasahováno. Proces si vyžaduje fáze, které zpravidla jedinec sám i rodina jako celek přirozeně prochází.

Pro vhodnou psychologickou podporu je dobré rozlišovat, jestli se jednalo o náhlé úmrtí či nikoliv. U náhlého úmrtí reagují blízcí zpravidla šokem, popíráním, posléze připuštěním a přijetím, truchlením a oplakáváním, a nakonec smířením se se ztrátou. Dále se můžeme u blízkých častěji setkat s depresivními stavy, psychotickými fenomény a dekompenzací somatického stavu. Naopak u „očekávaných“ úmrtí se nejedná tolik o dezintegritu osobnosti jako spíše celkové fyzické a psychické vyčerpání. Zejména u dlouhodobé péče se může dostavit fenomén *dekompenzace somatického stavu* neboli návrat vlastní nemoci, „ted’ když si to může pečující dovolit a má čas.“ U dlouhého procesu umírání se můžeme setkat u pečujících někdy i s pocity úlevy, které jsou přirozené. Pečující mívají za tyto pocity úlevy a vysvobození často výčitky svědomí, je tedy důležité o těchto pocitech mluvit a valorizovat je.

Psychologická péče o pozůstalé je primárně založená na citové podpoře, porozumění a projevení účasti s cílem, aby se pečující necítil v situaci sám, zároveň je mu poskytnut bezpečný prostor a možnost projít si fázemi vyrovnání se se ztrátou. Dbáme také na odpočinek pozůstalé osoby. Tato práce obsahuje spíše prvky krizové intervence (fokus na emoce, containment, „ted’ a tedy“) spíše než prvky psychoterapie. (Vymětal, 2003)

8.2.1. Rituál rozloučení

Rituál rozloučení je nedílnou součástí zdravého zpracování ztráty blízkého. Nemusíme nutně hovořit o klasickém rituálu pohřbu, ale o rozloučení se s blízkou osobou dle potřeb pozůstalých. Pokud rodina nemá možnost se s blízkým dle svých potřeb rozloučit, může být

pro ně přijetí smrti blízkého velmi problematické v některých případech deficitu této možnosti (nezvěstná osoba, kde se nenalezlo tělo apod.) může vést i k „zamrznutí“ na fázi popírání této skutečnost.

Rituál

Rituál (obřad, ceremonie, ceremoniál) je souborem zvyklostí, pravidel či postupů, které vycházejí z tradice či zvyku. Jedná se o tradiční, osvědčená a prověřená pravidla, která jsou založena na náboženských, skupinových či individuálních podmínkách daných společenským nebo místním prostředím. Rituály mohou být úplně jednoduché nebo také velmi složité.

Psychologie popisuje rituál jako každé stereotypně se opakující jednání člověka založené na předem daných pravidlech. Nejen čaj o páté, ale i pravidelný šálek kávy po obědě lze z tohoto pohledu nazvat rituálem. Podle psychologů se v podstatě celý náš den skládá z drobných rituálů. Takové chování nám dává pocit jistoty a bezpečí a dodává našemu dni strukturu a přehlednost. Výhodou těchto stereotypů je, že nám umožňují vykonávat některé opakující se činnosti mechanicky a člověk tak dokáže fungovat i unavený, stresovaný nebo ve složitějších situacích.

Antropologie popisuje rituál jako činnost, která má přesně stanovený postup a nezřídka se opakuje. Často může nabývat charakteru rutiny.

V laické rovině, se však synonyma rituálu často rozlišují. Rituál patří spíše k náboženským zvyklostem či praktikám uzavřených společností. Obřadem bývá myšlena společenská či rodinná významná událost, kterou může být například svatba či výročí. Ceremoniál je pak pro lidi něco spíše velmi oficiálního, jako například vyznamenávání osobností, začátek olympiády apod. (Gennep, 2005)

Smysl rituálu

Rituály vznikaly prakticky bezprostředně se „zrozením lidstva“. Některé z nich nám ulehčují běžný život, jiné nás propojují s tím, co je pro nás těžce uchopitelné, jako je například smrt. Rituály mohou být prováděny o samotě nebo v propojení a sdílení s dalšími osobami. (Gennep, 2005)

Vymizení rituálů

Z významných životních rituálů většině lidí západní civilizace v životě zbyla jen svatba a pohřeb. A můžeme sledovat, že i tyto rituály postupem času změnily svůj původní obsah.

Jejich dřívější hlubší smysl se v mnoha případech vytratil. Dřívě byly svatba či pohřeb významnými milníky v životě celé široké rodiny a mnohdy i celé obce.

Mnoho lidí cítí potřebu vrátit rituály do současného života. Proto vznikají novodobé rituály a ceremonie nebo jsou naopak oživeny staré tradice k oslavě a uctění důležitých okamžiků v našem životě. Je ale nezbytné zohlednit v nich současný společenský posun. (Gennep, 2005)

Funkce rituálu

Rituály jsou pro aktéry velmi důležité. Mají funkci spojovat účastníky, posilují mezi nimi společenské i osobní vazby a v historii rituály i upevňovaly společenské a kulturní normy. Ve společenstvích upevňují sounáležitost a jedincům pomáhají při změnách v životě a provázejí je z jedné životní etapy k jiné. Pravidla rituálů pomáhají lidem dělat potřebné v těžších dobách (pohřby), ale také zajišťují průběh a dokážou zlepšit prožitek u těch zpravidla přívětivějších ceremoniálů (svatba, životní výročí apod.)

Pomocí rituálu lze ukončit a uzavřít určitou životní etapu, což následně pomůže se vstupem do nové etapy. (Gennep, 2018)

Důležitost pohřbu a posledního rozloučení

Rozloučení se s blízkým je důležitou a neopominutelnou součástí procesu zpracování ztráty. Rituály nám pomohou vědomě (v mysli i emocích), uctivě i pokorně prožít konec jedné fáze a tím nám dává prostor pro nový začátek.

Pokud si rodina nepřeje klasický pohřeb jako veřejný rituál, je zde mnoho možností, které záleží jen na fantazii a potřebě nejbližších či širší rodiny. (Gennep, 2018)

8.2.2. Truchlení

Významnou etapou po smrti milovaného blízkého je truchlení. Truchlení Vymětal (2003) přirovnává k hojení rány. Obvykle se váže ke smrti blízkého člověka, ale může se vyskytnout i v rámci jiných významných ztrát. (Baštecká, 2009)

Truchlení je proces, při kterém truchlící znovu nachází možnost žít svůj život po oddělení od zemřelého blízkého. Truchlení stejně jako proces umírání má své fáze. Proces popsala a rozdělila do čtyř fází švýcarská analytička V. Kastová.

(Havránková in Vodáčková, 2012)

Fáze truchlení

1.fáze: Popření

Ve fázi popření stejně tak jako ve fázích umírání dle Elisabeth Kübler-Rossové je prvotní reakcí šok a popření. Truchlící ztrácí schopnost vnímat a emocionálně prožívat, dostaví se „zamrznutí“.

2. fáze: Propukání chaotických emocí

Emoční chaos je důležité vyjádřit. Při potlačování se vrací v podobě pocitů viny a hněvu. Určitá intenzita emočních zmatků prochází v průběhu celé etapy truchlení všemi fázemi.

3.fáze: Hledání, nalézání a odpoutávání

V této fázi, kdy truchlící dokáže myslet pouze na zesnulého je intenzivně ve fantazii se zemřelým (hovoří s fotografiemi apod.) Pozůstalý se postupně odpoutává a nachází sám sebe, začíná rozeznávat a vymezovat se od zesnulého. Před hledáním sám sebe je velmi důležité projít nejprve odpoutáním.

4.fáze: Vytváření nového vztahu k sobě a ke světu

V posledním stádiu je možné mít ztrátu blízkého dobře přijatou a bolest ze ztráty odeznívá. V truchlícím se zpravidla pere touha po navázání nového vztahu s obavou z opakované ztráty blízkého. Při zdravém projití procesem truchlení je pozůstalý v lepším kontaktu sám se sebou a se svými emocemi.

(Havránková in Vodáčková, 2012)

PRAKTICKÁ ČÁST

9. VÝZKUM

Cílem mého výzkumu, respektive celé mé diplomové práce, je zmapovat možnosti podpory pečujícím o blízké s život ohrožujícím onemocněním nebo v procesu umírání v přirozeném prostředí. Kromě mapování chybějících zdrojů podpory jsem se zaměřila i na stávající a fungující podporu z pohledu neformálně pečujících.

V následujícím textu shrnuji výsledky mého kvantitativního výzkumu, který jsem realizovala formou dotazníkového šetření u cílové skupiny neformálně pečujících o blízké v domácí paliativní péči.

9.1. Stávající výzkumy

V tabulce níže můžeme vidět souhrnný vzorek výzkumů zpracovaný v titulu *Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století*. Tyto výzkumy se zabývaly zejména tématy kvality života, ochotě pečovat, tématy o mezigenerační solidaritě, postoji společnosti k pečujícím, charakteristikami pečujících a dopady péče na pečující. A to zejména z pohledu problematiky sladění práce a péče. V současné době můžeme sledovat i nové výzkumy zabývající se dopady současné pandemie COVID -19 na život pečujících. Takovému výzkumu se věnovala například Diakonie Českobratrské církve evangelické (dále jen ČCE), která v březnu roku 2021 v rámci Diakonie realizovala výzkum metodou dotazníkového šetření s názvem *Jak ovlivnila pandemie pečující v Evropě?* Této problematice se rovněž věnoval i britský kvalitativní výzkum *A qualitative study of bereaved relatives' end of life experiences during the COVID-19 pandemic*.

Tabulka č. V – Přehled výzkumů u neformálně pečujících

| Autoři (rok) | Studie/soubor | Metoda | Témata |
|-----------------------------|--|--|--|
| Bužgová, Endelová (2010) | N = 86, z toho 64 žen | standardizovaný dotazník subjektivní kvality života | oblasti kvality života vztahující se k péči; spokojenost s péčí |
| Dohnalová a Hubíková (2013) | N = 37, z toho 10 profesionálů + 27 neformálních pečujících z Brna; 145 brněnských respondentů výzkumu | polostrukturované individuální a skupinové rozhovory; sekundární analýza | dopad péče na pečující, poskytování péče a zaměstnání, podpora pečujícím |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | VÚPSV ve vybraných lokalitách | kvantitativních dat z výzkumu VÚPSV | |
| Dudová (2013) | N = 26 žen 50–72 let pečujících o své matky | hloubkové biografické rozhovory | genderové stereotypy; role pečovatelky, rozdělení aktivit; dopad péče na pečující; kolize práce a péče |
| Fond dalšího vzdělávání (FDV 2015, Šimoník 2015) | Podpora neformálních pečovatelů N = 858 pečujících o osoby v 2. až 4. stupni závislosti | dotazníkové šetření (CAPI) | sociodemografické charakteristiky pečujících; komu a kde poskytují péči; rozsah péče; informovanost; příspěvek na péči; kolize práce a péče |
| Fond dalšího vzdělávání (FDV 2015, Geissler a kol. 2015 b) | Podpora neformálních pečovatelů N = 109; 44 expertů + 65 pečujících | kvalitativní výzkum, řízené skupinové rozhovory | motivy respondentů k péči, dopady péče na pečující; přínosy péče; informovanost, podpora pečujícím; společenské uznání |
| Jeřábek a kol. (2013) | Solidarita a pomoc v rodině, N = 800 domácností v ČR + 27 pečujících | dotazníkové šetření + hloubkové rozhovory | četnost péče o nesoběstačného seniora v rodině, postoje k péči, charakteristiky pečujících rodin, motivace, důvody a dopady péče |
| Jeřábek a kol. (2013) | Rodinná soudržnost v péči o seniora, N = 435 pečujících + 7 FG | individuální a řízené skupinové rozhovory (focus group) | mezigenerační solidarita, modely rodinné soudržnosti |
| Klímová Chaloupková (2013) | Rodina a zdraví, výběrové šetření ISSP, N = 1804, pravděpodobnostní výběr občanů ČR 18+ | standardizovaný rozhovor | četnost péče o staré, nemocné nebo nemohoucí členy rodiny; sociodemografické charakteristiky pečujících |
| Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková (2013) | N = 23 rodinných pečujících | hloubkové rozhovory | dopad péče na pečující; kolize práce a péče; strategie zvládnání péče; potřeba podpory a využívání formálních služeb |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Křížová, Janečková, Běláček (2016), pro Diakonii ČCE | N = 200 pečujících, celá ČR, ve spolupráci s pečovatelskou službou a Diakonií ČCE | dotazníkové šetření | sociodemografické charakteristiky pečujících; komu a kde poskytují péči; doba poskytování péče; dopad péče na pečující; motivace k péči; ukončení péče |
| STEM/MARK (2015) pro Diakonii ČCE | Sociální a zdravotní služby v obcích s rozšířenou působností, N = 187 představitelů obcí | dotazníkové šetření, cílené telefonické oslovení respondentů | nedostatky v nabídce služeb, podpora pečujících rodin, návaznost a spolupráce služeb, koordinátor podpory |
| Sýkorová (2007) | Moravskoslezská studie, N = 317 seniorů a 294 příslušníků střední rodinné generace 18 participantů kvalitativní studie seniorů | polostrukturované rozhovory; kvalitativní hloubkové rozhovory a pozorování | příbuzenská podpora; autonomie; mezigenerační vztahy |
| Valenta a Michalík (2008) | N = 225, neformální pečující v Praze | dotazníkové šetření, proporcionální stratifikovaný výběr | sociodemografické charakteristiky pečujících; dopady péče na pečující; přínos péče; podpora okolí a rodiny; společenské uznání |
| Veselá (2002) VÚPSV | studie VÚPSV N = 1085 seniorů 60+ N = 1156 dětí seniorů 60+ (kvótní výběr ČR) | strukturovaný rozhovor | ochota pečovat; postoje k zabezpečení stáří; příprava na stáří; dopad péče na pečující |
| Vidovičová, Rabušic (2003) | Evropský srovnávací výzkum PPA II, reprezentativní soubor české dospělé populace N=1062, z toho N = 212 respondentů z podsouboru osob ve věku 45–59 let | dotazníkové šetření, náhodný výběr | interakce dospělých dětí s jejich starými rodiči, pomoc rodičům; názory na aktivní a pasivní formy péče o seniory |

(Janečková, Dragomirecká, & Jirkovská, 2017, s. 45-46)

9.2. Metodologie výzkumu

Koncept: Neformálně pečující o blízkého s život ohrožujícím onemocněním nebo o umírajícího blízkého v domácím prostředí.

Dimenze: formálně pečující v mobilní hospicové péči, hlavní neformálně pečující, vedlejší pečující, neformálně pečující o umírajícího blízkého v minulosti, neformálně pečující o blízkou osobu umístěnou v pobytovém zařízení hospicového typu, neformálně pečující o blízkého s život ohrožujícím onemocněním v současné době, neformálně pečující o umírající osobu blízkou v domácím prostředí

Nominální definice neformálně pečující osoby o blízkého v domácím prostředí pečujícího z důvodu umírání blízké osoby nebo na základě život ohrožujícího onemocnění:

Osoba pravidelně pečující o osobu blízkou v domácím prostředí, z důvodu život ohrožující nemoci nebo o umírající osobu, tedy péče o nemocné blízké, kteří nereagují na kurativní léčbu.

Opečovávanou osobu rozumíme umírajícího nebo jedince s život ohrožujícím onemocněním, který má na základě své diagnózy sníženou soběstačnost a není z tohoto důvodu schopen naplňovat své základní potřeby bez dopomoci druhé osoby. Potřebu dopomoci druhé osoby (nesoběstačnost) hodnotíme na základě kritérií u příspěvku na péči do deseti základních okruhů (mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a u osob starších 18 let péče o domácnost). Nesoběstačná osoba (opečovávaný kromě diagnózy umírajícího nebo nemocného s život ohrožující chorobou) musí splňovat potřebu podpory druhé osoby v minimálně třech základních životních potřebách.

Indikátory: množství osob, o které neformálně pečující pečuje, hodinová dotace péče, stupeň závislosti opečovávané osoby, potřebný rozsah péče, diagnóza opečovávaného, prognóza opečovávaného

Konkrétní proměnné: počet hodin, který týdně pečující věnuje péči o blízkého, výše stupně závislosti opečovávané osoby, počet oblastí, jejich typ a míra potřeby podpory, v rámci kterých, pečující poskytuje pomoc, konkrétní diagnóza a prognóza u opečovávaného

Operacionální definice: Člověk je neformálně pečující osobou o umírajícího blízkého nebo blízkého s život ohrožujícím onemocněním v domácím prostředí, pokud splňuje těchto několik kritérií:

- 1) Pečuje o umírajícího blízkého nebo blízkého, který má diagnostikovanou život ohrožující chorobu.

- 2) Opečovávaný potřebuje dopomoc druhé osoby v rámci minimálně tří základních životních potřeb
- 3) Pečující se naplňování daných základních životních potřeb blízkého sám věnuje minimálně 14 hodin týdně
- 4) Osobu blízkou definujeme na základě občanského zákoníku (§ 22 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník).
- 5) Za domácí (přírozené) prostředí považujeme prostředí, ve kterém byla opečovávaná osoba uvyklá bydlet ještě v době své soběstačnosti. Za přírozené prostředí z důvodu nemožnosti péče na základě nároků na péči považujeme i sdílenou domácnost s pečující osobou.

(Hašplová, 2019)

9.3. Objekt výzkumu

Výzkumný vzorek tvořilo padesát dva respondentů pečujících o umírající blízké nebo blízké s život ohrožujícím onemocněním v domácím prostředí. Respondenti byli osloveni v rámci domácích hospicových služeb na území hl. m. Prahy (Péče doma – mobilní hospic, z. ú., Cesta domů, z. ú., Most k domovu, z. ú.), přičemž s Péče doma – Mobilní hospic, z. ú. se mi nepodařilo navázat spolupráci pro účely výzkumu. Dále jsem oslovila Tým dospělé podpůrné a paliativní péče Fakultní nemocnice Motol (dále jen FNM). V rámci ambulantní péče FNM byly na základě dohody dotazníky předány pouze vybraným pečujícím, kteří dochází ambulantně na konzultace, ale pečují v domácím prostředí o umírajícího blízkého.

Dotazníkové šetření probíhalo v měsících leden – březen 2021.

9.4. Metody výzkumu

Pro své záměry jsem zvolila kvantitativní metodu výzkumu formou dotazníkového šetření. Dotazník byl vytvořen na webovém rozhraní. Pro případ potřeby u pečujících bez přístupu k internetu byl zhotoven i v papírové podobě. Tuto formu žádní respondenti nevyužili. I z důvodů pandemické situace v průběhu dotazníkového šetření volili přednostně bezkontaktní formu vyplňování dotazníků. Celkem šest respondentů využilo možnosti telefonického vyplnění dotazníku, a to z důvodu absence přístupu k internetu nebo z důvodu technických problémů. Po ukončení sběru dotazníků na konci března roku 2021 jsem získané odpovědi z uzavřených otázek převedla pro přehlednost do grafů. Grafy jsem na základě charakteru dat

volila výsečové nebo pruhové. Otevřené otázky jsem pro přehled přepsala níže a u každé shrnula opakující se odpovědi do pěti základních okruhů. Nad konkrétními výstupy výzkumu se dále zamýšlím a analyzuji je, viz níže.

9.5. Výzkumné otázky

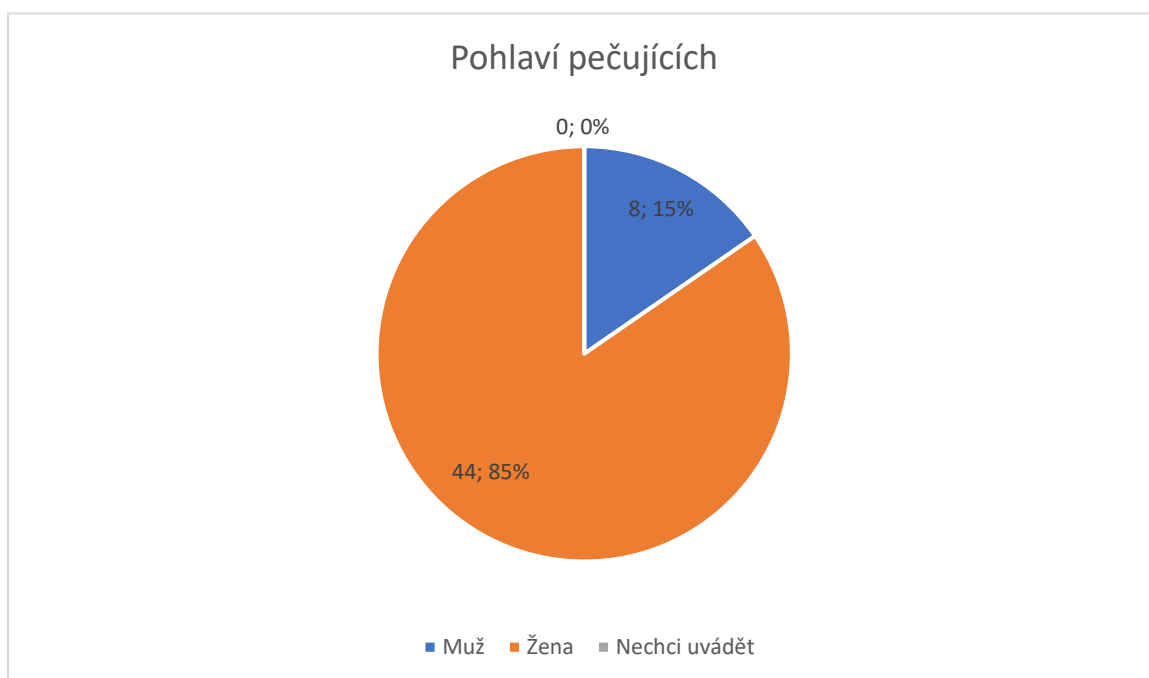
V rámci výzkumu jsem stanovila pět základních výzkumných otázek. Kromě odpovědí na tyto otázky jsem si kladla za cíl propojit informace se sociodemografickými údaji a zjistit, jestli odpovědi na moje otázky sociodemografický kontext ovlivňuje.

1. Co pečujícím nejvíce pomáhá v rámci neformální podpory?
2. Co pečujícím nejvíce pomáhá v rámci formální podpory?
3. Jak podle neformálně pečujících vypadá kvalitní formální péče?
4. Co pečujícím zejména na počátku péče nejvíce chybělo?
5. Co by pečujícím pomohlo na začátku péče slyšet?

9.6. Výsledky výzkumu

1. Jaké je Vaše pohlaví?

Graf č. III – Pohlaví pečujících osob

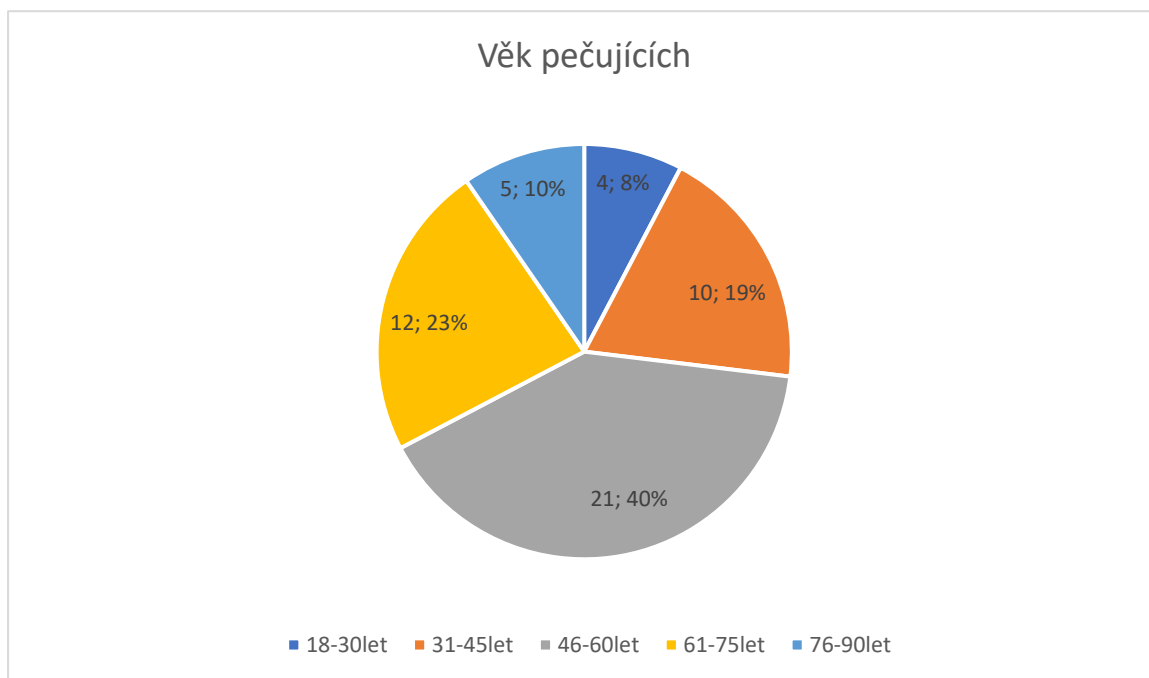


Na grafu výše můžeme vidět, že pečující jsou zastoupeni v mém dotazníkovém šetření majoritně ženami, což také odpovídá dalším studiím o pečujících osobách. Kvůli genderové

korektnosti jsem do dotazníku přidala i variantu, že si respondent nepřeje své pohlaví uvádět, kterou ovšem nikdo nevyužil.

2. **Jaký je Váš věk?** Dělení věku jsem uvedla dle doporučení u dospělosti dle Světové zdravotnické organizace WHO: (Machová, 2016)

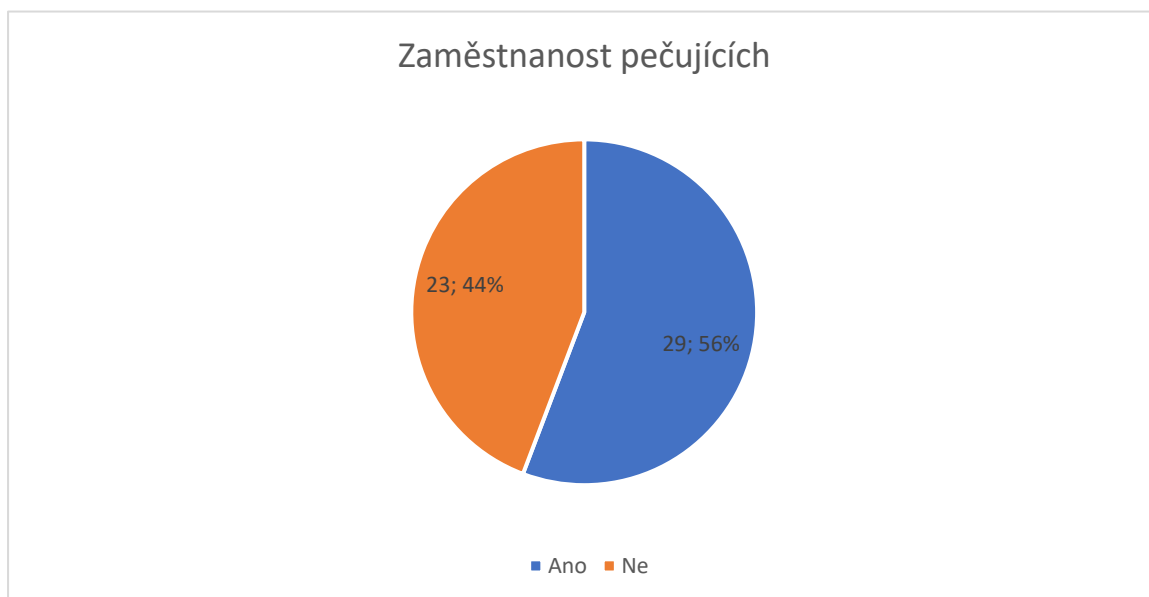
Graf č. IV – Věk pečujících osob



Věkové skupiny pečujících respondentů jsou zastoupeny na prvním místě s největším počtem dvacet jedna pečujících v letech 46-60, druhou skupinou je věková skupina 61-75 let zastoupena dvanácti respondenty a poté skupina deseti neformálních pečovatelů ve věku 31-45 let. Pečujících v krajních věkových skupinách 76-90 let je ve výzkumu reprezentována pěti respondenty a skupina v rozmezí 18-30 let čtyřmi dotazovanými.

3. Máte momentálně práci?

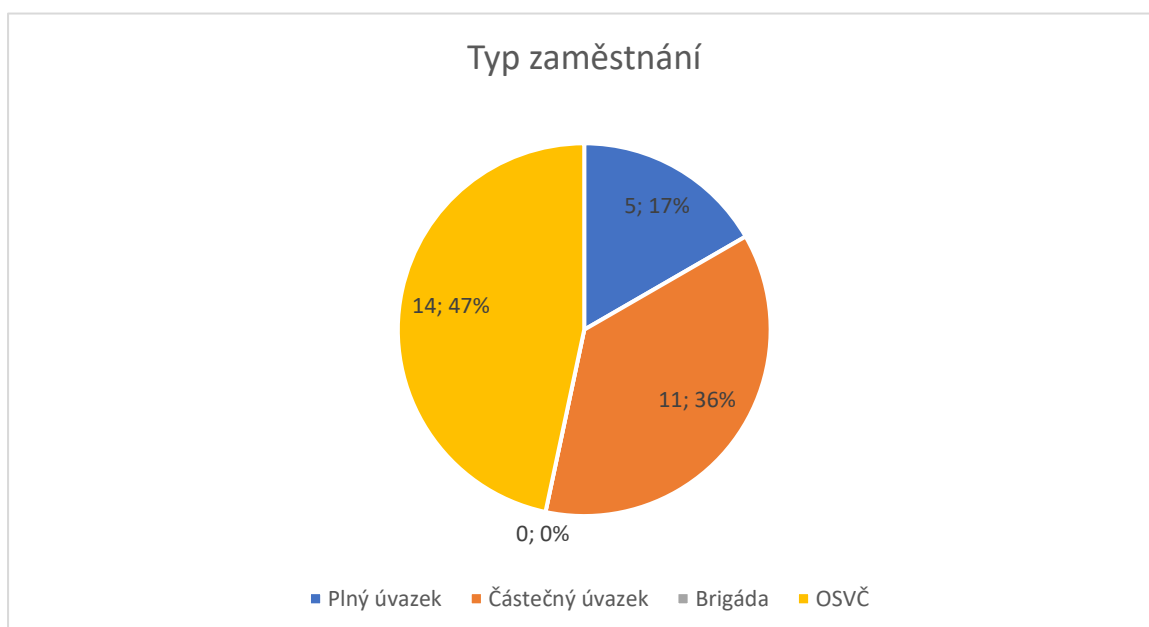
Graf č. V – Zaměstnanost pečujících osob



Zaměstnanost pečujících respondentů je bez mála půl napůl s převahou zaměstnanosti u pečujících. Nezaměstnanost přitom nemusí znamenat nechtěnou nezaměstnanost z nutnosti péče, ale jak si ukážeme na grafech níže, jedná se zejména o nezaměstnanost z důvodu důchodového věku.

4. Jak momentálně pracujete?

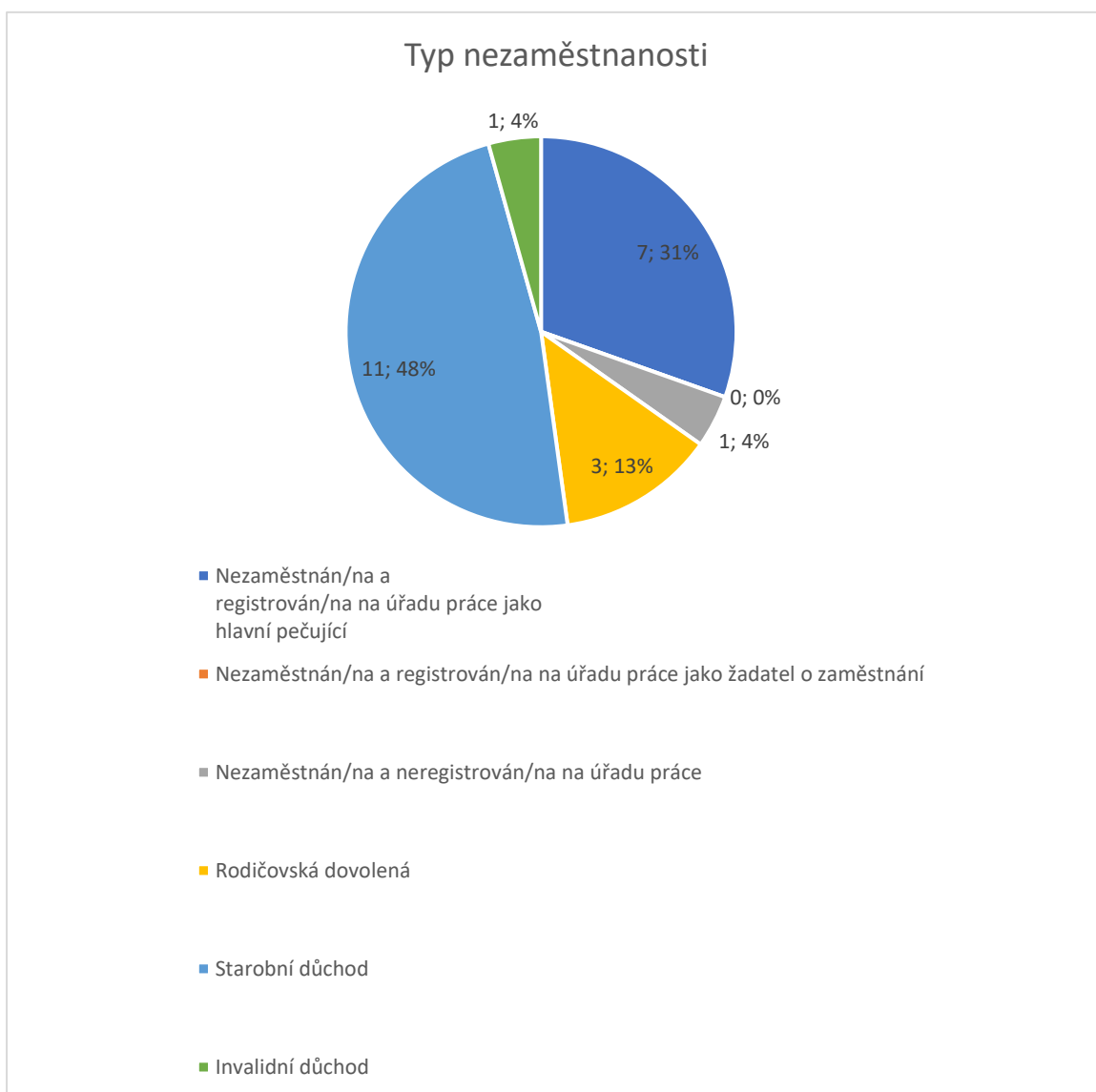
Graf č. VI – Způsob zaměstnání pečujících osob



Z dvaceti devíti zaměstnaných pečujících respondentů je většinový podíl 47 % pracujících jako OSVČ. Z pracovní zkušenosti a komunikace s pečujícími předpokládám, že je to z toho důvodu, že je tento typ zaměstnanosti s péčí lépe slučitelný a flexibilnější. Jedenáct pracujících respondentů (36 %) je zaměstnaných na částečný úvazek a pět (17 %) jsou zaměstnanci na plný úvazek. Jeden respondent uvedl, že pracuje na částečný úvazek a zároveň jako OSVČ.

5. Jaký je Váš stav při nezaměstnání?

Graf č. VII – Typ nezaměstnanosti pečujících osob

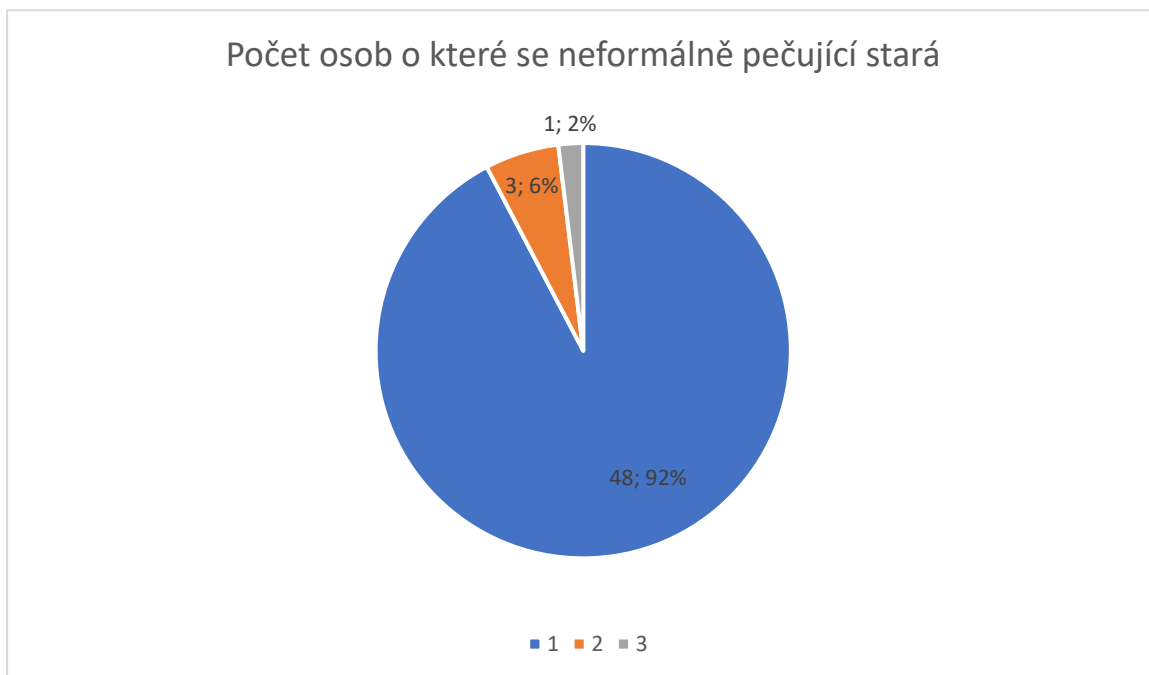


Na grafu uvedeném výše vidíme, že z 23 respondentů, kteří nejsou v současné době zaměstnaní, že se z většiny jedná o přirozenou nezaměstnanost. Bezmála polovina nezaměstnaných respondentů (48 %) je v seniorském věku a pobírá starobní důchod, 13 % (tři

pečující osoby) je na rodičovské dovolené a zároveň pečují o umírajícího blízkého nebo blízkého s život ohrožujícím onemocněním. Jeden respondent v této kategorii pobírá invalidní důchod. Druhou největší veličinou jsou pečující, kteří nejsou zaměstnaní a jsou hlášeni na úřadu práce, jako hlavní pečující. Tato skupina tvoří 31 % neboli sedm dotazovaných pečujících. Na úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání je veden jeden z dotazovaných. Nikdo nevedl variantu nezaměstnání a nevedení na úřadu práce, jakožto hlavní pečující nebo žadatel o zaměstnání, což je pozitivní informace zejména z důvodu starobního důchodu pro pečující, kdy je důležité léta péče nejpozději do 1 roku po úmrtí blízké osoby hlásit.

6. O kolik osob nyní pečujete? (kromě klasické péče o potomky)

Graf č. VIII – Počet současně opečovávaných osob jedním respondentem

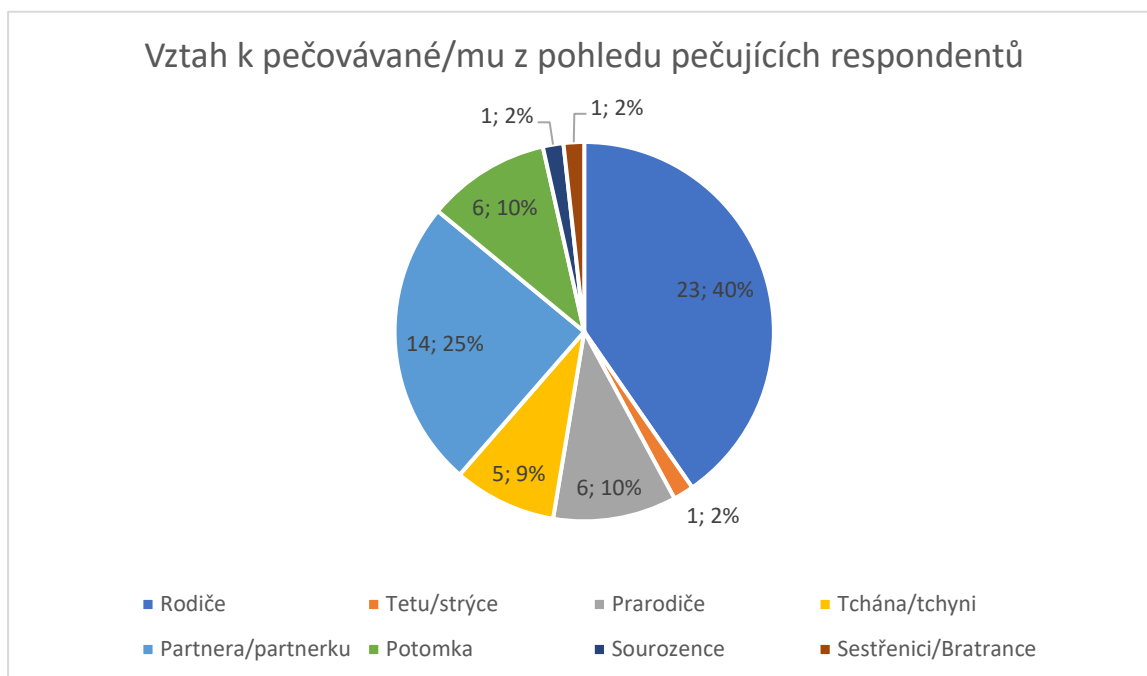


Devadesát dva procent pečujících, kteří se stali respondenty mého výzkumu, pečuje o jednu blízkou osobu, tři o dvě blízké osoby a jeden neformálně pečující má na starosti celkem tři osoby, které potřebují pomoc druhé osoby k zajištění základních životních potřeb.

