

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Stav umírání v České republice

Status of dying in the Czech Republic

Vedoucí práce:
Mgr. Pavel Kolář, Th.D., M.T.S.

Autor:
Marie Sirovátková

2012

Děkuji Mgr. Pavlu Kolářovi, Th.D., M.T.S. za vedení a cenné připomínky při vypracování této bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Stav umírání v České republice“ napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze dne 13.07.2012

Podpis:

Anotace:

Tato práce se zabývá smrtí a umíráním. Vnímání smrti je popsáno v kontextu různých kultur a náboženských tradic a v průběhu času. Autorka se zamýšlí nad tím, jak by lidé chtěli jednou zemřít, jaké obavy ze smrti mají a zdali umí o umírajících pečovat. V práci jsou dále popsány jednotlivé fáze umírání a potřeby umírajících. V praktické části této práce je uveden rozsáhlý průzkum veřejného mínění o smrti a umírání v České republice. Výsledky tohoto výzkumu jsou pak dány do kontextu s reálnými daty a fakty z českého prostředí a jsou popsány rozpory mezi tím, co by lidé chtěli a mezi skutečností. V závěru práce jsou popsány faktory, které mohou zamezovat posunu skutečnosti k tomu, co si lidé ohledně své smrti přejí a jsou navržena některá řešení, která by měla situaci okolo umírání a smrti v České republice přiblížit k ideálu.

Annotation:

The main theme of the thesis is death and dying. The perception of death is described within various cultures, religious traditions and during the course of time. The author considers how people would like to die, what are their fears of death and whether they can take care of the dying. The stages of dying and the needs of the dying are also covered in the thesis. In the practical part, an extensive research into the public opinion on death and dying in the Czech Republic is presented. The research's outcome is compared with hard data and the discrepancies between what people would like and between reality are described. At the end of the thesis, the factors that may hinder people's wishes about their deaths are covered and several solutions designed to improve the situation concerning dying and death in the Czech Republic are suggested.

Klíčová slova:

Smrt, umírání, umírání v různých kulturách a náboženských tradicích, fáze umírání, potřeby umírajících, průzkum veřejného mínění, situace v České republice

Keywords:

Death, dying, dying in different cultures and religions, phases of dying, needs of dying people, opinion poll, situation in the Czech Republic

1 Úvod

Co mají výrazy „death“, „Tod“, „mors“, „morte“, „muerte“ společného? V různých evropských jazycích znamenají výraz pro „smrt“. V latině se smrt řekne „mors“ nebo „exitus“, v řečtině pak „θάνατος“. Smrt je pro člověka od počátku stvoření jedním z ústředních témat, se kterým se snaží vyrovnat. Téma smrti řeší každé náboženství, nikdo se smrti nevyhne. Např. křesťanství nabízí v Kristově oběti a vykoupení odpověď na věčné tázání po konečnosti života, přesto nejistota člověka v kontaktu se smrtí přetrvává. Tím, že svou vlastní smrt žijící člověk nikdy nezažil (pomineme-li smrt klinickou), je smrt zahalena tajemstvím, různými lidskými představami, jaké to bude, nebo dokonce strachem či panickou hrůzou ze smrti. Nezkoušenost s vlastní smrtí ovšem neznamená, že každý člověk netuší, co ho čeká. Ludwig Landsberg k tomu říká: „Ze všech druhů je lidský jediným, který ví, že musí zemřít, a ví to pouze ze zkušenosti.“¹ Se smrtí je spojen jeden paradox: člověk si uvědomuje konečnost své existence, to se odráží i v různých praktických ohledech lidského života. V manželské smlouvě se například říká: „...dokud nás smrt nerozdělí“, právní rámec pamatuje na závěť či dědické řízení. Na druhou stranu je přirozeně v lidském podvědomí odjakživa zakořeněna představa lidské nesmrtelnosti. Rovněž se zdá, že současná společnost chce smrt a bolest vytěsnit z mysli lidí. Zkusme si projít pár ulic v našem rodném městě, kolik zde nalezneme lékáren a kolik pekáren? Jak tomu bylo před třiceti lety? Kolik periodik se věnuje zrodu života (těhotenství, porodu, výchově...) a kolik časopisů píše o umírání a smrti?

Mnoho náboženských směrů se zabývá tím, co vlastně je „dobrá smrt“. Téměř vždy „dobrá smrt“ znamenala, že člověk umírá doma, mezi svými blízkými. V dnešní době ale dochází k posunu vnímání smrti. „Euthanasia“ znamená v překladu „dobrá smrt“ (z řeckého „εὖ“ = dobře a „θάνατος“ = smrt). V dnešním západním světě je tímto pojmem označován fakt, že lékař dá smrtící injekci člověku, který již nechce žít. Chápání toho, co je dobrá smrt, se radikálně proměňuje.

¹ LANDSBERG, P. L.: *Zkušenost smrti*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1990, s. 120.

Tato práce se zabývá umíráním a smrtí. Ne každý ovšem zemře tak, jak si představoval, ne každý čelí své smrti bez obav a strachu a ne každý se umí k člověku, který odchází na smrt, „správně“ zachovat. Existuje mnoho různých příčin a okolností úmrtí člověka – smrt při porodu či v útlém dětství, náhle při autonehodě či při infarktu nebo po dlouhé nemoci. Tato práce se věnuje pouze umírání, které není náhlé a kde se počítá s tím, že je možné se s umírajícím rozloučit; popisuje tedy smrt, na kterou se může jak umírající, tak jeho okolí připravit – a má tak možnost se s odcházejícím na smrt důstojně rozloučit.

Pro to, aby společnost mohla nastavit důstojné podmínky a vhodný systém pro umírající, musíme nejdřív umírajícím lidem naslouchat, mluvit s nimi a pochopit je. Proto je tato bakalářská práce rozdělena na dvě části.

První, teoretická část této práce se zabývá umíráním a smrtí, jejím významem pro člověka, zabývá se strachem člověka ze smrti, z posmrtného života, možná i z nekonečna. V této části je zároveň zmíněno chápání smrti a umírání v různých náboženských tradicích, dále jsou popsány jednotlivé fáze umírání a je popsáno, co se v člověku při umírání po stránce duševní a duchovní odehrává. Rovněž je zmíněno, jak by se zdravotnický personál i blízké okolí mělo k umírajícímu zachovat.

Druhá praktická část práce vychází z **následující hypotézy**, na základě mé předběžné osobní zkušenosti z prostředí zdravotnických zařízení (moje matka a dvě známé pracují v hospici): **„Většina lidí by ráda umírala doma mezi svými nejbližšími.“** Tato výchozí hypotéza bude ověřena pomocí zveřejněných průzkumů veřejného mínění v České republice, kterých se zúčastnilo okolo 2000 respondentů z řad populace i zdravotníků. Pozornost bude rovněž věnována celkovému kontextu, k němuž se hypotéza vztahuje. Budou uvedena a popsána fakta a ekonomické souvislosti. V závěru budou stanoveny faktory bránící posunu skutečnosti k tomu, co si lidé ohledně své smrti a svého umírání přejí a budou navržena potenciální řešení pro zlepšení tohoto stavu.

Při popisu podmínek umírání v českém prostředí musíme rozlišit dvě roviny: systematickou (jak stát vytváří a podporuje jednotlivá zařízení, kde lidé umírají) a řečnickou lidskou (jak se personál a okolí chovají k umírajícím, jak jim

naslouchají, kolik času jim věnují apod.). Z jednotlivých druhů zařízení pro umírající budou uvedeny a porovnány tyto: domácí prostředí, nemocnice s dlouhodobou péčí, léčebny dlouhodobě nemocných, lůžkové hospice a domovy pro seniory.

2 Umírání a vnímání smrti v různých kulturách, náboženských tradicích, a v průběhu času

2.1 Obecná definice

Dříve než se začneme smrtí a umíráním zabývat, je potřeba, abychom si tyto pojmy pro účel této práce definovali.

V české legislativě je smrt definována např. v ustanovení § 2 písm. e) zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon): „Smrt je nevratná ztráta funkce celého mozku, včetně mozkového kmene.“ Zákon připouští, že smrt nemusí nastat, i když pacient neumí sám dýchat nebo mu nefunguje sám od sebe krevní oběh (dají se udržovat uměle prostřednictvím přístrojů).²

Umírání tedy dle výše uvedené definice smrti můžeme popsat jako proces, který je zakončen smrtí. Zvzhledem k příčinám smrti (infarkt, nádorové onemocnění apod.) je tento proces kratší či delší.

2.2 Umírání a vnímání smrti v různých kulturách a náboženských tradicích

Tato část se věnuje umírání, smrti a pohřebním rituálům (pohřební rituály patří mezi rituály přechodu) v těchto náboženských směrech a tradicích: indiánská kultura, hinduismus, buddhismus, islám, judaismus a církve římskokatolická (členění je zvoleno dle blízkosti naší kultury).³

2.2.1 Kultura amazonských indiánů

Kultura amazonských indiánů je stará cca čtyři tisíce let. Jak zmiňuje Mnislav Zelený, český etnolog, smrt je pro amazonské indiány přirozená věc: „Když se narodí dítě, šaman mu na čele vytvoří prstem otvor, kudy duše odejde, až zemře. Na smrt se myslí už při narození.“⁴ Každá civilizace se ptá, kdo jsme,

² *Sbírka zákonů České republiky.*

URL < <http://www.sbcz.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khc:SBA2285A> > [citováno 12. července 2012]

³ Historii a vývoj jednotlivých náboženských směrů nebudeme blíže popisovat, pouze se zaměříme na věci, které souvisejí se smrtí.

⁴ ZELENÝ, M.: Všechno, co děláme, je úpadek. *Legalizace*, roč. 12, 2012, č. 4, s. 8.

odkud přicházíme a kam jdeme. V dnešní době to zní jako klišé, ale pokud se zaměříme zvláště na třetí otázku, pak zjistíme, že schopnost odpovědi na ni je nepřímou úměrnou míře strachu lidí ze smrti. U indiánů je tou odpovědí tzv. zásvětí, které má několik vrstev a v každé vrstvě žije někdo jiný, od normálních indiánů až po šamany. V zásvětí žijí duše zemřelých a šaman s nimi i několik let po smrti komunikuje a přináší od nich informace do života žijících.

Ústřední postavou pohřebních rituálů amazonských indiánů je šaman. Ten veškeré rituály organizuje. Když zemře indián, konají se dva pohřby. První se týká lidského těla a druhý duše. Indiáni věří, že lidské duše ještě nějakou dobu pobývají na zemi a až přijde čas, např. za několik let, šaman je vyprovodí do světa zemřelých. Na rozdíl od naší kultury, kdy od okamžiku smrti do pohřbu uplyne cca jeden týden, vyprovázení mrtvých u indiánů trvá i několik let. Je to tím, že indiáni nemají strach ze smrti, mluví o ní, ví, kam mrtví lidé odcházejí.

2.2.2 Hinduismus

Hinduismus je třetí nejrozšířenější náboženský směr a ve světě ho vyznává cca jedna miliarda lidí, z toho 80 % Indů.⁵ Tento náboženský směr je také značně nesourodý, jeho formy se pohybují od ateismu po polyteismus. U tohoto směru neexistuje určitá jediná základní kniha jako třeba Bible v křesťanství, Tóra v judaismu či Korán v islámu. Chybí tak společný jmenovatel. Za jedny z nejstarších textů jsou považovány tzv. védy, sbírky transcendentálního vědění sepsané ve verších vzdělanými bráhmány. Tyto texty mají kanonický charakter, avšak nejedná se o jedinou knihu, nýbrž celou náboženskou literaturu rozsahem šestkrát větší než např. Bible.⁶ Hinduisté věří, že po smrti nastává znovuzrození do jiné duše (znovuvtělování), celkové vysvobození pak znamená již se znovu nezrodit do další individuální duše, ale stát se tzv. světovou duší. V hinduismu je hlavní důraz kladen na pravidla a rituály. Hinduisté dokonce vyznávají, že celý vesmír vznikl díky rituálu. Hinduismus se dá rozdělit na tři vrstvy: měštský, bráhmanský a lidský. Měštský vyznává cca 2–4 % zejména vzdělaných, anglicky mluvících a vlivných Indů (např. Thákur). Tato vrstva hinduismu není žitým

⁵ *O hinduismu*. URL <<http://hinduismus.cz/o-hinduismu/>> [citováno 09. července 2012]

⁶ STÖRIG, H. J.: *Malé dějiny filosofie*. 7. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000, s. 27.

náboženstvím. Druhá vrstva, zvaná bráhmanská (někdy též klasická či sanskrtská), je reprezentována cca 10 % spíše vlivnějších vrstev, existuje u ní hodně jednotlivých prvků a prazákladních textů. Zbytek vyznavačů hinduismu se hlásí k lidové vrstvě, ta má nespočet lokálních podob.⁷

Pro naše potřeby zde bude popsáno vnímání smrti a umírání u bráhmanského hinduismu, jelikož zde existuje mnoho textů, které o této oblasti pojednávají. Jak již bylo uvedeno v úvodu, i zde znají hinduisté výraz „dobrá smrt“. V jejich pojetí musí taková smrt splňovat řadu podmínek týkajících se času, místa a způsobu odchodu z tohoto světa.⁸

Čas – člověk se má dožít plné délky života, v dnešním vnímání alespoň 60 let. Hinduisté věří, že je člověku předurčeno určité množství dechů, a tím si také člověk může život prodloužit, např. tím, že méně spí (ve spánku se spotřebovává větší množství dechů). Ženatý muž by také neměl zemřít dříve než jeho žena. Pokud se tomu tak stane, je to považováno za provinění ženy, jinými slovy žena je vinna mužovou smrtí. Realita dneška je však zcela opačná.

Vytoužené místo – tím je město Váránasí na břehu řeky Gangy. Jedná se o staroindické místo, které je zasvěceno bohu Šivovi, místo, které osvobozuje od našeho provinění. Tohoto vytouženého místa pro smrt může člověk dosáhnout tím, že se sem přestěhuje na sklonku svého života, nechá se sem dopravit blízkými těsně před svou smrtí nebo se zde nechá po své smrti spálit.

Způsob smrti – měl by to být přirozený a vědomý odchod, na který se člověk delší dobu připravuje, tzn.: nejedná se o nehodu, úmrtí při porodu, utonutí apod. Nejpatrnější projev takového odchodu je to, že člověk přijímá čím dál tím méně pití a jídla. Výjimkou tohoto způsobu dobré smrti je smrt hrdinného bojovníka.

V úvodu bylo řečeno, že hinduisté přisuzují velký význam rituálům, ne jinak je tomu i u rituálů pohřebních. Ty se dělí na okamžik smrti (umírající by měl zemřít pod širým nebem, ne na lehátku, ale na zemi), rituály od umírání po

⁷ ONDRAČKA, L.: *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad/Cesta domů, 2010, Dobrá smrt vysokokastovního hinduisty. Kapitola 2, str. 12.

⁸ ONDRAČKA, L.: *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad/Cesta domů, 2010, Dobrá smrt vysokokastovního hinduisty. Kapitola 4, str. 16-26.

opuštění domu (zemřelý muž se oholí, dá se do bílého či žlutého hedvábí, ženy do červeného sáří, zpraví se všichni příbuzní, pohřeb nastává od několika hodin do 3 dnů od úmrtí vzhledem ke klimatickým podmínkám), průvod na žároviště (hlavní truchlící je zde nejstarší syn, ženy smějí plakat, muži ne) a rituály na žárovišti (žároviště se nachází na jižní straně, většinou za městem, protože hinduisté věří, že tam je ráj bohů, zemřelý je obmyt a poté spálen).

2.2.3 Buddhismus

Zakladatelem tohoto náboženství je Siddhártha Gautama, zvaný Buddha a dějiny buddhismu začínají v 6. stol. př. n. l. Mezi základní kameny buddhismu patří víra ve znovuzrození.⁹ Na rozdíl od zmíněného hinduismu popírá trvalou neměnnost duše, ale věří, že se člověk pokaždé převtěluje do někoho neustále jiného. Znovuzrození nemá konec, dokud člověk nedosáhne tzv. nirvány, probuzení. Buddhisté rovněž věří v tzv. karmanový zákon, tzn. veškeré činy vykonané v životě člověka, přinesou jednoho dne svoje následky (dobré i špatné), a to i v jiných, příštích životech.¹⁰ Karmanový zákon není chápán jako odměna či trest, ale jako důsledek vlastního jednání. Pro pochopení smrti u buddhismu je důležité popsat fáze lidského života. Jsou jimi zrození, bytí mezi zrozením a smrtí, smrt a tzv. mezistav, tedy stav mezi smrtí a dalším znovuzrozením (tento mezistav trvá u buddhistů 49 dnů). V tomto období probíhají posmrtné rituály, které se řídí Tibetskou knihou mrtvých. Stav mysli v momentu smrti (negativní či pozitivní) ovlivňuje stav dalšího znovuzrození. Proto, když člověk umírá, jsou ostatní lidé nabádáni k tomu, aby zachovali klidnou a pozitivní mysl, aby měl dotýčný umírající lepší příští znovuzrození. Umírající by si měl uvědomit, že se rodí i umírá na základě své karmy, tedy svých činů. V buddhistické tradici se preferuje pohřeb kremací, někdy ovšem nalezneme i pohřby do země. V den pohřbu jsou povoláni mniši, kteří provedou pohřební rituály. Po smrti se po dobu 49 dnů realizují rituály, které mají za cíl provést ducha zemřelého mezistavem.

⁹ WALDENFELS, H.: Světová náboženství jako odpovědi na otázku po smyslu života a světa. 1. vyd. Praha: Zvon, 1992, str. 23

¹⁰ ZEMÁNEK, M.: *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad/Cesta domů, 2010, Smrt a umírání z pohledu buddhismu. Kapitola 2, str. 98-103.

2.2.4 Islám

„Vzhledem ke křesťanství zaujímá islám zvláštní postavení potud, že je – dosud – jediným pokřesťanským světovým náboženstvím.“¹¹ Islám převzal řadu idejí od dříve vzniklých náboženství, jako jsou judaismus a právě křesťanství, a jeho počátek se datuje od 7. století našeho letopočtu. K islámu se hlásí cca 1,5 miliardy lidí. Smrt se v muslimském pojetí bere jako oddělení duše od těla. Vyznavači islámu věří v existenci posledního soudu, věčné odměny, věčného zatracení a zániku světa, kdy k tomuto okamžiku dojde, ví pouze Bůh. V muslimském pojetí má ráj sedm stupňů, každý se dle kvality svého života dostane do určitého stupně.¹²

Na rozdíl např. od naší kultury nebo hinduismu, islám nepovoluje kremaci, ani balzamování, jediný způsob pohřbívání je do země. V muslimské kultuře je velký důraz kladen na rodinu. Proto v muslimských zemích v minulosti ani v současnosti nenalezneme žádné starobince či domovy důchodců. Rodina hraje v životě každého muslima velkou roli, a to až do poslední chvíle, kdy se především stará o umírajícího a zaopatřuje poslední věci. Na rozdíl od křesťanství v islámu neexistují svátosti, jistou podobnost při důležitých okamžicích však přeci jen najdeme. Místo svátosti křtu se při narození šeptá modlitba do ucha čerstvě narozeného (šeptá otec, včetně vyznání víry), to samé se šeptá i při umírání (podobnost s posledním zaopatřením u křesťanství). Stejně jako u hinduismu, kde se žároviště nachází na jižní straně, i u islámu nalezneme podobnost, co se požadavků na pohřebiště týče. V islámu se pohřbívá zásadně tváří k Mekce. Samotný pohřeb probíhá co nejdříve od úmrtí, zemře-li dotyčný ráno, ještě večer je pohřben. Zemřelý je omyt, zavinut do bílého roucha. Výjimku tvoří tzv. mučedníci, šáhidové. Ti jsou pohřbeni ve svých zakrvácených šatech. Na rozdíl od hinduismu se muslimského pohřbu nesmí zúčastnit ženy. Jak píše Luboš Kropáček, český arabista, je to proto, že mezi muži panuje obava, že by ženy

¹¹ WALDENFELS, H.: Světová náboženství jako odpovědi na otázku po smyslu života a světa. 1. vyd. Praha: Zvon, 1992, str. 33

¹² KROPÁČEK, L.: *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad/Cesta domů, 2010, Umírání, smrt a eschatologické představy v islámu, s. 57-61.

příliš hlasitým pláčem a nařikáním snížili důstojnost pohřbu.¹³ Za čtyřicet dní po úmrtí se pořádá zádušní vzpomínka, které se již účastní všichni. V islámu platí, že do jednoho hrobu se pohřbívá pouze jeden člověk.¹⁴

2.2.5 Judaismus

Počátek judaismu datujeme do období starověku ve třetím tisíciletí před n. l. na území Palestiny. K judaismu se v roce 2010 hlásilo ve světě kolem 13,3 milionů Židů, z toho 41 % žije v Izraeli.¹⁵ Důležitým je pro judaismus fakt, že Židem není ten, kdo vyznává židovskou víru, ale ten, kdo se narodil z židovské matky. Toto kritérium hraje důležitou roli v řadě rabínských rozhodnutí včetně těch, které se týkají posledních věcí člověka zde na zemi.

Pokud jsme u hinduismu mluvili o významu rituálů, v judaismu to platí dvojnásob. V židovské tradici se pohřebním rituálům říká přechodové rituály, tedy takové, kterými člověk přechází z jednoho způsobu bytí do jiného. Smrt zde tedy jako v jiných náboženských tradicích není absolutním koncem, ale přechodem v jinou formu života. Lidský život je vnímán jako Boží dar, jako něco posvátného, smrt je chápána jako něco negativního, ale neznamená trest za nedokonalé žití. Obojí, narození i smrt, je projevem Boží vůle. Dle židovské tradice stojí u hlavy umírajícího Boží přítomnost. Svět živých a svět mrtvých je přísně oddělen, je tedy zakázáno s mrtvými komunikovat, mrtvé přespříliš uctívat. Uctívání je hoden jedině Bůh. Tato oddělenost světů je i důvodem, proč dotknutí se mrtvého je považováno za něco rituálně nečistého. Zemřelému je nutno vzdát poslední poctu a za tu má odpovědnost zejména rodina zemřelého a jeho blízcí. Pokud zemřelý nemá již nikoho blízkého, postará se o tuto poctu a pohřeb příslušná židovská obec.¹⁶

Pokud je nějaký člověk v ohrožení života nebo těžce nemocen, má jeho rodina povinnost ho navštěvovat. Účelem těchto návštěv je utěšení nemocného a

¹³ KROPÁČEK, L.: *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad/Cesta domů, 2010, Umírání, smrt a eschatologické představy v islámu, s. 59.

¹⁴ KROPÁČEK, L.: *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad/Cesta domů, 2010, Umírání, smrt a eschatologické představy v islámu, s. 57-61.