7. O koho nyní pečujete?

(Možnost zaškrtnout více hodících se odpovědí)

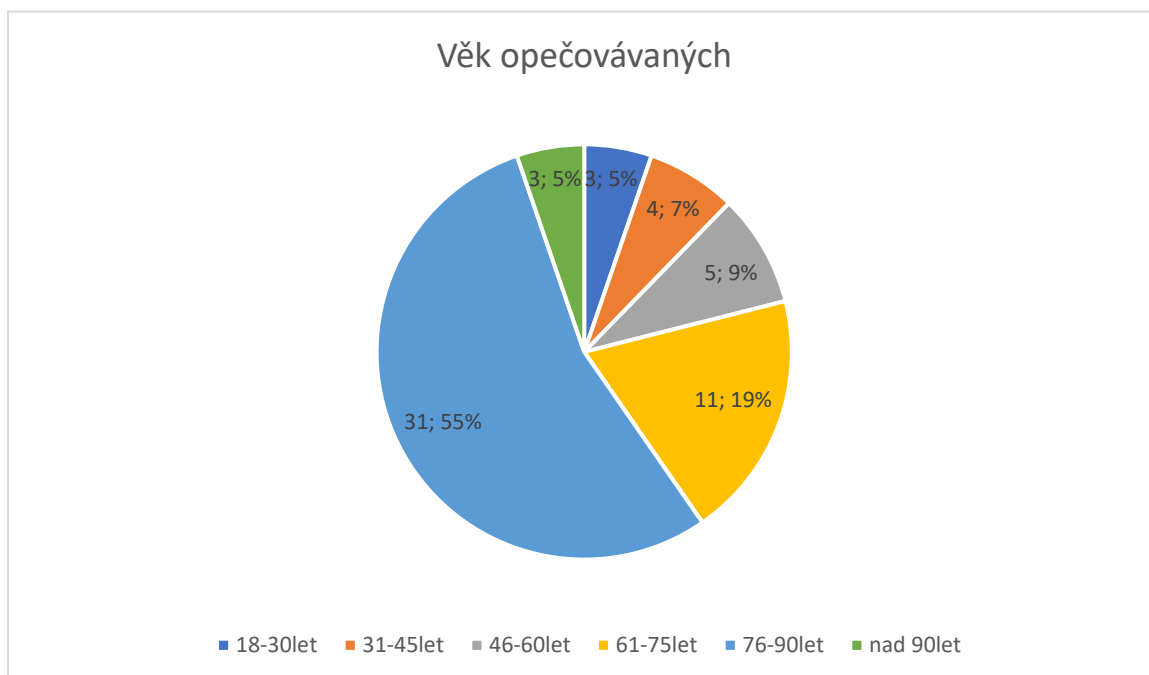
Graf č. IX – Vztah mezi pečujícími a opečovávanými osobami



Většina respondentů dotazníkového šetření pečuje o jednu osobu a tato statistika je uvedena výše. Čtyři respondenti pečují o více osob. Tři pečují o dvě osoby, navíc ještě jeden o partnerku a rodiče. Jeden respondent uvedl, že zajišťuje péči o tři osoby matku a dva prarodiče. Nejčastěji pečují respondenti o rodiče (40 %) k tomu tchán či tchýně (rodiče manžela/manželky) navíc zastupuje dalších 9 % opečovávaných osob. Čtvrtinovým procentuálním zastoupením se jedná o partnery/partnerky nebo manžele/manželky. Deseti procenty opečovávaných jsou děti respondentů. Prarodiče činí deset procent opečovávaných osob, o které se respondenti starají a po jedné opečovávané osobě o sourozence, tetu či strýce a sestřenici či bratrance, což činí po 2 % celkově dotazovaných.

8. Kolik let je opečovávané/mu?

Graf č. X – Věk opečovávaných osob

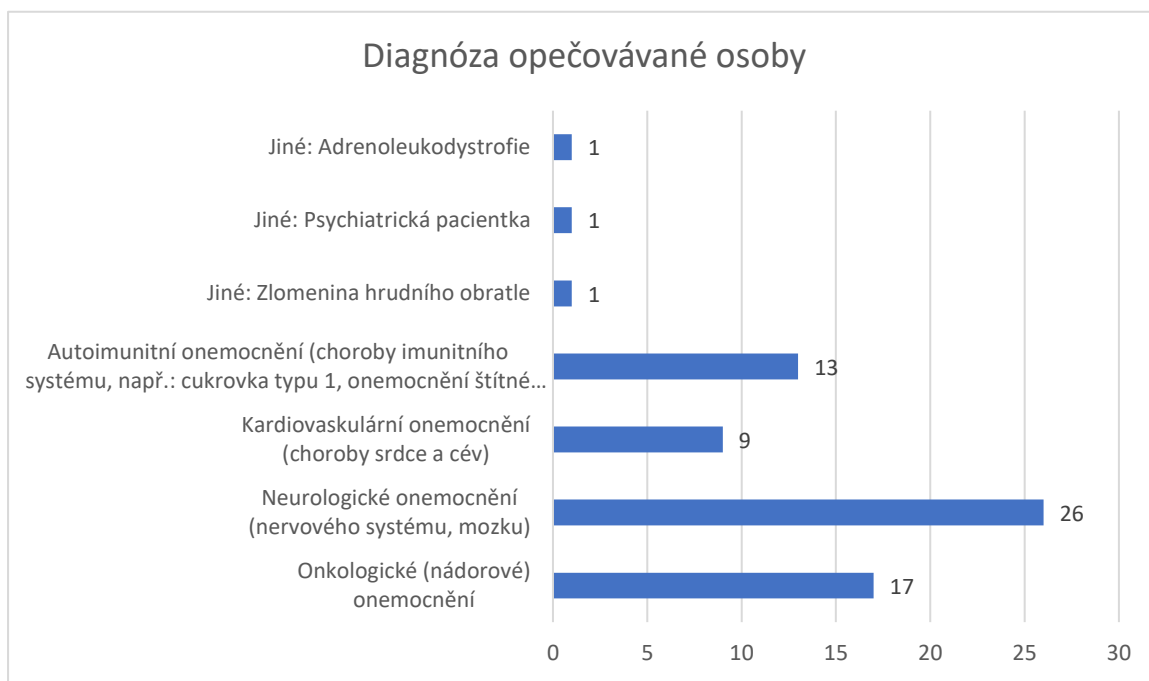


Celkově padesát dva respondentů pečuje o padesát sedm blízkých osob. Věkové rozložení, které vidíme výše, je majoritně zastoupeno opečovávanou věkovou skupinou v seniorském věku 76-90 let. Druhou největší skupinou je věková třída o jednu nižší tzn. 61-75let s deseti opečovávanými osobami a další skupiny jsou zastoupeny 46-60 let po pěti osobách a skupina 31-45 let, tedy 7 % opečovávaných osob, je zastoupena čtyřmi opečovávanými osobami a nakonec je po třech opečovávaných v krajních věkových skupinách 18-30 let a nad 90 let.

9. Co má Váš blízký, o kterého pečujete, za diagnózu?

(Možnost zaškrtnout více hodících se odpovědí)

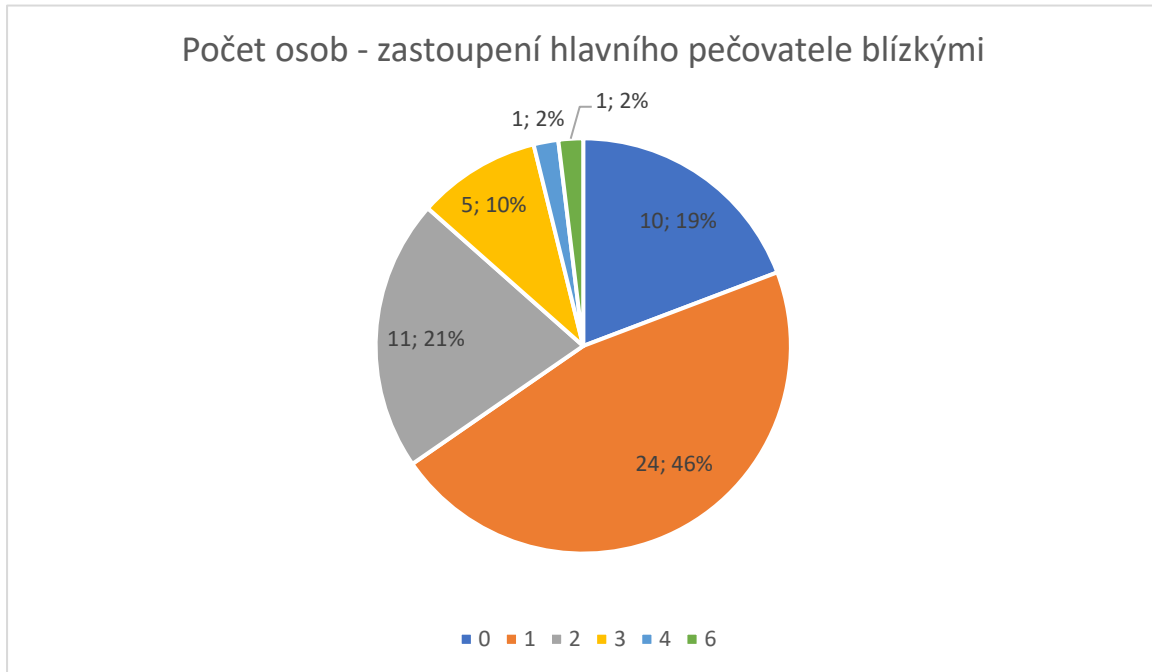
Graf č. XI – Diagnóza opečovávaných osob



Padesát sedm opečovávaných osob trpí dohromady šedesáti osmi diagnózami. Většina opečovávaných osob spadá do jedné z výše uvedených kategorií, někteří mají kombinaci onemocnění (zpravidla dvě, výjimečně i tři kategorie onemocnění – uvedl jeden respondent). Nejvíce zastoupenou diagnózou jsou neurologická onemocnění, onkologická onemocnění jsou na místě druhém. Třetí místo se třinácti opečovávanými má kategorie autoimunitních onemocnění. Kardiovaskulární onemocnění je s devíti blízkými, o které neformální pečovatelé, kteří vyplňovali dotazník pečují, na místě čtvrtém. V kategorii jiné pak vybrali respondenti zastoupení po jednom adrenoleukodystrofií (vzácné dědičné onemocnění), psychiatrickou diagnózu a úraz (zlomenina hrudního obratle).

10. Kolik Vašich blízkých Vám s péčí pomáhá (rodina, přátelé apod.)?

Graf č. XII – Počet sekundárních pečujících v rámci neformální péče

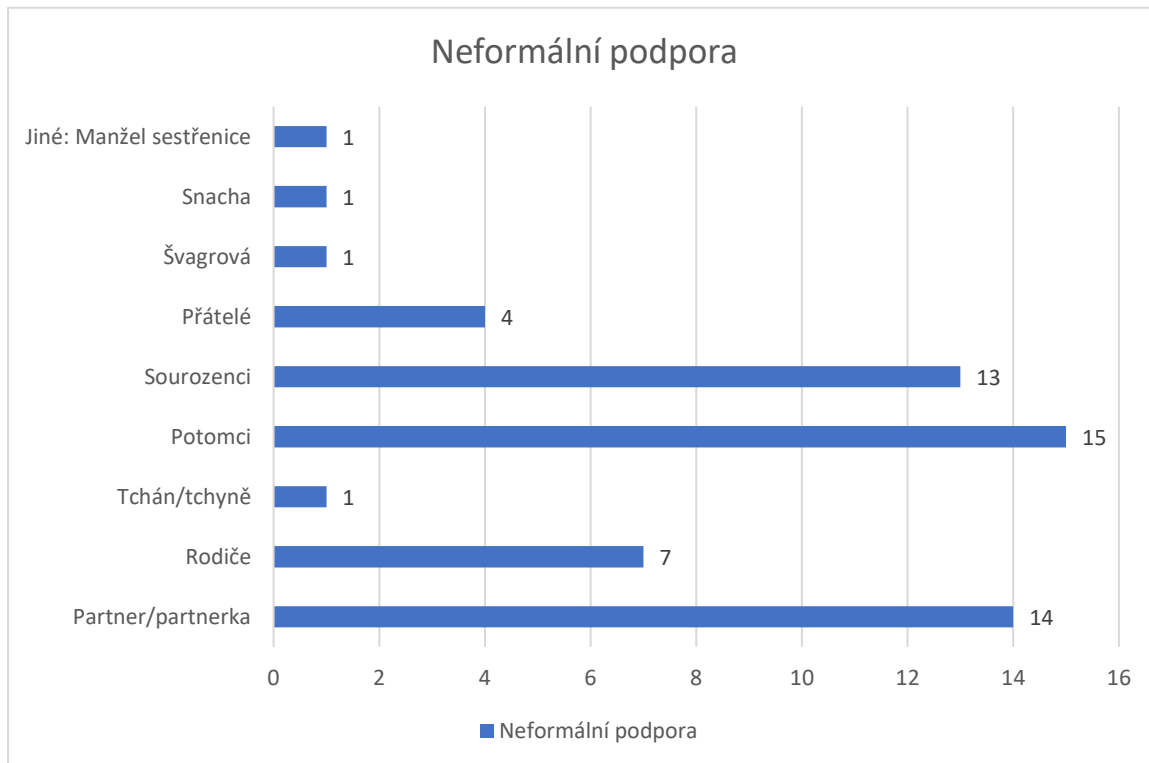


Čtyřicet šest procent dotazovaných pečujících má zastoupení v rámci neformální podpory (rodiny, přátel apod.) v jedné osobě. Tato podpora může být v různém praktickém, faktickém i psychickém rozmezí. Pro nás je však důležitou informací, že ať se jedná o jakkoliv intenzivní podporu a zastoupení, pečující tuto pomoc vnímají a uvádějí. Dvacet jedna procent (tj. jedenáct pečujících) má zastoupení dvěma osobami v neformální podpoře při péči. Po jednom respondentovi jsou zastoupeni třemi a čtyřmi blízkými, kteří při péči pomáhají (sourozenci a potomci). Avšak bez mála pětina respondentů (19 %) uvedla, že nemají v rámci neformální péče žádné zastoupení a péče o blízkou osobu závisí pouze na nich a na formální péči.

11. Kdo Vám při péči o blízkého pomáhá?

(Možnost zaškrtnout více hodících se odpovědí)

Graf č. XIII – Vztah respondenta k sekundárně pečujícím v rámci neformální péče



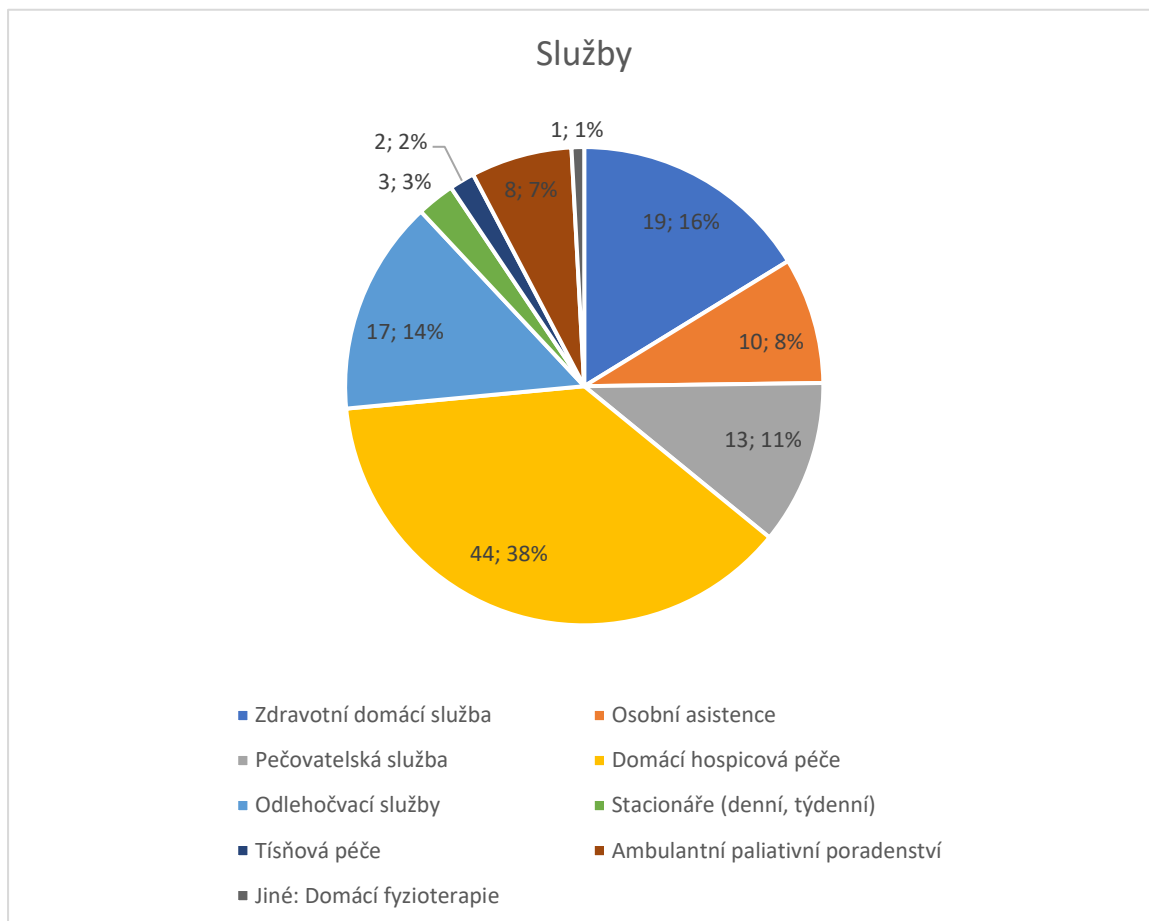
Na pruhovém grafu výše vidíme, že nejčastěji zastupují hlavní pečující potomci s hodnotou patnáct, pomáhají tedy zejména jednomu z rodičů (zpravidla matce) v péči o druhého (zpravidla otce). Čtrnáct partnerů, zejména manželů a manželek, pomáhá při péči o blízkého svého druha. Na třetím místě jsou pak sourozenci se zastoupením třinácti sekundárních pečujících, kde se rovněž nejčastěji jedná o podporu při péči o jednoho z rodičů, kdy si nejčastěji jeden ze sourozenců vezme rodiče domů a ostatní pomáhají ve vyřizování potřebných náležitostí a služeb a v samotné péči. Další skupinou sekundárních pečujících jsou rodiče se zastoupením po sedmi a přátelé pomáhají čtyřem respondentům. Tchyně (jak v poznámce respondentka upřesnila), švagrová, snachy a manžel opečovávané sestřenice pomáhají s péčí vždy jednomu hlavnímu pečujícímu.

Přesto, že i přátelé a někdy i sousedi apod. mohou s péčí vypomáhat, je z výsledků výše zřejmé, že primárním poskytovatelem péče, jak v roli hlavního, tak sekundárního pečujícího, zůstává zpravidla rodina.

12. Jakou službu pro pomoc při péči využíváte?

(Možnost zaškrtnout více hodících se odpovědí)

Graf č. XIV – Typ využívané formální podpory při péči



Z popisných poznámek respondentů o průběhu využívání služeb vidíme, že často prošli spektrem služeb. Nejčastěji od občasných služeb terénních, služeb osobní asistence nebo pečovatelské služby, přes odlehčovací služby, domácí zdravotní péče, až po domácí hospicovou péči. Mezi respondenty se však našli i pečující, kteří se dostali rovnou až do služeb domácí hospicové péče či ambulantní paliativní péče nemocnice Motol.

Na grafu výše vidíme, že 38 % respondentů využívá pro své blízké domácí hospicové péče oproti ambulantní paliativní péči a poradenství, které využívá 8 % rodin (opečovávaných a pečujících) respondentů, 17 % pečujících využilo služeb odlehčovacích (pobytových) a 16 % před domácí hospicovou péči nejprve využívalo pro své blízké služeb domácí zdravotní péče. Pečovatelskou službu (11 %) a osobní asistenci (8 %) dohromady využívalo 19 % opečovávaných o něž respondenti pečují. Poměrně nízké využití tísňové péče, kterou uvedli jen dva dotazovaní, si vysvětlují charakteristikami cílové skupiny paliativní péče. Tísňové

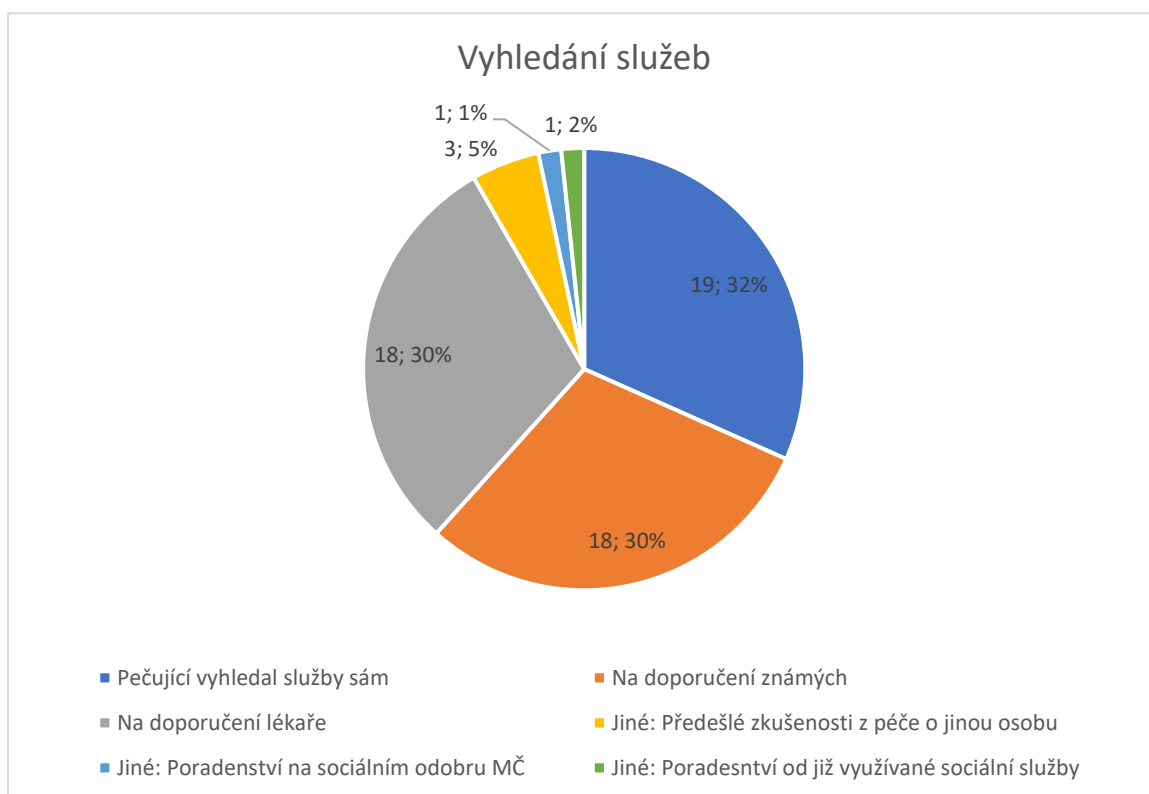
tlačítko není primárně pro tuto cílovou skupinu, ale spíše pro ještě aktivní klienty, zejména seniory, kteří žijí sami. Podobně jsou i služby stacionářů (denních, týdenních) zastoupeny 3 %. Domácí hospicová péče je služba poskytovaná průměrně dva až tři týdny v konečné fázi života. Ne vždy k tomuto stavu předchází léta nemoci či jiného zdravotního znevýhodnění u kterého by tato forma služby byla vhodná.

Nakonec jeden respondent uvedl, že domácí hospicovou péči kombinuje i se službou terénní fyzioterapie.

13. Jak jste profesionální podporu našli?

(Možnost zaškrtnout více hodících se odpovědí)

Graf č. XV – Způsob vyhledání formální podpory při péči



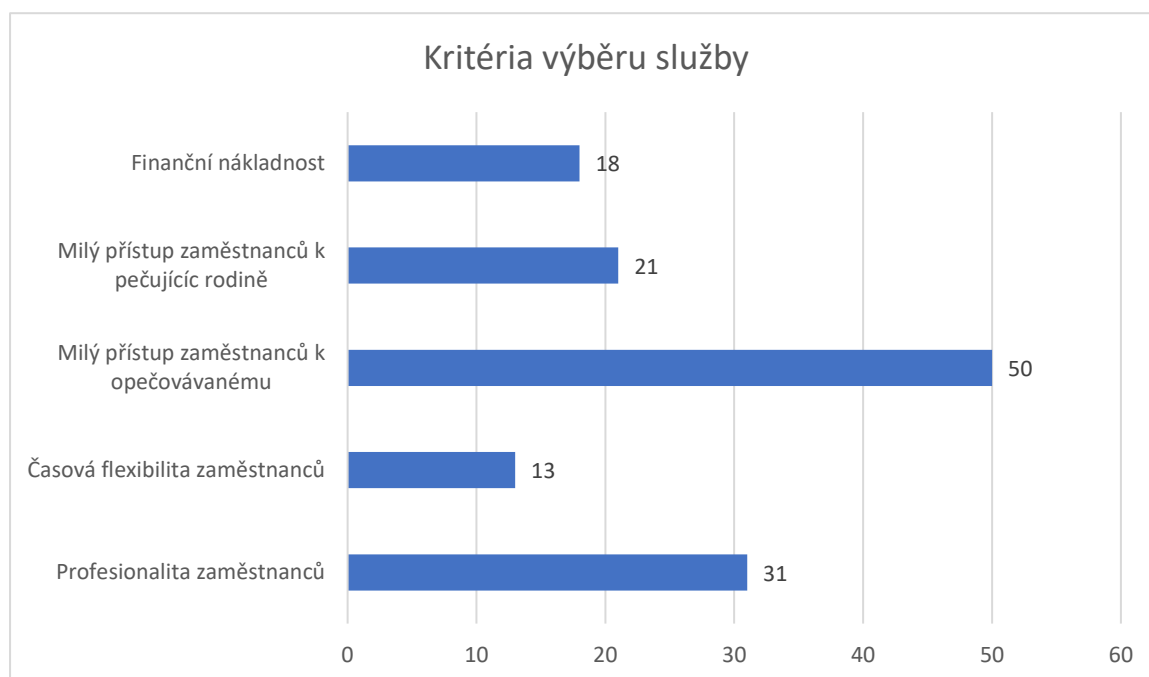
U této otázky mohli pečující zaškrtnout více odpovědí. Z výsledků vyplývá, že se zpravidla jednalo o kombinaci vyhledávání informací a služeb ze strany pečujícího (32 %) a doporučení známých (30 %) a lékařů (30 %). Někteří respondenti však uvedli, že neměli žádné doporučení nebo znalosti a vše si museli vyhledat sami. Ve výsledcích níže se můžeme dočíst, že to byl jeden z problémových bodů, a to zejména v začátcích péče. Tři respondenti měli předešlé zkušenosti z péče o blízkou osobu, a tak věděli kam se obrátit. Pouze dva respondenti

získali informace v rámci základního sociálního poradenství na sociálním odboru městské části a v sociální službě, kterou již využívali.

14. Co pro Vás bylo při výběru služby důležité?

(Možnost zaškrtnout více hodících se odpovědí)

Graf č. XVI –Kritéria při výběru formální podpory při péči



Pro pečující je při výběru služby zdaleka nejdůležitější milý přístup k opečovávanému blízkému ze strany pracovníků. Tuto odpověď uvedlo padesát z padesáti dvou respondentů. Je to pro ně důležitější než profesionalita (31), finanční nákladnost (18) či časová flexibilita služby (13). Pro dvacet jedna respondentů je kromě milého přístupu k opečovávanému důležitý i milý přístup, a hlavně dobrá komunikace i s pečujícími. U služeb je důležité uvědomovat si, kdo je jejím klientem, její cílovou skupinou. Zároveň nemůžeme opomínat ani rodiny a pečující, jakožto pomyslnou sekundární skupinu. Je potřeba uvědomovat si, že pro kvalitně poskytovanou službu klientům je důležitá i kvalitní komunikace služby s neformálně pečujícími o klienty. Zároveň není možné je za klienty služby zaměňovat a stavět individuální plánování pouze na jejich přáních a představách.

15. Co Vám nejvíce v rámci neformální (rodina, přátelé, sousedi apod.) podpory pomáhá?

Tabulka č. VI – Přínos neformální podpory z pohledu respondentů

| | |
|-----|--|
| 1. | <i>V nečekaných akutních situacích jsou ochotni na krátkou dobu převzít péči.</i> |
| 2. | <i>Sestra či otec jezdí s maminkou na všechna vyšetření k lékařům; můžeme se střídát v nákupu potravin a v péči o maminku.</i> |
| 3. | <i>Pocit, že na to nejsem úplně sama a v případě, že bych byla třeba nemocná, mě partner zastoupí.</i> |
| 4. | <i>Občas mi sestra pomůže maminku dovést do nemocnice, jsem rád, že na to nejsem sám. Jinak ale v péči nepomáhá.</i> |
| 5. | <i>Kdybych musela být hospitalizovaná nebo se se mnou něco stalo, že to synové nějak zařídí a o manžela se někdo postará.</i> |
| 6. | <i>Už jsme si udělali rozvrh kdy, kdo pečuje nebo i je na telefonu (rodiče ho mají na lednici). Díky tomu můžeme všichni někdy vyplynout.</i> |
| 7. | <i>Když jsem byl v nemocnici, tak za manželkou a dcerou chodila manželka kamaráda. Byl jsem rád, že na ně někdo dohlédne, že jsou v pořádku.</i> |
| 8. | <i>Když nejde domluvit služba jsou ochotní mě vystřídat. Nemám pocit, že jsem na to sama. Také to že je někdo, kdo mi rozumí a vidí, co péče všechno obnáší.</i> |
| 9. | <i>Vzájemná podpora a dohoda.</i> |
| 10. | <i>Když nutně potřebuji zastoupí mě syn partnera. Můžu si tak vyřídit co potřebuji. Vozí nás k lékaři.</i> |
| 11. | <i>Podržel mě manžel, vzali jsme si maminku k nám domů</i> |
| 12. | <i>Pomoc staršího syna – má s otcem pěkný vztah a pomáhá při polohování apod., které už sama nezvládám; modlitba</i> |
| 13. | <i>Že na to nejsem sama, můžu si něco zařídit a také mě někdo chápe.</i> |

| | |
|-----|--|
| 14. | <i>Dcera nás vozí k lékaři, sama a natož dopravou už bych to s mužem nezvládla, vozí i velké nákupy, takže ty praktické věci, a to že nejsem sama.</i> |
| 15. | <i>Můžu si dojít nakoupit, nebo co potřebuji a jsem v klidu, že je dobře postaráno.</i> |
| 16. | <i>Není třeba budovat důvěru, větší míra sdílení, časová kontinuita – není třeba tolik vysvětlovat.</i> |
| 17. | <i>Nejsem na to sama, ví, co a jak a mají se rádi.</i> |
| 18. | <i>Pocit, když je nejhůř, že se mám kam obrátit</i> |
| 19. | <i>Porozumění, občasné prostrídání</i> |
| 20. | <i>Pomoc a pochopení s náročností péče.</i> |
| 21. | <i>Emocionálna podpora od všetkých, faktická pomoc – nákup liekov, občasne navarenie jedla, návštevy ak je to možné.</i> |
| 22. | <i>Mám čas pro sebe. Poslouchání hudby a čtení knih.</i> |
| 23. | <i>Možnost odejít na chvílku pryč, dělat něco pro sebe (seberealizace).</i> |
| 24. | <i>Podpora a pochopení rodiny.</i> |
| 25. | <i>Cokoliv, každá ruka dobrá... Dělbá péče, jeden člověk je ztracený. Kromě dělby základních povinností praní, žehlení, placení účtů.</i> |
| 26. | <i>Vyslechnutí, podělení se o smutky i radosti z péče = sdílení, zastupitelnost, když jeden nebo druhý nemůže.</i> |
| 27. | <i>Možnost sdílet zážitky s jiným neformálním pečujícím, pocit, že v tom nejsem sama.</i> |
| 28. | <i>Mít možnost si popovídat a získat rady.</i> |
| 29. | <i>Nemám jí, ale dokážu si představit, že se člověk cítí méně sám. To i skvělá profesionální podpora nedokáže úplně nahradit.</i> |

| | |
|-----|--|
| 30. | <i>Naše děti jsou pro nás velkou oporou. Pomáhají zajistit a vyřídit praktické věci. Je to i velká psychická podpora, i když je nechci moc zatěžovat.</i> |
| 31. | <i>Když nemůže asistent, mám na koho se obrátit.</i> |
| 32. | <i>Ted', když jsme si se sourozenci udělali rozvrh, kdy se kdo stará (nejen fyzicky, ale je třeba i na telefonu) hodně se nám ulevilo a nehroutneme se. Víme my i rodiče, že je každý den někdo na telefonu a může přijet.</i> |
| 33. | <i>Ochota a porozumění.</i> |
| 34. | <i>Opora, mám komu zavolat, kdo chápe a nemusím vysvětlovat co se děje. Dcera hodně pomáhá i s praktickým zařízením.</i> |
| 35. | <i>Že si o tom mám s kým popovídat.</i> |
| 36. | <i>Mám sama problémy s mobilitou a partner zajišťuje nákupy apod., co já nemůžu.</i> |
| 37. | <i>Synové pomáhají hlavně s vyřizováním a dělají nám velké nákupy. Mám dobrý pocit, že kdybych já už nemohla oni se zvládnou postarat.</i> |
| 38. | <i>Cítím, že je pro ni důležité, když má kolem sebe nás...své blízké, za to jsem ráda. Jsem ráda, že nás má víc a že na to není ona a vlastně ani my sami.</i> |
| 39. | <i>Můžu někdy odjet na pár dní a odpočinout si a sestra dohlédne na chod péče a postará se. (Alespoň, když to šlo)</i> |
| 40. | <i>Můžu se na ně spolehnout. Kord ted', když jsou ty home office, a děti bydlí blízko, jsou flexibilní.</i> |
| 41. | <i>Jednoduše pochopení.</i> |
| 42. | <i>Pocit, že mám někoho, s kým můžu a nemusím (někdy si jen užít mluvit o nepodstatných věcech) sdílet těžkosti péče, kdo beze slov má pochopení a ví, co to obnáší (péče i povaha, rodinná historie).</i> |

Odpovědi dotazovaných pečujících jsem rozdělila do těchto základních pěti kategorií:

Tabulka č. VII – Shrnutí k otázce č. 15

| | |
|----|--|
| 1. | Praktická pomoc (dovoz k lékaři, zajištění nákupů, zařizování služeb apod.) |
| 2. | Zastoupení v péči v případě výpadku formální podpory (blízcí zastoupí hlavního pečujícího v případě, že zdravotní sestra nebo pracovnice v sociálních službách se nemůže na domluvený čas dostavit) |
| 3. | Odlehčení (zastoupení na pár dní pro dovolenou hlavního pečujícího) |
| 4. | Sdílení (pochopení a psychická podpora) |
| 5. | Pocit klidu, zastoupení při péči (pocit, že na to není hlavní pečující sám) |

Výše můžeme vidět odpovědi čtyřiceti dvou respondentů, kteří zastoupení při péči od blízkých mají. Tyto odpovědi jsem rozdělila do základních pěti okruhů, do kterých se dají všechny odpovědi rozřadit. Z výpovědí respondentů vyvstalo, že je pro ně důležitější psychická podpora, možnost sdílení a pocit, že na to nejsou sami spíše než praktická podpora a pravidelné zastupování při péči.

16. Co Vám nejvíce pomáhá v rámci formální (placené profesionální péče, jako např. osobní asistence, domácí hospicová služba apod.) podpory?

Tabulka č. VIII – Přínos formální podpory z pohledu respondentů

| | |
|----|--|
| 1. | <i>Soukromý osobní asistent, jsme "sehraní" a vzájemně se respektující</i> |
| 2. | <i>Maminka má kontakt také s někým mimo rodinu, asistentka s maminkou hraje hry, cvičí paměť, pomůže jí s jídlom a hygienou a může i na malou procházku; podpora v rámci zdravotního stavu maminky, možnost s nimi řešit léky, to že maminka může zůstat doma.</i> |
| 3. | <i>Zastanou mě při péči o babičku, a tak mohu částečně stále pracovat.</i> |
| 4. | <i>Nepřipadám si na to sám a mám chvíli i pro sebe.</i> |
| 5. | <i>To že mám čas na práci, i když je to i tak náročné skloubit.</i> |

| | |
|-----|--|
| 6. | <i>Že si odpočinu. A je to lepší i pro manžela. Já už nemám na nějaké věci (cvičení nebo trénování paměti apod.) co s ním dělat sílu.</i> |
| 7. | <i>Jistota, že je o rodiče dobře postaráno.</i> |
| 8. | <i>Už nemám na všechno sílu. Jsem rád, že mě v něčem zastanou.</i> |
| 9. | <i>Profesionální a milý přístup, nejsem na to sama. Jinak bych všechno nestíhala ani psychicky nedávala.</i> |
| 10. | <i>Můžu si dojít k doktorům, nebo když to jde, tak i s kamarádkou na kafičko.</i> |
| 11. | <i>Její existence. Já se mohu v klidu věnovat sobě.</i> |
| 12. | <i>Profesionalita zaměstnanců a mít empatickou osobu, na kterou se mohu obrátit.</i> |
| 13. | <i>Mohu si někdy dojít na kafe a za kamarádkami, když se to tedy smí a kavárny jsou otevřené. Nebo i teď v klidu si číst a nestresovat se.</i> |
| 14. | <i>Odlehčení při péči. - Využití pobytových odlehčovací služeb.</i> |
| 15. | <i>Komplexnost služeb Cest domů.</i> |
| 16. | <i>Zastoupení při péči formou osobní asistence.</i> |
| 17. | <i>Pomoc s aktivitami, které sama nezvládám a které manžel ode mě odmítá.</i> |
| 18. | <i>Že na to nejsme sami.</i> |
| 19. | <i>Nejsme sami, někdo odborně kontroluje zdravotní stav manžela.</i> |
| 20. | <i>Jistota, když nemůže známý.</i> |
| 21. | <i>Odborná znalost, profesionalita a zkušenosti, časová flexibilita, empatie a lidský přístup.</i> |
| 22. | <i>Profesionální podpora, můžu si dojít k lékaři a mohu se s nimi poradit.</i> |
| 23. | <i>Důvěryhodné a hezké vztahy, které mezi námi vznikly.</i> |
| 24. | <i>Mohu se poradit, mám pocit odborného zázemí.</i> |

| | |
|-----|---|
| 25. | <i>Profesionalita, dobrá rada.</i> |
| 26. | <i>Že někdo dělá odborně aplikace léků, to mě uklidňuje.</i> |
| 27. | <i>Konzultácia pri liečbe a starostlivosti o pacienta a otvorený rozhovor o priebehu choroby, profesionálny ale priateľský prístup k pacientovi a k osobe, ktorá starostlivosť zabezpečuje.</i> |
| 28. | <i>Klid v duši, že má maminka odbornou pomoc.</i> |
| 29. | <i>Domáci hospicová služba a přístup všech, nejsme na to sami.</i> |
| 30. | <i>Vcítění se do situace opečovávané osoby.</i> |
| 31. | <i>Každodenní péče v časových intervalech, kdy nejsme schopni péči zajistit.</i> |
| 32. | <i>Rychlá reakce na odhad zhoršení situace a nutnost zvýšení pomoci, převážně dokáže navodit pocit, že je tu v tuto chvíli, právě jen pro vás (opečovávaného).</i> |
| 33. | <i>Profesionalita, rady, chvíle volna, když přijde osobní asistentka.</i> |
| 34. | <i>Odborná zdravotnická pomoc a rada.</i> |
| 35. | <i>Vědomí, že vždy mohu kdykoli zavolat a získat pomoc nebo radu. Vědomí, že bude uděláno maximum, aby manžel netrpěl. Seznámení se s nastávajícím průběhem odcházení ze života.</i> |
| 36. | <i>Mám čas i pro sebe, můžu se s někým poradit, vím, že je o maminku kvalitně postaráno.</i> |
| 37. | <i>Profesionální, milý přístup. Asistenti a sestřičky to s manželem dobře umí, jsou profesionální, mám jistotu, že je v dobrých rukou a můžu zařizovat, co potřebuji i pro sebe.</i> |
| 38. | <i>Profesionální přístup asistentů, kteří jsou zároveň k mamince milí a vím, že jí s nimi je dobře.</i> |
| 39. | <i>Bydlím v jiném městě, a tak mi hodně pomáhá, že za rodiči každý den někdo chodí a jsou s námi v kontaktu. Hodně mi pomohlo, když mi v jedné organizaci poradili, že</i> |

| | |
|-----|---|
| | <i>mohu využívat asistenty a sestřičky i na donášku jídla nebo vyzvednutí léků, a tak si nemusíme brát dovolené apod.</i> |
| 40. | <i>Díky péči služeb mohu zůstat v práci.</i> |
| 41. | <i>Mám chvíli na odpočinek.</i> |
| 42. | <i>Popravdě někdy už nemám na některé věci sílu a náladu a jsem ráda, že maminku aktivizují asistenti tak jak bych neuměla nebo neměla čas a energii.</i> |
| 43. | <i>Když bydlela maminka ještě sama, byla jsem klidná, že za ní někdo přijde každý den, když já jsem nemohla, kvůli svým zdravotním problémům.</i> |
| 44. | <i>Můžu pracovat, i když jsem musela zkrátit úvazek.</i> |
| 45. | <i>Že můžu dál pracovat. Dříve jsem i mohl s přítelkyní nebo kamarády na pár dní odjet, abych se zregeneroval.</i> |
| 46. | <i>Hodně nám pomáhají se zorientovat a přijmout situaci onemocnění.</i> |
| 47. | <i>Nejsem na to sám. Víím, že je o maminku dobře postaráno. Ukazují mi jak na to.</i> |
| 48. | <i>Mám práci a maminka je ráda, že má nějaké zpestření a není jen se mnou.</i> |
| 49. | <i>S manželem si povídají a cvičí na což já po celém dni péče a práce nemám vždy moc náladu. Víím, že je spokojený a já nemám výčitky.</i> |
| 50. | <i>Jsou to profesionálové a ví jak na to. Umí dobře pečovat. Umí nám poradit různé rady a tipy, jako jednorázové žínky a tak.</i> |
| 51. | <i>Jednoduše pochopení a zastoupení při péči.</i> |
| 52. | <i>Klid, že je dobře postaráno.</i> |

Odpovědi dotazovaných pečujících jsem rozdělila do těchto základních pěti kategorií:

Tabulka č. IX – Shrnutí k otázce č. 16

| | |
|----|---|
| 1. | Profesionální pomoc (klid, že je o blízké dobře postaráno) |
| 2. | Aktivizace opečovávaných (rozšíření sociálních kontaktů pro opečovávaného) |
| 3. | Zachování zaměstnání (díky formální péči si mohli pečující zachovat práci, alespoň na částečný úvazek) |
| 4. | Rady (možnost poradit se se zkušenými pracovníky) |
| 5. | Pocit klidu, zastoupení při péči (pocit, že na to není hlavní pečující sám) |

Odpovědi padesáti dvou respondentů, kteří pro své blízké využívají profesionální podpory, na otázku, co jim v rámci profesionální podpory nejvíce pomáhá, můžeme rozdělit do základních okruhů, kam se opakující odpovědi mohou rozřadit. Jedná se o důvěru v profesionalitu pracovníků, rozšíření sociálního kontaktu, možnost zachovat si zaměstnání, možnost obrátit se na pracovníky ze strany pečujících o rady a opět (stejně jako u neformální péče) pocit klidu, že na péči není hlavní pečující sám.