¹⁵ *Židovské listy*. URL<<http://zidovskelisty.blog.cz/1001/na-svete-dnes-zije-13-3-milionu-zidu>> [citováno 09. července 2012]

¹⁶ LYČKA, M.: *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad/Cesta domů, 2010, Smrt a umírání v judaismu, s. 88-93.

ujištění, že se za něj bude jeho rodina modlit. Pokud je člověk nemocný těžce a není velká naděje na jeho přežití, doporučuje se jeho život nijak uměle neprodlužovat. Umírající člověk by podle židovské tradice nikdy neměl být sám, nýbrž obklopen svými nejbližšími. Po smrti se mají zemřelému zavřít oči a ústa, obličej má být překryt rouchem a zakryta by měla být rovněž všechna zrcadla v domě. Zemřelý se nastaví nohama ke dveřím a u jeho hlavy se zapálí svíce. U zemřelého by měl být vždy někdo přítomen, až do doby jeho pohřbu. Po smrti se zavolá rabín a ten zpraví pohřební bratrstvo (*chevra kadiša*), což je skupina nejváženějších a nejzbožnějších lidí v obci¹⁷ a rovněž se povolá i lékař, který konstatuje smrt a vydá o ní doklad. Také se ustanoví hlavní organizátor pohřbu. Rituály se v židovství týkají také pohřbu, truchlení a vzpomínky na zemřelé. Samotný pohřeb vypravuje pohřební bratrstvo. Zemřelý je rituálně omyt, zahalen do bílého roucha, pokud je zemřelý muž, přiloží se k němu ještě modlitební šála. Zemřelý je položen do rakve a pohřeb by se měl konat do 24 hodin od smrti. Odhlédnuto od hygienických důvodů se tak vyjadřuje úcta k mrtvému. Při samotném průvodu se jde kolem synagogy nebo se v ní přímo uskuteční modlitební stání. Rakev je uložena do hrobu a je zaházena hlínou, hranice hrobu jsou řádně označeny, aby se rituálně neznečistily ty osoby, kterých se to týká. Jako vzpomínka na mrtvého se na hrob položí náhrobní kámen či kamínky. Truchlení se rovněž řídí svými pravidly. Jednotlivé fáze se dělí dle doby od úmrtí či pohřbu (od úmrtí do pohřbu, sedm dní po pohřbu, třicet dní po pohřbu a dvanáct měsíců po pohřbu) a pro každou fázi jsou opět stanovené jasné předpisy nebo dokonce zákazy. Důvodem je důraz na vzpomínku a modlitby za mrtvého.¹⁸

2.2.6 Římskokatolická církev

Zde popíšeme umírání a pohled na smrt v podání římskokatolické církve, vzhledem k tomu, že se jedná z křesťanských církví o církev největší a nejvíce zastoupenou. Eschatologie (učení o posledních věcech člověka a světa) je středobodem Ježíšových kázání v Novém zákoně. V Bibli se dočítáme: „Bděte tedy, neboť nevíte dne ani hodiny.“ Nebo na Popeleční středu slycháme

¹⁷ Pohřební bratrstvo je po rabínovi druhá nejváženější instituce v židovské obci.

¹⁸ LYČKA, M.: *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad/Cesta domů, 2010, Smrt a umírání v judaismu, s. 88-93.

v kostelích: „Pamatuj, že jsi prach a v prach se navrátíš.“ Tím křesťané říkají, že vědí o pomíjivosti tohoto života, to by samotné ale bylo málo. Tím, že se Ježíš pro všechny lidi na celém světě nechal ukřižovat a vstal z mrtvých, se po tomto životě ustavuje život věčný. Kdo věří v Ježíše Krista, i kdyby zemřel, nezemře na věky. V Novém zákoně není nikde psáno, jak život věčný bude vypadat. Jsou zde pouze uvedena různá přirovnání o velkých věcech, které Bůh připravil těm, kdo v něho věří. Dramatický popis konce světových dějin čteme zejména ve Zjevení sv. Jana. Křesťané tedy věří v druhý příchod Krista (tzv. parusii). Křesťané věří, že po smrti existuje Nebe, Peklo a Očistec. Nebe jako věčná odměna, Očistec jako mezistav před Nebem a Peklo jako věčné zatracení, kde je jen „pláč a skřípění zubů“, jak se můžeme dočíst v Bibli. Katechismus katolické církve k tomuto říká: „Křesťanský smysl smrti se zjevuje ve světle velikonočního tajemství Kristovy smrti a jeho zmrtvýchvstání, v němž spočívá naše jediná naděje. Křesťan, který umírá v Kristu, opouští ‚domov tělesný‘ a odebírá se ‚do domova k Pánu‘ (2 Kor 5,8).“¹⁹

Co se týče pohřebních obřadů, katechismus je komentuje slovy: „Pohřební obřady římské liturgie předkládají tři druhy slavení pohřbu, odpovídající třem místům, na kterých se koná (dům, kostel, hřbitov), a důležitosti, jakou mu přikládají rodina, místní zvyky, kultura a lidová zbožnost.“²⁰ Nejvýznamnější roli v pohřebních obřadech hraje svátost pomazání nemocných, která se uděluje před závažnou operací, při závažných nemocích nebo při slabosti ve stáří. Tuto svátost smí udělovat pouze kněz. Z dalších svátostí se nemocným uděluje svátost eucharistie, svátost smíření, a pokud nebyl nemocný křtěn či biřmován a požádá o to, ještě svátost křtu a svátost biřmování. Svátost křtu v nebezpečí smrti může udělit i laik, dokonce i nepokřtěný. Samotné pohřební obřady se skládají z předem daných modliteb, žehnání a čtení z Bible. Co se týče pohřbívání, křesťanské církve uznávají jak kremaci, tak pohřeb v rakvi. Žeh byl nejdříve odmítán jako pohanský, později ho však převzaly protestantské církve a nakonec i církev katolická.²¹

¹⁹ *Katechismus katolické církve*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1995, s. 424

²⁰ *Katechismus katolické církve*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1995, s. 425

²¹ HALÍK, T.: *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad/Cesta domů, 2010, s. 72-78.

2.3 Umírání a vnímání smrti v průběhu času

Podíváme-li se do minulosti, chápání umírání a smrti bylo o hodně více přirozenou součástí každodenního života, bylo to něco bolestivého, co ovšem lidé znali dobře ze své rodiny a blízkého okolí v mnohem větší míře, než je tomu dnes. Tím, že medicína byla mnohdy jen na úrovni bylinkářství, byla vysoká úmrtnost novorozenců i matek, na běžné dětské nemoci umíralo plno dětí v nízkém věku, nehledě na hromadné epidemie jako např. mor nebo války. Lidé byli zvyklí na to, že se kolem nich umíralo, nic jiného, než se s tímto faktem vyrovnat, jim nezbývalo. I lékaři samotní si byli vědomí své omezenosti, dokázali mnohem lépe odhadnout, zdali dotyčnému člověku umí pomoci nebo již ne. Na druhou stranu např. kočovní Arabové se pyšnili výborným zdravím, když pobývali v poušti, ale problémy nastali až později s urbanizací. Luboš Kropáček k tomu říká: „Neobyčejně vzdělaný a jasozřivý vykladač dějin společnosti Ibn Chaldún (zemřel 1406) vyložil výstižně, že kočovníci v poušti žili ve zdravém prostředí zdravým životem a s dostatkem pohybu a skrovnou stravou, takže vlastně nepotřebovali lékaře. Potřeba medicíny vyvstala až tehdy, když se expandující islámská civilizace rozšířila ve městech, kde vzduch, strava i způsob života otvíraly cestu nemocem.“²². Není to i problém dnešní doby?

Dalo by se říci, že lidé v dřívější době byli více odkázáni na Boží milost a na zákonitost přírody, které de facto rozhodovaly o tom, jestli bude mít rodina celý rok co jíst. Domácí umírání (pokud nepočítáme vraždu nebo smrt ve válce) bylo jedinou alternativou, jak mohl člověk zemřít.

S postupným technologickým rozmachem medicíny se mění i pohled na smrt v dnešním světě. Vyspělé oblasti, jako je např. Západní Evropa, čelí poslední dobou novým výzvám a jejich zvládání. Odhaduje se, že poprvé v historii naší planety nastane do roku 2030 situace, že počet lidí nad 65 let převýší počet dětí pod 5 let.²³ S touto novou hrozbou souvisí i posun okolností, za jakých lidé budou umírat. Vzhledem k tomu, že medicína dokázala na mnoho nemocí najít recept,

²² KROPÁČEK, L.: *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*, 1. vyd. Praha: Vyšehrad/Cesta domů, 2010, s. 57.

²³ *The quality of death, Ranking end-of-life care across the world.*

URL<http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf> [citováno 12. července 2012]

prodlužuje se věk dožití, a tak možná lidé mají pocit určité „nesmrtelnosti“. O smrti a umírání se dozvídáme v médiích, filmech, počítačových hrách, ovšem zprostředkovaně. Člověk by si mohl říct při pohledu na televizní zprávy: „To se mě netýká, to je záležitostí zemí třetího světa.“ Nebo: „Kdyby nebyl ten řidič opilý, tak by si smrt nezavinil.“ Co když ale umírá někdo v našem blízkém okolí? Jsme natolik silní a vnímaví, že může dotyčný zemřít u nás doma? Máme na něj vůbec čas, nebo ho raději dáme někam do nemocnice? Alternativ, kde a za jakých okolností kromě domova dnes zemřít, je mnoho – v domovech důchodců, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v hospicích... Jak ukážou statistiky v praktické části o tom, kde lidé v dnešní době umírají, zjistíme, že zde nastal velký posun. Otázkou však zůstává, zdali to není posunem hodnot, posunem našeho vztahu k umírajícím, zdali čas není dnes víc než naše matka, otec, babička, kteří tu jsou již na posledních pár dní.

3 Umírání a smrt z pohledu umírajícího

Doposud jsme se zabývali jednotlivými náboženskými směry, jejich pohledy na smrt, posmrtný život a jejich pohřebními rituály. Rovněž byly nastíněny okolnosti umírání a změny v pohledu na smrt od minulosti do současnosti. Ústředním tématem této části bude člověk sám. Budeme se věnovat přímo umírajícímu jako jedinci. Bude popsáno, co se v umírajícím děje, jak na blízkou smrt reaguje, a budou popsány jednotlivé fáze umírání. Rovněž zmíníme potřeby umírajícího. Každá fáze umírání – nebo chceme-li reakce na blízkou smrt – je jiná a vyžaduje i jiný přístup rodiny, blízkých i zdravotnického personálu. Jinými slovy, bude nejprve kladen důraz na umírajícího a poté na jeho okolí.

3.1 Pochopit umírajícího a fáze umírání jako reakce na blízcí se smrt

Pokud chce jakákoliv společnost budovat podmínky pro rozumné a důstojné umírání, musí umírajícího člověka pochopit. To znamená nebát se mu naslouchat, pochopit ho, mluvit s ním a podporovat ho. Smrti se stále bojíme, je děsnou a hroznou událostí, co se ale změnilo, je způsob, jak se se smrtí vyrovnáváme, jak přistupujeme k umírajícím (viz kapitola 2.3). Dějinné a kulturní potřeby umírajících lidí se v průběhu času mění, mění se ale i naše schopnost vycházet jim vstříc. V tom může hrát roli ochota, uvědomění si důležitosti okamžiku, vztah, který k umírajícímu máme, náš čas apod. Zvláště nalezení vlastního času v dnešní uspěchané době může být pro mnoho lidí velkým problémem. Podíváme-li se na porod, ze strany nemocničního personálu je velký tlak na to, aby vše proběhlo rychle (podání oxytocinu pro zrychlený porod) na úkor přirozeného průběhu porodu. Stejně tomu je i v případě smrti blízké osoby. Je potřeba rychle zavolat lékaře, kněze, pohřební službu, abychom se pokud možno nemuseli starat my, „běžní smrtelníci“ (je otázkou, jestli to vše není proto, že to neumíme).

Zjistíme-li, že v našem blízkém okolí někdo umírá, je to pro všechny strany šok. Ať už člověk umírá doma nebo např. v nemocnici, důležitá je komunikace s umírajícím. Komunikace je první zásadou, a to komunikace pravdivá a otevřená. Není otázka, zda a do jaké míry nemocnému říkat pravdu, ale

jakým způsobem. „Hovoříme-li na toto téma s lékaři, nemocničními kaplany či se sestřičkami, vždycky na nás mocně zapůsobí jejich starost o to, zda pacient unese pravdu. „Jakou pravdu?“, ptáváme se obvykle... Otázka by neměla znít: „Měli bychom pacientovi říct...?“, ale spíše: „Jakým způsobem se o to, co vím, s pacientem podělit?“²⁴ Týká se to tedy zejména zdravotnického personálu. Kupříkladu hospic, kam se uchylují terminálně nemocní pacienti, je v tomto ohledu zcela pravdivý. Do hospice se totiž přichází umřít. Všechny strany vědí, na čem jsou. Když jsme hovořili o tom, že se pacientovi má říkat pravda o jeho vážném stavu, je rovněž důležité říci to včas, delší dobu před smrtí, aby se se svou blížící se smrtí mohl člověk vnitřně vyrovnat a aby také např. mohl sepsat závěť a vypořádat do budoucna své dědictví.

Vyrovňávání se se smrtí má několik stádií, která v 60. letech 20. století definovala již zmíněná Elisabeth Kübler-Rossová. Jedná se o tato stadia: Popírání a izolace, zlost, smlouvání, deprese a akceptace.²⁵ Každé stádium je pro umírajícího něčím příznačné, a tak pro správnou komunikaci a pochopení je nutno tato stadia rozpoznat.

3.1.1 První stádium – Popírání a izolace

Když se nevyhlášeně nemocný člověk dozví o svém blízkém konci např. z úst lékaře, jeho první přirozená reakce je: „To není možné, to se nemůže týkat mě!“ První reakcí je tedy popírání reality. Sklon k popírání může být větší u lidí, u kterých blíží se smrt nikdo nečekal (náhlá nemoc i přes zdravý životní styl, nízký věk...). Takový člověk se v první fázi uchyluje k izolaci, chce být sám. Tento stav myslí ale nemůže vydržet věčně. K tomuto tvrzení vede předpoklad, že myšlenkou na vlastní smrt se můžeme zabývat jen nějaký čas, pak ale musíme dát prostor životu. Co když bude nemocný člověk takto žít ještě tři roky? Popírání stavu je přirozené i z toho důvodu, že naše podvědomí nepřipouští možnost vlastní neexistence.

²⁴ KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993, s. 26.

3.1.2 Druhé stádium – Zlost

Tato fáze pacienta je pro mnoho blízkých a ošetřujících dost nepochopitelná. Pacient se v této fázi hněvá na všechno a všechny okolo, včetně personálu, rodiny apod. Pro mnoho pečujících lidí je obtížné této zlosti čelit.

3.1.3 Třetí stádium – Smlouvání

V tomto stádiu již člověk rezignoval na předchozí dvě fáze a začíná pomalu akceptovat stav, ve kterém se nachází. Typické pro tuto fázi jsou věty: „Nechte mě ještě alespoň na jednu noc se podívat na můj oblíbený film.“ Nebo: „Ještě jednou bych se rád podívala na místo, kde jsem se narodila.“ Z praxe je známo, že většinu takovýchto smluv uzavírají lidé s Bohem: „Bože, pokud tuto nemoc přežiju, nechám se konečně pokřtít.“ Nebo: „Budu chodit do kostela každý den.“

3.1.4 Čtvrté stádium – Deprese

Tato fáze se dá rozdělit na depresi reakční a depresi přípravnou. Reakční deprese nastává v důsledku minulé ztráty. Např. si člověk pokládá otázky typu, kdo se postará o děti, když je nyní na smrt nemocný, kdo se bude starat finančně o rodinu apod. Tato reakční deprese se vyznačuje tím, že člověk, na rozdíl od předchozích fází, hodně mluví. Tato fáze se dá celkem dobře zvládnout tím, že dotyčného upokojíme tím, že se o děti stará např. sousedka či bratr a že děti nebudou strádat atd.

Druhý typ deprese, přípravná, se vyskytuje u pacientů v důsledku ztráty hrozící, zabývá se tím, co bude. U tohoto typu deprese je dobré, když nejbližší uplatňují vůči trpícím tichý přístup, modlí se, prostě jen jsou vedle dotyčného a drží ho za ruku.

3.1.5 Páté stádium – Akceptace

Páté stádium, akceptace, znamená stav, kdy u pacienta již není deprivace ani pocit zlosti vůči svému osudu. Nevyskytuje se již truchlení nad ztrátou tolika lidí a věcí. Akceptace je tiché očekávání, vnitřní smíření, stav, kdy se okruh

²⁵ KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. Kapitola III-VII, s. 35-120

pacientova zájmu značně zúží a umírající chce být převážně sám. V tomto stádiu jsou běžné ztráty vědomí, neartikulovaná řeč.

Všechna popsaná stadia mají jeden jednotící prvek, kterým je naděje. Naději by měli dostat všichni bez ohledu na stádium, ve kterém se nacházejí. „Je důležité, abychom každému nemocnému dali možnost maximálně efektivně se léčit, a abychom na žádného pacienta nepohlíželi jako na nevléčitelně nemocného.“²⁶

Nakonec ještě jedna malá poznámka – smrt každého se samozřejmě dotýká i pozůstalé rodiny a nová situace na ni mnohdy klade požadavek změny rolí (žena zastává najednou i mužskou roli a naopak). Dřív nebo později přichází smíření se s realitou. Od deseti let věku začínají smrt jako trvalý biologický proces vnímat i děti.

3.1.6 Potřeby umírajícího

Jedno české úsloví říká: „Umíráš, jak žiješ.“ Od toho se také odráží potřeby člověka, který právě umírá. Mnoho lidí možná až na smrtelné posteli objeví kvalitu svého přechozího života. Např. otec šesti dětí bude spíše umírat v rodinném kruhu a velmi pravděpodobně doma, protože se o něj má kdo postarat. Jinému člověku, který celý život žil zdravě a dožil se vysokého věku, se může přihodit, že přežije všechny své příbuzné i kamarády a dost možná bude umírat v nějakém zařízení pro staré či těžce nemocné lidi. Zakladatelka hospicového hnutí v České republice, Marie Svatošová, ve své knize uvádí čtyři druhy potřeb pacienta, tedy i umírajícího.²⁷

Jsou jimi následující oblasti: biologické potřeby, psychologické potřeby, sociální potřeby a spirituální (duchovní) potřeby.

Biologické potřeby jsou ty, které mají i zdraví lidé, tedy např. jíst, pít, vyměšovat, dýchat apod. Mezi psychologické potřeby řadíme např. potřebu lidské důstojnosti, pocit bezpečí (např. pocit, že jsem v dobrých rukách nebo že mě v nemocnici někdo neokrade...). Sociální potřeby spočívají kupříkladu v potřebě

²⁶ KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993, s. 123.

²⁷ SVATOŠOVÁ, M.: *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 21.

potkávat se s lidmi, potřeba návštěv v nemocnici či komunikace s personálem. Posledním okruhem potřeb jsou potřeby spirituální. Ty se týkají spíše lidí s určitým náboženským přesvědčením, ale i lidé bez náboženského přesvědčení mají rovněž své duchovní potřeby. Řadíme mezi ně např. potřebu modlitby, čtení duchovní literatury, přistupování k svátostem, hledání smyslu života, vyrovnávání se se svou minulostí, hledání odpuštění apod. Duchovním potřebám pacientů se v českých podmínkách vyšlo v poslední době o hodně více vstříc díky ustanovení a většímu nasazení nemocničních kaplanů či kněží v nemocnicích, hospicích a dalších zařízeních. Ve více nemocnicích nalezneme i kaple nebo jiný vymezený duchovní prostor pro zklidnění či tiché zamyšlení.

Nutno podotknout, že ne všechny potřeby byly a jsou ze strany lidí pečujících o umírající uspokojovány. Zvláště v době komunismu se pacient považoval hlavně za pracovní sílu, a tak se zdravotní personál zajímal spíše o lidskou fyzis (tělesnou schránku) než o pacientovu psyché (duši). Ale i v dnešním zdravotnictví je tento fakt stále bolestí.

3.2 Jak se k umírajícímu správně zachovat

Tato podkapitola pojednává hlavně o tom, jak se k umírajícímu člověku vhodně zachovat tak, aby byl pochopen a aby umíral pokud možno vyrovnaný a s pokojem na duši. To se týká hlavně blízkých pečujících či zdravotního personálu. Takovým prvním předpokladem je fakt, že pečující člověk musí být sám vyrovnaný, dostatečně psychicky odolný nést osud druhého a nesmí jevit známky syndromu vyhoření (při poddimenzovanosti stavu českého zdravotnického personálu je prevence proti syndromu vyhoření dosti složitá). Je prakticky nemožné vydržet delší dobu pracovat u těžce nemocných a umírajících lidí a nepodlehnout syndromu vyhoření, pokud pečující člověk nepřijme svůj vlastní život se svými přednostmi i omezeními nebo pokud nebude psychicky vyrovnaný.

K vlastním požadavkům na pečující o umírající Marie Svatošová ve své knize dále uvádí: „Co o něm (umírajícím- pozn. autora) víme? Je to jako namátkou otevřít tlustý román kdesi uprostřed a bez znalosti předchozího chtít pochopit současné. Vstupujeme doprostřed, někdy dokonce až do závěru osobní

historie nemocného člověka, neznáme souvislosti a vztahové vazby.²⁸ Toto se samozřejmě netýká případu, že člověku umírá např. rodič nebo sourozenec, kde se znalost dotyčného předpokládá.

Při určení požadavků na pečující o umírající se zdají být nejdůležitějšími: schopnost diagnostikovat duchovní potřeby pacienta, znalost osobní historie nemocného člověka a již zmíněné umění naslouchat, nepřerušovat nemocného, když mluví, nedávat mu rady apod. Poslední zásada, rovněž dříve zmíněná, je pravdivá komunikace, tedy „sdělit pravdu a nevzít naději“.

V kapitole 3.1 byly zmíněny jednotlivé fáze umírání dle Kübler-Rossové. Následující tabulka ukazuje, jak se v těchto jednotlivých fázích k umírajícímu správně zachovat. Tabulka tedy představuje jakýsi praktický manuál pro pečujícího.

²⁸ SVATOŠOVÁ, M.: *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 49.

Tab. 1 Fáze podle Kübler Rossové a jak se v nich zachovat²⁹

FÁZE	PROJEVY	CO S TÍM
NEGACE, ŠOK, POPÍRÁNÍ	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné. To je určitě omyl. Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
AGRESE, HNĚV, VZPOURA	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ „Vždyť mi nic nebylo.“ Zlost na zdravé lidi, na zdravotníky, vyčítá nespravedlnost.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
SMLOUVÁNÍ, VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
DEPRESE, SMUTEK	Smutek z utrpěné ztráty, z hrozící ztráty. Strach z účtování, strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.)
AKCEPTACE, SMÍŘENÍ, SOUHLAS	Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou, Bože, odevzdávám svůj život...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor – rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

²⁹ SVATOŠOVÁ, M.: *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 67.

4 Umírání a péče o nevléčitelně nemocné v České republice

V předchozí, teoretické části, jsme se zabývali pohledem na smrt a umírání v různých náboženských tradicích a kulturách, v proměnách času. Dále bylo uvedeno, jaké jsou fáze umírání, jak na ně reagovat a popsali jsme si, jaké jsou potřeby umírajících. Diskutovaná literatura rovněž potvrdila oprávněnost výchozí hypotézy. Tato kapitola začíná část praktickou, řekněme empirickou či faktickou. Na jejím počátku se budeme zabývat průzkumem veřejného mínění v prostředí České republiky, který zjišťoval a rozkrýval na reprezentativním vzorku populace z řad laiků i zdravotníků různé aspekty a témata spojené se smrtí a umíráním. V další části bude uvedeno, jaká zařízení pro těžce nemocné jsou v českém prostředí k dispozici, jak jsou podporována ze strany státu, a bude popsáno, v jakých zařízeních lidé v českém prostředí nejčastěji umírají. Dále je v praktické části uvedeno mezinárodní srovnání kvality péče o umírající. V samém závěru praktické části se dostaneme k faktorům, které brání ke zlepšení péče, a pokusíme se navrhnout řešení, které by přispělo k posunu k lepšímu.