17. Co Vám u formální (profesionální péče) chybí?

Tabulka č. X – Deficity formální péče z hlediska respondentů

| | |
|----|--|
| 1. | <i>Často profesionální přístup, někdy posílají naprosto nevhodné asistenty osobnostně i jinak nezralé, nezaučené – některé nezaučitelné.</i> |
| 2. | <i>Nic nám nechybí.</i> |
| 3. | <i>Časový prostor na komunikaci s námi pečujícími o průběhu.</i> |
| 4. | <i>Někdy časová flexibilita.</i> |
| 5. | <i>Lepší propojení sociální i zdravotní sl.</i> |
| 6. | <i>Ráda bych někdy slyšela i třeba příběhy ostatních rodin, abych se v tom necítila tak sama. Možná ještě poradenství v právních otázkách, když potřebuji něco za manžela vyřídit.</i> |

| | |
|-----|--|
| 7. | <i>Někdy časová flexibilita o víkendech a večerech/nocích. Ale chápu to.</i> |
| 8. | <i>Časové možnosti já pečuji 24/7 a například pečovatelská služba je jen přes týden.</i> |
| 9. | <i>Kapacita, bylo těžké najít služby, které by nás mohly rychle vzít a pomoci nám.</i> |
| 10. | <i>Nic.</i> |
| 11. | <i>Momentálně nic.</i> |
| 12. | <i>Nic.</i> |
| 13. | <i>Aby mohla být náhrada, když je pečovatelka nemocná.</i> |
| 14. | <i>Spokojena.</i> |
| 15. | <i>My jsme byli s Cestou domů spokojeni, nic nám nechybělo.</i> |
| 16. | <i>Osobní asistence byla v pořádku. Tam je spíše problém s tím, že jsou nedostatečné kapacity. My sami jsme na naši osobní asistenci čekali možná rok. Horší je spolupráce, pokud je zdravotní problém. Osobní asistence nemá kompetence k jakýmkoliv zdravotním úkonům. Doktorů nemohou mít kapacity na to, chodit ke klientům a vozit klienta k doktorům není moc praktické. Domácí zdravotní péče to také nenahradí. Sestřičky se obvykle hodně střídají a běhají od jednoho klienta k dalšímu.</i> |
| 17. | <i>U pečovatelek občas profesionalita.</i> |
| 18. | <i>Že nemůže chodit jedna pečovatelka, ale střídají se.</i> |
| 19. | <i>Že sestřička nechodí na přesně daný čas, ale jak jí to vyjde (chápu, že toho mají hodně).</i> |
| 20. | <i>Chybí mi profesionální hranice a milý vysoce individuální přístup k dceři, zároveň potřebuji, aby dobře respektovali mne. Vím nejlépe co dcera potřebuje a setkala jsem se i s tím, že mi to bylo vyvraceno, že jsem špatná matka, že se to dělá jinak.</i> |
| 21. | <i>Koordinátor péče, případně nějaký univerzální dokument, který by shrnoval důležité informace nejen o zdravotním stavu pacienta. Zástupce každé</i> |

| | |
|-----|---|
| | <i>potencionální služby musím seznámit s aktuální situací a jeho předchozím vývojem.</i> |
| 22. | <i>Aby chodili buď ti samí pracovníci, nebo měli dobře zpracované a předané informace, abych nemusela pořád dokola všechny "zaučovat" v péči</i> |
| 23. | <i>Před lety jsem se nesměla ohradit, že bych chtěla něco jinak, nenechala jsem se odradit a v některých případech i změnila poskytovatele nebo požádala o výměnu asistenta.</i> |
| 24. | <i>Někdy málo individuální přístup, ale vím, že je to těžké.</i> |
| 25. | <i>Někdy trochu odtažitý přístup, střídání lidí, někdy nemohou přijít.</i> |
| 26. | <i>Někdy laskavější přístup a komunikace.</i> |
| 27. | <i>Nechýba nič, mala som šťastie pri výbere ľudí, ktorí zabezpečovali domácu hospicovú službu.</i> |
| 28. | <i>Je málo profesionálních lidí.</i> |
| 29. | <i>Že nechodí stále stejný člověk.</i> |
| 30. | <i>Nepozoruji, že by něco mělo chybět...</i> |
| 31. | <i>Pokud jde o zkušenost z Prahy 10, domnívám se, že je na dostatečné profesionální úrovni, dokážou vyjít vstříc ve všem. Snad jen schopnost rehabilitace by mohla být vyšší.</i> |
| 32. | <i>Nemám stále asi dostatek informací, co vše lze zajistit, a tedy nedokážu odhadnout, co bych ještě mohla využít.</i> |
| 33. | <i>Určitě by měla být lepší komunikace mezi lékařem a rodinou, když už dojde na potřebu péče, možná někde funguje lépe, ale naše zkušenost nebyla moc dobrá.</i> |
| 34. | <i>Někdy možná empatie.</i> |
| 35. | <i>Osobnější přístup.</i> |
| 36. | <i>Někdy zájem i o pečující.</i> |

| | |
|-----|--|
| 37. | <i>Někdy mi chybí, že nemůže chodit jen jedna asistentka/sestřička.</i> |
| 38. | <i>Těžko se mi sháněla osobní asistence. V Praze je sice služeb hodně, ale není kapacita. Dlouho jsme čekali.</i> |
| 39. | <i>Hovoříme s koordinátory, a i když to chápu, byla bych ráda, kdybych mohla být v kontaktu i s konkrétními pracovníky co za rodiči dochází.</i> |
| 40. | <i>Někdy časová flexibilita, když je někdo nemocný musíme to složitě řešit nebo si brát volna v práci.</i> |
| 41. | <i>Nevím.</i> |
| 42. | <i>Ted' už asi nic, v průběhu jsem někdy nebyla spokojená s konkrétními asistenty, ale vyšli mi vstříc a chodí ti, co si s maminkou dobře sednou.</i> |
| 43. | <i>Milý přístup zejména od úředníků. V rámci služeb nic.</i> |
| 44. | <i>Propojení služeb (lékař/pečovatelky/úřady). V rámci jednotlivých služeb mi ale nic nechybí, jsme spokojení.</i> |
| 45. | <i>Dostupnost. Někdy je u některých služeb dlouhá čekací doba. Také mi chybělo to, že další služby neví o jiných nebo je berou jako konkurenci. Nevím, ale byl bych rád, kdyby mi na začátku poradili i třeba odlehčovací službu, což se nakonec u jedné služby stalo, ale nevím, proč to nedělají všechny.</i> |
| 46. | <i>Je těžké ji najít, když nevíte, co přesně hledat. Pokud nevíte, co vyhledávat, těžko to najdete.</i> |
| 47. | <i>Nevím.</i> |
| 48. | <i>V době covidu pro mě bylo těžké, že maminka nemohla využívat některé služby (jako stacionář, který dřív využívala). Ted' už jí mám stejně jen doma. Takže asi to, že některé služby jsou těžce dostupné, kord ted'. Nebo jsou nějaká pravidla, ale někdy jsme nedosáhli na služby, co jsme chtěli, protože jsme nebyli "cílová skupina". Služby chtějí nějaké zařízení doma, jako je polohovací postel, zvedák a tak, ale všechno je to drahé a u příspěvku se musíte zavázat tím, že to když tak</i> |

| | |
|-----|---|
| | <i>vrátíte nebo musíte zaplatit část, na kterou těžko šetříme. A tak dělám všechno já. Takže asi nějaké přihlídnutí k individuální situaci.</i> |
| 49. | <i>U některých služeb jistota, že když je služba objednaná tak bude. U osobní asistence jsem třeba měla problém, že najednou zavolají, že je asistentka nemocná nebo v zácpě a mě to hodně komplikovalo práci</i> |
| 50. | <i>Někdy respekt k soukromí (jen u někoho)</i> |
| 51. | <i>Někdy jsem se setkala s netolerancí k jiným "alternativním" názorům na péči. Věřím, že jsou různé možnosti a vím co je pro mou dceru nejlepší. To bylo ale spíše od zdravotníků. Nyní jsem spokojená.</i> |
| 52. | <i>Zažila jsem nepřímou a neotevřenou komunikaci a zacházení, kdy nám ze dne na den řekli, že nebudeme mít už zdravotní službu. Když jsem se ptala proč, tak proto, že prý sama léčím maminku a dávám jí vitamíny, i když jsme to předtím neřešili. Naštěstí mi doktor našel jinou a nyní máme hospicovou službu, se kterou jsme moc spokojeni.</i> |

Odpovědi dotazovaných pečujících jsem rozdělila do těchto základních pěti kategorií:

Tabulka č. XI – Shrnutí k otázce č. 17

| | |
|----|--|
| 1. | Profesionální přístup |
| 2. | Individuální přístup , empatie |
| 3. | Dostupnost (časová flexibilita, kapacita služeb, informace o jejich existenci) |
| 4. | Komunikace (s opečovávaným, s pečujícím, mezioborová) |
| 5. | Střídání pracovníků (u některých služeb nemožnost, aby docházel jeden pracovník/pracovnice) |

Výpovědi respondentů se dají rozdělit základně do pěti deficitních nebo problematických skupin viz výše. Pomyslnou šestou skupinu výpovědí a pro mne milým

překvapením byla opakující se odpověď, že pečujícím nic nechybělo, dostali kvalitní podporu pro opečovávané i pro sebe.

18. Jak by podle Vás měla kvalitní formální (profesionální péče) vypadat?

Tabulka č. XII – Představa ideální formální péče z pohledu respondentů

| | |
|----|--|
| 1. | <p><i>Pomoc je svým způsobem řemeslo, kterému je třeba se naučit a zároveň mít ochotu neustále se učit novým věcem s respektem k jedinečnosti každého opečovávaného a jeho rodině. U umírajících nebo lidí s život ohrožujícím onemocněním je opečovávaný i jeho rodina opakovaně vystavována extrémně těžkým zážitkům, na jejichž zvládnutí se nedá předem nijak připravit. Chlácholivá slova pomáhajících působí jako další břemeno.</i></p> <p><i>Možnost otevřeně mluvit o svých přáních, pocitech, pochybách, nejistotách, ale i drobných radostech, bez posuzování, hodnocení, kritiky, potlačování...</i></p> |
| 2. | <p><i>Pracovníci – profesionálové by měli mít přehled o diagnóze, vědět co mohou a nemohou s daným člověkem dělat, jak s ním komunikovat. Měli by dodržovat domluvené časy, kdy k mamince přijdou. Služba by měla mít proškolené zaměstnance v první pomoci (kdyby se náhodou něco stalo). Měli by s námi (rodinou) komunikovat v případě potíží.</i></p> |
| 3. | <p><i>Měli by být profesionální, mít zkušenosti, vědět, jak komunikovat a zároveň být přívětiví k babičce i mě jako pečující.</i></p> |
| 4. | <p><i>Zodpovědné, a přátelské pečovatelky se kterými se nebojím maminku nechat samotnou. Měli by dobře komunikovat jak s opečovávanou, tak s rodinou.</i></p> |
| 5. | <p><i>Odborný a zároveň milý přístup k pacientům. Dobrá komunikace, vstřícnost.</i></p> |
| 6. | <p><i>Odborný, ale i lidský přístup ke klientům.</i></p> |
| 7. | <p><i>Zkušené pečovatelky, které ví, co je potřeba dělat a jak s rodiči komunikovat.</i></p> |
| 8. | <p><i>Ochotní, milí, ví jak přistupovat k pacientům. Vstřícní.</i></p> |
| 9. | <p><i>Vyškolení profesionálové, ví jak s pacienty hýbat a jak s nimi mluvit. Jsou vyškolení v první pomoci. Komunikují s pacientem i námi (rodinou).</i></p> |

| | |
|-----|--|
| 10. | <i>Milé a "lidské" pečovatelky, které si s manželem umí poradit, i když je komunikace těžká.</i> |
| 11. | <i>Na dvou úrovních – péče o nemocné a podpora nás pečujících (tým odborníků, kteří umí prakticky poradit).</i> |
| 12. | <i>Multidisciplinární tým odborníků, kteří jsou zároveň empatictí.</i> |
| 13. | <i>Ochotní, ví co a jak, můžu se s nimi poradit.</i> |
| 14. | <i>Cesta domů.</i> |
| 15. | <i>Větší součinnost s lékaři z nemocnice, tam s námi nekomunikovali téměř vůbec</i> |
| 16. | <i>Měla by být komplexnější. Určitě existuje hodně služeb, ale jednak se o nich neví a jednak nejsou nijak propojené. Možná by to chtělo člověka, který by pomohl rodině najít správné služby, poradit s pomůckami, možnými příspěvky a nastavit si nějaký režim. To všechno jsme si dost klopotně hledali sami.</i> |
| 17. | <i>Měla by být spolehlivá, profesionální a laskavá</i> |
| 18. | <i>Zkušený personál, ochota, dobrá komunikace, proaktivnost</i> |
| 19. | <i>Dobře vyškolení a zkušení, umí s umírajícími lidmi a námi mluvit i poradit</i> |
| 20. | <i>Profesionální hranice, individuální přístup, dbání na přání dcery a moje zkušenosti co je pro ni nejlepší</i> |
| 21. | <i>Úřad práce na základě schválení žádosti příspěvku na péči pošle do domácnosti koordinátora péče (nemusí být nutně zaměstnanec ÚP) pro vstupní konzultaci, aby zjistil, co vše je potřeba v rámci péče zajistit. Nastíní možnosti a zhodnotí skutečné potřeby pro podporu pečujícího (nasměruje pečujícího). Předá nebo zprostředkuje kontakt na organizace pro zahájení služby/služeb. Koordinátor je s pečujícím v permanentním kontaktu pro případ změny zdravotního stavu a aktualizaci či rozšíření služeb. Doplňuji, že je obtížné vyznat se v náplni nabízených služeb, zjistit, zda jde o zdravotnický nebo sociální systém, jestli je hrazeno se systémem veřejného zdr. pojištění či nikoli. Zároveň by od pacienta získával zpětnou vazbu na poskytování dané služby (sami jsme zjistili, že se kvalita poskytovaných služeb a zejména komunikace může velmi lišit). Kvalitní</i> |

| | |
|-----|--|
| | <i>formální služba by pak měla zajistit profesionální péči dle potřeb opečovávaného (ty se mohou v čase měnit) s veškerou ohleduplností, aby byl užitek pro pacienta maximální (na to ale mohou existovat standardy :)</i> |
| 22. | <i>Vzdělání a zkušenosti profesionálové v péči, komunikaci a případné první pomoci.</i> |
| 23. | <i>Respekt ke klientovi i pečujícímu, porozumění pro mimořádné i specifické potřeby, flexibilita, ochota naslouchat.</i> |
| 24. | <i>Odbornost, lidskost, trpělivost.</i> |
| 25. | <i>Srozumitelná komunikace, spolupráce při časovém naplánování</i> |
| 26. | <i>Profesionálně, nicméně by neměl chybět osobní přístup ke konkrétnímu pacientovi.</i> |
| 27. | <i>V prvom rade by mala zohľadniť individuálne potreby pacienta (vzhľadom na jeho zdravotný stav, emocionálne rozpoloženie spojené s ochorením na ktoré trpí a iné), láskavý a súcitný prístup ku pacientovi a maximálna ochota otvorene informovať príbuznú osobu, ktorá o pacienta sa inak stará o všetkých jeho otázkach, súvisiacich s ochorením a prípadnou smrťou pacienta.</i> |
| 28. | <i>Člověk by měl znalosti, empaticky, a hlavně profesionál, který ví co má dělat.</i> |
| 29. | <i>Ochota, pokud možno aby se nestřídalo více lidí, podpora psychická, pochopení, vstřícnost.</i> |
| 30. | <i>Taková, jaká je poskytována naší blízké osobě.</i> |
| 31. | <i>Empatický vzťah ke klientovi, láskyplný, nežný, psychická odolnosť vŕči špatným náladám klienta. Dále dostatečná zdravotní kvalifikace, jistě i fyzická kondice, v mnoha případech manipulace s klientem není jednoduchá. Obecně klient vyžaduje většinou kompletní služby, které život nárokuje. Musí občas nahradit i rodinu, tj. i nákupy, návštěva lékaře, úklid, vaření, komunikace.</i> |
| 32. | <i>Kombinace pečovatelské a lékařské péče zajištěné v domácím prostředí, samozřejmě za podpory rodiny, s jednodušším zajištěním finančně dostupné odlehčovací služby, která je důležitá pro všechny zúčastněné pečující strany</i> |

| | |
|-----|--|
| 33. | <i>Empatický přístup, profesionalita, ochota.</i> |
| 34. | <i>Fundovanost, velký důraz na odbornost zároveň s osobním, laskavým a trpělivým přístupem (dostatek času na klienta).</i> |
| 35. | <i>Myslím, že přesně tak jakou poskytla Cesta domů mému manželovi.</i> |
| 36. | <i>Kvalitní profesionální péče (zdravotní nebo sociální), zajištění základních potřeb, ale i drobných radostí (zpěv atd.) ...prostě zvýšení kvality života dotyčného. A druhotně možnost porady pro pečující, zejména začínající, protože ti i s profesionální péčí hlavně péči zajišťují.</i> |
| 37. | <i>Profesionální a zároveň osobní přístup. Když už se musí pracovníci střídat, tak aby byli dobře informovaní a já je nemusela pokaždé znovu zaškolovat.</i> |
| 38. | <i>Dobře dostupná, ne dlouhé čekání, které někdy není možné.</i> |
| 39. | <i>Profesionální, ochotní, flexibilní a hlavně lidští. Aby uměli dobře komunikovat s těmi, o které pečují i s námi kdo péči koordinujeme a staráme se (rodinou).</i> |
| 40. | <i>Spolehlivá, profesionální.</i> |
| 41. | <i>Aby věděli jak na to. Jak prakticky (př. přesuny), tak v komunikaci nebo motivaci (cvičení, pití atd.), která je někdy náročná.</i> |
| 42. | <i>Zapálení do práce, zájem o člověka, milý přístup.</i> |
| 43. | <i>Milý a ochotný přístup. Dobrá komunikace i se mnou.</i> |
| 44. | <i>Ochota, dobrá informovanost, respekt a úcta k lidské bytosti, i když nemocné.</i> |
| 45. | <i>Hodní, ochotní, umí poradit i rodině.</i> |
| 46. | <i>Milí, lidští pracovníci, kteří respektují soukromí.</i> |
| 47. | <i>Tak jak je. Dobrá a spolehlivá péče a ochota ukázat jak nato i začínajícímu pečujícímu jako jsem já.</i> |
| 48. | <i>Individuální přístup.</i> |

| | |
|-----|--|
| 49. | <i>Lidi, co mají o tuto práci zájem, co mají zájem o lidi, baví je to a ví jak na to.</i> |
| 50. | <i>Vyškolení profesionálové, respekt k nemocnému a jeho zvykům, psychická vyrovnanost a přijetí smrti.</i> |
| 51. | <i>Milý přístup a pochopení k odlišnostem.</i> |
| 52. | <i>Profesionálové, co dobře komunikují, ví jak aktivizovat a motivovat a dobře komunikují i se mnou.</i> |

Odpovědi dotazovaných pečujících jsem rozdělila do těchto základních pěti kategorií:

Tabulka č. XIII – Shrnutí k otázce č. 18

| | |
|----|--|
| 1. | Vzdělání (profesionální pracovníci, vzdělání v oboru) |
| 2. | Dovednosti (aktivizace, motivace apod.) |
| 3. | Zkušenosti (v pečovatelských/zdravotních úkonech) |
| 4. | Komunikace (dobrá a empatická komunikace s opečovávaným i pečujícími, schopnost mluvit o smrti) |
| 5. | Individuální přístup (individuální, empatický, respektující přístup) |

Představa, jak by měla vypadat ideální profesionální podpora je pro většinu pečujících jasná. Mělo by se jednat o vzdělané pracovníky, kteří jsou zkušení a mají osvojené dovednosti k výkonu svého zaměstnání, umí dobře komunikovat s opečovávanými i jejich rodinou a uvědomují si hodnotu jedince a individuálně ke klientům přistupují. Jedna respondentka dokonce navrhla systémové řešení podpory opečovávaných a pečujících vycházející již od kontaktu s úřadem práce (viz výše). Pozitivním výsledkem v této kategorii stejně jako u předešlé otázky bylo, že někteří respondenti uvedli jako ideální formu podpory tu, co obdrželi (zejména podporu organizace Cesta domů, z.ú.).

19. Co Vám na začátku či průběhu péče chybělo?

Tabulka č. XIV – Deficit podpory na počátku a v průběhu péče

| | |
|-----|--|
| 1. | <i>Prošli jsme postupně různými formami podpory a péče. Od ústavní až po současnou individuálně nastavenou. Na začátku naprosté nepochopení, žádný nebo minimální respekt k našim přáním.</i> |
| 2. | <i>Asi mi chyběla možnost zezáčátku sdílet pocity a dojmy z toho mámina onemocnění. To, že mám strach z toho, co bude.</i> |
| 3. | <i>Informace. Strávila jsem spoustu času hledáním, jaké možnosti podpory jsou, nevěděla jsem kam se obrátit, nic.</i> |
| 4. | <i>Informace.</i> |
| 5. | <i>Zástup při péči. Po svém zhroucení jsem musela někoho najít.</i> |
| 6. | <i>Ochota lékaře</i> |
| 7. | <i>Na začátku to bylo náročné, když jsme s bratry neměli péči o rodiče dobře rozdělenou a nastavenou. Všichni jsme byli na zhroucení. Takže řekla bych dobré rozložení péče mezi rodinou i profesionální pomocí.</i> |
| 8. | <i>Vystřídání v péči.</i> |
| 9. | <i>Na začátku mi chyběly služby (nemohli jsme sehnat například osobní asistenci, kde by byla volná kapacita). Chyběli mi informace jak a kde hledat, že je příspěvek na služby, na péči apod.</i> |
| 10. | <i>Vědět kam se obrátit pro radu.</i> |
| 11. | <i>Větší podpora rodiny.</i> |
| 12. | <i>Znalost, jaké služby a možnosti jsou. Byla jsem na to dlouho sama.</i> |
| 13. | <i>Nic.</i> |
| 14. | <i>Větší součinnost s lékaři z nemocnice, tam s námi nekomunikovali téměř vůbec</i> |

| | |
|-----|---|
| 15. | <i>Neměli jsme vůbec žádné praktické informace a ani jsme moc nevěděli, kde je hledat.</i> |
| 16. | <i>Ani praktik ani neurolog nám moc neporadili. Nejvíc praktických informací jsme získali až přímo od osobní asistence.</i> |
| 17. | <i>U domácí sestry a CD nic, u pečovatelek nemožnost, aby chodila vždy stejná paní.</i> |
| 18. | <i>Hlavně informace.</i> |
| 19. | <i>Ochota některých lékařů.</i> |
| 20. | <i>Trpělivost má v péči i okolí, je to proces učení se.</i> |
| 21. | <i>Nebylo snadné se zorientovat (neznala jsem správná klíčová slova) a musela jsem na internetu sama pátrat, co vše se nabízí (asistence, domácí péče...) a porozumět tomu nebylo zcela jednoduché. Absolutně mě nenapadlo, že existuje řada firem na podporu pečujících, které jsou financovány z grantu EU a mohu jejich služby bezplatně čerpat.</i> |
| 22. | <i>Chyběly mi hlavně informace, neumím moc efektivně vyhledávat na internetu, nikdy mi to nepřiřostlo k srdci. Hlavně jsem nevěděla co hledat. Ale nic jiného člověku nezbude, dostávala jsem jen střípky informací na různých místech postupem času.</i> |
| 23. | <i>Měli jsme na začátku štěstí, protože všichni, kdo k nám přicházeli, byli moc fajn. Až časem, když se změnila koordinátorka, tak jsme raději změnili poskytovatele.</i> |
| 24. | <i>Informace, kde pomoc hledat, podpora v zohlednění sama sebe.</i> |
| 25. | <i>Podpora.</i> |
| 26. | <i>Nic.</i> |
| 27. | <i>Domácí hospicová služba bola ťažko prístupná.</i> |
| 28. | <i>Mě chybí podpora rodiny, dva roky se starám o maminku, bratr má svůj život jako zahradník a nemá čas se postarat o maminku, která ho jako malého přebalovala a vše co maminky dělají. A teď nic nevrací. Otec nepomáhá, protože nemá za to peníze (příspěvek na péči – který mám já dcera). Tak musím vše dělat, co se od ženy vyžaduje.</i> |

| | |
|-----|---|
| 29. | <i>Že jsem si musela všechno zjistit sama, ocenila bych, kdyby se informace daly sehnat na jednom místě.</i> |
| 30. | <i>Krátce informace a rozhled, ale lékař nám obratem poskytl reference a informace.</i> |
| 31. | <i>Někdy kvalita pečovatelek kolísala. Nicméně pochopitelně, ne vždy se podařilo na trhu najít kvalitní lidi (během 10 let), což je problém všech profesí, v pečovatelské službě jistě i odrazem osobního ohodnocení a schopností klientů platit za služby.</i> |
| 32. | <i>Informace o tom, co vše lze zajistit pro domácí péči a jaké jsou možnosti a jaké jsou v nich rozdíly. K informacím se člověk často dostává až jak to vyplyne nebo složitým obvoláváním, dotazováním</i> |
| 33. | <i>Rady a informace, jak pečovat.</i> |
| 34. | <i>Informace, jakými způsoby se dá domácí péči zajistit.</i> |
| 35. | <i>Při odcházení mé maminky před devíti měsíci mi chyběla informace, co prožívá umírající a jak k němu mám přistupovat. Tehdy jsem ale měla pouze pečovatelskou službu.</i> |
| 36. | <i>Informace, že i když jsem na to ve svém okolí sám, je dost služeb, které nám umí dobře pomoci. Že nemusím dělat vše sám. Že se mám zaregistrovat na úřad práce jako pečující (to vím až teď).</i> |
| 37. | <i>Informace o tom, jaké služby existují, ale i o právních aspektech a zastupování, když manžel nemůže a já měla s vyřizováním například u nepříjemných úředníků problém.</i> |
| 38. | <i>Přehled, co mám zařídit, kam se obrátit. Podpora pro maminku i pro mě. Informace o tom, jak se z toho nezhroutit – co dělat i pro sebe, abych dokázal dobře pečovat. Když jsem vyhořel, bylo to těžké.</i> |
| 39. | <i>Znalost, jak dobře péči rozvrhnout.</i> |
| 40. | <i>Ochota a pochopení zaměstnavatele při zařizování začátku péče.</i> |
| 41. | <i>Aby lékař řekl diagnózu a co to pro nás přesně znamená.</i> |
| 42. | <i>Vědět, že si můžu říct, když se mi něco nelíbí.</i> |

| | |
|-----|---|
| 43. | <i>Ochota úředníků a pracovníků sociálního odboru a lékaře.</i> |
| 44. | <i>Znalosti a dovednosti pro péči nutné.</i> |
| 45. | <i>Znalost možností, jak maminku aktivizovat, jak s ní cvičit (mozek i tělo), co jak zařídit.</i> |
| 46. | <i>Vědět co hledat, co dělat, jak podpořit.</i> |
| 47. | <i>Pochopení, co se děje a bude se dít, když jsme se dozvěděli diagnózu,...co to pro nás znamená, co zařídit.</i> |
| 48. | <i>Pochopení zaměstnavatele.</i> |
| 49. | <i>Nevěděla jsem, jak to řešit v práci, než mi poradila sociální pracovníce.</i> |
| 50. | <i>Měla jsem problémy se spánkem, pomohla mi až různá relaxační cvičení.</i> |
| 51. | <i>Pochopení.</i> |
| 52. | <i>Dobrá komunikace a informace od lékařů, pečovatelek atd.</i> |

Odpovědi respondentů pečujících o blízké v domácí paliativní péči můžeme základně rozdělit do těchto kategorií:

Tabulka č. XV – Shrnutí k otázce č. 19

| | |
|----|--|
| 1. | Zastoupení při péči (služby na základě problematické dostupnosti nebo informací nebo neformální zastoupení, podpora rodiny) |
| 2. | Chybějící ochota a problematická komunikace (zejména: lékaři, úředníci, pracovníci v přímé péči) |
| 3. | Pochopení zaměstnavatele (problematika skloubení péče a zaměstnání) |
| 4. | Psychohygienu (psychohygienu, sdílení) |
| 5. | Informace |

Výše uvedené okruhy můžeme dále rozdělit do dvou obecnějších oblastí. Zastoupení při péči, ochota zaměstnavatele, ochota lékařů apod. spadá základně zejména pod chybějící informace, na co mají pečující nárok a jak to vykomunikovat. Z mých pracovních zkušeností s pečujícími se ukazuje, že u problematické komunikace s lékaři nebo zaměstnavateli pramenil často problém z neznalosti nároků pečujících a v momentě, kdy tyto informace obdrželi, popřípadě jim byla s vyjednáváním poskytnuta psychická či praktická podpora byl problém vyřešen. Psychická složka zahrnuje psychohygienu, potřebu zastoupení při péči z pohledu psychiky, vyrovnanosti a možnost sdílení.

20. Co byste byla rád/a, aby Vám někdo na začátku péče řekl?

Tabulka č. XVI – Ideální podpurná slova z pohledu respondentů na začátku péče

| | |
|-----|--|
| 1. | <i>Že život opečovávaného má ničím a nikým nezpochybnitelnou hodnotu.</i> |
| 2. | <i>Že není ostuda si říct o pomoc nějaké organizaci.</i> |
| 3. | <i>Ráda bych, aby mi někdo uceleně řekl, na co mám nárok a kde hledat pomoc.</i> |
| 4. | <i>Kam se obrátit pro radu. Že to bude těžké, ale zvládneme to. Že i když nedělám vše perfektně jako profesionál, je to to nejlepší, co pro maminku můžu udělat.</i> |
| 5. | <i>Že na to nemusím být sama, že nejsem superžena, abych musela všechno sama zvládnout (děti, vnoučata, práce, domácnost, péče atd.)</i> |
| 6. | <i>Že to bude plně těžkých, ale i hezkých chvil. Že bychom si měli s rodinou vážit každého dne spolu. Že není ostuda říct si o pomoc.</i> |
| 7. | <i>Že je dobré péči si rozložit a mluvit o tom, co nás čeká a jak to nastavit.</i> |
| 8. | <i>Že nemusím všechno dělat sám, že si můžu nechat pomoci.</i> |
| 9. | <i>Že se můžu na někoho obrátit, kdo mi poradí napříč širokým spektrem věcí, co rodina s nemocným řeší.</i> |
| 10. | <i>Že jsou organizace, které umí poradit a pomoci i rodinám, které jsou v situaci jako já.</i> |
| 11. | <i>Dobrý den a pak v klidu komunikovat.</i> |
| 12. | <i>Nejsi v tom sama.</i> |

| | |
|-----|--|
| 13. | <i>Co je za možnosti a jak o zhoršujícím se stavu přítele mluvit s rodinou, která to nechtěla vidět.</i> |
| 14. | <i>Informace dostačující při příjmu.</i> |
| 15. | <i>Že je stav maminky nevyléčitelný.</i> |
| 16. | <i>Není potřeba snažit se o to, dělat vše jako dosud. Je potřeba si věci hodně zjednodušit a rozdělit zodpovědnosti mezi všechny zúčastněné.</i> |
| 17. | <i>Dost lidí mi to rozmlouvalo, ale vnitřní hlas byl silnější. Pomohlo by mi, kdyby mě spíš podpořili, než zrazovali</i> |
| 18. | <i>Že je dobré nesnažit se to zvládnout jen sami, že není slabost říct si o pomoc a není to k odsouzení, že se nestarám o syna jen já sama.</i> |
| 19. | <i>Abych si poznámky úřednic a lékařů nebrala tak k srdci.</i> |
| 20. | <i>Že je důležitá trpělivost k těm, o které pečujeme i k nám pečujícím, protože se učíme. Také že individualita je moc důležitá a že moje dítě ani já nejsme "méně" jen pro to, že to máme v něčem složitější.</i> |
| 21. | <i>Kdyby na začátku někdo vůbec byl a řekl "Podíváme se na to spolu/pomůžu Vám :)"</i> |
| 22. | <i>Jaké jsou možnosti. A kdyby mi někdo řekl, ať si připravím varianty péče do budoucnosti, které nemusím využít, ale budu klidnější, že pro každý scénář máme variantu.</i> |
| 23. | <i>Myslím, že to nejdůležitější je, aby nikdo nesnižoval naši kompetenci, ale podporoval nás k větší sebedůvěře, že zvládneme i zdánlivě nezvládnutelné.</i> |
| 24. | <i>Nejste na to sám/a.</i> |
| 25. | <i>Nejste na to sama. Pozor na vyhoření.</i> |
| 26. | <i>Že vše trpělivě zvládneme.</i> |
| 27. | <i>Nám bylo řečeno vše podstatné hned na začátku.</i> |

| | |
|-----|--|
| 28. | <p><i>Lekári pri prepustení pacienta boli málo ochotný hovoriť čo bude ďalej, o smrti už vôbec nie, téma smrti a umierania je stále tabuizované, príbuzný, ktorý sa stará o pacienta za pomoci domácej hospicovej služby je odkázaný na informácie ohľadom vyššie uvedených otázok a vôbec starostlivosti na osoby vykonávajúce túto službu. Moja vlastná praktická skúsenosť i vo vzťahu k príbuzným, ktorí sa mali postarať o svojich umierajúcich rodičoch v domácom prostredí bola taká, že väčšina nevedela čo má robiť, čo prináša takáto starostlivosť vôbec pre pacienta ale aj pre príbuzného a vnímala som veľký strach, neistotu a bezradnosť z blížiacej sa smrti, umierania blízkeho človeka. Inak povedané, ak by aj starostlivosť o pacienta bola zabezpečená profesionálne, najbližší príbuzní o umieraní a smrti väčšinou vedia veľmi málo, tieto témy v tejto spoločnosti sú tabuizované (lekári neochotne o nich hovoria, všeobecne spoločnosť preferuje iba život ale odmieta hovoriť o smrti a umieraní pacientov potrebujúcich dom.hosp. starostlivosť).</i></p> |
| 29. | <p><i>Že to nebude snádne koukat se na to, jak vám umírá nejmilovanější osoba, pro kterou nemůžete nic udělat.</i></p> |
| 30. | <p><i>Nevím.</i></p> |
| 31. | <p><i>Jaký je dopad do psychiky blízkých osob.</i></p> |
| 32. | <p><i>Že to nebude jednoduché, že aby člověk pochopil, co taková péče obnáší, že si tím musí sám projít, tato zkušenost je skoro nepřenositelná. Že může i nastat okamžik, kdy to prostě nedokáže a že bude muset požádat o pomoc. Že bude muset nést i fatální rozhodnutí, zda člověka nechat jít do nebe, nebo ho utrápit zdravotním systémem. A tuto odpovědnost z něho nikdo nesejme a bude si muset i zpětně zpytovat svědomí, zda se rozhodl správně. A v neposlední řadě, že taková péče stojí hodně peněz, že může ohrozit i jeho profesionální život, že může nenávratně narušit vztahy v rodině atd....Rozhodnutí starat se o nemocného člověka je individuálním rozhodnutím jedince.</i></p> |
| 33. | <p><i>Já vlastně nevím, asi, že jestliže vím, že nebudu schopná zajistit 24h péči sám (resp. sám s pomocí domácí péče), tak že mám začít ihned hledat hospic, že na poslední chvíli je to velmi obtížné.</i></p> |
| 34. | <p><i>Všechny možnosti péče – domácí i v institucích.</i></p> |

| | |
|-----|--|
| 35. | <i>Důležité je se dozvědět, jak bude probíhat umírání, co umírající prožívá a jak se mu mám věnovat, abych mu odchod ulehčila. Jak mu pomoci při bolestech. Toto vše mi Cesta domů poskytla.</i> |
| 36. | <i>Že není ostuda nepečovat jen sám, ale že je v pořádku využít i služeb.</i> |
| 37. | <i>Jaké služby jsou a co je dobré na začátku péče zařídit.</i> |
| 38. | <i>Kde hledat služby a co mám dělat pro sebe. Že jsou dnes poradny i pro pečující.</i> |
| 39. | <i>Že je dobré péči mezi jednotlivci v rodině, ale i službami rozvrhnout, a ne dělat každý všechno.</i> |
| 40. | <i>Že přestože jsem profesionál v oboru, je to jiné, když je to osobní a snad i lehčí vyhořet, protože všichni očekávají, že vy jako profesionál vše zařídíte, ale také jsem neměla o všem povědomí a musela hledat.</i> |
| 41. | <i>Že už se to zpět nevrátí a že se musíme naučit žít a pracovat s tím co je teď, protože se to bude zhoršovat.</i> |
| 42. | <i>To že to není tak, že "profesionálové" budou poučovat mě, jak pečovat, ale že já to vím nejlépe, protože maminku znám nejlépe, i když to není třeba technicky dokonalé.</i> |
| 43. | <i>Nebude to lehké, ale pro maminku je to to nejlepší.</i> |
| 44. | <i>Abych začala včas řešit skloubení práce a péče.</i> |
| 45. | <i>Že nemám být pyšný a požádat o pomoc.</i> |
| 46. | <i>Jak mám o nemoci a umírání někoho blízkého mluvit se svými i jejími dětmi. A vlastně i dospělými, kteří neví, jak reagovat, když umírá někdo mladý a možná nechtěně, ale zraňují. Takže asi i nebrat si vše osobně.</i> |
| 47. | <i>Že nevíme, jestli je to maraton nebo sprint, ale je třeba si užívat každý moment, ale zároveň myslet i na sebe a ostatní ve svém životě.</i> |
| 48. | <i>Jak to v klidu a zavčasu řešit s prací a jak to vyřešit se službami, a nejen to pytlíkovat sám, jak se dá.</i> |

| | |
|-----|--|
| 49. | <i>Že je to běh na dlouhou trať a že to zvládneme, pokud budeme jako rodina držet pospolu :).</i> |
| 50. | <i>Péče je důležité poslání, ale je dobré nezapomenout na to, že jsem samostatná osoba a nesplynout s blízkým. Je důležité umět zpracovat svůj hněv na sebe, na blízké, na situaci. A se nemusím stydět, že mám i ošklivé emoce.</i> |
| 51. | <i>Abych si tolik osobně nebrala poznámky okolí i "odborníků".</i> |
| 52. | <i>Že vzít si maminku ze zařízení zpět domů i když jsem se toho bála, je to nejlepší rozhodnutí.</i> |

Odpovědi dotazovaných pečujících jsem rozdělila do těchto základních pěti kategorií:

Tabulka č. XVII – Shrnutí k otázce č. 20

| | |
|----|---|
| 1. | Informace (zejména v počátku péče) |
| 2. | Jediný pečující (sdělení, že není ostuda říci si o pomoc a připustit, že celou péči nezajistí jeden člověk, to že využití odborné pomoci neznamená nezájem nebo dokonce selhání) |
| 3. | Sít' kombinované podpory (vytvoření sítě péče na formální i neformální úrovni pro zajištění kvalitní péče o opěvované a prevence vyhoření pečujících) |
| 4. | Komunikace (přímá a zároveň empatická komunikace v kontextu odborníků i rodiny a diagnóze a prognóze blízké osoby) |
| 5. | Ocenění a povzbuzení (chybějící sdělení, že i když nejsou neformálně pečující profesionální pečovatelé, jsou tím nejlepším pro své blízké, protože pečují se zájmem a láskou) |

Pečujícím by na začátku péče pomohlo zejména povzbuzení a ocenění, za to, jak se rozhodli a podpora v tom, že i oni mohou přijmout pomoc. Ocenění od opečovávaných osob, od kterých si slova uznání přejí slyšet nejvíce se zpravidla pečujícím nedostává, a proto je velmi důležité, aby toto ujištění a povzbuzení dostávali alespoň od pracovníků, se kterými přijdou do

styku. Další nejvýznamnější a celý dotazník doprovázející odpovědi stěžující péči jsou chybějící informace.

9.7. Závěr výzkumu

Vzorek respondentů byl rovnoměrně zastoupen (demografické faktory jsem porovnávala s dalšími výzkumy a celkovými předpoklady rozložení péče v populaci). Přesto, že se jednalo o různé pečující v různých životních situacích starajících se o blízké osoby v různém vztahu, výsledky dotazníkového šetření poukázaly na to, že pečující řeší zpravidla obdobné problémy a mají podobné základní potřeby. Ukazuje se, že pro kvalitní péči o blízkého a zvládnutí péče a případné skloubení s prací, rodinou a dalšími důležitými oblastmi života pečujících, je důležitá jak formální, tak neformální podpora, a to ideálně ve vyvážené kombinaci dle individuálních potřeb. V rámci neformálního zastoupení při péči hlavním pečujícím nejvíce pomáhala praktická pomoc blízkých, jako jsou nákupy, doprovody k lékaři, zařizování služeb apod. Dále v případě výpadku formální podpory pomáhá pečujícím i na psychické úrovni možnost mít na koho se obrátit. Pocit, že celá péče neleží pouze na nich, popřípadě možnost odlehčení a dovolené pečujícího na pár dní, navozuje pocit klidu. Podpurnou se ukázala i možnost sdílení těžkostí i hezkých zážitků doprovázejících péči o milovanou osobu s rodinou a přáteli. Na úrovni formální podpory se některé aspekty prolínají. Jedná se zejména o pocit jistoty, že na péči není neformálně pečující sám, má na koho se obrátit a na koho se spolehnout v rámci zajištění péče o blízkého. Tato zpravidla pravidelná možnost a zastoupení je pro pečující důležitá zejména pro jejich psychohygienu. Profesionální zastoupení umožňuje pečujícím udělat si čas pro sebe a zajistit důležité návštěvy u lékaře, které mají pečující často tendenci odkládat. Díky tomu si mohou udržet práci alespoň na částečný úvazek. Zpravidla mají důvěru v odbornost a profesionalitu služeb, která je blízkým poskytována a sami se na ně s důvěrou obrací pro rady.

Kvalitní formální péče je podle respondentů tvořena vzdělanými, zkušenými pracovníky, kteří mají osvojeny potřebné dovednosti. Umí komunikovat i o tématech smrti s opečovávaným i jeho blízkými. Respektují jedinečnost a individualitu každého klienta. Pozitivním výstupem dotazníku bylo, že několik respondentů uvedlo, že právě takové ideální podpory se jim skutečně dostalo.

Co naopak pečujícím zejména v začátku chybělo, byla možnost vystřídaní se v péči. Sužovala je neochota a špatná komunikace odborníků a zaměstnavatelů. Péče sama o sobě může být velmi náročná a pro pečující je často velmi frustrující, když mají pocit, že ti, kteří by

jim měli pomoci (lékaři, úředníci apod.), jim naopak přitěžují. Problém, který je významný zejména v začátku, ale doprovází často celou dobu péče, je deficit informací o onemocnění, službách, dávkách apod.

10. DISKUZE

Výzkumná část probíhala na začátku roku 2021. Končila v čase, kdy Česká republika „slavila“ rok výročí od prvního vyhlášení nouzového stavu z důvodu pandemie Covid – 19. Toto časté onemocnění lidí a nouzový stav, který omezoval služby a obchody, svým způsobem ovlivnily i výsledky celého výzkumu. Na základě informací z mobilních hospicových služeb oslovených v rámci dotazníkového šetření se medián dní poskytované péče snížil na méně než polovinu. To můžeme přičítat jak onemocnění covid samotnému, tak převážně psychickému rozpoložení pacientů a jejich blízkých, které často sužuje strach z onemocnění. Nebo na klienty i pečující dopadá dlouhodobé omezování základních svobod. Psycholožky v paliativní péči, se kterými jsem hovořila, sdělují, že mají pacienty, kteří umírají na rakovinu, ale hovoří o strachu z covidu. Zároveň však mnoho pečujících sděluje, že oni jsou kvůli péči běžně sociálně izolovaní a že nevnímají příliš rozdíl od běžného chodu. Každopádně současná situace značně ovlivnila návratnost dotazníků, u již tak velmi choulostivě oslovitelné cílové skupiny pečujících o umírající blízké. Pečující jsme se za spolupráce s mobilními hospicovými službami a týmu ambulantní paliativní péče v Motole snažili oslovovat citlivě, ale opakovaně ve vlnách pro dosažení dostatečného počtu respondentů. Původně jsem zvažovala zpracování výzkumu kombinovanou formou dotazníkového šetření doplněného o polostrukturované rozhovory, ale na základě pandemické situace a restrikcí jsem se rozhodla zvolit distanční kvantitativní formu dotazníkového šetření.

S cílovou skupinou neformálně pečujících (nejen o umírající blízké) pracuji nyní tři roky, a přestože se postupně fokus pozornosti na ně více obrací, řekla bych, že je v tomto ohledu na všech a zejména na systémové úrovni ještě velký kus práce před námi všemi. Díky svému zaměstnání, studiu a svým dvěma závěrečným pracím zaměřeným na neformálně pečující přicházím k tématu, které mne velmi zajímá. Jsou to možnosti prevence vyhoření u neformálně pečujících osob. Tomuto tématu bych se ráda, budu-li mít možnost, věnovala navržením škály vyhoření neformálně pečujících. A hledáním dalších možností podpory a prevence syndromu vyhoření.

Jak se opakovaně ukazuje ve výzkumech a odborných textech, jako například v poznátcích zveřejněných v knize *Ti, kteří se starají* (2020) od paní doktorky Dragomirecké, pečujícím chybí kromě financí a možností vystřídání při péči i psychická podpora a informace. To stejné potvrdil i můj výzkum, který byl proveden v rámci této diplomové práce. Ovšem s větším důrazem na chybějící informace.

Otázkou však zůstává, do jaké míry se u pečujících, kteří jsou v krizové situaci a šoku ze sdělené diagnózy blízkého, může jednat o tzv. tunelové vidění, při kterém nejsou schopni informace vstřebat. A naopak do jaké míry jim informace opravdu poskytnuty nebyly. Při sdělování důležitých informací lidem, kteří jsou vystaveni těžkým sdělením, je vhodné stěžejní informace předat i v písemné formě. Ze zkušenosti a praxe však vím, že neochota, nedostatečnost, nebo někdy i naprostá absence sdělení důležitých informací pečujícím, je skutečným problémem.

Neformálně pečující musí zastávat několik rolí najednou (pečující, rodič, dítě, zaměstnanec apod.) a od toho se také odvíjejí jejich potřeby. Na informace přicházejí postupně, později, než potřebují, a často náročnou cestou. Kompetence neformálně pečujících se rozšiřují do dalších oborů, ve kterých nejsou zpravidla vyučeni ani zkušení (sociální práce, ošetrovatelství apod). Z výzkumu Joshe Kaufmana, o kterém pojednává v titulu *The First 20 Hours: How to Learn Anything... Fast!*. (2013), se můžeme dočíst, že osvojit si opravdu skvěle novou kompetenci a dovednost trvá průběrně 10 000 hodin. Kdyby se pečující věnoval získání nové kompetence plných 8 hodin každý pracovní týden, vychází 10 000 hodin zhruba na tři a půl roku praxe. Pro základní osvojení nové kompetence dle Kaufmana postačuje 20 hodin. Dvacet hodin osvojování nové kompetence se pro představu rovná týdnu práce na poloviční úvazek. Důležité je také podotknout, že pečující, a to obzvláště pečující v paliativní péči, zpravidla nemá časový prostor se naplno věnovat osvojení si nové kompetence. Na základě informací z mobilních paliativních služeb, které byly dotazovány, je za běžných okolností medián dní poskytování služeb patnáct (v současné praxi klesl na sedm dní). To dokládá, že podpora a zkompetentňování pečujících je důležitým aspektem při podpoře neformální péče a neformálně pečujících. Bez nich by systém péče o osoby závislé na dopomoci druhé osoby nemohl fungovat.

Možnosti pro zlepšení podpory pečujících o umírající nebo vážně nemocné blízké vidím na základě výsledků výzkumu v několika úrovních. Na úrovni služeb je důležité využívat metod, jako je například metoda *Human Centered Design* (zkrac. HCD, česky „design zaměřený na člověka“). (Veselá, Fedorková; 2018) Nastavovat služby na základě skutečných potřeb umírajících a jejich blízkých, nikoliv pouze na teoretických podkladech a předpokladech odborníků, co budou rodiny potřebovat. Na základě mých zkušeností a mnohých výsledků výzkumu, či odborných prací, jako například uvádí Buržgová v titulu *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních – potřeby, hodnocení, kvalita života* (2015), vnímám jako dobrou cestu v podpoře umírajících a jejich rodin multidisciplinární týmy, které si uvědomují důležitost rodiny jako celku a její vzájemné ovlivňování, a tak se nesoustředí pouze na pacienta.

Náprava deficitu informací o možnostech a službách, který pečující zejména v začátcích péče silně sužuje, je dle mého názoru v systémové úpravě dostupnosti základních informací pro pečující., Může se jednat o zvýšení úvazků sociálních pracovníků v nemocnici. Ti by pak mohli aktivně kontaktovat rodiny. Nebo časový prostor pro úředníky na úřadech práce bez nátlaku na výkon, tak aby mohli tyto informace předávat v případě, že někdo přijde zažádat o dávku příspěvku na péči či dávky pro osoby se zdravotním postižením. Dále by pomohla lepší provázanost sociálních a zdravotních služeb nebo specializované poradny pro pečující s multidisciplinárním týmem na sociálních odborech. Prospěšné by bylo pokračovat v dotacích projektů podporujících pečující a zkvalitnění paliativní péče. Avšak myslím, že to je otázka, která se bude muset systémově do budoucna řešit, jelikož, jak uvádí i Dragomirecká ve svém titulu zaměřeném na neformální pečovatele (2020), populace stárne, pobytová zařízení nemají dostatečnou kapacitu a neformálních pečovatelů tak bude zákonitě jen přibývat.

11.ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem si kladla za cíl zmapovat stávající podporu pečujících o blízké s život ohrožujícím onemocněním nebo o umírající blízké, deficity této podpory a možnosti pro zlepšení z pohledu neformálně pečujících. Tento cíl se mi podařilo naplnit a získat odpovědi na mé výzkumné otázky („Co pečujícím nejvíce pomáhá v rámci neformální podpory?“, „Co pečujícím nejvíce pomáhá v rámci formální podpory?“, „Jak podle neformálně pečujících vypadá kvalitní formální péče?“, „Co pečujícím zejména na počátku péče nejvíce chybělo?“, „Co by pečujícím pomohlo na začátku péče slyšet?“).

V teoretické části jsem se zaměřovala na teoretické základy a přístupy ke smrti a umírání, eutanázii, vymezení formální a neformální péče, specifika péče o umírající a jejich blízké, jejich doprovázení, komunikaci s umírajícími i rodinami v různých fázích umírání milovaného člověka, kvalitě života opečovávaných i pečujících a jejich hodnotách a potřebách.

Praktická část se návazně orientovala na podporu pečujících o umírající nebo závažným onemocněním ohrožené blízké osoby. Z výzkumu vyplynulo, že pro zkvalitnění podpory neformálně pečujících o blízké v paliativní péči je důležitá zejména dostupnost informací a zdrojů, vyvážené zastoupení při péči, psychická opora a dobrá komunikace na úrovni formální i neformální podpory.

Kladným výsledkem, který z výzkumu vyplynul, bylo, že několika pečujícím se této z jejich pohledu ideální podpory dostalo a dostává.

Jak jsem uvedla již výše, neformálně pečujících bude pravděpodobně jen přibývat a otázka podpory neformálně pečujících, možnosti sladění péče, rodiny a práce či prevence vyhoření bude i nadále velmi aktuálním tématem na úrovni osobní, komunitní, na úrovni neziskových sektorů, společnosti, ale zejména i státní úrovně, která by se měla zaměřit na jejich systémovou podporu.

12. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

12.1. Základní literatura

ABDEL-KHALEK, A., TOMÁS-SÁBADO, J.: Anxiety and Death Anxiety in Egyptian and Spanish Nursing Students. *Death Studies*, Routledge: T&F 2005, vol. 29, no 2, s. 157–167.

ADAMCZYK, R. Duchovní život člověka ve zdravotnickém prostředí cizí země s přihlédnutím ke kulturnímu profilu osobnosti, s. 31-40. In *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. Ostrava: Ostravská Univerzita, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.

BALÁŽ, Vojtech, et al. *Smrt jako součást života*. Praha: NIDM, 2008. Dostupné v archivu pořízeném dne 2013-01-14. Archivováno 14. 1. 2013 na Wayback Machine

BAŠTECKÁ, Bohumila, ed. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BÁRTLOVÁ, Sylva; MATULAY, Stanislav. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, s.r.o. 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

BIBLE, Český ekumenický překlad, 1. vyd. Praha: Česká biblická společnost, 1985, s. 573.

BLUMENTHAL-BARBY, K. et al.: *Kapitoly z thanatologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987, s. 12–17. DAVIES, D. J.: *Stručné dějiny smrti*. 1. vyd. Praha: VOLVOX GLOBATOR, 2007, s. 122.

BROŽ, Filip a Daniela VODÁČKOVÁ. *Krizová intervence v kazuistikách*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0811-2.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

COLOMBO, Francesca. *Help wanted?: providing and paying for long-term care*. Paris: OECD, 2011. OECD health policy studies. ISBN 9789264097582.

CRESWELL, J. W. 1998. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Traditions*. Lincoln: Sage Publications.

ČLK > / Pro lékaře / Legislativa ČLK / Stavovské předpisy ČLK. [online]. Copyright © 2011, grafika [cit. 04.03.2021]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>

DAVIES, M. W. Kulturní antropologie. Praha: Portál, 2003. 175 s. ISBN 80-7178-778-7.

Dlouhodobá péče nejen v České republice. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2021. ISBN 978-80-88361-09-1.

DORKOVÁ, Z. Smrt a pohřební rituály z pohledu antropologie, s. 305-308. In Sborník příspěvků z IV. ročníku studentské vědecké konference Aktuální problémy pedagogiky ve výzkumech studentů doktorských studijních programů. Olomouc: Votobia, 2006. ISBN 80-7220-280-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva. *Ti, kteří se starají: Podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4598-8.

FDV. Jak podpořit neformální pečovatele. Publikace pro pracovníky veřejné správy. 2015.

Finanční podpora pečujících a návrhy na zlepšení systému dávek – příklady dobré praxe ze zahraničí Vydala Diakonie ČCE v roce 2016 v rámci projektu „Podpora mezinárodní spolupráce a výměny dobré praxe na úrovni EU na podporu osob pečujících o seniory“ Vytiskla tiskárna Printo spol., s. r. o., Ostrava Grafická úprava: Alegra studio, Praha. Vydání první. Počet stran 24. www.dustojnestarnuti.cz ISBN 978-80-87953-28-0

GEISLER, Hana, HOLEŇOVÁ, Anežka, HOROVÁ, Terezie et al. 2015 a. Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osoba bariérách pro poskytování neformální péče v ČR. Praha: Fond dalšího vzdělávání.

GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HALÍK, T.: Prolínání světů. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2006, s. 96–97.

HANNA, J. R. et al. (2021) ‘A qualitative study of bereaved relatives’ end of life experiences during the COVID-19 pandemic’, Palliative Medicine. doi: 10.1177/02692163211004210.

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

HAŠPLOVÁ, A. *Potřeba krizové intervence u neformálně pečujících*. Praha, 2010. Bakalářská práce. Karlova univerzita, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce. Vedoucí práce PhDr. PhDr. Olga Havránková PhD.

HERODOTÓS: Dějiny. 2. vyd. Praha: Odeon, 1972, s. 73, 127–128, 245–247.

HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, [2014]. ISBN 978-80-247-5439-0.

IRMIS, F. Spiritualita a zdraví [on line]. Dostupný z
www: <http://www.regenerace.net/Archiv/2003/03/spiritualita.htm> .

JANEČKOVÁ, Hana, Eva DRAGOMIRECKÁ a Blanka JIRKOVSKÁ. Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století. Czech[online]. 2017. ISSN 12136204.

JANOUSEK, J.: *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha, Portál 2007.

JIRÁSKO, L.: *Církevní řády a kongregace v zemích českých*. 1. vyd. Praha: Strahov, 1991, s. 35–36.

KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. et al.: *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, s. 492.

KÁNSKÝ, A. *Člověk a náboženství*. Praha: Albatros, 1991. 31 s. ISBN 80-00-00272-8.

KAST, Verena. *Krise a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Vyd. 2. Přeložil Jana VAŠKOVÁ. Praha: Portál, 2010. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-800-5.

KAUFMAN, Josh. *The First 20 Hours:: How to Learn Anything... Fast!*. London: Portfolio, 2013. ISBN 9781591845553.

KLÍMA, O.: *Sláva a pád starého Íránu*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1977, s. 29–30.

KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, Jana. *Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob*, 2013. Data a výzkum-SDA Info, 7(2)

KOHOUT, J.: Rétorika. Umění mluvit a jednat s lidmi. Praha, Management Press 1995.
Lechta, V.: Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha, Portál 2003.

Koncepce ošetrovatelství [online].2004 Dostupné z:
<<https://www.mzcr.cz/koncepce-oseetrovatelstvi/>>.

KOMÍNKOVÁ, H. Právo na důstojné umírání. *Sestra*. Praha, roč. 12, č.1, s. 20-21. ISSN 1212-0404

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 7., V Portálu 6. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0528-9.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 1, 2*. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

KRÁTKÁ, A. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Studijní opora. Zlín: UTB, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.

KRÜGER, W. 2005. *Vedení týmu: jak organizovat, sestavovat a povzbuzovat pracovní tým*. Praha: Grada Publishing

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha, Svoboda 1988.

KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S.: *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995, s. 83–86.

KURUNCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2016. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.

KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 75–76.

KUTNOHORSKÁ, J. *Některé morální aspekty umírání a smrti*. In *Ošetrovatelství – perspektivní věda a umění*. Praha: Grada, 2004. 198 s. ISBN 80-247-1156-7.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. Brno: Jota, 2012. ISBN 978-80-7462-145-1.

KYBAL, V.: *Svatá Anežka Česká*. 1. vyd. Brno: L. Marek, 2001, s. 170–175.

MÁŠOVÁ, H.: Thomayerova nemocnice v Praze – někdejší Masarykovy domovy. Sanquis, Praha: WALD Press 2002, vol. 4, no 20, s. 40–44.

MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN, ed. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O. 2008. Slovník sociální práce. Praha: Portál. MATOUŠKOVÁ, I., VRABCOVÁ, D. 2015.

MLÝNKOVÁ, J.: Péče o nemocné v době středověkých epidemií. Florence, Praha: Galén 2006, vol. 2, no 9, s. 13–15.

MUCHA, Ivan. *Sociologie: základní texty*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009. ISBN 9788073802271.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005a. ISBN 80-247-1025-0

MUNZAROVÁ, M., a kol. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, Praha: Grada, 2005b. ISBN 80-247-1024-2

MUSIL, L. 2013. Můj přínos jako sociálního pracovníka k řešení problémů vybraného klienta ve víceborové síti. (Poznámky z přednášky, 5. 11. 2013), Fakulta sociálních studií: Brno.

Návrh politiky na podporu neformálních pečovatелů 2015 Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002 Hana Geissler, Anežka Holeňová, Terezie Horová, Daniel Jiráť, Dagmar Solnářová, Vladimíra Tomášková

Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie–Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe 2015 Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002 Hana Geissler, Anežka Holeňová, Terezie Horová, Daniel Jiráť, Dagmar Solnářová, Kamila Svobodová, Vladimíra Tomášková

OPATRŇÝ, A. Role víry v nemoci a léčbě. [on line]. Dostupné z: http://www.pastorace.cz/index.php?typ=clanky&sel_id=828.

PICKNETT, L., REG, G. et al. Posmrtný život. Praha: Cesty, 1994. 144 s.

PLINIUS STARŠÍ.: Kapitoly o přírodě. Praha: Svoboda. Antická knihovna, 1973, sv. 19, s. 94.

PEASE, Allan a Barbara PEASE. *Řeč těla*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-921-7.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

SCHOTT, H.: Kronika medicíny. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, 1994, s. 64, 115 a 136.

SMIRNOV, A. P.: Skytové, 1. vyd. Praha: Panaroma, 1980, s. 7–8 ÜRÖGDI, G.: Tak žil starý Řím. 1. vyd. Praha: Orbis, 1968, s. 247.

Sladění péče o zdravotně postiženou osobu a profesního života v rámci projektu Podpora pečujících osob v Praze CZ.03.2.60/0.0/0.0/16_134/0008179

SLADĚNÍ PÉČE A PROFESNÍHO ŽIVOTA Vydává Národní rada osob se zdravotním postižením z.s., pro elektronické využití Bc. Bohumila Miškovská a kolektiv RT

SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. 5.dopl. vyd. Praha: Ecce homo 2003. ISBN 80-902049-4-5 34

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004a. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0888-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004b. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.

ŠPINKA Š., ŠPINKOVÁ M., *Euthanasie- víme o čem mluvíme?*, Praha: Cesta domů, 2006

TOMALOVÁ, Petra, Jaromír MAŠTALÍŘ a Pavlína DUPALOVÁ. *Co je dobré vědět? ...při péči o nemocné dítě...: specifika domácí péče z pohledu odborníků a osob pečujících o dítě dlouhodobě nemocné a těžce zdravotně postižené*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-80-244-5145-9.

TOMALOVÁ, Petra, Pavlína DUPALOVÁ a Jan MICHALÍK. *Jaké to je?... slyšet o nemoci svého dítěte...: sociální a psychická podpora rodičů dítěte v domácí péči se závažnou a nepříznivou diagnózou*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4852-7.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

VAN GENNEP, Arnold: Lindsay Jones, *Encyclopedia of Religion* (2. vydání, Detroit: Macmillan Reference USA, 2005),

VAN GENNEP, Arnold. *Přechodové rituály: systematické studium rituálů*. Přeložil Helena BEGUIVINOVÁ. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1374-1.

VÁVRA, Vlastimil. *Mluvíme beze slov*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-128-0.

VESELÁ, Lenka a Marta FEDORKOVÁ. Human centered design v sociálních službách

[online]. 2018 Dostupný z WWW:

https://www.lepsisocialnisluzby.cz/frontend/storage/files/HCD_v_socialnich_sluzbach.pdf

VIEWEGH, J.: Psychologická hlediska péče o dlouhodobě nemocné a umírající. 1. vyd. Brno: UDVZSZP, 1981, s. 16–20.

VIR, G. *Žít až do konce*, Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol., *Paliativní medicína*, Praha: Grada, 2004

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“
Závěrečná zpráva z šetření, Fond dalšího vzdělávání, 2018.

12.2. Seznam základních internetových zdrojů

Kolísni pravidla, 2010. IURIDICTUM, Encyklopedie o právu.

https://iuridictum.pecina.cz/w/Kolisn%C3%AD_pravidla

Smrt mozku, 2020. IKEM.

<https://www.ikem.cz/cs/darcovstvi-organu/video/smrt-mozku/a-3846/>.

NALUS - databáze rozhodnutí Ústavního soudu. [online]. Copyright © [cit. 02.02.2021].

Dostupné z: <https://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=P1-4-94>

Hippokratova přísaha. CLKÚO. [online]. Copyright © [cit. 02.02.2021]. Dostupné z:

http://www.clkuo.cz/dokumenty/prolekare/hipokratova_prisaha.htm

Právní prostor – Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva [online]. Copyright © [cit.

01.02.2021]. Dostupné z: <https://www.codexisuno.cz/4v3#!17>

Výroční zpráva 2017 – Hospic Litoměř. [online]. Copyright © [cit. 21.01.2021]. Dostupné z:

<https://www.hospiclitomerice.cz/data/clanky/182/soubory/vz-2017-hospic.pdf>

Problém s definicí eutanazie – Zdravotnické právo a bioetika. Zdravotnické právo a bioetika [online]. Copyright © Ústav státu a práva, v. v. i., 2011 [cit. 21.01.2021]. Dostupné z:

<https://zdravotnickepravo.info/problem-s-definici-eutanazie/>

Rady a informace – Paliativní péče. [online]. Copyright © [cit. 21.01.2021]. Dostupné z:

<http://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>

Otázky a odpovědi – Co je to paliativní péče a medicína [cit. 21.01.2021]. Dostupné z:

<http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>

Paliativní medicína [cit. 21.01.2021]. Dostupné z:

<https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/>

12.3. Seznam použitých zákonů

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb. - Ústava České republiky

Zákon č. 220/1991 Sb. - Zákon České národní rady o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře

Zákon č. 292/2013 Sb. - Zákon o zvláštních řízeních soudních

Zákon č. 372/2011 Sb. - Zákon o zdravotních službách

12.4. Seznam citované literatury

ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

ANDĚRA, M., ZAVŘEL. P. et al.: Šumava, 1. vyd. Praha: Baset, 2003, s. 527–529. ARIÈS, P.: Dějiny smrti. Díl 2. Zdivočelá smrt. 1. vyd. Praha: Argo, 2000 b, s. 370–393.

CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Psychologie hodnot*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-2295-4.

DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 5. vyd. Přeložil Karel BALCAR. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-505-9.

KISVETROVÁ, H. & KUTNOHORSKÁ, J. 2010. Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt*, 12, 212-9.

LALOUETTOVÁ, C.: Egypt. Králové starověkého Egypta. 1. vyd. Praha: Levné knihy, 2009, s. 12–13, 203.

MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

MICHALÍK, Jan. Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2957-1

ŘEHULKOVÁ, Oliva. *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2008. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.

12.5. Seznam citovaných internetových zdrojů

Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2010 až 2019 | ČSÚ. Copyright © Český statistický úřad | ČSÚ [online] [cit. 21.01.2021]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zemreli-podle-seznamu-pricin-smrti-pohlavi-a-veku-v-cr-krajich-a-okresech-2010-az-2019>

Umírání.cz | informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé [online]. Copyright © [cit. 21.01.2021]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/data#uvazovani-rozhodovani>

12.6. Seznam citovaných zákonů

Zákon č. 40/2009 Sb. - Zákon trestní zákoník

Zákon č. 89/2012 Sb. - Zákon občanský zákoník

Zákon č. 285/2002 Sb. - Zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)

Zákon č. 2/1993 Sb. - Listina základních práv a svobod

13. SEZNAM GRAFŮ

Graf č. I – Obavy ze smrti

Graf č. II – Výsledky hodnocení důležitosti a naplněnosti potřeb rodinných příslušníků v procentech

Graf č. III – Pohlaví pečujících osob

Graf č. IV – Věk pečujících osob

Graf č. V – Zaměstnanost pečujících osob

Graf č. VI – Způsob zaměstnání pečujících osob

Graf č. VII – Typ nezaměstnanosti pečujících osob

Graf č. VIII – Počet současně opečovávaných osob jedním respondentem

Graf č. IX – Vztah mezi pečujícími a opečovávanými osobami

Graf č. X – Věk opečovávaných osob

Graf č. XI – Diagnóza opečovávaných osob

Graf č. XII – Počet sekundárních pečujících v rámci neformální péče

Graf č. XIII – Vztah respondenta k sekundárně pečujícím v rámci neformální péče

Graf č. XIV – Typ využívané formální podpory při péči

Graf č. XV – Způsob vyhledání formální podpory při péči

Graf č. XVI – Kritéria při výběru formální podpory při péči

14. SEZNAM TABULEK

Tabulka č. I – Přehled typologií krizových fází u vybraných autorů

Tabulka č. II – Model kvality života dle objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání

Tabulka č. III – Vztah vnějších a vnitřních kvalit života

Tabulka č. IV – Základní projevy syndromu vyhoření

Tabulka č. V – Přehled výzkumů u neformálně pečujících

Tabulka č. VI – Přínos neformální podpory z pohledu respondentů

Tabulka č. VII – Shrnutí k otázce č. 15

Tabulka č. VIII – Přínos formální podpory z pohledu respondentů

Tabulka č. IX – Shrnutí k otázce č. 16

Tabulka č. X – Deficity formální péče z hlediska respondentů

Tabulka č. XI – Shrnutí k otázce č. 17

Tabulka č. XII – Představa ideální formální péče z pohledu respondentů

Tabulka č. XIII – Shrnutí k otázce č. 18

Tabulka č. XIV – Deficit podpory na počátku a v průběhu péče

Tabulka č. XV – Shrnutí k otázce č. 19

Tabulka č. XVI – Ideální podpurná slova z pohledu respondentů na začátku péče

Tabulka č. XVII – Shrnutí k otázce č. 20

15. SEZNAM DIAGRAMŮ

Diagram č. I – Kvalita života pečovatелů o blízké po mozkové příhodě

Diagram č. II – Oblasti ovlivňující kvalitu života osob se zdravotním postižením a osob pečujících

Diagram č. III – Vývoj potřeb a hodnot

Diagram č. IV – Maslowova pyramida potřeb

16. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I – Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2010 až 2019

Příloha II – Neverbální komunikace

Příloha III – Dotazník

17.PŘÍLOHY

17.1. Příloha I – Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2010 až 2019

Tab.
1.