4.1 Výsledky průzkumu veřejného mínění o umírání a smrti v českých podmínkách

Cíl této pasáže je vykreslit to, jak by si lidé v České republice přáli umřít, jaký mají pohled na věci spojené se smrtí, čeho se bojí apod. V této pasáži detailně popíšeme výsledky kvantitativních výzkumů veřejného mínění pro hospicové sdružení občanské sdružení Cesta domů, které pod názvem „Umírání a péče o nevléčitelně nemocné“ realizovala v září 2011 agentura STEM/MARK.³⁰ Jedná se v českých podmínkách (co do rozsahu zkoumaného vzorku populace a hloubky) o ojedinělý průzkum, který se v takové míře a tak kvalitně nikomu jinému nepodařilo zrealizovat, proto budeme citovat a vycházet především z něj.

Studie se zaměřovala na problematiku vnímání konce života a umírání a také na péči o umírající lidi. Průzkum byl realizován na vzorku populace starší 14

³⁰ Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro Cestu domů. URL<<http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>> [citováno 11. července 2012]

let (1095 kompletních dotazníků) a na zdravotnickém personálu (1006 kompletních dotazníků). Necelá jedna třetina, přesně 28 % respondentů uvedlo, že je věřících, 43 % respondentů nevěří v Boha, ale v nějakou vyšší sílu a 30 % respondentů se označilo za ateisty.

Nejprve uvedeme hlavní zjištění a pak si jednotlivá zjištění detailněji zanalyzujeme (autorka považuje za důležité uvést všechna hlavní zjištění vzhledem ke kvalitě a hloubce průzkumu, ne všechna zjištění však budou dále rozvíjena). Tato zjištění jsou zajímavá ve srovnání s fakty, která budou uvedena v další pasáži. Pokusíme se výsledky průzkumu dávat do kontextu s tím, co zaznělo v kapitolách teoretické části, takže by čtenář měl mít povědomí o spojitostech a obě části, jak teoretická, tak praktická, by měly v čtenářovi vyvolat ucelenou představu o problematice umírání a smrti. Zjištění tohoto průzkumu budou klíčovým prvkem zejména pro potvrzení či vyvrácení úvodní hypotézy, která zní: „Většina lidí by ráda umírala doma mezi svými nejbližšími.“

4.1.1 Hlavní zjištění a závěry veřejného průzkumu³¹

Úvahy a hovory o smrti

- **Dvě třetiny populace někdy o smrti přemýšlí.**
- **Hovořit o smrti a umírání je těžké pro dvě pětiny osob.** Na toto téma se svými nejbližšími **nemluví nikdy třetina populace**, více než tři pětiny ostatních narazí na danou problematiku v hovoru alespoň někdy.
- V názoru na otázku, zda o smrti a umírání hovořit s dětmi, jsou **v rámci běžné populace v mírné přesile ti, co zapojení dětí podporují (59 %).** **Nejvhodnějším věkem pro takovéto diskuse je období mezi 10. a 14. rokem života.** Názor zdravotníků je více polarizovaný směrem k zahrnutí dětí do takovýchto hovorů.

³¹ *Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro Cestu domů.*

URL<<http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>>
[citováno 11. července 2012]

Tabuizace konce života a smrti

- Podle více než tří čtvrtin populace se v rámci společnosti o smrti a umírání dostatečně nemluví. Mezi zdravotníky je osob s takovýmto názorem ještě více – 91 %.
- Mezi nejvýznamnější důvody tabuizace tématu se řadí především obava ze samotného konce života (66 %), jeho dlouhodobé opomíjení a neřešení v rodinách (59 %) a mediální nezajímavost problematiky (54 %).

Obavy z umírání

- Na samotném umírání se lidé nejvíce obávají bolesti (46 %), ztráty soběstačnosti (45 %) a důstojnosti (34 %) a také odloučení od svých blízkých (35 %). Pouze 7 % osob se umírání nebojí. Názory laické i odborné veřejnosti se v tomto případě vcelku shodují, pouze zdravotníci přikládají všem aspektům vyšší důležitost.

Místo skonu

- Mezi místa, resp. zařízení, kde by lidé nechtěli umírat, patří zejména léčebna dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) - 69 %, nemocnice (45 %) či různá sociální zařízení (35 %), a to jak z pohledu běžné populace, tak i zdravotníků. Neshoda panuje pouze u hospiců, které jsou v případě populace v žebříčku neoblíbenosti hned za LDN a nemocnicí (42 %), zatímco 6 % zdravotníků považuje hospic za místo srovnatelné s domácím prostředím (6 %). Z pohledu zdravotníků je pro pacienty nejpříjemnější umírat doma (88 %) nebo právě v hospicových zařízeních (35 %).
- Na samotném konci života chtějí být lidé obklopeni především svými nejbližšími. Pouze 14 % osob si přeje být v této poslední hodině samo.
- Pod pojmem důstojné umírání si nejvíce osob představí bezbolestný skon, v klidu, bez strádání, rychlou smrt, pokud možno ve spánku a v rodinném kruhu.

Péče o umírající

- **Pokud někomu umírá někdo blízký, více než dvě třetiny osob se mu snaží pomoci, více než čtvrtina ostatních by pomoci chtěla, ale brání ji v tom neznalost toho, jak s umírajícím hovořit. Desetina populace si pak s takovou událostí neví rady, tak raději nic nepodnikne.**
- Dle deklaráce respondentů **mají bezprostřední zkušenost s umíráním blízké osoby tři čtvrtiny populace.**
- **Naprostá většina běžné populace (92 %) i zdravotníků (99 %) se domnívá, že se mají příbuzní zapojovat do péče o umírajícího. Více než čtyři pětiny osob by pak o svého nejbližšího pečovaly až do konce v domácím prostředí. Pouze osmina by tak neučinila, a to především z důvodů psychického nebo finančního nezvládnutí situace či neznalosti toho, jak se o umírajícího starat.**
- **Samotná péče o umírajícího příbuzného může člověku přinést pocit, že toho druhého doprovodil až na konec jeho cesty (73 %), že mu umožnil nebýt v této životní etapě sám (69 %).**
- **Podle naprosté většiny běžné populace mají děti v průběhu života vidět své vlastní rodiče pečovat o své rodiče (95 %), jejich prarodiče, stejně tak se mají spolupodílet na péči o své nejbližší (91 %).**

Poslední rozloučení

- **Naprostá většina osob souhlasí s tím, že pohřeb je příležitost k rozloučení se s blízkou osobou (91 %) či, že jde o uzavření životního příběhu (88 %). Naopak lidé neberou ve většině poslední rozloučení jako společenskou událost, nutné zlo či jako oběť.**
- **Většina populace se také vyslovuje ve prospěch účasti dětí na pohřbech (76 %).**
- **Na pohřby svých blízkých/spolupracovníků/přátel vůbec nikdy nechodí pouze desetina populace. Třetina ostatních tak činí alespoň občas a více než polovina vždy, když může.**

- Pokud měli lidé uvést, zda již osobně podnikli **nějaké konkrétní opatření pro případ svého úmrtí a pohřbu, pak pouze 14 % z nich tak již učinilo.** 28 % populace sice zatím nic konkrétního neudělalo, nicméně o tom uvažuje. Zbýlých 58 % osob nejenže nic nepodniklo, ale ani o této problematice neuvažuje. **Z jednotlivých opatření,** která byla ze strany respondentů podniknuta ve věci případného úmrtí či pohřbu, lze uvést zejména **zanechání poslední vůle (8 %), uzavření životní pojistky (8 %)** či **vyčlenění finančních prostředků na zařízení pohřbu (6 %).**

Aspekty péče o terminálně nemocné pacienty

- **V otázce tlumení bolesti u nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů se názory běžné populace a zdravotníků určitým způsobem liší. 30 % populace se domnívá, že bolest je u terminálních pacientů tlumena dobře,** naopak pětina ostatních zastává názor opačný. V případě zdravotníků **jednoznačně převažuje pozitivní hodnocení přístupu k tlumení bolesti (58 %, častěji sestry)** nad jeho negativním vnímáním (33 %).
- Určitá disproporce mezi laickou a odbornou veřejností panuje i v otázce **respektování přání umírajících a jejich rodin. Podle 45 % populace jsou přání pacientů a rodin respektována,** podle 26 % naopak nejsou. **Názor zdravotníků na danou problematiku je opět pozitivnější – tři čtvrtiny dotázaných se vyslovilo ve smyslu respektování přání pacientů a rodin a jen pětina ostatních vidí situaci opačně.**
- V otázce informovanosti umírajícího o jeho nemoci, prognóze a možnostech léčby se názory zdravotníků a populace opět liší. **Z pohledu laiků je péče závislá zejména od způsobu přístupu jednotlivých lékařů (57 %).** **Jako velmi dobrou** vnímají informovanost pouze **4 % dotázaných,** jako často zkreslenou nepřinášející pravdivé informace poté 7 % osob. **12 % respondentů se domnívá, že informovanost pacienta je nedostatečná,** že více informací má často rodina než samotná osoba, **které se to týká.** Jako **velmi dobrou až dobrou označilo komunikaci 23 % zdravotníků,** čtvrtina ji pak vnímá jako dostatečnou a pouze 6 %

lékařů a sester ji hodnotí jako zkreslenou. **Největší procento odborné veřejnosti ale zastává názor, že informována je především rodina pacienta, a to na jeho úkor (42 %).**

Komunikace zdravotníků s umírajícím a jeho rodinou

- **Obecně lze shrnout, že běžná populace vnímá jednotlivé aspekty komunikace zdravotníků s umírajícími pacienty a jejich rodinami o něco hůře, respektive v odpovědích laické veřejnosti dosahuje pozitivní hodnocení nižších hodnot, než je tomu u zdravotníků.**
- **Komunikace zdravotníků s pacientem a jeho rodinou je z pohledu laiků obsahově dostatečná v 47 % případů, nedostatečná ve 29 % případů, z pohledu lékařů a sester je pak uspokojivá v 60 % případů, neuspokojivá v 37 % případů.**
- **V případě hodnocení citlivosti je komunikace očima veřejnosti dostatečná opět v 47 % případů, nedostatečná ve 30 % situací, z pohledu zdravotníků je pak uspokojivá až v 65 % případů, nevyhovující v 31 % případů (častěji lékaři).**
- **Pokud jde o srozumitelnost této komunikace, tak je s ní spokojeno 50 % běžné populace, nespokojeno je 27 % osob, v rámci zdravotníků je pak srozumitelnost vyhovující pro 59 % osob a nevyhovující pro 37 % respondentů.**

Přístup zdravotníků k terminálně nemocným

- **Osmina zdravotníků dle svého vlastního vyjádření neví, jak přistupovat k umírajícímu pacientovi a jeho rodině.** Naopak většina odborné veřejnosti dle deklarace takovéto znalosti má.
- **Podle více než tří čtvrtin zdravotníků (77 %) je možné se o umírajícího postarat až do konce jeho dnů v domácím prostředí.** Opačný názor zastává pouze necelá čtvrtina odborné veřejnosti.
- **Podle vyjádření samotných zdravotníků jsou lékaři pouze v 19 % případů dobře obeznámeni s tím, co může pacientům nabídnout**

hospicová péče. Ve většině případů (63 %) o takovéto péči vědí, nicméně jejich představa je spíše mlhavá. V 16 % případů nejsou lékaři o této péči informováni, o paliativní léčbě mají spíše kusé informace. O existenci hospicové péče neví pouze 2 % lékařů.

- **Pokud mají ale zdravotníci hodnotit péči ve vybraných zařízeních, pak je nejlépe vnímána, jak z pohledu zdravotního, tak i toho zohledňujícího psychickou pohodu pacienta, péče poskytovaná v hospici.** 49 % zdravotníků ji hodnotí po zdravotní stránce jako velmi dobrou, 30 % jako dobrou, v případě psychické pohody je péče jako velmi dobrá vnímána 47 % zdravotníků a jako dobrá 31 % osob.

4.1.2 Rozvinutí některých hlavních zjištění s ohledem na cíl této práce a stanovenou hypotézu

V této pasáži se zaměříme více do detailu na ta z hlavních zjištění, která se týkají úvodní vyřčené hypotézy nebo mají souvislost s tím, co již bylo zmíněno v předchozích kapitolách.