Česká republika - CZ
Celkem 2010-2019

| MKN (1993) | Název | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|------------|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | CELKEM | 106 844 | 106 848 | 108 189 | 109 160 | 105 665 | 111 173 | 107 750 | 111 443 | 112 920 | 112 362 |
| I | Některé infekční a parazitární nemoci (A00-B99) | 1 029 | 1 358 | 1 617 | 1 539 | 1 737 | 1 978 | 2 034 | 2 068 | 1 773 | 1 860 |
| A00 | Cholera | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| A01 | Břišní tyfus a paratyfus | - | - | - | 2 | - | - | 3 | 1 | - | - |
| A02 | Jiné infekce způsobené salmonelami | 1 | 9 | 5 | 8 | 15 | 11 | 17 | 10 | 11 | 16 |
| A03 | Shigelóza | - | - | - | - | - | - | 1 | 4 | - | 2 |
| A04 | Jiné bakteriální střevní infekce | 90 | 170 | 248 | 187 | 189 | 212 | 179 | 172 | 191 | 182 |
| A05 | Jiné bakteriální intoxikace - otravy, přenesené potravou | - | 4 | 2 | 1 | 1 | - | - | 2 | - | 1 |
| A06 | Améboza | - | 2 | - | 1 | - | - | - | 1 | - | 3 |
| A07 | Jiné protozoární střevní nemoci | 2 | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - |
| A08 | Střevní infekce viry a jinými určenými mikroorganismy | 6 | 8 | 8 | 2 | 6 | 5 | 5 | 1 | 5 | 2 |
| A09 | Jiná gastroenteritida a kolitida infekčního a NS původu | 40 | 93 | 91 | 46 | 52 | 57 | 57 | 48 | 54 | 60 |
| A15 | Tuberkulóza dýchacího ústrojí, bakteriologicky a histologicky ověřená | 22 | 35 | 17 | 35 | 27 | 37 | 29 | 25 | 26 | 14 |
| A16 | Tuberkulóza dýchacího ústrojí, bakteriologicky a histologicky neověřená | 13 | 17 | 9 | 17 | 3 | 6 | 6 | 4 | 3 | 5 |
| A17 | Tuberkulóza nervové soustavy | - | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 | - |
| A18 | Tuberkulóza jiných orgánů | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | - |
| A19 | Miliární tuberkulóza | 1 | - | - | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 |
| A21 | Tularemie | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| A24 | Vozhřívka - malleus a melioidóza - pseudomalleus | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| A26 | Červenka - erysipeloid | - | 1 | 3 | 1 | - | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 |
| A27 | Leptospiróza | - | 1 | - | - | - | - | - | - | 2 | 1 |
| A31 | Nemoci způsobené jinými mykobakteriemi | 3 | 5 | 2 | 2 | 3 | 5 | 3 | - | 2 | 3 |
| A32 | Listerióza [listeriosis] | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | - |
| A37 | Dávivý kašel [pertussis] | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 | - |
| A39 | Meningokokové infekce | 6 | 8 | 6 | 5 | 2 | 4 | 10 | 3 | 2 | 2 |
| A40 | Streptokoková sepe | 8 | 22 | 13 | 13 | 19 | 20 | 18 | 33 | 20 | 24 |
| A41 | Jiná sepe | 711 | 711 | 923 | 1 004 | 1 169 | 1 375 | 1 436 | 1 502 | 1 117 | 1 204 |
| A42 | Aktinomykóza - actinomycosis | 1 | - | - | - | - | 2 | - | - | - | 1 |
| A44 | Bartonelóza [bartonellosis] | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| A46 | Růže – erysipel | 8 | 18 | 25 | 29 | 33 | 34 | 37 | 37 | 55 | 48 |
| A48 | Jiné bakteriální nemoci nezařazené jinde | 26 | 10 | 9 | 2 | 11 | 1 | 6 | 10 | 9 | 16 |
| A49 | Bakteriální infekce neurčené lokalizace | 16 | 19 | 19 | 31 | 41 | 44 | 44 | 59 | 143 | 172 |
| A50 | Vrozená syfilis | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| A51 | Časná syfilis | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| A52 | Pozdní syfilis | 1 | - | 1 | - | - | 2 | 1 | 1 | - | 3 |
| A57 | Měkký vřed – chankroid | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| A69 | Jiné spirochetové infekce | 2 | 1 | 1 | - | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| A70 | Infekce původce: Chlamydia psittaci | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - |
| A74 | Jiné nemoci způsobené chlamydiemi | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 1 | 1 |
| A80 | Akutní poliomyelitida - akutní dětská obrna | 2 | 1 | - | - | 1 | - | 2 | - | - | - |
| A81 | Atypické virové infekce centrální nervové soustavy | 3 | 5 | 6 | 7 | 1 | 3 | 9 | 4 | 2 | 4 |
| A83 | Virová encefalitida přenášená komáry | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| A84 | Virová encefalitida přenášená klišťaty | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 2 | 2 | 7 | 10 | 7 |
| A85 | Jiná virová encefalitida nezařazená jinde | - | - | - | 1 | 2 | - | 4 | 1 | - | 1 |
| A86 | Neurčená virová encefalitida | 2 | 3 | - | 5 | 1 | 2 | 1 | 1 | 5 | - |
| A87 | Virová meningitida | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | - | 2 | - | 1 | 5 |
| A88 | Jiné virové infekce centrální nervové soustavy nezařazené jinde | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - |
| A89 | Neurčená virová infekce centrální nervové soustavy | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | 2 | - |
| A96 | Hemoragická horečka, původce: Arenavirus | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| A99 | Neurčená virová hemoragická horečka | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| B00 | Infekce virem Herpes simplex | 3 | 3 | 1 | - | 3 | 5 | 1 | 3 | 5 | 3 |
| B01 | Plané neštovice [varicella] | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| B02 | Pásový opar [herpes zoster] | 2 | 3 | 6 | 2 | 2 | 3 | 6 | 2 | 10 | 2 |
| B06 | Zarděnky [rubeola] | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| B16 | Akutní hepatitida B | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | - | 1 | - | - |
| B17 | Jiná akutní virová hepatitida | 2 | 109 | 130 | 3 | - | 4 | 1 | 1 | 2 | - |
| B18 | Chronická virová hepatitida | 24 | 27 | 18 | 23 | 40 | 28 | 29 | 21 | 22 | 18 |
| B19 | Neurčená virová hepatitida | - | 3 | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| B20 | Onemocnění virem lidské imunodeficiency (HIV), mající za následek infekční a parazitární nemoci | 1 | 3 | 2 | 2 | 6 | 2 | 3 | 2 | 6 | 1 |
| B21 | Onemocnění virem lidské imunodeficiency (HIV), mající za následek zhoubný novotvar | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| B22 | Onemocnění virem lidské imunodeficiency (HIV), mající za následek jiná určená onemocnění | 2 | 3 | 1 | 2 | 9 | 5 | 11 | 9 | 3 | 3 |
| B23 | Onemocnění virem lidské imunodeficiency (HIV), mající za následek jiné stavy | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| B24 | Neurčené onemocnění virem lidské imunodeficiency [HIV] | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - |
| B25 | Cytomegalovirová nemoc | - | 2 | 2 | - | - | 3 | 1 | - | 4 | - |
| B26 | Příušnice [parotitis epidemica] | - | - | 2 | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| B27 | Infekční mononukleóza | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| B33 | Jiná virová onemocnění nezařazená jinde | - | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 | - | - | - |
| B34 | Virová onemocnění neurčené lokalizace | 5 | 5 | 3 | 2 | 1 | - | 2 | - | 3 | 5 |
| B37 | Kandidóza [candidosis] | 5 | 5 | 2 | 8 | 12 | 8 | 11 | 13 | 13 | 15 |
| B40 | Blastomykóza [blastomycosis] | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| B44 | Aspergilóza [aspergillosis] | 4 | - | 3 | 4 | 5 | 9 | 5 | 3 | 4 | 5 |
| B45 | Kryptokokóza [cryptococcosis] | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| B46 | Zygomykóza [zygomycosis] | - | - | 2 | - | - | - | 1 | 1 | - | - |
| B47 | Mycetom | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| B48 | Jiné mykózy nezařazené jinde | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| B49 | Neurčená mykóza | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 |
| B50 | Malárie, původce: Plasmodium falciparum | - | - | - | - | - | - | 2 | - | 3 | - |
| B53 | Jiná parazitologicky ověřená malárie | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| B54 | Malárie NS | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| B55 | Leishmanióza - leishmaniasis | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| B58 | Toxoplazmóza [toxoplasmosis] | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| B59 | Pneumocystóza [pneumocystosis] (J17.3*) | - | 1 | 3 | 1 | - | - | - | 1 | 5 | - |
| B67 | Echinokokóza | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - |
| B90 | Následky tuberkulózy | 2 | 2 | 1 | 6 | 5 | 10 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| B91 | Následky poliomyelitidy | - | - | - | 2 | 1 | 1 | 1 | - | - | - |
| B94 | Následky jiných a neurčených infekčních a parazitárních nemocí | - | 31 | 24 | 59 | 51 | 59 | 57 | 61 | 8 | 4 |
| B99 | Jiné a neurčené infekční nemoci | 2 | 1 | 1 | 2 | 5 | 5 | 10 | 4 | 3 | 9 |
| II | Novotvary (C00-D48) | 28 222 | 27 539 | 27 683 | 27 449 | 27 603 | 27 407 | 27 806 | 27 852 | 28 266 | 28 869 |
| C00 | Zhoubný novotvar rtu | 13 | 7 | 16 | 7 | 10 | 17 | 14 | 15 | 9 | 17 |
| C01 | Zhoubný novotvar kořene jazyka | 54 | 57 | 54 | 55 | 60 | 73 | 45 | 56 | 60 | 57 |
| C02 | Zhoubný novotvar jiných a neurčených částí jazyka | 105 | 107 | 115 | 98 | 112 | 130 | 122 | 92 | 134 | 137 |
| C03 | Zhoubný novotvar dásně - gingivy | 9 | 13 | 21 | 24 | 15 | 15 | 18 | 20 | 18 | 22 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| C04 | Zhoubný novotvar ústní spodiny | 68 | 75 | 66 | 84 | 76 | 68 | 65 | 75 | 75 | 75 |
| C05 | Zhoubný novotvar patra | 20 | 28 | 22 | 26 | 27 | 21 | 35 | 24 | 19 | 35 |
| C06 | Zhoubný novotvar jiných a neurčených částí úst | 27 | 32 | 38 | 35 | 39 | 33 | 40 | 32 | 28 | 38 |
| C07 | Zhoubný novotvar příušní (parotické) žlázy | 44 | 27 | 26 | 34 | 40 | 44 | 43 | 45 | 27 | 48 |
| C08 | Zhoubný novotvar jiných a neurčených slinných žláz | 18 | 14 | 20 | 15 | 8 | 21 | 20 | 19 | 13 | 30 |
| C09 | Zhoubný novotvar mandle (tonzily) | 105 | 105 | 112 | 101 | 117 | 99 | 107 | 110 | 125 | 126 |
| C10 | Zhoubný novotvar ústní části hltanu - orofaryngu | 76 | 81 | 82 | 86 | 81 | 85 | 88 | 80 | 82 | 100 |
| C11 | Zhoubný novotvar nosohltanu (nazofaryngu) | 26 | 33 | 29 | 31 | 27 | 29 | 32 | 29 | 31 | 31 |
| C12 | Zhoubný novotvar pyriformního sinu | 11 | 21 | 11 | 19 | 10 | 12 | 14 | 16 | 14 | 19 |
| C13 | Zhoubný novotvar hrtanové části hltanu (hypofaryngu) | 66 | 67 | 81 | 78 | 83 | 72 | 80 | 94 | 99 | 94 |
| C14 | Zhoubný novotvar jiných a nepřesně určených lokalizací rtu, ústní dutiny a hltanu | 28 | 31 | 29 | 25 | 23 | 24 | 33 | 23 | 33 | 30 |
| C15 | Zhoubný novotvar jícnu | 481 | 473 | 532 | 533 | 523 | 526 | 516 | 553 | 531 | 582 |
| C16 | Zhoubný novotvar žaludku | 1 246 | 1 092 | 1 133 | 1 100 | 1 099 | 1 040 | 998 | 973 | 1 014 | 984 |
| C17 | Zhoubný novotvar tenkého střeva | 59 | 62 | 88 | 86 | 84 | 85 | 92 | 110 | 106 | 118 |
| C18 | Zhoubný novotvar tlustého střeva | 2 258 | 2 112 | 2 143 | 2 101 | 2 037 | 2 074 | 2 063 | 2 063 | 2 041 | 2 109 |
| C19 | Zhoubný novotvar rektosigmoideálního spojení | 527 | 497 | 490 | 453 | 441 | 433 | 403 | 400 | 406 | 383 |
| C20 | Zhoubný novotvar konečníku | 1 025 | 991 | 988 | 919 | 956 | 968 | 934 | 985 | 909 | 916 |
| C21 | Zhoubný novotvar řiti a řitního kanálu | 69 | 87 | 99 | 99 | 106 | 107 | 109 | 112 | 125 | 124 |
| C22 | Zhoubný novotvar jater a intrahepatálních žlučových cest | 855 | 766 | 779 | 830 | 826 | 818 | 829 | 893 | 927 | 908 |
| C23 | Zhoubný novotvar žlučníku | 419 | 424 | 362 | 363 | 371 | 333 | 326 | 298 | 309 | 291 |
| C24 | Zhoubný novotvar jiných a neurčených částí žlučových cest | 349 | 332 | 325 | 396 | 364 | 347 | 394 | 356 | 395 | 408 |
| C25 | Zhoubný novotvar slinivky břišní | 1 881 | 2 033 | 1 885 | 1 994 | 1 998 | 2 020 | 2 078 | 2 084 | 2 159 | 2 266 |
| C26 | Zhoubný novotvar jiných a nepřesně určených trávicích orgánů | 149 | 202 | 222 | 132 | 135 | 146 | 150 | 130 | 152 | 121 |
| C30 | Zhoubný novotvar nosní dutiny a středního ucha | 13 | 15 | 14 | 13 | 14 | 12 | 17 | 11 | 17 | 23 |
| C31 | Zhoubný novotvar vedlejších dutin | 25 | 19 | 19 | 25 | 33 | 23 | 20 | 20 | 28 | 30 |
| C32 | Zhoubný novotvar hrtanu | 239 | 264 | 282 | 248 | 252 | 252 | 239 | 244 | 251 | 205 |
| C33 | Zhoubný novotvar průdušnice (trachey) | 18 | 8 | 10 | 15 | 13 | 12 | 17 | 16 | 13 | 12 |
| C34 | Zhoubný novotvar průdušky (bronchu) a plic | 5 554 | 5 582 | 5 586 | 5 411 | 5 246 | 5 249 | 5 316 | 5 447 | 5 262 | 5 322 |
| C37 | Zhoubný novotvar brzlíku (thymu) | 8 | 7 | 9 | 8 | 6 | 10 | 5 | 14 | 5 | 11 |
| C38 | Zhoubný novotvar srdce, mezihrudí (mediastina) a pohrudnice (pleury) | 66 | 83 | 63 | 73 | 68 | 63 | 65 | 62 | 82 | 89 |
| C39 | Zhoubný novotvar jiných a nepřesně určených lokalizací v dýchací soustavě a nitrohručních orgánech | 48 | 53 | 43 | 45 | 44 | 52 | 64 | 72 | 54 | 68 |
| C40 | Zhoubný novotvar kostí a kloubní chrupavky končetin | 23 | 23 | 24 | 25 | 18 | 27 | 19 | 18 | 25 | 37 |
| C41 | Zhoubný novotvar kostí a kloubní chrupavky jiných a neurčených lokalizací | 45 | 47 | 42 | 54 | 43 | 33 | 49 | 48 | 44 | 40 |
| C43 | Zhoubný melanom kůže | 355 | 365 | 399 | 363 | 344 | 395 | 438 | 388 | 410 | 406 |
| C44 | Jiný zhoubný novotvar kůže | 134 | 129 | 126 | 126 | 140 | 171 | 152 | 137 | 178 | 173 |
| C45 | Mezoteliom [mesothelioma] | 50 | 43 | 45 | 54 | 51 | 50 | 50 | 45 | 54 | 47 |
| C46 | Kaposiho sarkom | 8 | 9 | 4 | 4 | 7 | 6 | 6 | 5 | 8 | 6 |
| C47 | Zhoubný novotvar periferních nervů a autonomní nervové soustavy | 9 | 11 | 9 | 6 | 4 | 10 | 12 | 10 | 6 | 9 |
| C48 | Zhoubný novotvar retroperitonea a peritonea | 73 | 69 | 63 | 70 | 69 | 74 | 78 | 55 | 67 | 89 |
| C49 | Zhoubný novotvar jiné pojivové a měkké tkáně | 89 | 96 | 109 | 113 | 119 | 121 | 118 | 121 | 106 | 132 |
| C50 | Zhoubný novotvar prsu | 1 676 | 1 740 | 1 702 | 1 713 | 1 591 | 1 623 | 1 697 | 1 640 | 1 638 | 1 761 |
| C51 | Zhoubný novotvar vulvy | 100 | 77 | 83 | 75 | 86 | 79 | 88 | 85 | 88 | 98 |
| C52 | Zhoubný novotvar pochvy (vagin) | 17 | 17 | 20 | 15 | 19 | 19 | 28 | 16 | 27 | 33 |
| C53 | Zhoubný novotvar hrdla děložního [cervicis uteri] | 342 | 315 | 357 | 369 | 310 | 354 | 314 | 323 | 310 | 280 |
| C54 | Zhoubný novotvar těla děložního | 294 | 335 | 351 | 348 | 330 | 296 | 315 | 324 | 322 | 336 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| C55 | Zhoubný novotvar dělohy, část NS | 112 | 97 | 111 | 97 | 103 | 103 | 89 | 98 | 91 | 84 |
| C56 | Zhoubný novotvar vaječniku | 640 | 678 | 699 | 726 | 718 | 719 | 623 | 633 | 622 | 609 |
| C57 | Zhoubný novotvar jiných a neurčených ženských pohlavních orgánů | 113 | 106 | 129 | 106 | 111 | 110 | 141 | 115 | 150 | 128 |
| C58 | Zhoubný novotvar placenty | 1 | - | - | 2 | - | - | - | 1 | - | - |
| C60 | Zhoubný novotvar pyje | 23 | 25 | 23 | 27 | 22 | 34 | 33 | 31 | 27 | 44 |
| C61 | Zhoubný novotvar předstojné žlázy - prostaty | 1 348 | 1 314 | 1 360 | 1 422 | 1 509 | 1 327 | 1 421 | 1 372 | 1 372 | 1 443 |
| C62 | Zhoubný novotvar varlete | 33 | 38 | 41 | 24 | 41 | 27 | 41 | 27 | 35 | 33 |
| C63 | Zhoubný novotvar jiných a neurčených mužských pohlavních orgánů | 8 | 21 | 20 | 21 | 13 | 22 | 23 | 23 | 22 | 15 |
| C64 | Zhoubný novotvar ledviny mimo pánevku | 1 053 | 1 045 | 1 067 | 1 035 | 1 004 | 1 055 | 991 | 1 026 | 988 | 965 |
| C65 | Zhoubný novotvar ledvinné pánevky | 70 | 82 | 85 | 98 | 119 | 101 | 94 | 96 | 99 | 110 |
| C66 | Zhoubný novotvar močovodu (ureteru) | 24 | 23 | 26 | 25 | 22 | 23 | 31 | 28 | 29 | 27 |
| C67 | Zhoubný novotvar močového měchýře [vesicae urinariae] | 767 | 699 | 750 | 769 | 793 | 813 | 813 | 836 | 841 | 957 |
| C68 | Zhoubný novotvar jiných a neurčených močových orgánů | 33 | 48 | 54 | 28 | 40 | 34 | 44 | 38 | 60 | 51 |
| C69 | Zhoubný novotvar oka a očních adnex | 27 | 20 | 24 | 24 | 17 | 24 | 24 | 22 | 31 | 22 |
| C70 | Zhoubný novotvar mozkomíšních plen | 28 | 24 | 22 | 23 | 12 | 13 | 23 | 13 | 30 | 17 |
| C71 | Zhoubný novotvar mozku | 781 | 690 | 704 | 628 | 662 | 647 | 690 | 650 | 727 | 744 |
| C72 | Zhoubný novotvar míchy, mozkových nervů a jiných částí centrální nervové soustavy | 22 | 27 | 24 | 30 | 23 | 22 | 29 | 37 | 26 | 21 |
| C73 | Zhoubný novotvar štítné žlázy | 70 | 76 | 78 | 93 | 72 | 61 | 74 | 80 | 67 | 77 |
| C74 | Zhoubný novotvar nadledviny | 27 | 15 | 26 | 14 | 27 | 26 | 25 | 44 | 21 | 31 |
| C75 | Zhoubný novotvar jiných žláz s vnitřní sekrecí a příbuzných struktur | 7 | 10 | 12 | 7 | 15 | 11 | 7 | 8 | 6 | 11 |
| C76 | Zhoubný novotvar jiných a nepřesně určených lokalizací | 137 | 129 | 123 | 127 | 141 | 171 | 168 | 168 | 178 | 140 |
| C77 | Sekundární a neurčený zhoubný novotvar mizních uzlin | 43 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| C78 | Sekundární zhoubný novotvar dýchací a trávicí soustavy | 141 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| C79 | Sekundární zhoubný novotvar jiných a neurčených lokalizací | 79 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| C80 | Zhoubný novotvar bez určení lokalizace | 798 | 1 067 | 979 | 999 | 1 237 | 1 114 | 1 224 | 1 220 | 1 412 | 1 318 |
| C81 | Hodgkinův lymfom | 49 | 47 | 61 | 69 | 59 | 60 | 46 | 53 | 58 | 57 |
| C82 | Folikulární lymfom | 59 | 65 | 56 | 62 | 40 | 43 | 60 | 59 | 46 | 45 |
| C83 | Non-folikulární lymfom | 182 | 222 | 223 | 240 | 236 | 233 | 271 | 278 | 267 | 318 |
| C84 | Lymfom ze zralých T/NK buněk | 41 | 50 | 43 | 49 | 62 | 56 | 43 | 50 | 57 | 53 |
| C85 | Non-Hodgkinův lymfom, jiných a neurčených typů | 188 | 214 | 166 | 154 | 160 | 164 | 184 | 155 | 159 | 176 |
| C86 | Lymfom z T/NK-buněk, jiné určené typy | - | - | 1 | 7 | 6 | 7 | 7 | 15 | 10 | 13 |
| C88 | Zhoubné imunoproliferativní nemoci | 15 | 17 | 28 | 21 | 23 | 27 | 22 | 34 | 29 | 23 |
| C90 | Mnohočetný myelom a plazmocytární novotvary | 350 | 351 | 352 | 335 | 362 | 352 | 387 | 387 | 418 | 382 |
| C91 | Lymfoidní leukemie | 356 | 384 | 380 | 386 | 348 | 322 | 311 | 324 | 327 | 331 |
| C92 | Myeloidní leukemie | 353 | 362 | 389 | 381 | 396 | 350 | 380 | 396 | 433 | 436 |
| C93 | Monocytická leukemie | 15 | 17 | 14 | 17 | 21 | 33 | 24 | 33 | 33 | 33 |
| C94 | Jiné leukemie určených buněčných typů | 24 | 25 | 45 | 49 | 66 | 70 | 60 | 85 | 75 | 93 |
| C95 | Leukemie neurčeného buněčného typu | 53 | 65 | 56 | 66 | 58 | 61 | 64 | 68 | 81 | 89 |
| C96 | Jiné zhoubné novotvary mizní, krevtovorné a příbuzné tkáně | 27 | 42 | 35 | 26 | 37 | 46 | 39 | 29 | 36 | 26 |
| C97 | Zhoubné novotvary mnohočetných samostatných (primárních) lokalizací | 563 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| D01 | Karcinom in situ jiných a neurčených trávicích orgánů | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| D03 | Melanom in situ | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| D07 | Karcinom in situ jiných a neurčených pohlavních orgánů | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| D10 | Nezhoubný novotvar úst a hltanu | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| D11 | Nezhoubný novotvar velké slinné žlázy | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| D12 | Nezhoubný novotvar tlustého střeva, konečníku, řitního kanálu a řiti | 1 | 3 | 6 | 3 | 5 | 3 | 6 | 2 | 3 | 3 |
| D13 | Nezhoubný novotvar jiných a nepřesně určených částí trávicí soustavy | 5 | 7 | 6 | 8 | 7 | 2 | 3 | 7 | 8 | 1 |
| D14 | Nezhoubný novotvar středního ucha a dýchací soustavy | - | - | 1 | - | 2 | 3 | 4 | - | - | 1 |
| D15 | Nezhoubný novotvar jiných neurčených nitrohručních orgánů | 1 | 2 | 2 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| D16 | Nezhoubný novotvar kostí a kloubní chrupavky | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - |
| D17 | Nezhoubný lipomatózní novotvar | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| D18 | Hemangiom a lymfangiom kterékoliv lokalizace | - | - | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | - | 4 | 1 |
| D21 | Jiné nezhoubné novotvary pojivové a jiných měkkých tkání | 3 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| D25 | Leiomyom dělohy | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| D30 | Nezhoubný novotvar močových orgánů | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| D32 | Nezhoubný novotvar mozkomíšních plen | 19 | 24 | 21 | 14 | 9 | 18 | 16 | 10 | 18 | 11 |
| D33 | Nezhoubný novotvar mozku a jiných částí centrální nervové soustavy | 29 | 22 | 12 | 14 | 15 | 25 | 20 | 16 | 15 | 8 |
| D34 | Nezhoubný novotvar štítné žlázy | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 | 1 | - |
| D35 | Nezhoubný novotvar jiných a neurčených žláz s vnitřní sekrecí | 5 | 9 | 5 | 8 | 7 | 4 | 6 | 2 | 8 | 9 |
| D37 | Novotvar nejistého nebo neznámého chování dutiny ústní a trávicích orgánů | 22 | 48 | 4 | 19 | 82 | 77 | 72 | 98 | 73 | 108 |
| D38 | Novotvar nejistého nebo neznámého chování středního ucha a dýchacích a nitrohručních orgánů | 15 | 24 | 29 | 32 | 62 | 65 | 59 | 49 | 46 | 116 |
| D39 | Novotvar nejistého nebo neznámého chování ženských pohlavních orgánů | 6 | - | 1 | 1 | 13 | 10 | 13 | 15 | 14 | 16 |
| D40 | Novotvar nejistého nebo neznámého chování mužských pohlavních orgánů | 1 | - | - | 1 | 11 | 3 | 5 | 4 | 8 | 2 |
| D41 | Novotvar nejistého nebo neznámého chování močových orgánů | 6 | - | 1 | 6 | 22 | 15 | 22 | 15 | 27 | 19 |
| D42 | Novotvar nejistého nebo neznámého chování mozkomíšních plen | 6 | 7 | 5 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| D43 | Novotvar nejistého nebo neznámého chování mozku a centrální nervové soustavy | 14 | 16 | 14 | 23 | 13 | 28 | 23 | 28 | 25 | 34 |
| D44 | Novotvar nejistého nebo neznámého chování žláz s vnitřní sekrecí | 4 | - | - | 1 | 5 | 4 | 1 | 2 | 3 | 5 |
| D45 | Pravá polycytemie [polycythaemia vera] | 24 | 13 | 14 | 12 | 24 | 22 | 18 | 14 | 21 | 21 |
| D46 | Myelodysplastické syndromy | 164 | 141 | 152 | 141 | 187 | 189 | 192 | 173 | 189 | 208 |
| D47 | Jiné novotvary nejistého nebo neznámého chování mízní, krevtorné a příbuzné tkáně | 41 | 44 | 58 | 63 | 49 | 60 | 52 | 63 | 65 | 68 |
| D48 | Novotvary nejistého nebo neznámého chování jiných a neurčených lokalizací | 10 | 8 | 13 | 15 | 34 | 21 | 27 | 30 | 36 | 36 |
| III | Nemoci krve, krevtorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity (D50-D89) | 131 | 155 | 175 | 204 | 205 | 237 | 228 | 219 | 240 | 215 |
| D50 | Anemie z nedostatku železa | 12 | 9 | 9 | 12 | 21 | 21 | 20 | 16 | 24 | 13 |
| D51 | Anemie z nedostatku vitamínu B12 | 1 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 | 3 | 3 | 4 |
| D52 | Anemie z nedostatku kyseliny listové | - | 1 | 1 | - | - | 3 | - | 2 | 2 | - |
| D53 | Jiné nutriční anemie | - | 2 | 3 | 3 | 3 | - | 3 | 3 | 3 | 3 |
| D55 | Anemie způsobená poruchami enzymů | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - |
| D56 | Talasemie [thalassaemia] | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| D58 | Jiné dědičné hemolytické anemie | - | 1 | - | - | - | 2 | 1 | 1 | 1 | - |
| D59 | Získané hemolytické anemie | 3 | 6 | 11 | 9 | 4 | 3 | 6 | 4 | 9 | 4 |
| D60 | Získaná čistá aplázie červených krvinek (erytoblastopenie) | - | - | - | 3 | - | 2 | 1 | 1 | 1 | - |
| D61 | Jiné aplastické anemie | 7 | 12 | 15 | 11 | 8 | 13 | 12 | 9 | 7 | 6 |
| D62 | Akutní posthemoragická anemie | 2 | 1 | 3 | 2 | 6 | 11 | 5 | 6 | 4 | 6 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| D64 | Jiné anemie | 13 | 21 | 31 | 31 | 22 | 36 | 44 | 19 | 26 | 14 |
| D65 | Diseminovaná intravaskulární koagulace (defibrinační syndrom) [DIC] | 5 | 5 | 8 | 4 | 5 | 7 | 5 | 8 | 5 | 5 |
| D66 | Dědičný nedostatek faktoru VIII | 1 | 2 | - | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | - | - |
| D68 | Jiné poruchy koagulace | 18 | 29 | 18 | 44 | 52 | 43 | 45 | 62 | 65 | 68 |
| D69 | Purpura a jiné krvácivé stavy | 29 | 25 | 27 | 29 | 25 | 31 | 34 | 32 | 27 | 31 |
| D70 | Agranulocytóza | 4 | 4 | 5 | 9 | 4 | 9 | 12 | 14 | 20 | 10 |
| D71 | Funkční poruchy polymorfonukleárních neutrofilů (granulocytů) | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| D72 | Jiné poruchy bílých krvinek | 1 | 2 | 3 | 5 | 6 | 3 | 3 | 4 | 3 | 1 |
| D73 | Nemoci sleziny | 5 | 3 | 1 | 2 | 1 | - | 5 | 3 | 3 | 4 |
| D75 | Jiné nemoci krve a krvetvorných orgánů | 7 | 12 | 10 | 3 | 5 | 5 | 3 | 7 | 4 | 4 |
| D76 | Jiné určené nemoci s účastí s lymforetikulární a retikulohistiocytární tkáně | - | - | 1 | 2 | 3 | 3 | - | 3 | 6 | 4 |
| D80 | Imunodeficiencie s převahou poruch protilátek | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | - |
| D81 | Kombinované poruchy imunity | 2 | 2 | 2 | 1 | 6 | 3 | 3 | - | 1 | 1 |
| D82 | Imunodeficiencie spojené s jinými velkými poruchami | 2 | - | - | 1 | 2 | 1 | - | - | 1 | - |
| D83 | Běžná variabilní imunodeficiencie (CVID) | - | 1 | 1 | - | 1 | 3 | 2 | - | - | - |
| D84 | Jiné poruchy imunity | 7 | 5 | 7 | 4 | 6 | 7 | 5 | 1 | 2 | 7 |
| D86 | Sarkoidóza [sarcoidosis] | 6 | 6 | 12 | 14 | 15 | 20 | 11 | 15 | 21 | 24 |
| D89 | Jiné poruchy imunity nezařazené jinde | 4 | 2 | 1 | 6 | 2 | - | 2 | 3 | - | 5 |
| IV | Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (E00-E90) | 2 188 | 2 794 | 2 692 | 4 286 | 4 090 | 4 491 | 4 521 | 4 497 | 5 137 | 5 160 |
| E00 | Vrozený syndrom z jodové karence | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| E01 | Poruchy štítné žlázy a příbuzné stavy spojené s jódovou karencí | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 | - | 2 | 1 | - |
| E02 | Subklinická hypotyreóza z jodové karence | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 |
| E03 | Jiná hypotyreóza | 3 | 19 | 20 | 16 | 19 | 42 | 34 | 29 | 24 | 23 |
| E04 | Jiná netoxická struma | 1 | 2 | 6 | 5 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| E05 | Tyreotoxikóza (hypertyreóza) | 9 | 8 | 13 | 16 | 13 | 16 | 21 | 18 | 20 | 9 |
| E06 | Zánět štítné žlázy [thyroiditis] | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | - | 4 | 5 | 5 | 3 |
| E07 | Jiné poruchy štítné žlázy | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 6 | 7 | 3 | - | 6 |
| E10 | Diabetes mellitus typu 1 | 770 | 926 | 924 | 1 218 | 996 | 891 | 746 | 731 | 732 | 635 |
| E11 | Diabetes mellitus typu 2 | 1 135 | 1 324 | 1 232 | 2 402 | 2 402 | 2 711 | 2 916 | 2 905 | 3 440 | 3 496 |
| E12 | Diabetes mellitus spojený s podvýživou | 3 | 4 | 6 | 12 | 8 | 8 | 4 | 1 | 2 | 4 |
| E13 | Jiný určený diabetes mellitus | 5 | 14 | 14 | 37 | 41 | 40 | 48 | 40 | 44 | 53 |
| E14 | Neurčený diabetes mellitus | 32 | 110 | 71 | 79 | 53 | 78 | 52 | 48 | 62 | 80 |
| E15 | Nediabetické hypoglykemické kóma | - | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 1 | 3 | 1 |
| E16 | Jiné poruchy vnitřní sekrece slinivky břišní | 1 | 6 | 5 | 6 | 6 | 13 | 11 | 13 | 17 | 25 |
| E20 | Hypoparatyreóza | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - | - |
| E21 | Hyperparatyreóza a jiné nemoci příštítných tělísek (paratyreoidy) | - | 3 | - | 1 | - | 3 | 1 | 4 | 5 | 1 |
| E22 | Hyperfunkce hypofýzy [glandulae pituitariae] – podvěsku mozkového | 1 | - | - | - | - | - | 1 | - | 2 | 2 |
| E23 | Hypofunkce a jiné poruchy hypofýzy | 4 | 3 | 5 | 7 | 4 | 3 | 2 | 4 | 1 | 4 |
| E24 | Cushingův syndrom | 1 | - | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | - | 1 | 3 |
| E25 | Adrenogenitální poruchy | - | 3 | 2 | 1 | 1 | - | 2 | - | - | - |
| E26 | Hyperaldosteronismus | - | 1 | 1 | - | 2 | - | 1 | 1 | - | 1 |
| E27 | Jiné poruchy nadledviny [glandulae suprarenalis] | 2 | 3 | 1 | 4 | - | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 |
| E31 | Polyglandulární dysfunkce | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| E32 | Nemoci brzlíku (thymu) | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| E34 | Jiné endokrinní poruchy | - | 2 | - | - | 1 | 1 | 2 | - | - | - |
| E40 | Kwashiorkor | - | 3 | - | 1 | 1 | 1 | - | - | - | - |
| E41 | Nutriční marasmus | 31 | 29 | 29 | 40 | 24 | 66 | 79 | 97 | 122 | 133 |
| E42 | Marasmický kwashiorkor | 3 | 1 | 7 | 4 | 3 | 6 | - | - | - | - |
| E43 | Nespecifikovaná těžká protein-energetická podvýživa | 16 | 45 | 66 | 91 | 111 | 149 | 128 | 137 | 150 | 156 |
| E51 | Karence thiaminu | - | 1 | - | - | - | - | 2 | 1 | 1 | 2 |
| E64 | Následky podvýživy a jiných nutričních karencí | 7 | 21 | 28 | 28 | 31 | 19 | 27 | 18 | 19 | 21 |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|---|------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| E66 | Obezita - otylost | 52 | 67 | 54 | 57 | 79 | 79 | 85 | 83 | 84 | 122 |
| E68 | Následky hyperalimentace | - | - | - | 1 | - | 2 | - | - | 5 | 2 |
| E70 | Poruchy metabolismu aromatických aminokyselin | - | - | - | 2 | - | 1 | - | - | - | - |
| E71 | Poruchy metabolismu aminokyselin s rozvětveným řetězcem a metabolismu mastných kyselin | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | - | - | 2 |
| E72 | Jiné poruchy metabolismu aminokyselin | - | - | - | - | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 |
| E73 | Laktózová intolerance | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| E74 | Jiné poruchy metabolismu uhlovodanů | 2 | - | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 |
| E75 | Poruchy metabolismu sfingolipidů a jiné poruchy ukládání tuků | 2 | 1 | 3 | 2 | 7 | 4 | 3 | 5 | 2 | 1 |
| E76 | Poruchy metabolismu glykosaminoglykanu | - | - | 2 | - | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | - |
| E77 | Poruchy metabolismu glykoproteinů | - | - | - | - | - | 2 | 1 | - | - | 1 |
| E78 | Poruchy metabolismu lipoproteinů a jiné lipidemie | 6 | 11 | 20 | 43 | 37 | 36 | 43 | 49 | 46 | 41 |
| E79 | Poruchy metabolismu purinu a pyrimidinu | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| E80 | Poruchy metabolismu porfyrinu a bilirubinu | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 1 |
| E83 | Poruchy metabolismu minerálů | 5 | 11 | 7 | 8 | 13 | 12 | 7 | 3 | 13 | 7 |
| E84 | Cystická fibróza | 14 | 8 | 8 | 7 | 11 | 9 | 8 | 9 | 13 | 8 |
| E85 | Amyloidóza | 10 | 19 | 7 | 29 | 23 | 14 | 23 | 18 | 19 | 14 |
| E86 | Snížení objemu plazmy nebo extracelulární tekutiny | 39 | 74 | 82 | 110 | 133 | 174 | 188 | 208 | 222 | 218 |
| E87 | Jiné poruchy tekutin, elektrolytů a acidobazické rovnováhy | 19 | 47 | 39 | 33 | 34 | 72 | 47 | 46 | 66 | 66 |
| E88 | Jiné poruchy metabolismu | 10 | 13 | 26 | 15 | 16 | 15 | 7 | 7 | 7 | 8 |
| V | Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99) | 222 | 936 | 962 | 1 186 | 1 210 | 1 491 | 1 410 | 1 733 | 1 674 | 1 822 |
| F01 | Vaskulární demence | 49 | 573 | 635 | 891 | 899 | 1 069 | 1 074 | 1 324 | 1 232 | 1 292 |
| F03 | Neurčená demence | 20 | 151 | 135 | 117 | 136 | 214 | 143 | 212 | 254 | 302 |
| F04 | Organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami | - | 2 | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - |
| F05 | Delirium, které není vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami | 5 | 26 | 27 | 11 | 15 | 23 | 15 | 21 | 5 | 12 |
| F06 | Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí | 2 | 8 | 4 | 7 | 7 | 13 | 7 | 12 | 6 | 6 |
| F07 | Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku | 1 | 9 | 6 | 3 | 6 | 4 | 11 | 2 | 2 | 4 |
| F09 | Neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha | - | 1 | - | 1 | - | - | - | 1 | - | 2 |
| F10 | Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu | 139 | 137 | 137 | 133 | 122 | 136 | 134 | 129 | 132 | 175 |
| F11 | Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů | 1 | - | - | - | 1 | 2 | - | 2 | 4 | 1 |
| F12 | Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| F13 | Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik | 1 | 1 | - | - | - | 1 | - | - | 1 | 2 |
| F14 | Poruchy způsobené kokainem | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| F15 | Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | - | 2 |
| F16 | Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| F17 | Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku | - | 2 | 2 | - | - | - | - | 1 | 3 | - |
| F18 | Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| F19 | Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | - | - |
| F20 | Schizofrenie | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| F31 | Bipolární afektivní porucha | - | 2 | - | - | - | - | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F32 | Depresivní fáze | 1 | 4 | 4 | 3 | 4 | - | 4 | 3 | 3 | - |
| F33 | Periodická depresivní porucha | - | 1 | - | 1 | 1 | 1 | - | - | - | 1 |
| F50 | Poruchy příjmu potravy | 1 | 4 | 1 | 4 | 4 | 3 | 3 | 8 | 7 | 6 |
| F62 | Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| F70 | Lehká mentální retardace | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | - |
| F71 | Střední mentální retardace | - | 5 | 2 | 1 | - | 5 | 2 | - | 3 | 4 |
| F72 | Těžká mentální retardace | 1 | 1 | 3 | 7 | 4 | 9 | 7 | 4 | 10 | 3 |
| F73 | Hluboká mentální retardace | - | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 |
| F78 | Jiná mentální retardace | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 3 |
| F79 | Neurčená mentální retardace | - | 1 | 1 | - | 1 | 2 | - | 1 | - | - |
| F84 | Pervazivní vývojové poruchy | - | - | - | - | 1 | 1 | 1 | - | 1 | - |
| F90 | Hyperkinetické poruchy | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| VI | Nemoci nervové soustavy (G00-G99) | 1 064 | 2 132 | 2 522 | 2 601 | 2 664 | 3 019 | 3 156 | 3 269 | 3 636 | 3 719 |
| G00 | Bakteriální zánět mozkových a míšních plen (bakteriální meningitida) nezařazený jinde | 30 | 21 | 26 | 22 | 20 | 25 | 20 | 22 | 16 | 18 |
| G03 | Meningitida způsobená jinými a neurčenými příčinami | 9 | 7 | 5 | 1 | 9 | 3 | 6 | 8 | 5 | 5 |
| G04 | Zánět mozku, míchy a mozku i míchy - encefalitida, myelitida a encefalomyelitida | 8 | 6 | 12 | 10 | 12 | 10 | 11 | 9 | 12 | 14 |
| G06 | Nitrolební a páteřní absces a granulom | 8 | 9 | 9 | 12 | 10 | 14 | 12 | 12 | 7 | 12 |
| G08 | Flebitida a tromboflebitida nitrolební a páteřní | 2 | - | - | 2 | - | - | - | - | - | 2 |
| G09 | Následky zánětlivých nemocí centrální nervové soustavy | - | 14 | 2 | 3 | 4 | 3 | 7 | 8 | 4 | 3 |
| G10 | Huntingtonova nemoc | 1 | 22 | 26 | 43 | 34 | 28 | 28 | 24 | 35 | 31 |
| G11 | Dědičná ataxie | - | 2 | 5 | 1 | 8 | 2 | 3 | 2 | 6 | 4 |
| G12 | Míšň svalová atrofie a příbuzné syndromy | 62 | 90 | 112 | 96 | 122 | 130 | 97 | 98 | 115 | 98 |
| G20 | Parkinsonova nemoc | 104 | 191 | 256 | 274 | 259 | 328 | 374 | 401 | 419 | 449 |
| G21 | Sekundární parkinsonismus | 6 | 34 | 40 | 58 | 58 | 57 | 54 | 37 | 44 | 45 |
| G23 | Jiné degenerativní nemoci bazálních ganglií | 2 | 6 | 11 | 4 | 7 | 10 | 7 | 10 | 15 | 11 |
| G24 | Dystonie | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - |
| G25 | Jiné extrapyramidové a pohybové poruchy | 1 | 4 | 3 | 5 | 4 | 6 | 2 | 1 | 3 | 3 |
| G30 | Alzheimerova nemoc | 403 | 1 046 | 1 220 | 1 271 | 1 369 | 1 562 | 1 748 | 1 864 | 2 098 | 2 182 |
| G31 | Jiné degenerativní nemoci nervové soustavy nezařazené jinde | 28 | 53 | 75 | 76 | 73 | 79 | 69 | 65 | 79 | 65 |
| G35 | Roztroušená skleróza [sclerosis multiplex] | 93 | 94 | 118 | 101 | 103 | 119 | 99 | 111 | 119 | 115 |
| G36 | Jiná akutní roztroušená demyelinizace | 5 | 3 | 3 | 6 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 |
| G37 | Jiné demyelinizující nemoci centrální nervové soustavy | 12 | 17 | 16 | 13 | 16 | 13 | 23 | 12 | 19 | 18 |
| G40 | Epilepsie - padoucnice | 69 | 109 | 143 | 162 | 174 | 206 | 180 | 172 | 194 | 163 |
| G41 | Status epilepticus | 10 | 14 | 31 | 37 | 38 | 35 | 44 | 55 | 67 | 74 |
| G45 | Přechodné mozkové ischemické záchvaty a příbuzné syndromy | - | 4 | 2 | 4 | 5 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| G47 | Poruchy spánku | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| G51 | Poruchy lícního nervu [nervi facialis] | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| G52 | Poruchy jiných mozkových nervů | - | - | 2 | 2 | 1 | - | - | - | - | - |
| G54 | Nemoci nervových kořenů a pletení | - | 1 | 1 | 2 | 2 | - | - | 3 | 1 | 3 |
| G57 | Mononeuropatie dolní končetiny | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| G60 | Dědičná a idiopatická neuropatie | - | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | - |
| G61 | Zánětlivá polyneuropatie | 10 | 12 | 15 | 7 | 8 | 9 | 7 | 6 | 6 | 13 |
| G62 | Jiné polyneuropatie | 1 | 6 | 7 | 17 | 12 | 7 | 6 | 11 | 8 | 13 |
| G64 | Jiné nemoci periferní nervové soustavy | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 | 1 | - |
| G70 | Myasthenia gravis a jiné myoneurální poruchy | 9 | 15 | 18 | 23 | 15 | 14 | 15 | 18 | 12 | 18 |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| G71 | Primární poruchy svalů | 10 | 19 | 28 | 26 | 17 | 27 | 8 | 17 | 20 | 15 |
| G72 | Jiné myopatie | 3 | 6 | 3 | 5 | 11 | 3 | 3 | 8 | 9 | 9 |
| G80 | Mozková obrna | 29 | 52 | 44 | 48 | 36 | 38 | 48 | 25 | 26 | 37 |
| G81 | Hemiplegie | - | 3 | 3 | 4 | 1 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 |
| G82 | Paraplegie a tetraplegie | 10 | 25 | 26 | 22 | 27 | 31 | 20 | 22 | 34 | 29 |
| G83 | Jiné paralytické syndromy | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 6 | 2 |
| G90 | Poruchy autonomní nervové soustavy | 1 | 3 | 6 | 2 | - | 2 | - | 4 | 4 | 2 |
| G91 | Hydrocefalus | 31 | 29 | 24 | 34 | 29 | 30 | 35 | 29 | 29 | 36 |
| G92 | Toxická encefalopatie | 2 | 12 | 14 | 19 | 14 | 14 | 18 | 17 | 18 | 31 |
| G93 | Jiné poruchy mozku | 79 | 176 | 189 | 158 | 148 | 184 | 179 | 164 | 174 | 170 |
| G95 | Jiné nemoci míchy | 7 | 13 | 13 | 9 | 6 | 5 | 10 | 10 | 12 | 10 |
| G96 | Jiné poruchy centrální nervové soustavy | 11 | 6 | 5 | 13 | 3 | 5 | 2 | 7 | 3 | 4 |
| G98 | Jiné poruchy nervové soustavy nezařazené jinde | 5 | 3 | 4 | 5 | 3 | 3 | 6 | 2 | 3 | 4 |
| VII | Nemoci oka a očních adnex (H00-H59) | - | - | 1 | - | 1 | 2 | 2 | - | 1 | - |
| H18 | Jiné nemoci rohovky | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| H30 | Záněty cévnatky a sítnice | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| H44 | Nemoci očního bulbu | - | - | 1 | - | 1 | - | 1 | - | - | - |
| H49 | Paralytický strabismus | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| H54 | Poškození zraku včetně slepoty (binokulární nebo monokulární) | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| VIII | Nemoci ucha a bradavkového výběžku (H60-H95) | - | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 1 |
| H66 | Hnisavý a neurčený zánět středního ucha [otitis media suppurativa et otitis media NS] | - | - | - | - | 1 | 2 | - | - | 2 | 1 |
| H70 | Zánět bradavkového výběžku (mastoiditida) a příbuzná onemocnění | - | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | - |
| IX | Nemoci oběhové soustavy (I00-I99) | 53 590 | 52 725 | 53 046 | 51 731 | 48 627 | 50 969 | 47 611 | 49 346 | 48 792 | 47 393 |
| I01 | Revmatická horečka s postižením srdce | 2 | 7 | 5 | 2 | 1 | 11 | 9 | 3 | 5 | 10 |
| I02 | Revmatická chorea | - | 1 | 1 | 2 | - | - | - | - | 2 | 1 |
| I05 | Revmatická vada dvojčipé chlopně [valvulae mitralis] | 59 | 66 | 48 | 79 | 77 | 63 | 66 | 52 | 50 | 56 |
| I06 | Revmatická vada aortální chlopně | 53 | 62 | 57 | 68 | 59 | 47 | 58 | 43 | 35 | 38 |
| I07 | Revmatické nemoci trojčipé chlopně [valvulae tricuspidalis] | 7 | 6 | 14 | 26 | 24 | 26 | 19 | 20 | 24 | 19 |
| I08 | Mnohočetná onemocnění chlopní | 55 | 81 | 87 | 123 | 164 | 138 | 128 | 152 | 146 | 145 |
| I09 | Jiné revmatické nemoci srdce | 6 | 9 | 5 | 7 | 2 | 2 | 7 | 1 | 2 | 1 |
| I10 | Esenciální (primární) hypertenze | 1 329 | 1 259 | 1 149 | 1 127 | 1 022 | 1 113 | 1 358 | 1 390 | 1 364 | 1 490 |
| I11 | Postižení srdce při hypertenzi | 579 | 644 | 781 | 1 360 | 1 309 | 1 369 | 1 223 | 1 512 | 1 844 | 1 939 |
| I12 | Postižení ledvin při hypertenzi | 97 | 125 | 129 | 159 | 151 | 176 | 159 | 166 | 141 | 140 |
| I13 | Hypertenzní nemoc srdce a ledvin | 53 | 74 | 77 | 205 | 216 | 259 | 217 | 272 | 265 | 342 |
| I15 | Sekundární hypertenze | - | 1 | 16 | 18 | 16 | 15 | 18 | 12 | 15 | 12 |
| I20 | Angina pectoris | 76 | 99 | 92 | 78 | 82 | 64 | 55 | 74 | 72 | 66 |
| I21 | Akutní infarkt myokardu | 6 261 | 6 566 | 6 305 | 6 190 | 5 317 | 4 856 | 4 531 | 4 563 | 3 989 | 3 793 |
| I22 | Pokračující infarkt myokardu | 178 | 208 | 209 | 199 | 159 | 128 | 142 | 144 | - | - |
| I24 | Jiné akutní ischemické choroby srdeční | 134 | 291 | 334 | 354 | 449 | 423 | 341 | 356 | 528 | 428 |
| I25 | Chronická ischemická choroba srdeční | 18 529 | 19 575 | 19 953 | 21 115 | 20 032 | 21 188 | 18 679 | 19 250 | 18 702 | 18 049 |
| I26 | Plicní embolie | 1 903 | 1 252 | 1 191 | 974 | 886 | 984 | 885 | 934 | 884 | 824 |
| I27 | Jiné kardiopulmonální nemoci | 215 | 202 | 234 | 253 | 228 | 236 | 219 | 217 | 206 | 197 |
| I28 | Jiné nemoci plicních cév | 6 | 10 | 10 | 11 | 5 | 6 | 6 | 7 | 9 | 4 |
| I30 | Akutní zánět osrdečníku [pericarditis acuta] | 14 | 16 | 9 | 12 | 15 | 13 | 17 | 8 | 8 | 4 |
| I31 | Jiné nemoci osrdečníku (perikardu) | 66 | 39 | 36 | 33 | 26 | 34 | 32 | 21 | 33 | 26 |
| I33 | Akutní a subakutní endokarditida | 79 | 88 | 73 | 71 | 79 | 93 | 87 | 84 | 97 | 94 |
| I34 | Nerevmatická onemocnění dvojčipé chlopně [valvulae mitralis] | 167 | 141 | 141 | 230 | 239 | 244 | 212 | 212 | 176 | 165 |
| I35 | Nerevmatická onemocnění aortální chlopně | 316 | 370 | 359 | 482 | 502 | 520 | 578 | 538 | 514 | 512 |
| I36 | Nerevmatická onemocnění trojčipé chlopně [valvulae tricuspidalis] | 25 | 14 | 30 | 36 | 38 | 25 | 28 | 27 | 43 | 38 |
| I37 | Onemocnění pulmonální chlopně | 4 | 5 | 3 | 2 | 6 | 2 | 1 | 3 | - | - |
| I38 | Endokarditida neurčené chlopně | 14 | 23 | 24 | 36 | 37 | 33 | 47 | 42 | 39 | 41 |
| I40 | Akutní zánět srdečního svalu [myocarditis acuta] | 19 | 15 | 17 | 14 | 22 | 10 | 14 | 15 | 13 | 19 |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| I42 | Kardiomyopatie | 279 | 352 | 376 | 389 | 427 | 438 | 481 | 507 | 488 | 473 |
| I44 | Blokáda atrioventrikulární a levého raménka | 16 | 20 | 22 | 19 | 16 | 30 | 20 | 23 | 39 | 47 |
| I45 | Jiné poruchy vedení srdečních vzruchů | 11 | 16 | 11 | 11 | 9 | 20 | 7 | 14 | 23 | 32 |
| I46 | Srdeční zástava | 1 112 | 615 | 657 | 435 | 679 | 745 | 553 | 708 | 1 147 | 1 143 |
| I47 | Paroxysmální tachykardie | 22 | 16 | 11 | 14 | 15 | 14 | 19 | 22 | 36 | 23 |
| I48 | Fibrilace a flutter síní | 388 | 423 | 518 | 579 | 676 | 811 | 888 | 1 083 | 1 120 | 1 183 |
| I49 | Jiné srdeční arytmie | 181 | 107 | 107 | 104 | 125 | 197 | 151 | 201 | 183 | 195 |
| I50 | Selhání srdce | 1 734 | 4 214 | 4 480 | 3 137 | 3 045 | 3 818 | 4 557 | 5 123 | 5 499 | 5 477 |
| I51 | Komplikace a nepřesně určené a popsané nemoci srdce | 251 | 174 | 178 | 244 | 200 | 228 | 212 | 252 | 231 | 189 |
| I60 | Subarachnoidální krvácení | 222 | 250 | 247 | 260 | 243 | 232 | 225 | 259 | 227 | 227 |
| I61 | Intracerebrální (nitromozkové) krvácení | 1 172 | 1 249 | 1 341 | 1 270 | 1 264 | 1 310 | 1 296 | 1 207 | 1 188 | 1 159 |
| I62 | Jiné neúrazové nitrolební krvácení | 79 | 98 | 96 | 136 | 94 | 101 | 102 | 102 | 111 | 113 |
| I63 | Mozkový infarkt | 2 685 | 2 762 | 2 996 | 2 955 | 2 804 | 2 740 | 2 720 | 2 713 | 2 712 | 2 545 |
| I64 | Cévní mozková příhoda (mrtvice) neurčená jako krvácení nebo infarkt | 3 862 | 3 497 | 2 972 | 2 519 | 2 114 | 2 333 | 1 840 | 1 636 | 1 483 | 1 362 |
| I67 | Jiná cévní onemocnění mozku | 3 028 | 2 262 | 2 245 | 2 024 | 1 857 | 1 857 | 1 687 | 1 705 | 1 447 | 1 279 |
| I69 | Následky cévních nemocí mozku | 519 | 685 | 772 | 1 152 | 1 034 | 1 013 | 925 | 882 | 817 | 734 |
| I70 | Ateroskleróza | 6 659 | 3 442 | 3 368 | 1 905 | 1 586 | 1 680 | 1 614 | 1 585 | 1 601 | 1 535 |
| I71 | Výduť aorty [aneurysma aortae] a disekce | 529 | 605 | 550 | 552 | 583 | 579 | 533 | 492 | 541 | 550 |
| I72 | Jiné výduť (aneurysmata) a disekce | 37 | 31 | 29 | 39 | 35 | 27 | 29 | 38 | 29 | 32 |
| I73 | Jiné nemoci periferních cév | - | 3 | 5 | - | 1 | 1 | - | - | 3 | - |
| I74 | Tepenný vmetek (arteriální embolie) a trombóza | 127 | 125 | 139 | 130 | 128 | 134 | 113 | 131 | 136 | 120 |
| I77 | Jiná onemocnění tepen a tepének | 7 | 22 | 30 | 25 | 14 | 24 | 19 | 8 | 14 | 11 |
| I78 | Nemoci vlásečnic | 2 | 2 | 5 | 2 | 3 | 5 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| I80 | Zánět žil - flebitida a tromboflebitida | 242 | 359 | 333 | 373 | 340 | 371 | 314 | 363 | 297 | 314 |
| I81 | Trombóza portální žíly | 9 | 5 | 8 | 9 | 10 | 5 | 3 | 10 | 11 | 5 |
| I82 | Jiná žilní embolie a trombóza | 53 | 52 | 56 | 55 | 31 | 56 | 45 | 51 | 57 | 60 |
| I83 | Žilní městky [varices] dolních končetin | 64 | 48 | 46 | 71 | 74 | 58 | 71 | 60 | 82 | 64 |
| I84 | Hemoroidy | 1 | - | 7 | - | - | - | - | - | - | - |
| I85 | Městky jícnu - ezofageální varixy | 43 | 26 | 28 | 27 | 32 | 40 | 27 | 28 | 36 | 46 |
| I86 | Žilní městky [varices] jiných lokalizací | - | 4 | 2 | - | 2 | 2 | - | 1 | 2 | - |
| I87 | Jiná onemocnění žil | 5 | 5 | 10 | 9 | 6 | 4 | 7 | 6 | 8 | 10 |
| I88 | Nespecifická lymfadenitida | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | 1 | - |
| I89 | Jiná neinfekční onemocnění mízních cév a mízních uzlin | 1 | 1 | 5 | 4 | 5 | 2 | - | 3 | 2 | 1 |
| I95 | Hypotenze | 4 | 5 | 7 | 16 | 12 | 16 | 12 | 11 | 14 | 10 |
| X | Nemoci dýchací soustavy (J00-J99) | 6 151 | 5 690 | 5 882 | 6 833 | 6 210 | 7 478 | 7 128 | 8 067 | 8 315 | 8 192 |
| J00 | Akutní zánět nosohltanu [nasopharyngitis acuta] (prosté nachlazení) | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| J01 | Akutní zánět vedlejších nosních dutin [sinusitis acuta] | - | - | 2 | - | 1 | - | 1 | 1 | - | - |
| J02 | Akutní zánět hltanu [pharyngitis acuta] | - | 1 | 1 | - | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 |
| J03 | Akutní zánět mandlí – akutní tonzilitida [tonsillitis acuta] | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| J04 | Akutní zánět hrtanu a průdušnice [laryngitis et tracheitis acuta] | 6 | 4 | 4 | 5 | 4 | 9 | 4 | 7 | 5 | 4 |
| J05 | Akutní obstrukční zánět hrtanu (krup) a hrtanové příklopy | - | 2 | 2 | 2 | - | - | 4 | 3 | - | 2 |
| J06 | Akutní infekce horních dýchacích cest na více místech a neurčených lokalizací | 1 | 2 | 6 | 6 | 7 | 12 | 13 | 12 | 17 | 18 |
| J09 | Chřipka způsobená identifikovanými zoonózami nebo pandemickým chřipkovým virem | 6 | 6 | - | 5 | - | 3 | 9 | 2 | 2 | 20 |
| J10 | Chřipka způsobená identifikovaným sezónním chřipkovým virem | 16 | 24 | 7 | 110 | 4 | 51 | 62 | 98 | 222 | 174 |
| J11 | Chřipka, virus neidentifikován | 52 | 55 | 50 | 73 | 35 | 74 | 49 | 55 | 85 | 36 |
| J12 | Virový zánět plic (pneumonie) nezařazený jinde | 21 | 24 | 14 | 19 | 17 | 20 | 20 | 8 | 24 | 14 |
| J13 | Zánět plic, původce: Streptococcus pneumoniae | 15 | 9 | 11 | 20 | 20 | 26 | 14 | 33 | 35 | 25 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| J14 | Zánět plic, původce: Haemophilus influenzae | 2 | 1 | - | 4 | 9 | 1 | - | - | 1 | 2 |
| J15 | Bakteriální zánět plic (pneumonie) nezařazený jinde | 306 | 221 | 276 | 240 | 234 | 227 | 238 | 271 | 303 | 353 |
| J16 | Zánět plic (pneumonie) způsobený jinými infekčními organismy nezařazený jinde | 27 | 22 | 13 | 25 | 24 | 26 | 23 | 35 | 39 | 45 |
| J18 | Pneumonie, původce NS | 2 891 | 2 059 | 2 170 | 1 933 | 1 954 | 2 364 | 2 483 | 2 927 | 2 998 | 3 012 |
| J20 | Akutní zánět průdušek [bronchitis acuta] | 99 | 94 | 104 | 190 | 157 | 236 | 193 | 280 | 280 | 252 |
| J21 | Akutní zánět průdušinek [bronchiolitis acuta] | 8 | 3 | 6 | 10 | 5 | 7 | 1 | 5 | 7 | 7 |
| J22 | Neurčené akutní infekce dolní části dýchacího ústrojí | 16 | 8 | 4 | 18 | 10 | 20 | 27 | 33 | 36 | 40 |
| J30 | Vazomotorická a alergická rýma - rhinitis | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | - |
| J32 | Chronický zánět vedlejších nosních dutin [sinusitis chronica] | - | 1 | 2 | 1 | 1 | - | - | 1 | 3 | - |
| J34 | Jiné nemoci nosu a vedlejších nosních dutin | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| J36 | Peritonizální absces [abscessus peritonillaris] | - | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 | 2 |
| J37 | Chronický zánět hrtanu a hrtanu i průdušnice | - | - | - | - | 3 | - | - | 1 | 2 | 1 |
| J38 | Nemoci hlasivek a hrtanu nezařazené jinde | 1 | 1 | 2 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 |
| J39 | Jiné nemoci horních dýchacích cest | 3 | 3 | 4 | 1 | 4 | 3 | 1 | 2 | 4 | 6 |
| J40 | Zánět průdušek (bronchitida) neurčený jako akutní nebo chronický | 36 | 28 | 42 | 55 | 73 | 91 | 76 | 77 | 37 | 26 |
| J41 | Prostá a mukopurulentní chronická bronchitida | 32 | 43 | 56 | 73 | 47 | 54 | 51 | 59 | 53 | 30 |
| J42 | Neurčená chronická bronchitida | 78 | 123 | 118 | 148 | 130 | 127 | 101 | 98 | 96 | 89 |
| J43 | Rozedma plic [emphysema pulmonum] | 65 | 84 | 98 | 159 | 102 | 152 | 138 | 117 | 108 | 127 |
| J44 | Jiná chronická obstrukční plicní nemoc | 1 847 | 2 229 | 2 157 | 3 031 | 2 639 | 3 167 | 2 810 | 3 118 | 3 102 | 3 046 |
| J45 | Astma | 82 | 89 | 99 | 110 | 123 | 133 | 126 | 132 | 141 | 176 |
| J46 | Astmatický stav [status asthmaticus] | 11 | 5 | 5 | 5 | 11 | 6 | 10 | 10 | 6 | 6 |
| J47 | Rozšíření průdušek (bronchiektázie) | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 7 | - |
| J60 | Pneumokonióza uhlokopů | 32 | 27 | 32 | 29 | 30 | 17 | 25 | 31 | 23 | 15 |
| J61 | Pneumokonióza způsobená azbestem a jinými minerálními vlákny | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | - |
| J62 | Pneumokonióza způsobená prachem obsahujícím křemík | 6 | 6 | 7 | 5 | 8 | 10 | 4 | 6 | 5 | 4 |
| J63 | Pneumokonióza způsobená jinými anorganickými prachy | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 7 | 1 | 5 | 3 | 2 |
| J64 | Neurčená pneumokonióza | 4 | 8 | 3 | 10 | 5 | 5 | 6 | 7 | 3 | 6 |
| J65 | Pneumokonióza spojená s tuberkulózou | - | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | - | 1 | - |
| J67 | Hypersenzitivní pneumonitida způsobená organickými prachy | - | 2 | 2 | 5 | 4 | 1 | 7 | 3 | 12 | 6 |
| J68 | Stavy dýchací soustavy způsobené inhalací chemikálií, plynů, dýmů a par | - | 2 | 2 | - | 1 | 5 | 2 | 1 | 2 | 4 |
| J69 | Pneumonie způsobená pevnými a tekutými látkami | 34 | 21 | 35 | 22 | 30 | 34 | 48 | 56 | 59 | 63 |
| J70 | Stavy dýchací soustavy způsobené jinými zevními činiteli | 8 | 8 | 5 | 14 | 8 | 9 | 14 | 8 | 13 | 16 |
| J80 | Syndrom dechové tísně dospělých | 7 | 16 | 9 | 8 | 11 | 6 | 10 | 5 | 13 | 13 |
| J81 | Plicní edém | 31 | 17 | 13 | 12 | 17 | 18 | 21 | 22 | 24 | 37 |
| J82 | Plicní eozinofilie nezařazená jinde | - | 4 | 1 | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| J84 | Jiné intersticiální plicní nemoci | 197 | 247 | 276 | 309 | 286 | 324 | 325 | 283 | 315 | 328 |
| J85 | Absces plic a mezihrudí (mediastina) | 30 | 16 | 29 | 26 | 24 | 23 | 21 | 26 | 34 | 23 |
| J86 | Pyotorax | 18 | 17 | 15 | 10 | 12 | 20 | 13 | 19 | 15 | 19 |
| J90 | Pohrudniční výpotek nezařazený jinde | 3 | 8 | 15 | 15 | 18 | 21 | 18 | 19 | 22 | 19 |
| J93 | Pneumotorax | 1 | 9 | 6 | 4 | 4 | 4 | 5 | 2 | 4 | 3 |
| J94 | Jiné pohrudniční stavy | 2 | 7 | 10 | 4 | 3 | 7 | 3 | 6 | 3 | 3 |
| J96 | Respirační selhání nezařazené jinde | 144 | 107 | 140 | 91 | 112 | 128 | 124 | 160 | 116 | 99 |
| J98 | Jiné poruchy dýchací soustavy | 6 | 18 | 15 | 16 | 9 | 16 | 10 | 11 | 22 | 10 |
| XI | Nemoci trávicí soustavy (K00-K93) | 4 664 | 4 531 | 4 491 | 4 607 | 4 474 | 4 659 | 4 512 | 4 769 | 4 926 | 5 023 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| K04 | Nemoci zubní dřeně a periapikálních tkání | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| K05 | Zánět dásně (gingivitida) a periodontální nemoci | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - |
| K10 | Jiné nemoci čelistí | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| K11 | Nemoci slinných žláz | 1 | 1 | - | 3 | - | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| K12 | Zánět ústní sliznice [stomatitis] a příbuzná onemocnění | - | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | - | - | - | - |
| K14 | Nemoci jazyka | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| K20 | Zánět jícnu (ezofagitida) | 11 | 4 | 7 | 17 | 15 | 13 | 18 | 13 | 13 | 11 | 8 |
| K21 | Gastroezofageální refluxní onemocnění | 11 | 4 | 6 | 10 | 16 | 11 | 12 | 16 | 13 | 11 | 11 |
| K22 | Jiné nemoci jícnu | 27 | 43 | 32 | 47 | 63 | 59 | 50 | 45 | 48 | 47 | 71 |
| K25 | Žaludeční vřed [ulcus ventriculi] | 239 | 211 | 198 | 200 | 186 | 193 | 199 | 187 | 205 | 180 | 180 |
| K26 | Dvanáctníkový vřed [ulcus duodeni] | 214 | 199 | 219 | 209 | 176 | 217 | 197 | 190 | 206 | 209 | 209 |
| K27 | Peptický vřed neurčené lokalizace | 27 | 34 | 23 | 23 | 24 | 25 | 25 | 26 | 23 | 34 | 34 |
| K28 | Gastrojejunální vřed | 15 | 13 | 12 | 6 | 3 | 14 | 15 | 10 | 16 | 9 | 9 |
| K29 | Zánět žaludku [gastritis] a dvanáctníku [duodenitis] | 12 | 29 | 25 | 30 | 25 | 28 | 24 | 14 | 34 | 15 | 15 |
| K30 | Funkční dyspepsie | 5 | 5 | 16 | 6 | 7 | 12 | 7 | 7 | 10 | 6 | 6 |
| K31 | Jiné nemoci žaludku a dvanáctníku | 5 | 6 | 10 | 2 | 14 | 6 | 5 | 13 | 11 | 17 | 17 |
| K35 | Akutní zánět červovitého přívěsku (akutní apendicitida) | 18 | 15 | 14 | 13 | 19 | 13 | 12 | 19 | 18 | 17 | 17 |
| K36 | Jiná apendicitida | 1 | - | - | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | - | 2 | 2 |
| K37 | Neurčená apendicitida | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| K38 | Jiné nemoci apendixu | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| K40 | Tříselná kýla [hernia inguinalis] | 16 | 25 | 15 | 23 | 32 | 20 | 23 | 28 | 31 | 31 | 31 |
| K41 | Stehenní kýla [hernia femoralis] | 2 | 6 | 3 | 8 | 7 | 1 | 1 | 8 | 5 | 3 | 3 |
| K42 | Pupeční kýla [hernia umbilicalis] | 13 | 9 | 11 | 13 | 15 | 19 | 6 | 11 | 23 | 10 | 10 |
| K43 | Břišní kýla [hernia ventralis] | 24 | 30 | 43 | 41 | 37 | 35 | 34 | 28 | 44 | 34 | 34 |
| K44 | Brániční kýla [hernia diaphragmatica] | 2 | 4 | 10 | 10 | 16 | 15 | 9 | 14 | 12 | 14 | 14 |
| K45 | Jiné břišní kýly | 4 | 2 | 7 | 6 | 10 | 10 | 5 | 11 | 4 | 6 | 6 |
| K46 | Neurčená břišní kýla | - | 3 | 3 | 3 | - | 4 | 5 | 3 | 3 | 6 | 6 |
| K50 | Crohova nemoc (regionální enteritida) | 12 | 32 | 26 | 24 | 30 | 41 | 24 | 21 | 37 | 28 | 28 |
| K51 | Vředový zánět tračníku [colitis ulcerosa] – idiopatická proktokolitida | 35 | 26 | 28 | 50 | 28 | 31 | 31 | 29 | 20 | 37 | 37 |
| K52 | Jiná neinfekční gastroenteritida a kolitida | 43 | 42 | 44 | 54 | 45 | 56 | 41 | 49 | 51 | 36 | 36 |
| K55 | Vaskulární onemocnění střeva | 261 | 229 | 232 | 248 | 208 | 207 | 190 | 220 | 232 | 221 | 221 |
| K56 | Paralytický ileus a střevní neprůchodnost bez kýly | 260 | 243 | 232 | 252 | 257 | 269 | 264 | 287 | 287 | 299 | 299 |
| K57 | Divertikulární nemoc střeva | 134 | 149 | 141 | 153 | 150 | 159 | 148 | 154 | 163 | 123 | 123 |
| K58 | Syndrom dráždivého střeva | - | 1 | - | - | 2 | 2 | - | - | - | - | - |
| K59 | Jiné funkční střevní poruchy | 2 | 10 | 11 | 19 | 16 | 17 | 9 | 13 | 8 | 8 | 8 |
| K60 | Trhlina a píštěl řitní a konečnickové krajiny | - | - | - | - | 1 | 2 | 1 | - | - | 1 | 1 |
| K61 | Absces řitní a konečnickové krajiny | 8 | 5 | 4 | 5 | 3 | 7 | 5 | 4 | 5 | 6 | 6 |
| K62 | Jiné nemoci řiti a konečníku | 2 | 10 | 8 | 13 | 8 | 14 | 8 | 11 | 11 | 11 | 11 |
| K63 | Jiné nemoci střev | 52 | 46 | 63 | 44 | 46 | 37 | 59 | 52 | 67 | 67 | 67 |
| K64 | Hemoroidy a perianální žilní trombóza | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 |
| K65 | Zánět pobřišnice (peritonitida) | 193 | 134 | 127 | 112 | 113 | 129 | 134 | 152 | 115 | 124 | 124 |
| K66 | Jiná onemocnění pobřišnice | 8 | 18 | 14 | 15 | 18 | 22 | 17 | 16 | 16 | 17 | 17 |
| K70 | Alkoholické onemocnění jater | 1 276 | 1 241 | 1 297 | 1 382 | 1 324 | 1 381 | 1 308 | 1 495 | 1 519 | 1 581 | 1 581 |
| K71 | Toxická onemocnění jater | 45 | 33 | 30 | 49 | 53 | 40 | 49 | 51 | 45 | 69 | 69 |
| K72 | Selhání jater nezařazené jinde | 117 | 86 | 66 | 67 | 79 | 93 | 113 | 105 | 114 | 111 | 111 |
| K73 | Chronický zánět jater [hepatitis chronica] nezařazený jinde | 21 | 11 | 15 | 20 | 11 | 12 | 8 | 12 | 10 | 12 | 12 |
| K74 | Fibróza a cirhóza jater | 658 | 639 | 570 | 505 | 519 | 493 | 500 | 503 | 529 | 530 | 530 |
| K75 | Jiné zánětlivé nemoci jater | 23 | 17 | 25 | 25 | 19 | 27 | 24 | 30 | 27 | 24 | 24 |
| K76 | Jiné nemoci jater | 113 | 130 | 109 | 126 | 125 | 112 | 109 | 126 | 144 | 168 | 168 |
| K80 | Žlučové kameny [cholelithiasis] | 131 | 160 | 173 | 183 | 182 | 196 | 184 | 173 | 190 | 176 | 176 |
| K81 | Zánět žlučníku (cholecystitida) | 66 | 69 | 71 | 59 | 61 | 76 | 76 | 67 | 70 | 75 | 75 |
| K82 | Jiné nemoci žlučníku | 8 | 14 | 14 | 15 | 10 | 14 | 16 | 9 | 16 | 15 | 15 |
| K83 | Jiné nemoci žlučových cest (žlučového stromu) | 67 | 55 | 77 | 84 | 98 | 86 | 99 | 94 | 94 | 100 | 100 |
| K85 | Akutní zánět slinivky břišní [pancreatitis acuta] | 294 | 302 | 272 | 275 | 245 | 265 | 270 | 268 | 269 | 288 | 288 |
| K86 | Jiné nemoci slinivky břišní | 68 | 85 | 82 | 66 | 57 | 68 | 57 | 60 | 61 | 71 | 71 |
| K90 | Střevní malabsorpce | 2 | 6 | 4 | 1 | 6 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| K92 | Jiné nemoci trávicí soustavy | 117 | 93 | 101 | 86 | 88 | 98 | 115 | 117 | 104 | 137 | 137 |