V úvodu této práce jsme se zmínili o tom, že vyrovnávání se s vlastní smrtí řeší lidstvo odjakživa a je zahaleno tajemstvím, něčím, co jsme si nikdy na vlastní pěst nezkusili a tak se o tom můžeme jenom dohadovat, jaké to bude a co se nám bude honit hlavou na smrtelné posteli. Ve výzkumu v úvahách a hovorech o smrti vyšlo najevo, že dvě třetiny populace někdy o smrti přemýšlí. To zároveň může vypovídat o tom, že se lidé mají snahu s vlastní smrtí vyrovnat, proto o ní přemýšlí. Zajímavá je skutečnost, že o smrti přemýšlí významněji častěji mladší a středně staří lidé (do 44 let věku), vysokoškoláci a ženy. Starší lidé přiznávají, že na smrt spíše nemyslí.³² V předchozím pojednání jsme konstatovali, že člověk má strach ze smrti, ten může mít více příčin. Průzkum na toto odpovídá čísla takto: lidé se obávají nejvíce bolesti (46 %), ztráty soběstačnosti (45 %), důstojnosti (34 %) a také odloučení od svých blízkých (35 %).³³

³² Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro Cestu domů.
URL<<http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>>
[citováno 11. července 2012]

³³ Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro Cestu domů.

Zmínili jsme rovněž, že v současné době se zdá, že společnost chce smrt a bolest vytěsnit z myslí lidí. Jako by se společnost bála téma smrti uchopit, více o ní mluvit. Jako by se bála věnovat více mediálního prostoru ve sdělovacích prostředcích přirozené formě smrti a umírání před vraždami, nehodami či jinými, z lidského pohledu drastickými formami smrti. Téma smrti se v dnešní době trochu tabuizuje: „Užívej si života na plné obrátky a na vlastní smrt nemysli, si přeci stále mladý, a když si to o sobě přestáváš myslet, provedeme pár plastických operací, podáme pár balení léků a pocit mladosti je tu.“ Problém hovořit o smrti (o té přirozené) projevily dvě pětiny osob. Nejvíce tomu bylo v případě mladších lidí, starším lidem toto téma problémy nečinilo.³⁴ Když si vezmeme, že masmédiá řídí převážně mladší lidé, může zde být určitá souvislost s tím, že se o přirozené smrti v médiích nemluví a je tedy tabu (pokud uveřejnit smrt, tak takovou, která upoutá pozornost lidí a přinese zisky z reklamy). Průzkum objasnil, že podle lidí je nejvhodnějším věkem pro zapojení dětí do diskusí o smrti období mezi 10. - 14. rokem dítěte.³⁵ V kapitole 3.1.5 jsme uvedli, že od deseti let věku začínají smrt jako trvalý biologický proces vnímat právě i děti, tudíž věkové rozmezí z průzkumu je adekvátní.

Zmínili jsme rozměr komunikace o smrti ve společnosti. Komunikace má ale i jiný rozměr, a sice v rodině individuální: komunikace umírající-lékař nebo umírající-laik. Bylo uvedeno, že americká psycholožka Kübler-Rossová nebo Marie Svatošová hovoří ve svých knihách často o nutnosti jasné a pravdivé komunikace vůči umírajícímu. Průzkum veřejného mínění u komunikace s umírajícími hodnotil v dotazech a odpovědích respondentů dostatečnost, citlivost a srozumitelnost komunikace. V průměru se dá říci, že zdravotníci hodnotili úroveň komunikace lépe (v průměru 60 % spokojenost) než laici (v průměru 50 % spokojenost).³⁶

URL<<http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>>
[citováno 11. července 2012]

³⁴ Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro *Cestu domů*.

URL<<http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>>
[citováno 11. července 2012]

³⁵ Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro *Cestu domů*.

URL<<http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>>
[citováno 11. července 2012]

³⁶ Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro *Cestu domů*.

Posledními dvěma aspekty, které průzkum zjišťoval a na které se zaměříme, jsou „místo skonu“, kde by si lidé přáli zemřít a „péče o umírající“. Oba tyto aspekty se bezprostředně týkají vyslovené hypotézy: „Většina lidí by ráda umírala doma mezi svými nejbližšími.“

U volby místa skonu uvedeme ještě jednou celé znění hlavního zjištění, protože se jedná z hlediska této práce o nejzásadnější pasáž (respondenti mohli vybrat i více možností):

- **Mezi místa, resp. zařízení, kde by lidé nechtěli umírat, patří zejména LDN (69 %), nemocnice (45 %) či různá sociální zařízení (35 %), a to jak z pohledu běžné populace, tak i zdravotníků. Neshoda panuje pouze u hospiců, které jsou v případě populace v žebříčku neoblíbenosti hned za LDN a nemocnicí (42 %), zatímco zdravotníci je staví na úroveň domácího prostředí (6 %). Co se týče pozitivních preferencí, tak 78 % respondentů (z řad populace) uvedlo, že chce umírat v domácím prostředí (88 % zdravotníků si myslí, že pro pacienty je nejpříjemnější umírat doma). V hospici by chtělo umřít 10 % populace (35 % zdravotníků si myslí, že hospic je pro umírání populace velmi vhodný), 9 % populace by chtělo umřít v sociálním zařízení (dům seniorů, domov s pečovatelskou službou) a stejné procento by chtělo umřít v nemocnici. V LDN by chtělo umřít jen 1 % lidí. Co rovněž vyplynulo z průzkumu, je fakt, že lidé příliš nerozlišují mezi hospicem, nemocnicí a sociálním zařízením.³⁷**
- **Na samotném konci života chtějí být lidé obklopeni především svými nejbližšími. Umírat ve společenství lidí by chtělo 86 % šetřené populace. Lidé by chtěli nejčastěji umírat obklopeni rodinou - 69 %, 45 % by chtělo mít vedle sebe partnera nebo přátele - 12 %, 5 % by preferovalo zdravotníky a 4 % řádové sestry. Pouze 14 % osob si přeje být v této poslední hodině samo.**

URL<<http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>>
[citováno 11. července 2012]

³⁷ Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro Cestu domů.

URL<<http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>>
[citováno 11. července 2012]

- Pod pojmem **důstojné umírání** si nejvíce osob představí **bezbolestný skon, v klidu, bez strádání, rychlou smrt**, pokud možno **ve spánku a v rodinném kruhu**.³⁸

Pro naše účely si vyřčenou hypotézu: „Většina lidí by ráda umírala doma mezi svými nejbližšími.“ rozdělíme na dvě části takto: „Většina lidí by ráda umírala doma.“ a „Většina lidí by ráda umírala mezi svými nejbližšími.“

Co se týče první části hypotézy, vyjdeme z výše uvedeného výsledku průzkumu. Z něj plyne jasná odpověď – 78 % populace by si přála umírat doma a 88 % zdravotníků si myslí, že pro lidi je nejlepší prostředí pro umření právě jejich domov. Tato část hypotézy je tedy pravdivá a vzhledem k dostatečně velkému počtu respondentů ze všech sfér společnosti by se dalo říci, že je potvrzena ze 78 %.

Co se týče druhé části hypotézy, opět nalezneme odpověď ve výsledcích průzkumu. Drtivá většina respondentů, celkem 86 % uvedlo, že by chtělo umírat ve společnosti lidí, nejvíce to byli právě lidé nejbližší. I tato část hypotézy tedy platí a potvrdila se její pravdivost.

Hypotéza: „Většina lidí by ráda umírala doma mezi svými nejbližšími.“ byla v této pasáži praktické části potvrzena a platí.

4.2 Druhy zařízení pro umírající v České republice

Prostředí, kde člověk žijící v České republice může zemřít, je hned několik. S ohledem na data získaná z výzkumu veřejného mínění věnujeme pozornost domácímu prostředí, hospicům, nemocnicím, léčebnám dlouhodobě nemocných a sociálním zařízením. U každého zařízení se budeme snažit popsat počet těchto zařízení v České republice a míru, do jaké jsou jednotlivá zařízení podporována ze strany státu, a u některých nastíníme také jejich financování.

³⁸ Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro *Cestu domů*.

URL<<http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>>
[citováno 11. července 2012]

4.2.1 Domácí prostředí

Mluvíme-li o domácím prostředí jako možnosti pro umírání a smrt, je zřejmé, že počet těchto míst přímo odpovídá počtu domácností v České republice. V roce 2010 bylo v České republice 4 411 500 domácností.³⁹ V domácnosti může člověk umírat za podmínky, že se o něj starají jeho bližní nebo za ním dojíždí zdravotní personál z mobilního hospice či jiného zdravotního nebo sociálního zařízení. V roce 2010 uskutečnili pracovníci domácí zdravotní péče u svých pacientů celkem 5,7 milionů návštěv, přičemž u 87 % z nich bylo pacientům provedeno pouze zdravotní ošetření. Na 1 pracovníka zdravotní domácí péče tak připadalo v průměru necelých 7 návštěv denně (v jednotlivých krajích činilo rozpětí 5–10 návštěv), na 1 pacienta pak připadalo v průměru 40 návštěv za rok (v jednotlivých krajích mezi 32–54 návštěvami).

U pacientů bylo pracovníky domácí zdravotní péče provedeno celkem 11,4 milionu výkonů, z nichž 92 % bylo hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Z celkového počtu 875 tisíc výkonů nehrazených zdravotními pojišťovnami bylo 19 % zdravotních výkonů, ostatní výkony se týkaly sociální péče, částečně nebo plně hrazené pacientem. Více než polovina všech výkonů (53 %) pak byla provedena u imobilních pacientů.⁴⁰

Co se týče financování, prostředky spojené s péčí (zdravotníci, domácí/mobilní hospic) si musí pacient hradit sám nebo lze získat příspěvek na péči od příslušného ministerstva.

4.2.2 Hospic

Hospice jsou definované jako specializované odborné léčebné ústavy, kde je poskytována paliativní péče osobám v pre-terminálním (stav před koncem) a terminálním (konečném) stádiu nemoci.⁴¹ Jak bylo naznačeno v předchozí větě,

³⁹ Český statistický úřad: *Rychle roste počet domácností.*

URL<<http://czso.cz/csu/csu.nsf/ainformace/78E200316A95>> [citováno 12. července 2012]

⁴⁰ *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče.*

URL<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11992/Analýza_kapacit.pdf> [citováno 10. července 2012]

⁴¹ *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče.*

URL<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11992/Analýza_kapacit.pdf> [citováno 10. července 2012]

hospic je pravdivý v tom, že říká pacientovi: „Ty sem jdeš umřít.“ Ví to i ošetřující personál i pacient.

Těchto zařízení bylo v roce 2010 v České republice celkem 15 a jejich celková lůžková kapacita čítala 398 lůžek.⁴² Lůžkové hospice jsou financovány z části z veřejných prostředků zdravotních pojišťoven, z části prostředků samotného pacienta a zbytek financí směřuje od sponzorů a dárců. Problémem zůstává financování lůžkových hospiců ze strany státu a dlouhodobé péče jako takové. V roce 2010 šlo na dlouhodobou péči z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví odhadem 0,5 mld. Kč, což činilo pouhé 5,44 % z celkových výdajů tohoto ministerstva. Je tedy evidentní, že dlouhodobá péče je ze strany státu poddimenzována. Přitom ze zkušeností vyplývá, že péče v hospicích je levnější ve srovnání s péčí v nemocnicích.⁴³

4.2.3 Nemocnice následné péče

Nemocnice následné péče poskytují ošetrovatelskou následnou péči v návaznosti na péči v nemocnicích akutní péče. Nemocnice jsou financovány ze strany zřizovatele, státu, zdravotních pojišťoven, pacientů a dárců či sponzorů.