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| XII Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00-L99) | 98 | 170 | 177 | 137 | 173 | 179 | 167 | 216 | 218 | 197 |
| L02 Kožní absces, furunkl a karbunkl | 13 | 18 | 22 | 15 | 22 | 20 | 16 | 25 | 20 | 21 |
| L03 Flegmóna – celulitida [cellulitis] | 22 | 31 | 42 | 36 | 42 | 43 | 41 | 65 | 42 | 59 |
| L04 Akutní zánět mízních uzlin – akutní lymfadenitida [lymphadenitis acuta] | - | - | - | 2 | - | - | - | - | 1 | - |
| L08 Jiné místní infekce kůže a podkožního vaziva | - | 2 | 2 | - | 3 | - | 4 | 2 | 2 | 2 |
| L10 Pemfigus [pemphigus] | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | - | - | 1 | 1 | - |
| L12 Pemfigoid [pemphigoid] | - | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 6 | 4 | 5 | 9 |
| L13 Jiná puchýřnatá (bulózní) onemocnění | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| L20 Atopická dermatitida | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| L26 Exfoliativní dermatitida | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | - |
| L30 Jiná dermatitida | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - | - | 1 |
| L40 Lupénka (psoriáza) | - | - | - | 1 | 1 | - | 1 | 3 | - | 3 |
| L51 Multiformní erytém [erythema multiforme] | - | - | - | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| L55 Spálení sluncem | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| L63 Plešatost (alopecie) ložisková [alopecia areata] | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| L73 Jiná folikulární onemocnění | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 |
| L88 Pyoderma gangrenosum | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - |
| L89 Dekubitální vřed a proleženina | 59 | 113 | 107 | 77 | 92 | 108 | 94 | 111 | 137 | 94 |
| L90 Atrofická onemocnění kůže | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| L93 Lupus erythematodes | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| L94 Jiná lokalizovaná onemocnění pojivové tkáně | - | - | - | - | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 |
| L97 Vřed dolní končetiny nezařazený jinde | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | - | 6 | 2 |
| L98 Jiné nemoci kůže a podkožního vaziva nezařazené jinde | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | 2 | 1 |
| XIII Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00-M99) | 61 | 146 | 212 | 173 | 199 | 241 | 193 | 227 | 230 | 273 |
| M00 Hnisavý zánět kloubu (pyogenní artritida) | 7 | 6 | 14 | 15 | 13 | 19 | 14 | 24 | 19 | 26 |
| M05 Séropozitivní revmatická artritida | - | 24 | 30 | 30 | 25 | 30 | 23 | 34 | 40 | 49 |
| M06 Jiná revmatická artritida | - | 20 | 24 | 13 | 19 | 20 | 19 | 20 | 26 | 27 |
| M08 Juvenilní artritida | - | - | - | - | 1 | - | 1 | 2 | 2 | 1 |
| M19 Jiná artróza | - | - | - | - | - | - | 2 | 1 | 2 | - |
| M24 Jiné určené poruchy kloubu | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| M25 Jiné poruchy kloubů nezařazené jinde | - | - | - | 1 | 1 | - | - | 1 | - | 1 |
| M30 Polyarthritis nodosa a příbuzné stavy | 1 | - | 3 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| M31 Jiné nekrotizující vaskulopatie | 8 | 18 | 23 | 8 | 19 | 17 | 17 | 14 | 14 | 9 |
| M32 Systémový lupus erythematodes | 8 | 9 | 20 | 15 | 20 | 22 | 14 | 24 | 20 | 19 |
| M33 Dermatopolymyozitida | 3 | 7 | 4 | 9 | 2 | 6 | 4 | 3 | 2 | 5 |
| M34 Systémová skleróza | 4 | 6 | 11 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 8 |
| M35 Jiné systémové postižení pojivové tkáně | - | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 4 | 3 | 2 |
| M40 Kýfóza a lordóza | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| M41 Skolióza | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | - | - | 2 |
| M43 Jiné deformující dorzopatie | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| M45 Ankylozující spondylitida | 4 | 4 | 3 | 1 | 2 | 5 | 1 | 2 | 1 | - |
| M46 Jiné zánětlivé spondylopatie | 12 | 17 | 22 | 33 | 38 | 47 | 40 | 51 | 47 | 59 |
| M47 Spondylóza | - | 1 | 1 | 1 | - | 2 | - | 3 | 2 | - |
| M48 Jiné spondylopatie | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | - | 4 |
| M50 Onemocnění krčních meziobratlových plotének | - | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 |
| M51 Onemocnění jiných meziobratlových plotének | - | 1 | 2 | 1 | 1 | 6 | 3 | 4 | - | 4 |
| M53 Jiné dorzopatie nezařazené jinde | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 |
| M54 Dorzalgie | - | - | 1 | - | 5 | 3 | - | 1 | 1 | 2 |
| M60 Zánět svalu (myozitida) | - | - | 1 | - | 1 | - | 3 | 3 | 1 | 2 |
| M61 Kalcifikace a osifikace svalu | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| M65 Zánět synoviální blány a šlachové pochvy [synovitis et tendosynovitis] | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | 1 |
| M70 Onemocnění měkké tkáně způsobené zatěžováním, přetěžováním nebo tlakem | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| M71 Jiné burzopatie | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | 2 | 1 |
| M72 Fibroblastická onemocnění | - | - | 2 | - | 2 | 2 | - | 1 | 2 | 1 |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| M75 | Poškození ramene | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| M77 | Jiné entéropatie | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | |
| M79 | Jiná onemocnění měkké tkáně nezařazené jinde | - | - | - | 1 | - | 1 | - | 3 | 1 | |
| M80 | Osteoporóza s patologickou zlomeninou | 2 | 9 | 16 | 5 | 8 | 10 | 9 | 3 | 10 | 3 |
| M86 | Zánět kostní dřene (osteomyelitida) | 9 | 14 | 21 | 18 | 23 | 28 | 22 | 18 | 24 | 36 |
| M87 | Osteonekróza | - | 1 | 3 | 1 | - | - | - | 1 | - | 1 |
| M99 | Biomechanická poškození nezařazená jinde | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | 1 |
| XIV | Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00-N99) | 1 454 | 1 216 | 1 366 | 1 165 | 1 220 | 1 412 | 1 536 | 1 605 | 1 744 | 1 718 |
| N00 | Akutní nefritický syndrom | 4 | 2 | 2 | 7 | 5 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 |
| N01 | Rychle progredující nefritický syndrom | - | 1 | 1 | 1 | 2 | - | 1 | 1 | 2 | 1 |
| N02 | Recidivující a přetrvávající hematurie | - | - | 2 | - | 3 | - | - | - | 1 | - |
| N03 | Chronický nefritický syndrom | 5 | 7 | 7 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 5 |
| N04 | Nefrotický syndrom | 3 | 10 | 4 | 4 | 4 | 6 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| N05 | Neurčený nefritický syndrom | 2 | 1 | - | 1 | - | 3 | - | - | 1 | 1 |
| N06 | Izolovaná proteinurie s určeným morfologickým poškozením | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| N07 | Dědičná nefropatie nezařazená jinde | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | - | - | 1 |
| N10 | Akutní tubulo-intersticiální nefritida | 107 | 93 | 87 | 104 | 81 | 80 | 90 | 97 | 80 | 87 |
| N11 | Chronická tubulo-intersticiální nefritida | 77 | 39 | 63 | 62 | 33 | 37 | 29 | 35 | 37 | 32 |
| N12 | Tubulo-intersticiální nefritida neurčená jako akutní nebo chronická | 29 | 26 | 16 | 26 | 13 | 22 | 16 | 11 | 17 | 13 |
| N13 | Obstrukční a refluxní uropatie | 39 | 41 | 42 | 46 | 28 | 30 | 45 | 35 | 45 | 43 |
| N14 | Tubulo-intersticiální a tubulární onemocnění způsobené léčivými a těžkými kovy | 4 | 1 | - | - | - | 2 | - | 1 | 2 | 2 |
| N15 | Jiná tubulo-intersticiální onemocnění ledvin | 16 | 8 | 17 | 20 | 9 | 5 | 13 | 13 | 9 | 18 |
| N17 | Akutní selhání ledvin | 385 | 184 | 228 | 227 | 279 | 318 | 335 | 416 | 455 | 475 |
| N18 | Chronické onemocnění ledvin | 568 | 483 | 523 | 354 | 369 | 403 | 461 | 497 | 520 | 499 |
| N19 | Neurčené selhání ledvin | 32 | 29 | 24 | 41 | 23 | 32 | 48 | 32 | 41 | 52 |
| N20 | Kámen ledviny a močovodu | 16 | 34 | 22 | 23 | 15 | 17 | 17 | 15 | 11 | 10 |
| N21 | Kámen dolních močových cest | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 2 | 2 | 1 | 1 |
| N23 | Neurčená renální kolika | - | 1 | - | - | 1 | - | 1 | - | - | 1 |
| N25 | Poruchy vyplývající z porušené funkce renálních tubulů | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 8 | 1 | 3 | 2 |
| N26 | Neurčená svrstělá ledvina | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 6 | 3 | 4 | - | 1 |
| N28 | Jiné poruchy ledviny a ureteru nezařazené jinde | 8 | 6 | 8 | 6 | 6 | 6 | 8 | 11 | 6 | 6 |
| N30 | Zánět močového měchýře (cystitida) | 41 | 51 | 79 | 33 | 55 | 70 | 61 | 67 | 76 | 49 |
| N32 | Jiné poruchy močového měchýře | 3 | 3 | 6 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 7 | 4 |
| N34 | Zánět močové trubice (uretritida) a uretrální syndrom | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 2 | 1 | - | 2 |
| N35 | Zúžení močové trubice – striktura uretry [strictura urethrae] | - | 1 | 2 | - | - | 2 | - | - | 1 | - |
| N36 | Jiná onemocnění močové trubice | - | - | - | - | 1 | - | 1 | 1 | - | 2 |
| N39 | Jiná onemocnění močové soustavy | 86 | 144 | 174 | 142 | 222 | 306 | 341 | 307 | 371 | 365 |
| N40 | Zbytnění prostaty [hyperplasia prostateae] | 14 | 31 | 32 | 27 | 29 | 27 | 21 | 21 | 22 | 21 |
| N41 | Zánětlivé nemoci prostaty | 1 | 1 | 3 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | - | - |
| N42 | Jiná onemocnění prostaty | - | - | - | 2 | 1 | - | - | - | 1 | - |
| N45 | Zánět varlete (orchitida) a nadvarlete (epididymitida) | 2 | 3 | 3 | 5 | 11 | 9 | 8 | 10 | 16 | 11 |
| N47 | Hypertrofie předkožky, fimóza a parafimóza | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| N48 | Jiné poruchy pyje | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| N49 | Zánětlivé onemocnění mužských pohlavních orgánů nezařazené jinde | - | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 5 | 3 |
| N61 | Zánětlivé onemocnění prsu | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 1 | - | - |
| N70 | Zánět vejcovodů a vaječníků [salpingitis et oophoritis] | 2 | - | 1 | 2 | - | 2 | - | 1 | 3 | 1 |
| N71 | Zánětlivé nemoci dělohy, mimo hrdlo děložní | - | 2 | 1 | 3 | 2 | 6 | 5 | 2 | 1 | 1 |
| N73 | Jiné zánětlivé nemoci ženských pánevních orgánů | 2 | - | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| N76 | Jiné záněty pochvy a vulvy | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | | | | | |
|------------|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| N80 | Endometrióza | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - | |
| N82 | Příštěle postihující ženské pohlavní ústrojí | - | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | - | 3 | 1 | 2 |
| N85 | Jiné nezánětlivé poruchy dělohy s výjimkou hrdla děložního | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| N93 | Jiné abnormální děložní a poševní krvácení | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - |
| XV | Těhotenství, porod a šestinedělí (O00-O99) | 3 | 2 | 6 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| O03 | Samovolný potrat [abortus spontaneus] | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| O14 | Preeklampsie | - | - | 1 | 1 | - | - | 1 | - | - | - |
| O15 | Eklampsie | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| O44 | Včestné lůžko [placenta praevia] | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| O45 | Předčasné odlučování placenty [abruptio placentae praecox] | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - |
| O62 | Poruchy porodních sil | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| O67 | Porod komplikovaný porodním krvácením | 1 | - | 2 | - | - | - | - | - | - | - |
| O70 | Trhlina hráze (perinea) při porodu | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| O71 | Jiné porodní poranění | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| O72 | Poporodní krvácení | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - |
| O74 | Komplikace anestezie při porodu | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| O75 | Jiné komplikace porodu nezařazené jinde | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| O85 | Puerperální sepse | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| O87 | Žilní komplikace a hemoroidy v šestinedělí | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| O88 | Embolie v gestaci | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | 1 |
| XVI | Některé stavy vzniklé v perinatálním období (P00-P96) | 171 | 170 | 152 | 138 | 143 | 151 | 194 | 177 | 168 | 154 |
| P00 | Postižení plodu a novorozence onemocnění matky, které nemusí souviset s nynějším těhotenstvím | - | - | - | - | 2 | - | 1 | - | 1 | 1 |
| P01 | Postižení plodu a novorozence mateřskými komplikacemi těhotenství | - | 1 | - | 1 | - | 3 | 1 | 2 | 2 | - |
| P02 | Postižení plodu a novorozence komplikacemi placenty, pupečníku a blan | 6 | 1 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 11 | 3 | 3 |
| P03 | Postižení plodu a novorozence jinými komplikacemi porodní činnosti a porodu | 16 | 2 | - | 1 | 1 | - | 1 | - | 1 | - |
| P04 | Postižení plodu a novorozence škodlivými vlivy přenesenými placentární cestou nebo mateřským mlékem | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - |
| P07 | Poruchy v souvislosti se zkráceným trváním těhotenství a nízkou porodní hmotností nezařazené jinde | 7 | 21 | 17 | 21 | 25 | 11 | 28 | 22 | 13 | 23 |
| P10 | Nitrolební poranění a krvácení způsobené za porodu | - | 1 | - | - | - | 2 | 1 | - | - | - |
| P11 | Jiná poranění centrální nervové soustavy za porodu | 2 | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 |
| P13 | Poranění kostry za porodu | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| P15 | Jiné poranění za porodu | - | - | 2 | - | 1 | 1 | - | - | 1 | - |
| P20 | Nitroděložní hypoxie | 4 | 4 | 6 | 5 | 5 | 6 | 6 | 6 | 3 | 5 |
| P21 | Porodní asfyxie | 17 | 19 | 20 | 12 | 11 | 10 | 16 | 16 | 14 | 20 |
| P22 | Dechová tíseň novorozence | 19 | 18 | 17 | 13 | 10 | 16 | 20 | 4 | 7 | 9 |
| P23 | Vrozený zánět plic | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 8 | 4 | 5 | 5 |
| P24 | Novorozenecké aspirační syndromy | 4 | - | - | 1 | - | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| P25 | Intersticiální emfyzém a příbuzné stavy vzniklé v perinatálním období | - | 2 | 3 | 1 | - | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| P26 | Plicní krvácení vzniklé v perinatálním období | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | - | - |
| P27 | Chronické respirační nemoci vzniklé v perinatálním období | 4 | 3 | 5 | 1 | 3 | 6 | 3 | 5 | 2 | 6 |
| P28 | Jiné poruchy respirace vzniklé v perinatálním období | 9 | 3 | 9 | 4 | 5 | 3 | 6 | 3 | 10 | 4 |
| P29 | Kardiovaskulární poruchy vzniklé v perinatálním období | 9 | 10 | 6 | 3 | 4 | 17 | 13 | 21 | 31 | 31 |
| P35 | Vrozené virové nemoci | - | 2 | 1 | 1 | - | - | 1 | - | - | - |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| P36 | Bakteriální sepe novorozence | 16 | 26 | 8 | 13 | 11 | 12 | 14 | 11 | 15 | 8 |
| P37 | Jiné vrozené infekční a parazitární nemoci | 2 | 1 | - | 1 | - | - | 2 | 4 | - | - |
| P38 | Zánět pupečního pahýlu (omfalitida) novorozence s mírným krvácením nebo bez něho | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| P39 | Jiné infekce specifické pro perinatální období | 2 | 1 | 1 | 4 | - | 3 | - | - | 5 | 1 |
| P50 | Fetální ztráta krve | - | 2 | - | 1 | 2 | - | 1 | 1 | 1 | 1 |
| P51 | Krvácení z pupečnicku novorozence | - | - | 1 | - | - | 1 | 1 | - | - | - |
| P52 | Nitrolební neúrazové krvácení plodu a novorozence | 23 | 25 | 22 | 15 | 22 | 17 | 17 | 18 | 19 | 13 |
| P54 | Jiná krvácení u novorozence | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| P55 | Hemolytická nemoc plodu a novorozence | 1 | 1 | - | - | - | 2 | - | 1 | - | - |
| P56 | Hydrops plodu způsobený hemolytickou nemocí | 1 | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 | - | - | - |
| P59 | Novorozenecká žloutenka z jiných a neurčených příčin | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| P60 | Diseminovaná intravaskulární koagulace u plodu nebo novorozence (DIC) | - | 1 | - | 2 | - | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| P61 | Jiné perinatální hematologické poruchy | - | 2 | - | 1 | - | 2 | 1 | - | 1 | - |
| P70 | Přechodné poruchy metabolismu uhlovodanů specifické pro plod a novorozence | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - |
| P76 | Jiná střevní neprůchodnost u novorozence | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| P77 | Nekrotizující enterokolitida u plodu a novorozence | 11 | - | 14 | 19 | 13 | 16 | 23 | 30 | 11 | 8 |
| P78 | Jiná perinatální onemocnění trávicí soustavy | 2 | 11 | 6 | 1 | 5 | - | 4 | 5 | 3 | 2 |
| P80 | Hypotermie novorozence | - | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - |
| P83 | Jiné poruchy kožního krytu (vč. podkoží a amnia) | - | 1 | - | 2 | - | 1 | 3 | 3 | 5 | 1 |
| P90 | Křeče u novorozence | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - |
| P91 | Jiné poruchy stavu mozku novorozence | 7 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 9 | 3 | 6 | 6 |
| P94 | Poruchy svalového tonu novorozence | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| P95 | Smrt plodu z neurčené příčiny | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| P96 | Jiné stavy vzniklé v perinatálním období | 2 | 2 | 1 | - | 2 | - | 1 | - | 2 | 2 |
| XVII | Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality (Q00-Q99) | 135 | 156 | 167 | 183 | 166 | 156 | 165 | 162 | 161 | 147 |
| Q00 | Anencefalie a podobné vrozené vady | - | 2 | - | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 |
| Q01 | Encefalokéla | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Q02 | Mikrocefalie | 1 | - | 2 | 1 | 3 | 2 | - | 4 | 3 | 1 |
| Q03 | Vrozený hydrocefalus | 9 | 3 | 9 | 5 | 5 | 3 | 5 | 6 | 3 | 2 |
| Q04 | Jiné vrozené vady mozku | 15 | 9 | 4 | 7 | 1 | 4 | 7 | 5 | 7 | 8 |
| Q05 | Rozštěp páteře [spina bifida] | - | 1 | 1 | - | - | 2 | 1 | - | 1 | 2 |
| Q06 | Jiné vrozené vady míchy | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - |
| Q07 | Jiné vrozené vady nervové soustavy | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Q20 | Vrozené vady srdečních komor a spojení | 7 | 4 | 4 | 7 | 7 | 9 | 3 | 2 | 2 | 5 |
| Q21 | Vrozené vady srdeční přepážky | 14 | 22 | 25 | 25 | 23 | 9 | 24 | 21 | 21 | 6 |
| Q22 | Vrozené vady pulmonální a trojčipé chlopně | 2 | 2 | - | 1 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 |
| Q23 | Vrozené vady aortální a dvojčipé chlopně | 6 | 9 | 15 | 10 | 11 | 9 | 10 | 7 | 13 | 15 |
| Q24 | Jiné vrozené vady srdce | 17 | 9 | 11 | 13 | 9 | 10 | 4 | 13 | 6 | 4 |
| Q25 | Vrozené vady velkých arterií | 9 | 10 | 6 | 13 | 9 | 25 | 15 | 16 | 8 | 8 |
| Q26 | Vrozené vady velkých žil | 4 | - | 1 | - | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | - |
| Q27 | Jiné vrozené vady periferní cévní soustavy | - | 1 | 1 | 1 | 1 | - | 3 | 1 | - | 2 |
| Q28 | Jiné vrozené vady oběhové soustavy | 4 | 3 | 5 | 3 | - | 8 | 3 | 2 | 2 | 5 |
| Q30 | Vrozené vady nosu | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| Q31 | Vrozené vady hrtanu | 1 | 1 | - | 1 | 2 | 1 | - | - | - | - |
| Q32 | Vrozené vady průdušnice a průdušky | - | - | 2 | 5 | 1 | - | - | 1 | 1 | 1 |
| Q33 | Vrozené vady plic | 5 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 5 | 1 | 4 |
| Q34 | Jiné vrozené vady dýchací soustavy | - | - | - | - | 2 | 1 | - | - | - | - |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Q35 | Rozštěp patra | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Q37 | Rozštěp patra s rozštěpem rtu | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - |
| Q39 | Vrozené vady jionu | 2 | - | 1 | 1 | 1 | - | 2 | 1 | 1 | 2 |
| Q40 | Jiné vrozené vady horní části trávicí soustavy | - | 2 | - | 1 | 1 | - | - | - | 2 | - |
| Q41 | Vrozené chybění, atrézie a stenóza tenkého střeva | - | 1 | 1 | 1 | 3 | - | 2 | - | 2 | - |
| Q42 | Vrozené chybění, atrézie a stenóza tlustého střeva | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| Q43 | Jiné vrozené vady střeva | 2 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| Q44 | Vrozené vady žlučníku, žlučovýchodů a jater | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 3 | - | 2 | 1 |
| Q45 | Jiné vrozené vady trávicí soustavy | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Q60 | Renální ageneze a hypoplázie | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 2 | 4 | 2 | - | - |
| Q61 | Cystická nemoc ledvin | 4 | 14 | 12 | 23 | 9 | 5 | 10 | 15 | 7 | 14 |
| Q62 | Vrozené obstrukční defekty ledvinové pánvičky a vrozené vady močového | - | 1 | 1 | - | 1 | - | 2 | 2 | - | 1 |
| Q63 | Jiné vrozené vady ledvin | 1 | - | - | 1 | 2 | - | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Q64 | Jiné vrozené vady močové soustavy | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| Q65 | Vrozené deformity kyčle | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| Q66 | Vrozené deformity nohou | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| Q67 | Vrozené svalově-kosterní deformity hlavy, obličej, páteře a hrudníku | - | - | - | 3 | 1 | - | - | - | - | 1 |
| Q68 | Jiné vrozené svalově-kosterní deformity | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| Q74 | Jiné vrozené vady končetin(-y) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Q75 | Jiné vrozené vady kostí lebky a obličej | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| Q76 | Vrozené vady páteře a kostěného hrudníku | - | 2 | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - |
| Q77 | Osteochondrodysplázie s poruchou růstu dlouhých kostí a páteře | - | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 | - | 1 | 2 |
| Q78 | Jiné osteochondrodysplázie | - | - | - | - | - | - | - | 2 | - | - |
| Q79 | Vrozené vady svalové a kosterní soustavy nezařazené jinde | 2 | 6 | 6 | 3 | 3 | 1 | 4 | 1 | 5 | 1 |
| Q81 | Epidermolysis bullosa | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - |
| Q82 | Jiné vrozené vady kůže | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| Q85 | Fakomatózy nezařazené jinde | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 7 | 5 |
| Q86 | Vrozené malformační syndromy způsobené známými zevními příčinami nezařazené jinde | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Q87 | Jiné určené vrozené malformační syndromy postihující více systémů | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | - | 5 | 4 | 7 |
| Q89 | Jiné vrozené vady nezařazené jinde | 6 | 7 | 2 | 3 | 2 | 6 | 2 | 2 | 4 | 4 |
| Q90 | Downův syndrom | 11 | 26 | 27 | 29 | 36 | 32 | 30 | 31 | 33 | 27 |
| Q91 | Syndromy Edwardsův a Patauův | 1 | 4 | 8 | 3 | 5 | 4 | 5 | 2 | 3 | 3 |
| Q92 | Jiné trisomie a částečné trisomie autozomů nezařazené jinde | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Q93 | Monosomie a delece autozomů nezařazená jinde | - | - | 2 | - | - | - | 2 | - | - | 3 |
| Q95 | Balancované přestavby a strukturální zvláštnosti [markery] nezařazené jinde | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| Q96 | Turnerův syndrom | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| Q98 | Jiné abnormální pohlavní chromozomy, mužský fenotyp, nezařazené jinde | - | - | - | - | - | 2 | 1 | - | 1 | - |
| Q99 | Jiné abnormality chromozomů nezařazené jinde | - | 1 | 1 | - | 2 | - | 3 | 1 | 2 | 1 |
| XVIII | Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00-R99) | 1 652 | 1 154 | 1 180 | 1 326 | 1 222 | 1 485 | 1 572 | 1 624 | 1 789 | 1 931 |
| R00 | Abnormality srdeční činnosti (tepu) | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 1 | - |
| R02 | Gangréna nezařazená jinde | 10 | 1 | 1 | 1 | - | - | - | 1 | - | - |
| R04 | Krvácení z dýchacích cest | 2 | 5 | 1 | 4 | 2 | - | 1 | 3 | 1 | 1 |
| R09 | Jiné příznaky a znaky týkající se oběhové a dýchací soustavy | 249 | 76 | 121 | 42 | 28 | 37 | 26 | 32 | 43 | 64 |
| R50 | Horečka jiného a neznámého původu | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| R54 | Stáří (senilita) | 67 | 59 | 48 | 46 | 48 | 58 | 64 | 115 | 143 | 278 |
| R55 | Mdloba (synkopa) a zhroucení (kolaps) | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | - |
| R56 | Křeče nezařazené jinde | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| R57 | Šok nezařazený jinde | 19 | 10 | 17 | 6 | 14 | 14 | 15 | 13 | 15 | 9 |
| R58 | Krvácení nezařazené jinde | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 1 |
| R63 | Příznaky a znaky týkající se příjmu potravy a tekutin | 1 | 1 | 1 | - | 1 | - | - | - | 2 | 1 |
| R64 | Kachexie | 26 | 18 | 17 | 14 | 24 | 36 | 29 | 35 | 36 | 35 |
| R65 | Syndrom systémové zánětlivé odpovědi | 5 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| R95 | Syndrom náhlé smrti dítěte (kojence) [SIDS] | 20 | 18 | 10 | 16 | 27 | 19 | 11 | 28 | 20 | 23 |
| R96 | Jiná náhlá smrt z neznámé příčiny | 48 | 35 | 33 | 12 | 10 | 18 | 17 | 15 | 34 | 16 |
| R98 | Smrt bez svědků | 367 | 178 | 131 | 26 | 33 | 38 | 27 | 24 | 44 | 32 |
| R99 | Jiné nepřesně určené a neurčené příčiny smrti | 836 | 750 | 796 | 1 155 | 1 032 | 1 262 | 1 377 | 1 354 | 1 445 | 1 469 |
| XX | Vnější příčiny poranění a otrav (V01-Y98) | 6 009 | 5 973 | 5 856 | 5 598 | 5 714 | 5 812 | 5 511 | 5 608 | 5 845 | 5 685 |
| | Dopravní nehody (V01-V99) | 907 | 871 | 813 | 760 | 786 | 811 | 715 | 689 | 736 | 718 |
| | Chodec zraněný při dopravní nehodě (V01-V09) | 266 | 288 | 253 | 275 | 252 | 253 | 224 | 234 | 233 | 230 |
| V01 | Chodec zraněný při srážce s jízdním kolem | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | - |
| V02 | Chodec zraněný při srážce s dvou nebo tříkolovým motorovým vozidlem | 3 | 2 | - | 1 | 2 | 3 | 1 | 5 | 7 | 2 |
| V03 | Chodec zraněný při srážce s automobilem osobním, dodávkovým nebo lehkým nákladním | 88 | 85 | 114 | 116 | 106 | 98 | 99 | 97 | 107 | 84 |
| V04 | Chodec zraněný při srážce s těžkým nákladním vozidlem nebo autobusem | 17 | 26 | 21 | 30 | 14 | 27 | 16 | 24 | 19 | 13 |
| V05 | Chodec zraněný při srážce s železničním vlakem nebo s železničním vozidlem | 149 | 161 | 106 | 112 | 116 | 116 | 91 | 94 | 85 | 121 |
| V06 | Chodec zraněný při srážce s jiným nemotorovým vozidlem | 1 | 3 | 1 | 1 | 3 | - | 1 | 3 | 1 | 1 |
| V09 | Chodec zraněný při jiných a neurčených dopravních nehodách | 5 | 10 | 10 | 12 | 9 | 6 | 13 | 10 | 12 | 9 |
| | Cyklista zraněný při dopravní nehodě (V10-V19) | 71 | 59 | 56 | 73 | 67 | 86 | 55 | 60 | 54 | 51 |
| V10 | Cyklista zraněný při srážce s chodcem nebo zvířetem | 2 | 2 | - | - | 1 | - | 2 | - | 1 | 3 |
| V11 | Cyklista zraněný při srážce s jiným jízdním kolem | 1 | 1 | - | 1 | 1 | - | - | 1 | 2 | 2 |
| V12 | Cyklista zraněný při srážce s dvou nebo tříkolovým motorovým vozidlem | 1 | 1 | - | - | 2 | 2 | 1 | - | 1 | - |
| V13 | Cyklista zraněný při srážce s automobilem osobním, dodávkovým nebo lehkým nákladním | 25 | 27 | 26 | 37 | 41 | 38 | 22 | 28 | 26 | 24 |
| V14 | Cyklista zraněný při srážce s těžkým nákladním vozidlem nebo autobusem | 8 | 7 | 7 | 8 | 4 | 9 | 7 | 7 | 4 | 5 |
| V15 | Cyklista zraněný při srážce s železničním vlakem nebo železničním vozidlem | 5 | 1 | - | 2 | 3 | 6 | - | 2 | 1 | 2 |
| V16 | Cyklista zraněný při srážce s jiným nemotorovým vozidlem | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| V17 | Cyklista zraněný při srážce s pevnou překážkou (s připevněným nebo stojícím předmětem) | 4 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 1 | 2 |
| V18 | Cyklista zraněný při dopravní nehodě bez srážky | 10 | 14 | 11 | 15 | 8 | 21 | 9 | 11 | 8 | 10 |
| V19 | Cyklista zraněný při jiných a neurčených dopravních nehodách | 15 | 4 | 8 | 7 | 5 | 7 | 10 | 6 | 10 | 3 |
| | Jezdec na motocyklu zraněný při dopravní nehodě (V20-V29) | 70 | 56 | 63 | 65 | 90 | 97 | 62 | 69 | 90 | 82 |
| V20 | Jezdec na motocyklu zraněný při srážce s chodcem nebo zvířetem | 2 | 1 | 1 | - | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| V22 | Jezdec na motocyklu zraněný při srážce s dvou nebo tříkolovým motorovým vozidlem | - | 1 | - | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 |
| V23 | Jezdec na motocyklu zraněný při srážce s automobilem osobním, | 31 | 24 | 24 | 34 | 42 | 48 | 26 | 28 | 43 | 35 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | dodávkovým nebo lehkým nákladním | | | | | | | | | | |
| V24 | Jezdec na motocyklu zraněný při srážce s těžkým nákladním vozidlem nebo autobusem | 6 | - | 4 | 3 | 8 | 8 | 5 | 9 | 8 | 8 |
| V25 | Jezdec na motocyklu zraněný při srážce s železničním vlakem nebo železničním vozidlem | - | - | 3 | - | 1 | - | - | - | 2 | 1 |
| V26 | Jezdec na motocyklu zraněný při srážce s jiným nemotorovým vozidlem | - | 1 | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| V27 | Jezdec na motocyklu zraněný při srážce s pevnou překážkou (s připevněným nebo stojícím předmětem) | 15 | 13 | 10 | 18 | 19 | 23 | 18 | 18 | 21 | 27 |
| V28 | Jezdec na motocyklu zraněný při dopravní nehodě bez srážky | 3 | 4 | 3 | 3 | 8 | 7 | 4 | 4 | 6 | 3 |
| V29 | Jezdec na motocyklu zraněný při jiných a neurčených dopravních nehodách | 13 | 12 | 18 | 6 | 7 | 5 | 7 | 7 | 5 | 5 |
| | Člen osádky tříkolového motorového vozidla zraněný při dopravní nehodě (V30-V39) | 5 | 3 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 3 | 5 | 3 |
| V30 | Člen osádky tříkolového motorového vozidla zraněný při srážce s chodcem nebo zvířetem | - | - | - | 1 | 1 | - | - | 1 | - | - |
| V31 | Člen osádky tříkolového motorového vozidla zraněný při srážce s jízdním kolem | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| V33 | Člen osádky tříkolového motorového vozidla zraněný při srážce s autem osobním, dodávkovým nebo lehkým nákladním | - | - | - | - | 2 | - | 1 | 1 | 1 | 1 |
| V34 | Člen osádky tříkolového motorového vozidla zraněný při srážce s těžkým nákladním vozidlem nebo autobusem | 1 | 1 | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 1 |
| V36 | Člen osádky tříkolového motorového vozidla zraněný při srážce s jiným nemotorovým vozidlem | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| V37 | Člen osádky tříkolového motorového vozidla zraněný při srážce s pevnou překážkou (s připevněným nebo stojícím předmětem) | 2 | - | 1 | - | 1 | 1 | - | - | 3 | 1 |
| V38 | Člen osádky tříkolového motorového vozidla zraněný při dopravní nehodě bez srážky | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| V39 | Člen osádky tříkolového motorového vozidla zraněný při jiných a neurčených dopravních nehodách | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| | Člen osádky osobního automobilu zraněný při dopravní nehodě (V40-V49) | 276 | 299 | 270 | 286 | 321 | 318 | 307 | 257 | 296 | 295 |
| V40 | Člen osádky osobního automobilu zraněný při srážce chodcem nebo zvířetem | 8 | 8 | 11 | 6 | 7 | 10 | 9 | 4 | 7 | 9 |
| V41 | Člen osádky osobního automobilu zraněný při srážce s jízdním kolem | - | - | 2 | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 |
| V42 | Člen osádky osobního automobilu zraněný při srážce s dvou nebo tříkolovým motorovým vozidlem | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | - | 1 | 1 | 1 | 2 |
| V43 | Člen osádky osobního automobilu zraněný při srážce s autem osobním, dodávkovým nebo lehkým nákladním | 58 | 65 | 54 | 65 | 68 | 88 | 94 | 66 | 68 | 69 |
| V44 | Člen osádky osobního automobilu zraněný při srážce s těžkým nákladním vozidlem nebo autobusem | 36 | 39 | 34 | 46 | 67 | 56 | 51 | 58 | 71 | 64 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| V45 | Člen osádky osobního automobilu zraněný při srážce s železničním vlakem nebo železničním vozidlem | 21 | 13 | 12 | 9 | 19 | 10 | 15 | 12 | 13 | 14 |
| V46 | Člen osádky osobního automobilu zraněný při srážce s jiným nemotorovým vozidlem | - | 2 | - | 1 | - | - | 2 | - | - | 1 |
| V47 | Člen osádky osobního automobilu zraněný při srážce s pevnou překážkou (s připevněným nebo stojícím předmětem) | 69 | 80 | 78 | 116 | 109 | 126 | 101 | 90 | 93 | 114 |
| V48 | Člen osádky osobního automobilu zraněný při dopravní nehodě bez srážky | 10 | 9 | 10 | 15 | 15 | 9 | 14 | 9 | 18 | 6 |
| V49 | Člen osádky osobního automobilu zraněný při jiných a neurčených dopravních nehodách | 73 | 82 | 67 | 27 | 34 | 19 | 19 | 16 | 24 | 15 |
| | Člen osádky dodávkového nebo lehkého nákladního automobilu zraněný při dopravní nehodě (V50-V59) | 11 | 9 | 13 | 14 | 14 | 18 | 19 | 18 | 19 | 16 |
| V50 | Člen osádky dodávkového nebo lehkého nákladního automobilu zraněný při srážce s chodcem nebo zvířetem | 1 | 3 | 1 | 2 | - | - | - | - | 1 | 1 |
| V52 | Člen osádky dodávkového či lehkého nákladního automobilu zraněný při srážce s dvou nebo tříkolovým motorovým vozidlem | - | - | - | - | - | - | - | 2 | - | - |
| V53 | Člen osádky dodávkového nebo lehkého nákladního automobilu zraněný při srážce s automobilem osobním, dodávkovým či lehkým nákladním | - | 1 | 4 | 1 | - | 1 | 4 | 4 | 4 | 1 |
| V54 | Člen osádky dodávkového či lehkého nákladního automobilu zraněný při srážce s těžkým nákladním vozidlem nebo autobusem | 5 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 | 9 | 7 | 10 | 7 |
| V55 | Člen osádky dodávkového nebo lehkého nákladního automobilu zraněný při srážce s železničním vlakem nebo železničním vozidlem | 2 | - | 1 | - | - | 2 | - | - | 1 | - |
| V57 | Člen osádky dodávkového nebo lehkého nákladního automobilu zraněný při srážce s pevnou překážkou | - | 1 | - | 6 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | 4 |
| V58 | Člen osádky dodávkového nebo lehkého nákladního automobilu zraněný při dopravní nehodě bez srážky | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | - | - | 2 | 1 | 2 |
| V59 | Člen osádky dodávkového nebo lehkého nákladního automobilu zraněný při jiných a neurčených dopravních nehodách | 2 | - | 1 | - | 1 | 3 | 2 | 1 | - | 1 |