Ke konci roku 2010 bylo v České republice 30 nemocnic následné péče s 2 517 lůžky. Dalších 4 713 lůžek ošetrovatelské následné péče bylo vyčleněno z lůžkového fondu fakultních nemocnic a nemocnic akutní péče. Dohromady tedy byla péče poskytována na 7 230 lůžkách. Celkový objem poskytnuté péče činil 4 534 774 dnů, průměrná ošetrovací doba na těchto lůžkách dosáhla 51,2 dne.⁴⁴

4.2.4 Léčebna dlouhodobě nemocných

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou specializované odborné léčebné ústavy, kde je seniorům s dlouhodobým chronickým onemocněním poskytována

⁴² *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče.*

URL<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11992/Analyza_kapacit.pdf> [citováno 11. července 2012]

⁴³ *Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči.*

URL<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11994/Financni_toky.pdf> [citováno 11. července 2012]

⁴⁴ *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče.*

URL<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11992/Analyza_kapacit.pdf> [citováno 11. července 2012]

ošetřovatelská následná, či rehabilitační péče.⁴⁵ Těchto léčeben bylo v roce 2010 v České republice 70. Tyto léčebny pro dlouhodobě nemocné disponovaly celkem 7 113 lůžky.

Z výše zmíněného vyplývá, že dlouhodobá péče mohla být k 31.12.2010 poskytována až ve 169 zdravotnických zařízeních (bez fakultních nemocnic a nemocnic akutní péče), dále pak na 110 odděleních/pracovištích fakultních nemocnic či nemocnic akutní péče, celkem tedy na 28 245 lůžkách. Dlouhodobá péče ve zdravotnických zařízeních byla poskytnuta necelým 180 tis. hospitalizovaných. Objem poskytnuté péče těmto pacientům (měřeno počtem ošetřovacích dnů) dosahoval téměř 9,1 mil. dnů. Průměrná ošetřovací doba v zařízeních dlouhodobé péče tak činila téměř 51 dnů.⁴⁶

4.2.5 Domov seniorů

Domovy pro seniory jsou blíže vymezeny ustanovením § 49 zákona o sociálních službách takto: „V domovech pro seniory se poskytují pobytové sociální služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“.⁴⁷ Domovy pro seniory si v českém prostředí udržují celkem významnou pozici. Nástup do domova pro seniory znamená pro dotyčného zásadní zlom v životě. Z celkového počtu osob ve věku 65 let a více žije v České republice v současné době 2,6 % osob, zbytek pak žije doma nebo žijí v jiných typech zařízení.⁴⁸ V roce 2010 bylo v České republice 479 domovů pro seniory.⁴⁹

⁴⁵ *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče.*

URL<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11992/Analyza_kapacit.pdf> [citováno 11. července 2012]

⁴⁶ *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče.*

URL<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11992/Analyza_kapacit.pdf> [citováno 11. července 2012]

⁴⁷ SLÁDEK M.: *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb.* 1. vyd. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, 2010, s. 111-112.

⁴⁸ SLÁDEK M.: *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb.* 1. vyd. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, 2010, s. 112.

⁴⁹ *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče.*

URL<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11992/Analyza_kapacit.pdf> [citováno 11. července 2012]

4.2.6. Problematika přístupu zdravotnického personálu k pacientovi

Z vlastní zkušenosti nebo možná z okolí našich blízkých, kteří leželi nějaký čas v nemocnici, slyšíme, že si stěžovali na špatnou komunikaci ze strany ošetřujícího personálu. Informace, které se k nim dostaly, byly velmi kusé a dotyční byli rádi, že se dozvěděli pravdivě o své diagnóze a o tom, jak dlouho si v nemocnici pobudou. Vnímání komunikace (citlivost, srozumitelnost a dostatečnost) mezi zdravotním personálem a pacientem jako problému, odhalil i zmíněný veřejný průzkum. Více jako problém komunikaci vnímala populace na rozdíl od zdravotníků samotných, kteří komunikaci hodnotili o něco pozitivněji. Z pozice laiků byla komunikace dostatečná jen ve 47 % případů, což je stále ještě málo a na tomto poli je stále co zlepšovat. Jak jsme již jednou uvedli, v komunikaci a vnímání pacientových potřeb si možná naše společnost bere břemeno komunistické minulosti, kdy bylo na pacienta nahlíženo jako na pracovní sílu, a tak se k němu i přistupovalo a dost možná i stále přistupuje. Problém v českém zdravotnictví je i ten (vycházím ze zkušenosti mých známých-doktorů), že je nedostatek zdravotních sester. To má za následek, že sestry mnohdy dělají na hranici nebo dokonce za hranicí zákoníku práce, mají toho zkrátka moc (a ještě k tomu za málo peněz). Nehledě na to, že někteří doktoři na sestry přehazují část svých kompetencí, takže toho mají ještě více. Části českému zdravotnímu personálu tedy reálně hrozí syndrom vyhoření. Přihlédneme-li k těmto okolnostem, bezproblémové komunikaci s pacientem tyto rozhodně nepřispívají.

4.3 Prostředí umírajících lidí v České republice

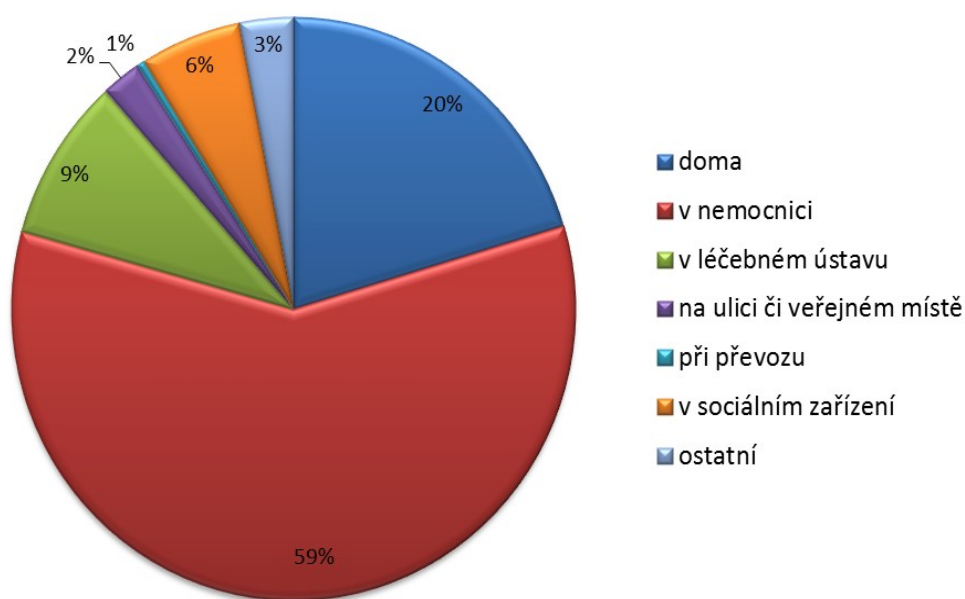
V této kapitole uvedeme reálná fakta, která poukáží na to, kde se v české republice opravdu umírá (doma, v nemocnici, v hospici, při převozu apod.). Na dalších datech si ukážeme, v souvislosti s jakými chorobami lidé umírají, dále popíšeme podíl lidí, kteří umírají doma v rámci jednotlivých krajů, a nakonec uvedeme graf, který znázorňuje věkovou strukturu umírajících v závislosti na prostředí, kde umírají. Tato data dáme do kontrastu s tím, jak by lidé chtěli umírat (viz předchozí výzkum veřejného mínění). Z dat zjistíme, že je zde velký rozpor.

V závěru této práce zkusíme vyslovit faktory, které brání tomu, aby se reálná data alespoň do určité míry rovnala představám a přáním lidí o své vlastní smrti. Rovněž se autor pokusí navrhnout řešení, jak situaci zlepšit.

Údaje o zemřelých průběžně zpracovává za Českou republiku Ústav zdravotnických informací a statistiky (dále jen ÚZIS) a Český statistický úřad. ÚZIS vydává již od roku 1988 publikaci Zemřelí,⁵⁰ která sleduje počty zemřelých podle různých demografických kritérií a podle příčin smrti. Kromě demografických údajů a příčin smrti poskytuje Demografická ročenka ČR⁵¹ i údaje o místě úmrtí, které jsou zdrojem následující analýzy.

Již první pohled na data (viz graf č. 1) ukazuje, že většina obyvatel umírá mimo domov, a to nejčastěji v nemocnici (59 %), doma umírá 20 % obyvatelstva.

Graf č. 1. Podíl zemřelých podle místa úmrtí, rok 2010



Zdroj: Demografická ročenka 2010, URL <<http://notes3.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4019-11>>

⁵⁰ Zemřelí 2010.

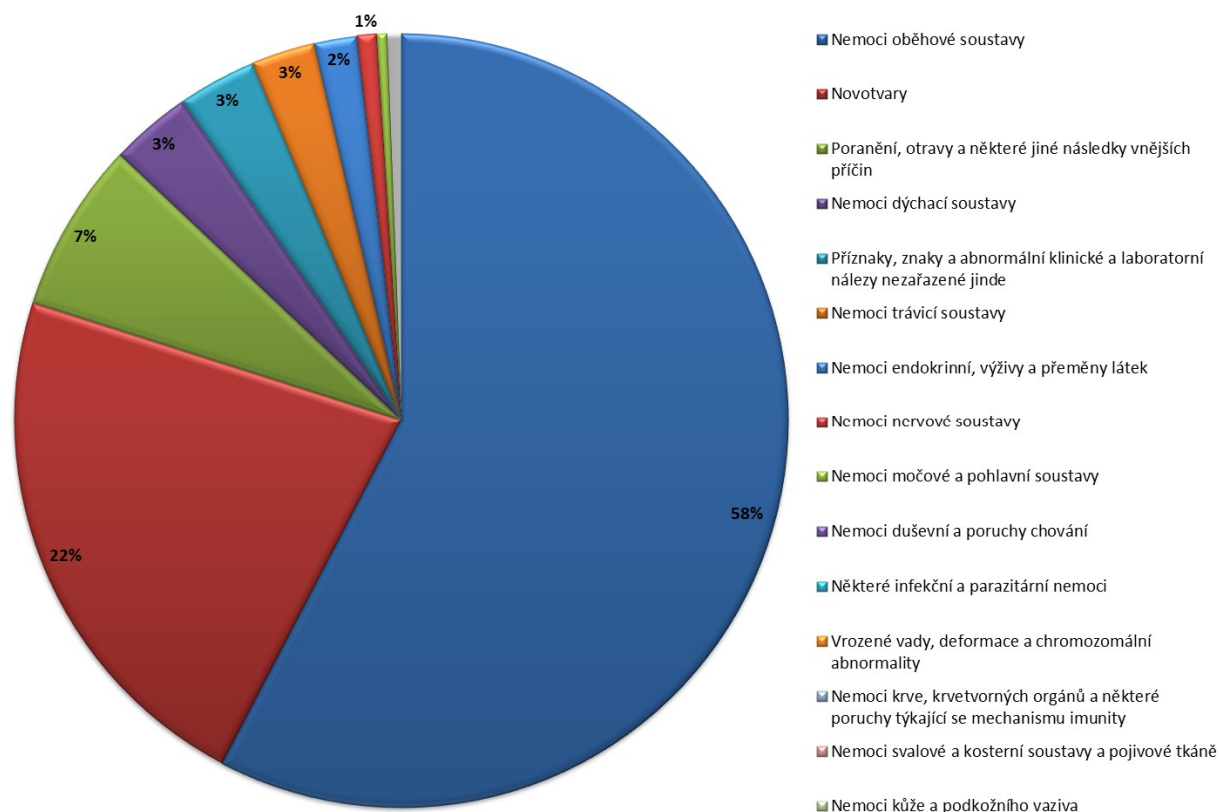
URL <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>> [citováno 12. července 2012]

⁵¹ Demografická ročenka.