| | Člen osádky těžkého nákladního vozidla zraněný při dopravní nehodě (V60-V69) | 7 | 1 | 7 | 6 | 11 | 2 | 4 | 7 | 4 | 6 |
| V60 | Člen osádky těžkého nákladního vozidla zraněný při srážce s chodcem nebo zvířetem | - | 1 | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - |
| V63 | Člen osádky těžkého nákladního vozidla zraněný při srážce s automobilem osobním, dodávkovým nebo lehkým nákladním | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 2 | - |
| V64 | Člen osádky těžkého nákladního vozidla zraněný při srážce s těžkým nákladním vozidlem nebo autobusem | 3 | - | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| V67 | Člen osádky těžkého nákladního vozidla zraněný při srážce s pevnou překážkou (s připevněným nebo stojícím předmětem) | 1 | - | 3 | 2 | 4 | - | 2 | 2 | - | 1 |
| V68 | Člen osádky těžkého nákladního vozidla zraněný při dopravní nehodě bez srážky | 2 | - | 1 | - | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 1 |
| V69 | Člen osádky těžkého nákladního vozidla zraněný při jiných a neurčených dopravních nehodách | 1 | - | - | 2 | 1 | - | - | 1 | - | 1 |
| | Člen osádky autobusu zraněný při dopravní nehodě (V70-V79) | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 4 | 5 |
| V70 | Člen osádky autobusu zraněný při srážce s chodcem nebo zvířetem | 1 | 1 | - | - | - | 1 | 1 | 1 | - | 1 |
| V73 | Člen osádky autobusu zraněný při srážce s automobilem osobním, dodávkovým nebo lehkým nákladním | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - |
| V74 | Člen osádky autobusu zraněný při srážce s těžkým nákladním vozidlem nebo autobusem | - | 1 | 1 | - | - | 1 | - | - | - | 3 |
| V77 | Člen osádky autobusu zraněný při srážce s pevnou překážkou (s připevněným nebo stojícím předmětem) | - | - | - | - | 2 | - | - | 2 | 3 | - |
| V78 | Člen osádky autobusu zraněný při dopravní nehodě bez srážky | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 1 |
| | Jiné nehody při pozemní dopravě (V80 - V89) | 157 | 106 | 121 | 26 | 12 | 23 | 16 | 16 | 16 | 12 |
| V80 | Jezdec na zvířeti nebo člen osádky vozidla taženého zvířetem zraněný při dopravní nehodě | 1 | - | 3 | - | 1 | 2 | 1 | - | 1 | 1 |
| V81 | Člen osádky železničního vlaku nebo železničního vozidla zraněný při dopravní nehodě | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 2 |
| V82 | Člen osádky vozu pouliční dráhy zraněný při dopravní nehodě | 1 | - | 1 | - | - | - | - | 1 | 1 | - |
| V83 | Člen osádky zvláštního vozidla určeného zejména pro průmyslové prostory zraněný při dopravní nehodě | - | - | - | 1 | - | - | 1 | 2 | 1 | - |
| V84 | Člen osádky zvláštního vozidla určeného především pro zemědělství zraněný při dopravní nehodě | 5 | 6 | 5 | 6 | 4 | 6 | 7 | 5 | 7 | 5 |
| V85 | Člen osádky zvláštního stavebního vozidla zraněný při dopravní nehodě | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| V86 | Člen osádky terénního či jiného motorového vozidla určeného hlavně pro mimosilniční provoz, zraněný při dopravní nehodě | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | - | 2 | 1 | 2 |
| V87 | Provozní (silniční) nehoda určeného typu, ale s neznámým způsobem dopravy oběti | 1 | 1 | - | 2 | - | - | - | - | - | - |
| V88 | Neprovozní (mimosilniční) nehoda určeného typu, ale s neznámým způsobem dopravy oběti | 5 | 2 | - | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 | 2 |
| V89 | Nehoda motorového nebo nemotorového vozidla, typ vozidla neurčen | 141 | 94 | 108 | 11 | 2 | 8 | 4 | 2 | 1 | - |
| | Nehody při vodní dopravě (V90 - V94) | 1 | 1 | 1 | - | - | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| V90 | Nehoda plavidla jako příčina (u)tonutí a potopení | 1 | 1 | 1 | - | - | - | - | 2 | - | - |
| V91 | Nehoda plavidla jako příčina jiného poranění | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| V92 | (U)tonutí při vodní dopravě bez nehody plavidla | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| V94 | Jiné a neurčené nehody při vodní dopravě | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - |
| | Nehody při dopravě vzduchem a vesmírným prostorem (V95 - V97) | 6 | 11 | 9 | 6 | 10 | 7 | 15 | 6 | 8 | 8 |
| V95 | Nehoda letounu s pohonem jako příčina zranění člena osádky | 4 | 4 | 8 | 3 | 8 | 3 | 11 | 3 | 7 | 4 |
| V96 | Nehoda letounu bez pohonu jako příčina zranění člena osádky | 1 | 4 | - | - | 1 | 3 | 3 | 2 | - | 4 |
| V97 | Jiné určené nehody při dopravě vzduchem | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | - |
| | Jiné a neurčené dopravní nehody (V98 - V99) | 36 | 36 | 18 | 7 | 3 | 2 | 10 | 12 | 6 | 9 |
| V98 | Jiné určené dopravní nehody | - | - | - | - | - | - | 4 | 1 | - | 3 |
| V99 | Neurčená dopravní nehoda | 36 | 36 | 18 | 7 | 3 | 2 | 6 | 11 | 6 | 6 |
| | Jiné vnější příčiny náhodných poranění (W00 - X59) | 3 107 | 3 005 | 2 894 | 2 786 | 2 926 | 3 107 | 2 916 | 2 974 | 3 087 | 3 056 |
| | Pády (W00 - W19) | 1 370 | 802 | 751 | 657 | 572 | 597 | 562 | 602 | 608 | 678 |
| W00 | Pád na rovině na ledu a sněhu | 5 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 4 | 3 | 2 | 5 |
| W01 | Pád na rovině po uklouznutí, zakopnutí nebo klopýtnutí | 326 | 245 | 205 | 109 | 102 | 107 | 87 | 96 | 114 | 121 |
| W02 | Pád na ledních bruslích, lyžích, kolečkových bruslích nebo skateboardech | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 6 | 3 | 5 |
| W03 | Jiné pády na rovině ze srážky s nebo strčení jinou osobou | - | 1 | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 | 2 |
| W04 | Pád při nesení nebo podpírání jinými osobami | 1 | - | 1 | 2 | - | - | - | 1 | - | - |
| W05 | Pád z invalidního vozíku | 2 | - | 2 | 1 | 4 | 1 | - | 1 | 3 | 1 |
| W06 | Pád z postele | 3 | 4 | 5 | 11 | 6 | 6 | 9 | 5 | 10 | 7 |
| W07 | Pád ze židle | 4 | 3 | 2 | 1 | 7 | 1 | 2 | 3 | 1 | 4 |
| W08 | Pád z jiného nábytku | - | - | 2 | 1 | 2 | - | 1 | - | 2 | 1 |
| W09 | Pád z vybavení hřiště | - | - | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 | - | - |
| W10 | Pád na schodech a stupních nebo z nich | 58 | 52 | 50 | 70 | 79 | 89 | 80 | 102 | 103 | 90 |
| W11 | Pád na nebo ze žebříku | 13 | 10 | 10 | 11 | 11 | 17 | 9 | 9 | 15 | 18 |
| W12 | Pád na nebo z lešení | 4 | 4 | 1 | 4 | 6 | 6 | 6 | 4 | 5 | 4 |
| W13 | Pád z budovy nebo konstrukce nebo propadnutí jimi | 71 | 56 | 52 | 56 | 59 | 57 | 65 | 49 | 46 | 64 |
| W14 | Pád ze stromu | 5 | 2 | 7 | 5 | 5 | 11 | 6 | 6 | 7 | 4 |
| W15 | Pád ze skály | 4 | 7 | - | 5 | 5 | 5 | 4 | 7 | 7 | 2 |
| W16 | Potopení se nebo skok do vody jako příčina jiného poranění, než je (u)tonutí nebo potopení | - | 2 | 1 | 1 | 1 | - | - | - | 1 | - |
| W17 | Jiný pád z jedné úrovně na druhou | 58 | 40 | 36 | 20 | 21 | 20 | 21 | 26 | 27 | 25 |
| W18 | Jiný pád na rovině | 36 | 29 | 26 | 31 | 43 | 50 | 46 | 48 | 34 | 60 |
| W19 | Neurčený pád | 779 | 343 | 346 | 323 | 216 | 219 | 218 | 234 | 227 | 265 |
| | Vystavení neživotným mechanickým silám (W20 - W49) | 67 | 74 | 52 | 61 | 70 | 62 | 65 | 77 | 69 | 57 |
| W20 | Udeření hozeným, vrženým nebo padajícím předmětem | 27 | 23 | 20 | 21 | 23 | 15 | 26 | 31 | 16 | 19 |
| W21 | Udeření sportovním nářadím (vybavením) nebo náraz na ně | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| W22 | Udeření jinými předměty nebo náraz na ně | - | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 3 | 8 | 2 | 3 |
| W23 | Zachycení, rozdrčení, zmáčknutí nebo uskřípnutí do předmětů nebo mezi ně | 7 | 15 | 11 | 15 | 15 | 13 | 11 | 12 | 21 | 14 |
| W24 | Kontakt se zařízeními na zvedání a přenos nezařazenými jinde | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 | 4 | 3 | 1 | 4 | 2 |
| W25 | Kontakt s ostrým sklem | 2 | 1 | - | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | - | 2 |
| W26 | Kontakt s jiným ostrým předmětem | 2 | - | - | 2 | 1 | 1 | 1 | - | 4 | 3 |
| W27 | Kontakt s ručním nástrojem bez pohonu | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - |
| W28 | Kontakt se sekačkou trávy s pohonem | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - |
| W29 | Kontakt s jinými ručními nástroji na pohon a stroji v domácnosti | 1 | - | 1 | 3 | 1 | 1 | - | 2 | - | - |
| W30 | Kontakt se zemědělskými stroji | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 |
| W31 | Kontakt s jiným a neurčeným strojem | 3 | 4 | - | 1 | 6 | 5 | 6 | 2 | 2 | 2 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| W32 | Výstřel z krátké jednoruční stříelné zbraně, pistole, revolveru | 4 | 3 | 7 | 1 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 |
| W33 | Výstřel z pušky, brokovnice a větší ruční stříelné zbraně | 1 | 2 | - | 2 | 2 | - | 1 | - | 1 | 1 |
| W34 | Výstřel z jiných a neurčených stříelných zbraní | 5 | 7 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | - | 2 |
| W35 | Výbuch a prasknutí kotle | 1 | 1 | - | - | 1 | - | 2 | 2 | 1 | 1 |
| W36 | Výbuch a prasknutí tlakové nádoby na plyn | - | 2 | - | - | 1 | 2 | - | 1 | - | 1 |
| W38 | Výbuch a prasknutí jiných určených tlakových zařízení | 2 | 1 | - | 1 | 1 | 3 | - | - | 1 | - |
| W40 | Výbuch jiných látek | 3 | 7 | 1 | 1 | 5 | 2 | 3 | 2 | 3 | - |
| W41 | Vystavení proudu pod vysokým tlakem | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| W43 | Vystavení vibracím | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| W44 | Cizí těleso vniklé do oka nebo okem nebo přirozeným otvorem | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - |
| W45 | Cizí těleso nebo předmět proniklý kůží | - | - | - | 2 | - | - | - | - | 3 | - |
| W49 | Vystavení jiným a neurčeným neživotným mechanickým silám | 3 | - | 2 | 1 | 1 | - | - | 2 | 3 | 1 |
| | Vystavení životným mechanickým silám (W50 - W64) | 7 | 5 | 4 | 6 | 4 | 6 | 7 | 7 | 7 | 8 |
| W50 | Zasažení, úder, kopnutí, zkroucení, kousnutí nebo poškrábání jinou osobou | - | - | - | - | - | - | 1 | 1 | 3 | 2 |
| W51 | Uhození se o jinou osobu nebo náraz do jiné osoby | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| W53 | Kousnutí krysou | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| W54 | Kousnutí nebo úder psem | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | - | 2 |
| W55 | Kousnutí nebo úder jinými savci | 1 | 2 | 1 | 2 | - | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| W57 | Kousnutí nebo štípnutí (bodnutí) nejedovatým hmyzem a jinými nejedovatými členovci | 1 | 1 | - | - | 2 | 2 | 1 | 2 | - | - |
| W58 | Kousnutí a úder krokodýlem nebo aligátorem | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| W59 | Kousnutí nebo rozdrčení jinými plazy | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| W64 | Vystavení jiným a neurčeným životným mechanickým silám | 2 | - | 2 | 3 | 1 | 1 | - | - | 1 | - |
| | Náhodné (u)tonutí a potopení (W65 - W74) | 226 | 186 | 151 | 177 | 141 | 166 | 143 | 140 | 146 | 140 |
| W65 | (U)tonutí a potopení při pobytu ve vaně | 12 | 6 | 5 | 11 | 7 | 14 | 11 | 7 | 8 | 7 |
| W66 | (U)tonutí a potopení po pádu do vany | 2 | 3 | - | 4 | 1 | 2 | - | 4 | 2 | - |
| W67 | (U)tonutí a potopení při pobytu v bazénu | 3 | 2 | 2 | 3 | 5 | 4 | 3 | 5 | 3 | 7 |
| W68 | (U)tonutí a potopení po pádu do bazénu | 2 | 4 | - | 5 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| W69 | (U)tonutí a potopení při pobytu v přírodní vodě | 31 | 25 | 12 | 21 | 18 | 31 | 28 | 30 | 43 | 31 |
| W70 | (U)tonutí a potopení po pádu do přírodní vody | 48 | 36 | 43 | 71 | 60 | 57 | 61 | 57 | 54 | 55 |
| W73 | Jiné určené (u)tonutí a potopení | 9 | 7 | 3 | 8 | 5 | 6 | 4 | 16 | 6 | 10 |
| W74 | Neurčené (u)tonutí a potopení | 119 | 103 | 86 | 54 | 44 | 50 | 35 | 19 | 27 | 26 |
| | Jiná náhodná ohrožení dýchání (W75 - W84) | 313 | 303 | 220 | 170 | 171 | 146 | 153 | 178 | 167 | 171 |
| W75 | Náhodné (za)dušení a (u)škrčení v posteli | - | 1 | - | - | 3 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| W76 | Jiné náhodné oběšení a (u)škrčení | 4 | 2 | 7 | 2 | - | 2 | 5 | 2 | 4 | 1 |
| W77 | Ohrožení dýchání způsobené zavalením (zasypáním) padající zeminou a jinými hmotami | 7 | 9 | 6 | 8 | 14 | 9 | 5 | 13 | 9 | 4 |
| W78 | Vdechnutí žaludečního obsahu | 218 | 221 | 166 | 100 | 87 | 67 | 79 | 62 | 59 | 56 |
| W79 | Vdechnutí nebo polknutí potravy jako příčina ucpání dýchacích cest | 53 | 36 | 11 | 26 | 20 | 24 | 27 | 56 | 54 | 67 |
| W80 | Vdechnutí nebo polknutí jiných předmětů jako příčina ucpání dýchacích cest | 12 | 24 | 20 | 15 | 31 | 29 | 28 | 24 | 14 | 21 |
| W81 | Uzavření nebo zachycení v prostředí s nízkým obsahem kyslíku | - | - | 2 | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | - |
| W83 | Jiná určená ohrožení dýchání | 7 | 2 | 2 | 3 | 9 | 4 | 3 | 5 | 10 | 8 |
| W84 | Neurčené ohrožení dýchání | 12 | 8 | 6 | 9 | 6 | 6 | 3 | 14 | 10 | 13 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Vystavení elektrickému proudu, ozáření a extrémní okolní teplotě a tlaku vzduchu (W85 - W99) | 25 | 28 | 32 | 16 | 15 | 15 | 20 | 15 | 18 | 10 |
| W85 | Dotyk elektrického vedení | 6 | 5 | 7 | 2 | 6 | 2 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| W86 | Vystavení jinému určenému elektrickému proudu | 4 | 3 | 4 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | - |
| W87 | Vystavení neurčenému elektrickému proudu | 15 | 20 | 19 | 8 | 7 | 7 | 5 | 7 | 5 | 3 |
| W91 | Vystavení neurčenému typu záření | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| W92 | Vystavení nadměrnému horku uměle vytvořenému | - | - | 2 | - | - | - | 2 | 1 | 2 | - |
| W93 | Vystavení nadměrnému chladu uměle vytvořenému | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - | 1 |
| W94 | Vystavení vysokému a nízkému tlaku vzduchu a jeho změnám | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - |
| W99 | Vystavení jiným a neurčeným faktorům okolního prostředí vytvořeným uměle | - | - | - | - | - | 1 | 3 | - | 1 | 1 |
| | Vystavení kouři, ohni, dýmu a plamenům (X00 - X09) | 62 | 51 | 48 | 43 | 48 | 54 | 53 | 34 | 56 | 50 |
| X00 | Vystavení nekontrolovanému ohni (požáru) v budově nebo konstrukci | 16 | 11 | 11 | 13 | 15 | 11 | 22 | 18 | 25 | 23 |
| X01 | Vystavení nekontrolovanému ohni (požáru) mimo budovy a konstrukce | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| X02 | Vystavení kontrolovanému ohni v budovách a konstrukcích | 1 | 3 | - | 3 | 1 | 2 | 3 | 2 | - | 2 |
| X03 | Vystavení kontrolovanému ohni mimo budovy | - | - | - | - | 1 | 1 | - | 1 | 1 | - |
| X04 | Vystavení vznícení vysoce hořlavých hmot | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | - | - | 2 | - |
| X05 | Vystavení vznícení nebo tavení nočního prádla | - | - | 2 | - | - | - | - | - | 1 | - |
| X06 | Vystavení vznícení nebo tavení jiného šatstva a oděvu | 3 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | - | - | 2 | 2 |
| X08 | Vystavení jinému určenému kouři, dýmu, ohni a plamenům | 6 | 3 | 5 | 6 | 6 | 5 | 6 | 1 | 3 | 6 |
| X09 | Vystavení neurčenému kouři, dýmu, ohni a plamenům | 32 | 29 | 25 | 15 | 19 | 32 | 21 | 11 | 20 | 15 |
| | Kontakt s horkem a horkými látkami (X10 - X19) | 13 | 7 | 6 | 5 | 6 | 1 | 2 | 6 | 5 | 8 |
| X10 | Kontakt s horkými nápoji, potravinou, tukem a oleji na vaření | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| X11 | Kontakt s horkou vodou z vodovodu | - | 1 | 2 | 1 | 2 | - | 1 | 1 | 1 | - |
| X12 | Kontakt s jinými horkými tekutinami | 1 | 2 | - | - | - | - | - | 2 | - | 3 |
| X13 | Kontakt s vodní párou a jinými horkými výparů | - | - | 1 | 1 | 1 | - | - | - | - | - |
| X14 | Kontakt s horkým vzduchem a plyny | 1 | - | - | - | - | 1 | - | 2 | 2 | 1 |
| X15 | Kontakt s horkými zařízeními v domácnosti | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 3 |
| X16 | Kontakt s horkými topnými zařízeními, radiátory a rourami | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | - | - | - | - | - |
| X17 | Kontakt s horkými stroji, přístroji a nástroji | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| X18 | Kontakt s jinými horkými kovy | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| X19 | Kontakt s jiným a neurčeným horkem a horkými látkami | 9 | 2 | 2 | - | 2 | - | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Kontakt s jedovatými živočichy a rostlinami (X20 - X29) | 4 | 8 | 3 | 5 | 2 | 5 | 4 | 5 | 4 | 7 |
| X20 | Kontakt s jedovatými hady a ještěrkami | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| X21 | Kontakt s jedovatými pavouky | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| X23 | Kontakt se sršňi, vosami a včelami | 2 | 7 | 3 | 5 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 5 |
| X25 | Kontakt s jinými jedovatými členovci | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| X29 | Kontakt s neurčeným jedovatým živočichem nebo rostlinou | 1 | 1 | - | - | - | 1 | - | 1 | - | 1 |
| | Vystavení přírodním silám (X30 - X39) | 195 | 129 | 135 | 105 | 98 | 111 | 133 | 143 | 160 | 149 |
| X30 | Vystavení nadměrnému přírodnímu horku | 3 | - | 1 | 6 | 1 | 3 | 1 | 4 | 2 | 1 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| X31 | Vystavení nadměrnému přírodnímu chladu | 186 | 128 | 134 | 98 | 95 | 105 | 129 | 133 | 155 | 148 |
| X32 | Vystavení slunečnímu záření | - | - | - | - | 2 | 1 | - | 3 | 1 | - |
| X33 | Obět blesku | - | - | - | - | - | 2 | 2 | 2 | - | - |
| X34 | Obět zemětřesení | 4 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| X36 | Obět laviny, sesuvu půdy a jiných zemských pohybů | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| X37 | Obět přírodní katastrofické bouře | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| X38 | Obět povodně (záplavy) | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 2 | - |
| X39 | Vystavení jiným a neurčeným přírodním silám | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| | Náhodná otrava škodlivými látkami (X40 - X49) | 325 | 338 | 419 | 419 | 395 | 426 | 464 | 464 | 391 | 355 |
| X40 | Náhodná otrava neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení | 2 | 1 | 5 | 1 | 7 | - | 2 | 2 | 3 | 2 |
| X41 | Náhodná otrava antiepileptiky, sedativy-hypnotiky, antiparkinsoniky, psychotropními léky a expozice, nezařazená jinde | 23 | 31 | 43 | 58 | 52 | 75 | 50 | 46 | 22 | 25 |
| X42 | Náhodná otrava narkotiky a psychodysleptiky (halucinogeny) a expozice jejich působení, nezařazená jinde | 7 | 7 | 12 | 21 | 9 | 18 | 25 | 32 | 12 | 10 |
| X43 | Náhodná otrava jinými léčivými působícími na autonomní nervovou soustavu a expozice jejich působení | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 1 | 6 | - | 1 |
| X44 | Náhodná otrava jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení | 19 | 20 | 31 | 39 | 39 | 43 | 32 | 42 | 21 | 15 |
| X45 | Náhodná otrava alkoholem a expozice jeho působení | 172 | 180 | 228 | 193 | 210 | 203 | 276 | 257 | 290 | 269 |
| X46 | Náhodná otrava organickými rozpouštědly a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení | 11 | 3 | 7 | 5 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 1 |
| X47 | Náhodná otrava jinými plyny a parami a expozice jejich působení | 80 | 82 | 77 | 79 | 53 | 65 | 57 | 58 | 29 | 25 |
| X48 | Náhodná otrava pesticidy a expozice jejich působení | 2 | 2 | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| X49 | Náhodná otrava jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami a expozice jejich působení | 8 | 10 | 13 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 9 | 6 |
| | Přetížení, cestování a strádání (X50 - X57) | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | - | 2 | - | - | 1 |
| X50 | Přetížení a namáhavé nebo opakované pohyby | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| X51 | Cestování a pohyb | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| X53 | Nedostatek potravy | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 1 | - | - | - |
| X54 | Nedostatek vody | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| | Náhodné vystavení jiným a neurčeným faktorům (X58 - X59) | 498 | 1 073 | 1 072 | 1 121 | 1 403 | 1 518 | 1 308 | 1 303 | 1 456 | 1 422 |
| X58 | Vystavení jiným určeným faktorům | 43 | 9 | 2 | 3 | 1 | - | 4 | - | 2 | 8 |
| X59 | Vystavení neurčeným faktorům | 455 | 1 064 | 1 070 | 1 118 | 1 402 | 1 518 | 1 304 | 1 303 | 1 454 | 1 414 |
| | Úmyslné sebepoškození (X60 - X84) | 1 502 | 1 589 | 1 647 | 1 573 | 1 488 | 1 384 | 1 316 | 1 395 | 1 352 | 1 191 |
| X60 | Úmyslné sebeotrávení neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení | 6 | 4 | - | 3 | 7 | 8 | 5 | 9 | 8 | 2 |
| X61 | Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy-hypnotiky, antiparkinsoniky, psychotropními léky a expozice, nezařazené jinde | 48 | 42 | 33 | 52 | 59 | 51 | 31 | 58 | 62 | 48 |
| X62 | Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodysleptiky (halucinogeny) a expozice jejich působení, nezařazené jinde | 8 | 2 | 9 | 6 | 10 | 9 | 9 | 13 | 11 | 10 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| X63 | Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými působícími na autonomní nervovou soustavu a expozice jejich působení | 2 | 1 | - | 3 | 2 | 2 | 2 | - | 4 | 1 |
| X64 | Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení | 34 | 35 | 30 | 24 | 30 | 23 | 22 | 28 | 26 | 18 |
| X65 | Úmyslné sebeotrávení alkoholem a expozice jeho působení | 5 | 5 | 7 | 6 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 3 |
| X66 | Úmyslné sebeotrávení organickými rozpuštěnými a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení | 4 | 1 | 2 | 5 | 6 | 2 | 4 | 3 | - | 2 |
| X67 | Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami a expozice jejich působení | 27 | 24 | 25 | 16 | 19 | 18 | 14 | 10 | 15 | 12 |
| X68 | Úmyslné sebeotrávení pesticidy a expozice jejich působení | 1 | 1 | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| X69 | Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami a expozice jejich působení | 6 | 6 | 19 | 10 | 12 | 17 | 21 | 16 | 11 | 11 |
| X70 | Úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením | 967 | 993 | 1 010 | 932 | 812 | 777 | 721 | 763 | 746 | 613 |
| X71 | Úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením | 18 | 23 | 30 | 22 | 20 | 21 | 14 | 15 | 14 | 23 |
| X72 | Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru | 59 | 89 | 68 | 114 | 93 | 102 | 103 | 119 | 102 | 112 |
| X73 | Úmyslné sebepošk. výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční zbraně | 15 | 14 | 13 | 20 | 28 | 26 | 26 | 14 | 22 | 24 |
| X74 | Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně | 72 | 83 | 93 | 41 | 41 | 29 | 23 | 21 | 31 | 26 |
| X75 | Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou | - | - | 1 | 2 | - | - | 2 | - | - | - |
| X76 | Úmyslné sebepoškození kouřem, dýmem a ohněm | 4 | 6 | 10 | 7 | 7 | 5 | 3 | 4 | 3 | 7 |
| X77 | Úmyslné sebepošk. vodní parou, horkými výpary a předměty | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| X78 | Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem | 65 | 54 | 61 | 53 | 47 | 52 | 36 | 55 | 47 | 49 |
| X79 | Úmyslné sebepoškození tupým předmětem | - | 1 | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - |
| X80 | Úmyslné sebepoškození skokem z výše | 113 | 129 | 141 | 164 | 146 | 144 | 154 | 150 | 132 | 139 |
| X81 | Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět | 32 | 49 | 70 | 72 | 121 | 81 | 106 | 95 | 83 | 74 |
| X82 | Úmyslné sebepoškození haváří motorového vozidla | 6 | 8 | 8 | 8 | 10 | 5 | 6 | 10 | 12 | 10 |
| X83 | Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky | 3 | 8 | 6 | 6 | 6 | 7 | 11 | 7 | 20 | 5 |
| X84 | Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky | 7 | 11 | 11 | 6 | 10 | 2 | 1 | 1 | - | 2 |
| | Napadení (útok) (X85 - Y09) | 87 | 88 | 91 | 92 | 79 | 89 | 53 | 65 | 56 | 78 |
| X85 | Napadení léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| X88 | Napadení plyny a parami | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| X91 | Napadení oběšením, (u)škrcením a (za)dušením | 9 | 2 | 16 | 7 | 7 | 7 | 8 | 4 | 6 | 10 |
| X92 | Napadení (u)topením a potopením | - | 1 | 3 | - | - | 2 | - | - | 3 | - |
| X93 | Napadení výstřelem z pistole, revolveru | 7 | 9 | 7 | 11 | 7 | 12 | 5 | 4 | 4 | 16 |
| X94 | Napadení výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční zbraně | - | 1 | 1 | - | - | - | 1 | 2 | - | 1 |
| X95 | Napadení výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně | 6 | 7 | 8 | 6 | 6 | 2 | 1 | 3 | 1 | - |
| X96 | Napadení výbušnou látkou | - | - | - | 2 | 1 | - | - | - | - | - |
| X97 | Napadení kouřem, dýmem a ohněm | 1 | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | - |
| X98 | Napadení vodní parou, horkými výpary a horkými předměty | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| X99 | Napadení ostrým předmětem | 35 | 39 | 34 | 43 | 32 | 41 | 27 | 35 | 20 | 30 |
| Y00 | Napadení tupým předmětem | 6 | 8 | 5 | 6 | 3 | 11 | 5 | 4 | 7 | 5 |
| Y01 | Napadení shozením z výše | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | - | 1 | - | 2 | 1 |
| Y02 | Napadení strčením nebo umístěním oběti před pohybující se předmět | - | - | - | - | 2 | - | - | 1 | - | - |
| Y04 | Napadení tělesnou silou | 11 | 10 | 8 | 11 | 11 | 6 | 4 | 8 | 10 | 10 |
| Y06 | Zanedbání a opuštění | 1 | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Y07 | Jiné špatné zacházení | - | 1 | 1 | - | - | - | 1 | 1 | 1 | - |
| Y08 | Napadení jinými určenými způsoby | 2 | 1 | 1 | - | 1 | 2 | - | 1 | 1 | 4 |
| Y09 | Napadení neurčenými způsoby | 6 | 8 | 5 | 4 | 6 | 6 | - | - | - | 1 |
| | Případ (událost) nezjištěného úmyslu (Y10 - Y34) | 359 | 317 | 273 | 178 | 213 | 184 | 208 | 241 | 321 | 414 |
| Y10 | Otrava neopioidními analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení, nezjištěného úmyslu | 4 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Y11 | Otrava antiepileptiky, sedativy-hypnotiky, antiparkinsoniky a psychotropními léky a expozice nezařazená jinde, nezjištěného úmyslu | 23 | 18 | 6 | 8 | 7 | 7 | 11 | 10 | 33 | 36 |
| Y12 | Otrava narkotiky a psychodysleptiky (halucinogeny) a expozice jejich působení, nezařazená jinde, nezjištěného úmyslu | 6 | 7 | 5 | 4 | 6 | 1 | 1 | 1 | 16 | 18 |
| Y13 | Otrava jinými léčivými substancemi na autonomní nervovou soustavu, a expozice jejich působení, nezjištěného úmyslu | 4 | 4 | - | - | 2 | 1 | 1 | - | 1 | 1 |
| Y14 | Otrava jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení, nezjištěného úmyslu | 12 | 21 | 16 | 9 | 6 | 10 | 3 | 9 | 22 | 18 |
| Y15 | Otrava alkoholem a expozice jeho působení, nezjištěného úmyslu | 15 | 12 | 11 | 4 | 4 | 1 | 3 | 6 | 2 | - |
| Y16 | Otrava organickými rozpouštědly a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení, nezjištěného úmyslu | 1 | 1 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 | - | 1 | 1 |
| Y17 | Otrava jinými plyny a parami a expozice jejich působení, nezjištěného úmyslu | 10 | 12 | 2 | 1 | - | - | 2 | 2 | 5 | 10 |
| Y18 | Otrava pesticidy a expozice jejich působení, nezjištěného úmyslu | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| Y19 | Otrava jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami a expozice jejich působení, nezjištěného úmyslu | 3 | 5 | 4 | 2 | 4 | 1 | - | 3 | 12 | 7 |
| Y20 | Oběšení, (u)škrncení a (za)dušení, nezjištěného úmyslu | 31 | 29 | 29 | 14 | 17 | 12 | 15 | 11 | 28 | 61 |
| Y21 | (U)topení a potopení, nezjištěného úmyslu | 14 | 9 | 24 | 23 | 30 | 25 | 24 | 24 | 19 | 11 |
| Y22 | Výstřel z pistole, revolveru, nezjištěného úmyslu | 7 | 2 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 2 | 4 |
| Y23 | Výstřel z pušky, brokovnice a větší ruční stříelné zbraně, nezjištěného úmyslu | 2 | - | 2 | 2 | - | - | 1 | 1 | 1 | - |
| Y24 | Výstřel z jiné a neurčené stříelné zbraně, nezjištěného úmyslu | 7 | 7 | 8 | 5 | 5 | 6 | 4 | - | 1 | 4 |
| Y25 | Kontakt s výbušnou látkou, nezjištěného úmyslu | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Y26 | Vystavení kouři, dýmu a ohni, nezjištěného úmyslu | 6 | 3 | 2 | - | 8 | 5 | 7 | 4 | 5 | 4 |
| Y27 | Kontakt s vodní párou, horkými výpary a předměty, nezjištěného úmyslu | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| Y28 | Kontakt s ostrým předmětem, nezjištěného úmyslu | 8 | 3 | 9 | 8 | 5 | 5 | 7 | 6 | 5 | 9 |
| Y29 | Kontakt s tupým předmětem, nezjištěného úmyslu | 6 | 2 | 2 | 6 | 5 | 2 | 2 | 1 | 4 | 3 |
| Y30 | Pád, skok nebo strčení z výšky, nezjištěného úmyslu | 21 | 22 | 15 | 23 | 29 | 34 | 30 | 34 | 25 | 31 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Y31 | Pád, položení nebo vběhnutí před nebo do pohybující(ho) se předmět(u), nezjištěného úmyslu | 3 | 2 | 7 | 1 | 3 | 5 | 2 | 10 | 4 | 6 |
| Y32 | Nehoda motorového vozidla, nezjištěného úmyslu | - | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | 1 |
| Y33 | Jiné určené případy (události), nezjištěného úmyslu | 1 | 2 | - | 5 | 6 | 3 | 7 | 20 | 22 | 16 |
| Y34 | Neurčený případ (událost), nezjištěného úmyslu | 174 | 154 | 120 | 55 | 67 | 58 | 80 | 91 | 111 | 171 |
| | Zákonný zákrok a válečné operace (Y35 - Y36) | 1 | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - |
| Y35 | Zákonný zákrok | 1 | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - | - |
| | Komplikace zdravotní péče (Y40 - Y84) | 39 | 50 | 76 | 124 | 129 | 149 | 189 | 157 | 260 | 208 |
| Y36 | Válečné operace | - | - | - | - | 5 | - | - | - | 3 | - |
| Y40 | Systémová antibiotika | - | - | - | 1 | - | - | 2 | - | - | - |
| Y42 | Hormony a jejich syntetické náhrady a antagonisté nezařazené(-i) jinde | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 5 | 2 |
| Y43 | Prostředky působící přímo na celý organismus | 1 | - | 1 | 1 | 1 | - | - | 1 | 2 | 1 |
| Y44 | Prostředky působící primárně na krevní složky | 1 | - | - | 4 | 1 | 4 | 3 | 2 | 27 | 18 |
| Y45 | Analgetika, antipyretika a protizánětlivá léčiva | 1 | 1 | - | - | 1 | - | - | - | 3 | 2 |
| Y47 | Sedativa, hypnotika a antianxiózní léčiva | - | 2 | - | - | - | 1 | - | - | 1 | 2 |
| Y48 | Anestetika a terapeutické plyny | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 2 | - |
| Y49 | Psychotropní léčiva nezařazená jinde | - | 1 | 1 | 1 | - | - | 2 | - | 4 | 5 |
| Y52 | Prostředky působící primárně na kardiovaskulární soustavu | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 2 |
| Y54 | Prostředky působící primárně na vodní rovnováhu, přeměnu minerálů | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Y55 | Prostředky působící primárně na hladké a kosterní svalstvo a dýchací soustavu | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Y57 | Jiné a neurčené léky, léčiva a návykové látky | - | 2 | - | - | - | - | - | 2 | 2 | 1 |
| Y59 | Jiné a neurčené očkovací a biologické látky | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 |
| Y60 | Neúmyslné řiznutí, píchnutí, perforace | 1 | 7 | 7 | 4 | 5 | 2 | 7 | 2 | 3 | 3 |
| Y61 | Cizí těleso náhodně ponechané v těle při zdravotní péči | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| Y62 | Selhání sterilizačních opatření při zdravotní péči | 1 | 1 | - | - | - | - | 1 | - | - | - |
| Y63 | Chyba v dávkování při zdravotní péči | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| Y65 | Jiné nehody při zdravotní péči | - | 1 | - | 1 | - | 3 | 2 | - | 2 | 3 |
| Y69 | Neurčená nehoda při zdravotní péči | - | - | 1 | 2 | 1 | - | - | 4 | 2 | 4 |
| Y70 | Nežádoucí příhody související s anesteziologickými přístroji (pomůckami) | - | - | 1 | - | 2 | 2 | 1 | - | 1 | - |
| Y71 | Nežádoucí příhody související s kardiovaskulárními přístroji (pomůckami) | - | - | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 3 |
| Y72 | Nežádoucí příhody s ORL přístroji (pomůckami) | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 |
| Y74 | Nežádoucí příhody související s přístroji (pomůckami) pro celkové nemocniční a osobní použití | 1 | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| Y75 | Nežádoucí příhody související s neurologickými přístroji (pomůckami) | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| Y76 | Nežádoucí příhody související s porodnickými a gynekologickými přístroji (pomůckami) | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - |
| Y78 | Nežádoucí příhody související s radiologickými přístroji (pomůckami) | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| Y79 | Nežádoucí příhody související s ortopedickými přístroji (pomůckami) | - | - | 3 | 3 | 3 | 9 | 6 | 4 | 1 | 5 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|
| Y80 | Nežádoucí příhody související s přístroji (pomůckami) fyzikální medicíny | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - | - | - |
| Y81 | Nežádoucí příhody související s přístroji (pomůckami) obecné a plastické chirurgie | - | 1 | - | - | - | 2 | 1 | - | 1 | 2 |
| Y82 | Nežádoucí příhody související s jinými a neurčenými lékařskými přístroji (pomůckami) | - | - | - | 1 | - | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 |
| Y83 | Operace a jiné operační výkony jako příčina abnormální reakce nebo pozdější komplikace, bez zmínky o nehodě při výkonu | 18 | 28 | 42 | 70 | 70 | 85 | 111 | 83 | 131 | 88 |
| Y84 | Jiné vyšetřovací a léčebné výkony jako příčina abnormální reakce pacienta nebo pozdější komplikace, bez zmínky o nehodě při výkonu | 15 | 6 | 18 | 30 | 35 | 34 | 46 | 55 | 64 | 58 |
| | Následky vnějších příčin nemocnosti a úmrtnosti (Y85-Y89) | 7 | 53 | 62 | 84 | 93 | 88 | 113 | 87 | 33 | 20 |
| Y85 | Následky dopravních nehod | 3 | 10 | 9 | 11 | 4 | 4 | 5 | - | - | 2 |
| Y86 | Následky jiných nehod | 1 | 34 | 37 | 55 | 82 | 74 | 98 | 67 | 11 | 3 |
| Y87 | Následky úmyslného sebepoškození, napadení (útoku) a případů (událostí) nezjištěného úmyslu | - | 7 | 15 | 7 | 2 | 4 | 4 | 4 | - | - |
| Y88 | Následky při zdravotní péči jako vnější příčině | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Y89 | Následky jiných vnějších příčin | 2 | 1 | - | 8 | 4 | 4 | 4 | 15 | 20 | 13 |

17.2. Příloha II – Neverbální komunikace

Tab. 4.1 Charakteristika člověka podle chůze

| Charakteristika chůze | Charakteristika chodce |
|---|--|
| Kroky rychlé, směřující výrazně kupředu, poněkud nervózní, upachtěné, jakoby v obavách. Ramena spíše dopředu a dolů. | Chce vše stihnout, ale nestihá; uštvaný, nervózní, spěch, neklid. |
| Kroky rychlé, uvolněné, různé, postava vzpřímená, razantní, klidná, vyrovnaná. Ramena vzpřímená, spíše dozadu. | Chce mnohé stihnout a také to stihne; sebevědomý, klidný, jistý, sebezdráždňující. |
| Chůze klidná. | Sebevědomí, vyrovnanost, síla vůle. |
| Kroky pomalejší, důstojné, důležité, vážné. | Jde osobnost, jdou já , sebejistota, důležitost, sebevědomost, důstojnost. |
| Chůze pomalá. | Pohodlnost, únava, nemoc. |
| Kroky v plánovaném směru, který se nemění, změnu může přivodit pouze překážka. | Jednou stanovený směr dodržím, jistota, cílevědomost, přímočarost, suverenita. |
| Kroky často mění směr, jsou zmatené, nerozhodné, nejisté až trhavé. | Názorová flexibilita „ode zdi ke zdi“, nervozita, labilita, nespolehlivost, plachost. |
| Rázná, asertivní až agresivní chůze, dobře rozeznatelná v úzkých místech, kde je k vyhnutí se třeba, aby jeden nebo oba trochu ustoupili stranou. | Agresivnost, sebejistota, nekompromisnost, „já jdu, vy uhněte“. |
| Pasivní chůze, v úzkých místech přednostně ustoupí. | Nedostatečná asertivita, pasivita, typ „někdo jiný jde proti mně – tedy ochotně uhnu“. |
| Váhavé šourání vpřed, činí dojem, jako by člověk musel, ale nechtěl. | Nejistota, labilita, bojácnost, nervozita, váhavost, nerozhodnost, nemoc. |

Tab. 4.2 Příklady charakteristiky některých gest

| Popis gesta | Významová charakteristika |
|---|--|
| Prst v ústech | Překvapení, výraz naivity |
| Doteky vlastního nosu nebo úst prstem | Přemýšlení, zamyšlenost, vysoká soustředěnost, rozpaky, kritické zpracování přijatého dojmu, pocit přistížení |
| Palec podpírající bradu | Odmítavý postoj |
| Kousání se do prstu | Údiv, rozpaky, těžkopádnost |
| Píchání ukazováčkem do stolu | Trvání na něčem, zdůrazňování argumentů, přesvědčení o své pravdě |
| Zvedání ukazováčku do výšky | Poučování, kárání |
| Ukazováček míří na druhého | Jedno z nejagresivnějších gest |
| Ukazováček se dotýká čela | Už jsem to pochopil, už mi to došlo |
| Ukazováček ťuká na spánek | Jsi praštěný, duševně nemocný |
| Bubnování prsty na stole, čmárání různých obrzců, | Nervozita, netrpělivost, nuda, snaha po dosažení konkrétního výsledku, zbytečné ztrácení času |
| Ruce za hlavou, prsty propletené na zátylku | Nadřazenost, šéfovský postoj, „já jsem tu páнем“, signál „už jsem vše řekl“, „pro mne věc skončila“ |
| Jiné pohyby rukou na hlavě | Rozpačitost, nelibost, nepřijemnost |
| Zakrývání obličeje rukou | Rozpaky, pocit studu |
| Zkřížené paže na prsou | Strach, obranná pozice, bariéra, distancování se od druhého, nedůvěra, nesouhlas, zima, únava, individuální návyk |
| Hlazení čela rukou | Odstranění (setření) nepřijemné představy |
| Tření rukou | Rozpaky, zamyšlenost, vysoká soustředěnost |
| Pohrávání si s nějakou věcí (tužka, náušnice, ušní lalůček, plnovous) | Strach, úzkost, nervozita |
| Ruce se vzájemně dotýkají konečky prstů (věžička) | Hledání opory, jistota vědomosti, „advokátské gesto“, prsty směřují nahoru – vyjadřování svých názorů, směr dolů – naslouchání |
| Ruce jsou do sebe zaklesnuté minimální mírou – za nehty | Potřeba něhy |
| Ruce jsou připaženy s lokty do stran | Agresivita |
| Ruce v kapsách | Nezdvořilost, signál „mám co skrývat a chci to skrývat“ |
| Ruce v kapsách jen palci | Sebevědomá i erotická výzva |
| Ruce roztažené před tělem, dlaně nahoru | „Papežské gesto“, vřídlné přivítání s příslibem upřímnosti, otevřenosti a vstřícnosti |
| Zatáté pěsti | Vztek, agresivita, nepřátelský postoj, suverenita |
| Natažená paže vůči druhému, dlaně zvednutá od pravého úhlu k předloktí, prsty mírně roztažené | Stop, přestaň mluvit, nepřibližuj se, vyčkej |
| Ruka snažící se přikrýt ústa | Chci řečené vzít zpět, „co jsem to řekl?“ |
| Ruka si mne bradu, nos | Přemýšlení, náročnější rozhodování |
| Ruka si mne čelo | Upřímný projev trapasu |

| | |
|--|--|
| Ruka si zakrývá oči | Nechci to vidět, vidím to nerad |
| Ruka si mne zátylek | Neupřímný trapas, který chce být ututlán |
| Mnutí dlaní | Pozitivní očekávání; při pomalém mnutí – Istivý dojem |
| Posouvání brýlí rukama | Snaha získat čas |
| Široká gesta, rozmachy paží | Pocit jistoty, bezpečí, suverenita, bodrost |
| Zrcadlení – napodobování gest partnera | Souhlas; pokud je přeháněno – výsměch, strojenost, afektovanost, neupřímnost |
| Nohy těsně vedle sebe | Bojácnost, samotářství, strach před dotykem |
| Nohy volně zkřížené při sedu | Vstřícnost, rezervovanost, ležérnost, důvěryhodnost |
| Noha při sedu trčí dopředu | Snaha o získání většího prostoru |
| Hadovitě propletené nohy | Nervozita, neústupnost |
| Nohy obtočené kolem noh židle | Nejistota, hledání opory, obranná pozice |
| Poklepávání špičkou nohy | Netrpělivost |
| Nárt zakleslý za lýtko | Vnitřní neklid |
| Pohupování nohou při sedu | Nudím se |
| Noha sevřená při sedu rukama | Neoblomně trvám na svém názoru |
| Roztržitě hlazení si nohy | Přitahuješ mne, líbíš se mi |
| Neformálně roztažené nohy v sedu | Bezstarostnost, nevychovanost, bezohlednost |
| Hlava podepřená v týle | Samolibost, pocit nadřazenosti |
| Trhnutí hlavou dozadu | Naduté gesto „pojdte sem!“ |
| Kývnutí směrem dopředu | Souhlas, ano |
| Kývání do stran | Možná ano, možná ne, pochybnosti |
| Pootočení stranou, vrtění, záklon | Nesouhlas, ne |
| Hlava podepřená pod bradou | Nuda, zdánlivá soustředěnost, někdy plná soustředěnost |
| Plácnutí dlaní do hlavy | „Jsem to ale hlupák“ |

Tab. 4.3 Příklady charakteristických mimických signálů

| Popis mimiky | Významová charakteristika |
|---|--|
| Čelo – svislé vrásky | Neľibost, strach, zlost, námaha (zejména duševní) |
| Čelo – vodorovné vrásky | Usilovná pozornost, překvapení |
| Čelo – svaštělé | Nevole nebo nepochopení, rozhořčení |
| Ústa – semknutá | Citlivost, strach před kontaktem, odmítavý postoj, rozhodnost, málomluvnost, silná vůle, odvaha, přemýšlení, sklon k voluntarizmu |
| Ústa – pootevřená nebo otevřená | Nedostatek sebeovládání i sebekontroly, údiv, duševní tupost, organická porucha (zvětšené nosní mandle), chlubení se krásnými zuby, snaha přerušit mluvího |
| Ústa – koutky směřují dolů | Hořkost, měkkost, infantilita, slabost vůle, pesimismus, deprese, vztek |
| Ústa – koutky směřují nahoru | Kyselá reakce, energický odpor, bolest, rozmrzelost, nespokojenost |
| Ústa – záškuby koutku | Pochybnost, ignorance, nesouhlas |
| Ústa – zavřená, koutky lehce zvednuté | Sladká reakce, naivní ješitnost jako reakce na pochvalu |
| Ústa – zavřená, koutky trvale zvednuté | Nudnost, přesládllost, samolibost, pohoda, potěšení, radost |
| Ústa – kousání do rtů | Zamyšlenost, snaha získat čas, zlobím se |
| Ústa – silně sevřené rty | Pocit trapnosti nebo bezcitnosti |
| Úsměv – výrazný, srdečný, oči lehce přivížené, ústa do měsíčku | Upřímnost, nenucenost, poctivost, nepředstíraná radost, pozor na hraný stav „keep smiling – vždy s úsměvem“ |
| Úsměv – jemný, mírný | Vytříbenost, nesmělost, zdrženlivost, nejistota |
| Úsměv – s pootevřenými ústy a oči nepřivížené | Pohrdání, agresivita, neupřímnost |
| Úsměv – doprovázený pohledem z boku a klopením očí | Nesmělý obdiv, tajený obdiv, flirt |
| Úsměv – křečovitý smích | Ironie, škodolibá radost, sarkasmus, závist, nesouhlas |
| Úsměv – chybí, tvář pokerového hráče, kamenná tvář | Vysoké ovládnání, nenucenost, uzavřenost, skrývání emocí, nepřístupnost; vynikající pozorovatel emocí partnerů! |
| Brada – dopředu | Zvýšené sebevědomí |
| Brada – na prsa | Menší sebevědomí, stud |
| Brada – pokleslá, ústa pootevřená | Údiv, snížené IQ, příznak demence |

Tab. 4.4 Příklady charakteristických signálů mluvy očí

| Popis signálu | Významová charakteristika |
|--|--|
| Oči – dívají se upřeně a neuhnou, obličejové svaly uvolněné, partner se dívat nepřestává | Pozitivní dojem, partner se pozitivním dojmem, který vzbuzujete, netají, obdiv, zamilovanost, (agresivita, obranná reakce), dej si pozor |
| Oči – pohled úkradkem, z boku, šikmý, úkošem | Snaha po utajeném, neprozrazeném pohledu; ostych, rezervovanost, nepřízeň až záudnost, neupřímnost, plachost provinilost; nepřátelský, kritický pohled |
| Oči – ignorování pohledem, přehlížení, přezírání | Vysoká nadřazenost, pohrdání, jsi nula, já jsem někdo, jsi pod mou rozlišovací schopností, nejistota, arogance, soustředování se |
| Oči – skelný, nepřítomný, výraz, rozostřený | Přemýšlím (doporučuje se nerušit, nechat přemýšlet!), partner pod vlivem drog |
| Oči – široce otevřené | Zvýšená pozornost, připravenost ke vnímání, úžas, sympatie, otevřenost |
| Oči – přímý otevřený pohled | Poctivost, důvěra, čisté svědomí, účastnost, otevřenost, cílevědomost, odhodlání, sebedůvěra |
| Oči – uhnou po přirozené době 1–2 s bokem nebo k jinému objektu | Vyrovnaná osobnost |
| Oči – uhnou ihned po zaregistrování pohledu | Snaha po utajení pohledu, podezření na negativní postoj, který má zůstat utajen |
| Oči – doba pohledu delší než 3 s | Podrážděnost, zvýšené napětí, provokační pohled, jednoznačný zájem, erotická výzva, sexuální harašení |
| Oči – uhnou vzhůru | Pohrdání, nadřazenost (včetně povzdachu), podceňování, silné ego, rozhořčení |
| Oči – uhnou dolů | Podřízenost, ústupnost, introvert, bázlivost |
| Oči – vykulí se | Překvapení, lišácké spikleneckví (při zdviženém obočí a pohybu hlavy nahoru a dolů) |
| Oči – uhnou doprava | Pravděpodobně extrovert |
| Oči – uhnou doleva | Pravděpodobně introvert |
| Oči – uhnou vpravo vzhůru | Mlžení |
| Oči – uhnou vlevo vzhůru | Lovení v paměti, vzpomínání |
| Oči – uhnou vlevo dolů | Vzpomínáme si na zvuky |
| Oči – přivřené | Rezignace, lhostejnost, tupost, lenivost, únava, ochablost (nejde-li o nemoc!), podezřívavost |
| Oči – zúžený pohled | Koncentrace, rozhodnost, tvrdohlavost, zlost, příliš kritický postoj, malichernost |
| Oči – těkající pohled | Roztržitost, rozpaky, únava, neupřímnost, pospěš si |
| Oči – mrkání jedním okem | Tajná dohody, společné tajemství |
| Oči – zavřené | Nepříjemná situace, chci být jinde, nechci se dívat |
| Obočí – povytažené vzhůru | Radost, rád vás poznávám |
| Obočí – hodně povytažené | Překvapení, nedůvěra, tomu se nechce věřit |
| Obočí – rychle vystřelené vzhůru | Pozdrav, koketní výzva |
| Obočí – svráštělé | Úzkost, tíseň, znepokojení |
| Víčka – chvějí se, cukání, pomrkávání | Konsternovanost, nejistota, rozčilení, vnější napětí, únava, vyčerpání, zvýšená nervozita |
| Víčka – spodní víčko stažené dolů prstem | Jsem ve střehu, „tůůůdle“, vidím ti do žaludku |

Tab. 4.5 Příklady typického podání ruky a identifikace signálů

| Popis podání ruky | Významová charakteristika |
|---|--|
| Střední síla a délka stisku, dlaň natočená malíčkem k zemi, loket mírně pokrčený, jeden až dva potřesy (kyvy), ruka je uchopena až po kořen palce | Vyrovnaná osobnost, harmonie, partnerství, odchylky – obvykle osobnost nevyrovnaná |
| Malá síla stisku (typ „leklá ryba“) | Apatie, unylost, lhostejnost, někdy i povýšenost, podřízenost, nedostatek zájmu a nadšení |
| Velká síla stisku (typ „svěrák“, „drtič kloubů“, „gorilí stisk“) | Snížené sebevědomí, kompenzované nadprůměrnou silou, agresivita, někdy i srdečná radost se setkání |
| Podání ruky plochou dlaně k zemi | Povýšenost, nadřazenost, dominance, negace |
| Podání ruky plochou dlaně vzhůru | Podřízenost, ochota jednat podle příkazů šéfa |
| Velmi napjatý loket | Signál požadovaného většího odstupu |
| Delší třesení a kmitání | Srdečnost, někdy upřímná, někdy zemitá, někdy místní zvyklost bez zlého úmyslu |
| Uchopení pouhých článků prstů | Zbrklá sobeckost, vyjádření zloby a odstupu |
| Uchopení obou rukou | Nafoukanost, panovačnost, neskrývaná radost |
| Dlaň partnera si přitáhnete blíže k sobě | Nejistota, reakce na arogantní podání ruky |
| Přizpůsobení stisku naší ruky stisku partnera | Porozumění, ochota spolupráce, ochota dosáhnout společných cílů |
| Prodloužená doba stisku – nad optimální dobu 6 s | Pozitivní signál, při prodloužení se mění v negativní (nemožnost úniku) |
| Kratší doba stisku ruky | Nedostatek zájmu a nadšení ze setkání |
| Vlhká, zpotená dlaň (signál „mokré ryby“) | Nervozita, negativní dojem |
| Suchá dlaň | Dobry dojem, korektnost, partnerství |
| Podání ruky a současně levou rukou chycení ramene | Zdánlivá srdečnost, reálné udržování odstupu, nepoužívat ve styku s nadřazenými! |
| Podání ruky shora (dlaň plochou k zemi) | Nadřazenost, dominance, projev negace |

Tab. 4.6 Příklady posturologických signálů a jejich interpretace

| Popis signálu | Významová charakteristika |
|---|---|
| Vzpřímený postoj | Hrdost, optimizmus, sebejistota |
| Shrbený postoj | Pesimismus, beznaděj (nemoc) |
| Pevný postoj s váhou na obou končetinách | Dojem síly, ovládnutí, jistoty, suverenity, nenucenost, klid |
| Postoj s váhou přenesenou na jednu končetinu | Nejistota, labilita, nerozhodnost, |
| Tělo zakloněné dozadu | Uzavřenost, odmítání |
| Tělo se předklání | Partner projevuje zájem, chce vás přerušit, naslouchání, soustředěná pozornost (náznak úmyslu vstát a odejít) |
| Muži zatahují břicho, vypínají hrud, dávají ruce v bok | Projev zájmu o ženu |
| Žena odhaluje zápěstí, pohrává si s vlasy nebo s nějakým předmětem | Projev zájmu o muže |
| Natočení k partnerovi čelem | Zájem, oblíbenost, respektování |
| Natočení k partnerovi bokem | Menší zájem, menší oblíbenost, menší respektování |
| Otočení k partnerovi zády | Nezdvořilost, pohrdání, ignorance, přehlížení |
| Natočení hlavy k třetímu partnerovi, zatímco oba partneři jsou k sobě čelem | Třetí partner není vítán |
| Nasměrování špičky nohy při postoji nebo posezu k určitému partnerovi | Zájem, souhlas s názorem partnera |
| Vzpřímené sezení | Sebevědomí |
| Zaboření do křesla, nevzpřímené sezení | Podřízenost, nízká sebevědomí |
| Neklidné sezení | Nervozita, nejistota, tréma |
| Houpání na židli | Vysoká sebevědomí, nadřazenost, ležérnost |
| Vstup do budovy důstojně a středem | Jdu já, důležitost, sebevědomí |

(Vymětal, 2003, s. 58-71)

17.3. Příloha III – Dotazník

Dotazník: Podpora neformálně pečujících starajících se o blízké v domácí paliativní péči

Vážení,

touto cestou si dovoluji obrátit se na Vás s prosbou o několik minut Vašeho času na vyplnění následujícího dotazníku určeného pro mou diplomovou práci na téma „Podpora neformálně pečujících o své blízké v domácí paliativní péči“.

Dotazník, který dostáváte do rukou, je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro potřeby mé diplomové práce a případné návrhy na zkvalitnění podpory rodinných pečujících v rámci mého studia či práce.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

Anna Hašplová

Základní údaje:

1. Jaké je Vaše pohlaví? (vyberte jednu možnost)

- a. Žena
- b. Muž
- c. Nechci uvádět

2. Jaký je Váš věk? (vyberte jednu možnost)

Dělení věku jsem uvedla dle doporučení u dospělosti dle Světové zdravotnické organizace WHO: (Machová, 2016)

- a. období plné dospělosti 18–30 let
- b. období mladého věku 31–45 let
- c. období středního věku 46–60 let
- d. období stárnutí 61–75 let
- e. období starého věku 76–90 let
- f. období stařecké nad 90 let

3. Máte momentálně práci? (vyberte jednu možnost)
 - a. Ano (přechod na otázku 4.)
 - b. Ne (přechod na otázku 5.)
4. Jak momentálně pracujete? (vyberte jednu možnost)
 - a. Na plný úvazek (přechod na otázku 6.)
 - b. Na částečný úvazek (přechod na otázku 6.)
 - c. Jako brigádník/brigádnice (přechod na otázku 6.)
 - d. Jako OSVČ (přechod na otázku 6.)
 - e. Jiné – vypište (přechod na otázku 6.)
5. Jaký je Váš stav při nezaměstnání? (vyberte jednu možnost)
 - a. Nejsem zaměstnán/na a jsem registrován/na na úřadu práce jako hlavní pečující
 - b. Nejsem zaměstnán/na a jsem registrován/na na úřadu práce jako žadatel o zaměstnání
 - c. Nejsem zaměstnán/na a nejsem registrován/na na úřadu práce
 - d. Jsem na rodičovské dovolené
 - e. Jsem již ve starobním důchodu
 - f. Pobírám invalidní důchod
 - g. Jiné – vypište
6. O kolik osob nyní pečujete? (kromě klasické péče o potomky) (vyberte jednu možnost)
 - a. 1
 - b. 2
 - c. Jiné – vypište

*vysvětlení: Pokud bude odpověď více než 1 následující otázky se budou opakovat

7. O koho nyní pečujete?

Zaškrtněte všechny hodící se možnosti.

- a. Rodiče
 - b. Tetu/strýce
 - c. Prarodiče
 - d. Tchyni/tchána
 - e. Partnerku/partnera
 - f. Potomka
 - g. Jiné – vypište
8. Kolik let je opečovávané/mu? (vyberte jednu možnost)
 - a. Období batolecího věku 1-3 roky

- b. Období předškolního věku 3-6 let
- c. Období školního věku 6-11 let
- d. Období pubescence 11-15 let
- e. Období adolescence 15-18 let
- f. Období plné dospělosti 18–30 let
- g. Období mladého věku 31–45 let
- h. Období středního věku 46–60 let
- i. Období stárnutí 61–75 let
- j. Období starého věku 76–90 let
- k. Období stařecké nad 90 let

9. Co má Váš blízký, o kterého pečujete, za diagnózu?

Zaškrtněte všechny hodící se možnosti.

- a. Onkologické (nádorové) onemocnění
- b. Neurologické onemocnění (nervového systému, mozku)
- c. Kardiovaskulární onemocnění (choroby srdce a cév)
- d. Autoimunitní onemocnění (choroby imunitního systému, např.: cukrovka typu 1, onemocnění štítné žlázy, roztroušená skleróza)
- e. Jiné – vypište

10. Kolik Vašich blízkých Vám s péčí pomáhá (rodina, přátelé apod.)? (vyberte jednu možnost)

- a. 0 (přechod na otázku 12.)
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. Jiné – vypište

11. Kdo Vám při péči o blízkého pomáhá?

Zaškrtněte všechny hodící se možnosti.

- a. Partner/partnerka
- b. Rodiče
- c. Potomci
- d. Vnoučata
- e. Přátelé
- f. Jiné – vypište

12. Jakou službu pro pomoc při péči využíváte?

Zaškrtněte všechny hodící se možnosti.

- a. Zdravotní domácí službu
- b. Osobní asistenci
- c. Pečovatelskou službu
- d. Domácí hospicovou službu
- e. Odlehčovací službu
- f. Stacionáře (denní, týdenní)

13. Jak jste profesionální podporu našli?

- a. Na doporučení známých
- b. Na doporučení lékaře
- c. Vyhledal/a jsem si ji sám/sama na internetu
- d. Jiné – vypište

14. Co pro Vás bylo při výběru služby důležité?

Zaškrtněte všechny hodící se možnosti.

- a. Profesionalita zaměstnanců
- b. Časová flexibilita zaměstnanců
- c. Milý přístup zaměstnanců k opečovávanému
- d. Milý přístup zaměstnanců k pečující rodině
- e. Finanční nákladnost
- f. Jiné – vypište

15. Co Vám nejvíce v rámci neformální (rodina, přátelé, sousedi apod.) podpory pomáhá?

Vypište:

16. Co Vám nejvíce pomáhá v rámci formální (placené profesionální péči, jako např. osobní asistence, domácí hospicová služba apod.) podpory?

Vypište:

17. Co Vám u formální (profesionální péče) chybí?

Vypište:

18. Jak by podle Vás měla kvalitní formální (profesionální péče) vypadat?

Vypište:

19. Co Vám na začátku či průběhu péče chybělo?

Vypište:

20. Co byste byla rád/a, aby Vám někdo na začátku péče řekl?

Vypište?

Poděkování:

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu vyplnit dotazník. Vaše osobní zkušenosti a pojmenované potřeby jsou neodmyslitelným základem pro zkvalitňování služeb pro pečující. Kromě studia pracuji v organizaci poskytující profesionální a praktickou podporu a pomoc pečujícím. A tak jsem denně svědkem Vaší odvahy, laskavé trpělivosti a obdivuhodného osobního nasazení, s jakými pečujete o své blízké.

S úctou a poděkováním za spolupráci Anna Hašplová