URL <<http://notes3.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4019-11>> [citováno 12. července 2012]

Podíváme-li se blíže na zemřelé, kteří umírali doma (viz graf č. 2), zjišťujeme, že se v nadpoloviční většině jednalo o osoby zemřelé v důsledku nemoci oběhové soustavy. Mezi taková úmrtí patří nejčastěji infarkt nebo srdeční zástava, jedná se proto o rychlou smrt, která nenastala doma z rozhodnutí umírajícího a jeho blízkých. Druhou nejčastější kategorií představují nádorová onemocnění (novotvary), u kterých je doma umírání podstatně delší a pro účel této práce je tato skupina relevantnější. Můžeme předpokládat, že těmto zemřelým bylo rodinným kruhem umožněno umírat důstojně mezi svými blízkými. Třetí nejčastější kategorie, poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin, nás opět přivádí na pole nečekaného úmrtí. Ve srovnání s průzkumem veřejného mínění dospějeme k následujícím zjištěním: 78 % populace si přeje zemřít doma, ale doma jich zemře jen 20 %, v nemocnici by si přálo zemřít pouze 9 % lidí, ale umírá jich tam v českém prostředí 59 %, v sociálních zařízeních by chtělo zemřít rovněž 9 % lidí a skutečnost je taková, že jich tam umírá 6 % a v léčebně dlouhodobě nemocných by chtělo zemřít pouze 1 % populace, ale umírá jich tam 9 % (o hospicích bohužel nejsou data). Největší nepoměr ve vztahu mezi tím, kde by si lidé přáli zemřít a jak je tomu doopravdy, je u domácího prostředí a u nemocnice (dá se s nadsázkou říci, že je tomu přesně naopak).

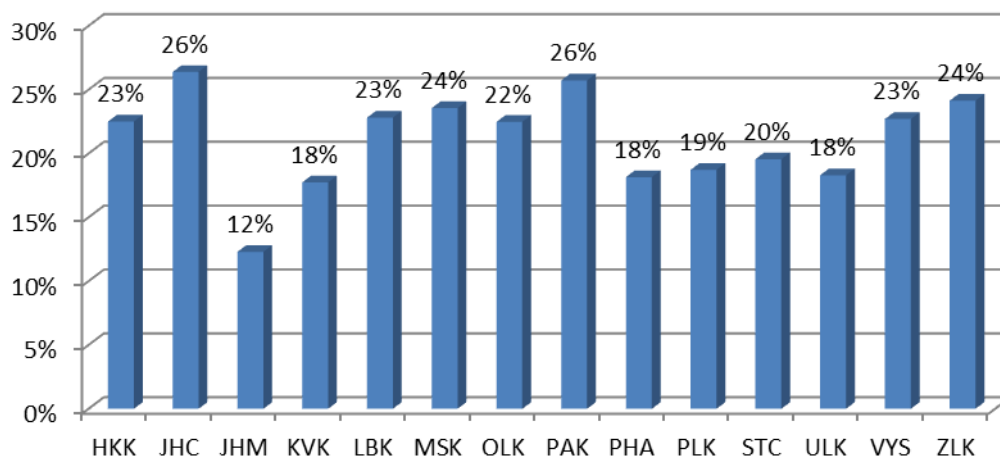
Graf č. 2. Podíl zemřelých doma podle příčin úmrtí, rok 2010



Zdroj: Demografická ročenka 2010, URL <<http://notes3.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4019-11>>

Závěr tedy je, že umírá-li pětina obyvatel doma, neznamená to, že bylo pětině obyvatel vědomě umožněno umírat důstojně mezi svými blízkými (vzhledem k zmíněným náhlým příčinám smrti jako je např. infarkt).

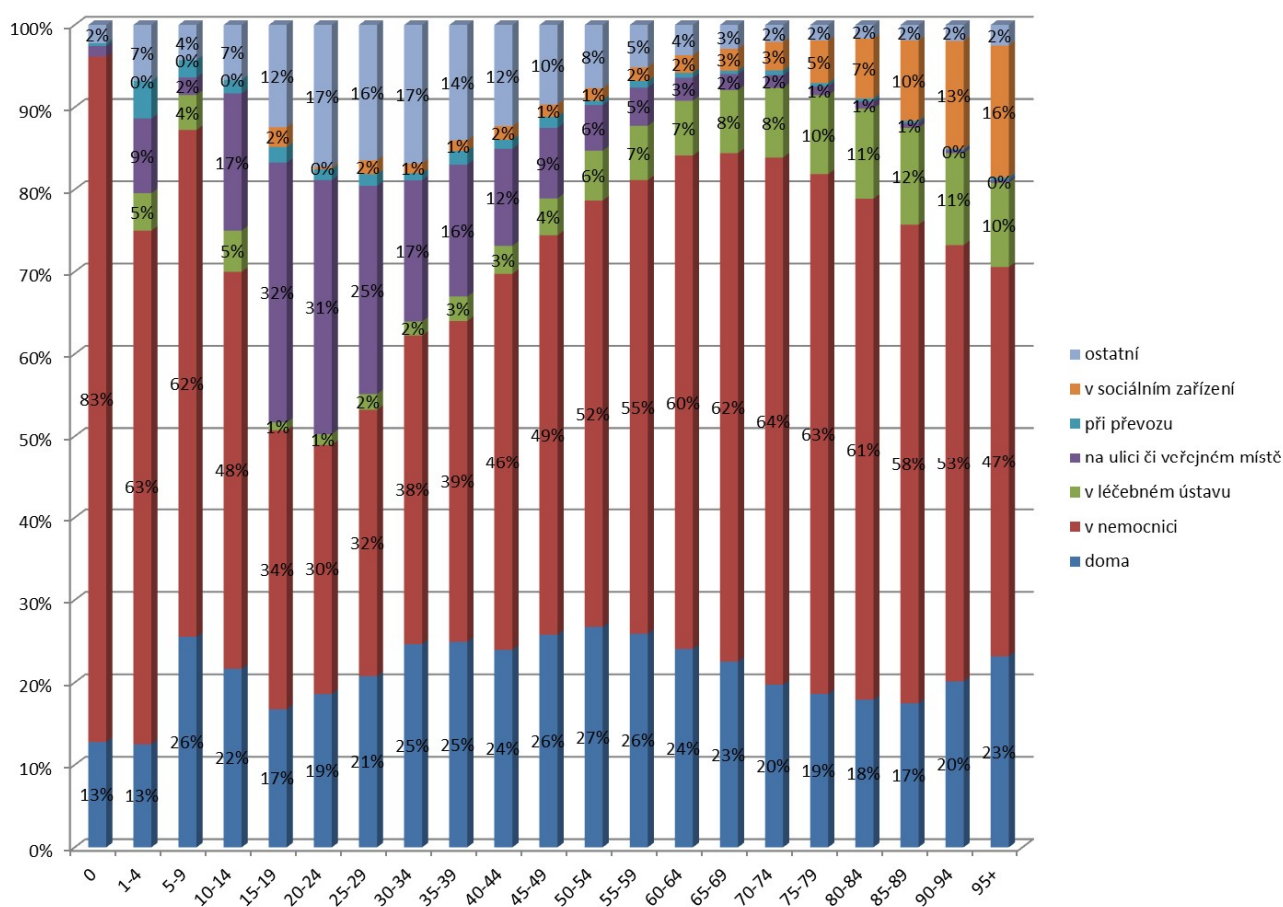
Podíl úmrtí doma se významně liší mezi kraji. Zatímco v Jihomoravském kraji umírá doma pouze 12 % obyvatel, v Jihočeském kraji umírá doma více než dvojnásobný podíl (viz graf č. 3). Tyto rozdíly mohou být důsledkem odlišných kulturních zvyklostí mezi regiony, mohou být ale i důsledkem jiných příčin, které v dostupných datech nelze pozorovat.

Graf č. 3. Podíl zemřelých doma podle kraje, rok 2010

Zdroj: vlastní propočty z databáze VZP

Podíly zemřelých podle věku a místa úmrtí (graf č. 4) jsou do značné míry důsledkem odlišných příčin úmrtí v jednotlivých věkových kategoriích. Zatímco u mladých osob tvoří významnou kategorii úmrtí na ulici či veřejném místě (je třeba podotknout, že v těchto věkových kategoriích umírá obecně málo osob), což odráží zejména úmrtí v důsledku vnějších příčin jako například autonehod, s postupujícím věkem tato kategorie téměř mizí a roste význam úmrtí v léčebných ústavech a v sociálních zařízeních. U nejstarších osob (85 a výše) vidíme postupný nárůst podílu umírajících doma a v sociálním zařízení a naopak pokles podílu umírajících v nemocnici nebo v léčebném ústavu. Podíl úmrtí v nemocnici je nejvyšší u dětí a u osob ve věku 70 až 74 let. Pro úplnost je nutno podotknout, že nejčastější věkovou skupinou umírajících v roce 2010 byl věk 80 až 84 let, rozložení v této věkové skupině proto nejvíce ovlivňuje celkové statistiky.

Graf č. 4. Podíly zemřelých podle věkové kategorie a místa úmrtí, rok 2010



Zdroj: Demografická ročenka 2010, URL< <http://notes3.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4019-11>>

5 Závěr

Pro to, abychom mohli uvést jednotlivé faktory, které brání tomu, aby se fakta v České republice alespoň z části blížila tomu, co vyšlo v průzkumu pro hospicové sdružení Cestu domů, uvedu osobní příklad okolností, za kterých umírali někteří mí a manželovi příbuzní v poslední době. Co se týče mojí rodiny, během posledního roku mi zemřeli obě babičky. Každá z nich se dožila požehnaného věku kolem 90 let. Jedna babička umírala v domácím prostředí, kde byla dostatečně dlouhá doba na to, aby se o ni celá rodina starala a aby mohlo dojít k důstojnému rozloučení v rodinném kruhu. Druhá babička umírala v hospici, do kterého jsme museli 80 km dojíždět, ale rovněž zde byla doba několika měsíců, kdy jsme mohli babičku navštěvovat, komunikovat s ní nebo vedle ní sedět na posteli a držet za ruku.

V rodině manžela tomu bylo spíše naopak. Tři poslední úmrtí v manželově rodině (babička, teta, strýc) byla náhlá a spíše nečekaná (selhání orgánů nebo smrt i přes stabilizovaný stav dotyčného apod.). I přesto, že někteří příbuzní měli vysoký věk (90 let či 75 let), smrt zasáhla okolí náhle, takže zde nebyl prostor na rozloučení a zpráva o úmrtí se k blízkým dostala až prostřednictvím telefonu. Babička umřela doma sama, ostatní v nemocnici.

Uvedené příklady poukazují na to, že u přání lidí „zemřít doma“ hraje roli více faktorů. Pro stanovení těchto faktorů, které zabraňují tomu, aby přání lidí (potvrzená vyřčená hypotéza): „Většina lidí by ráda umírala doma mezi svými nejbližšími.“ platilo i v praxi, si tvrzení rozdělíme opět na dvě části. Připomeňme si, že 77 % zdravotníků si myslí, že je možné se o umírajícího postarat až do konce jeho dnů v domácím prostředí (viz průzkum veřejného mínění výše). Co se týče první části hypotézy, která se týká požadavku na smrt v domácím prostředí, tak zde kromě povahy a míry závažnosti nemoci, kdy se rozhoduje, zdali dotyčný může umírat doma za asistence lékaře či blízkých nebo zda je stav tak vážný, že se dotyčný musí převézt do nemocnice či hospice, hraje roli i schopnost, ochota a čas druhých starat se o umírajícího (toto nebyl případ našich rodin, protože obě dvě jsou velmi početné). Pokud umírající má takovou povahu diagnózy, která vyžaduje jeho napojení např. na plicní ventilaci či kapačky, pak bude muset být

převezen do prostředí nemocnice či jiného podobného zařízení. Připomene si, že 78 % lidí by chtělo umřít doma, ve skutečnosti umírá doma pouhých 20 % populace. Druhou rovinu problému představuje okolí umírajícího. Ochota starat se o blízkého na smrtelné posteli má hodně co do činění s hodnotovým světem toho, který se má o umírajícího starat a s tím, jaký vztah pojí obě strany (návod nalezneme v Bibli v Desateru Božích přikázání: „Cti otce svého a matku svou“ nebo „Cokoliv jste udělali pro bližního svého, mně jste vykonali.“). Z výzkumů pro Cestu domů vyplynulo, že 80 % lidí by o svého nejbližšího pečovalo až do konce právě v domácím prostředí. Ochota lidí se tak zdá být dost velká. Dalším faktorem je čas, který vyžaduje péče o umírajícího bližního. V dnešní době může čas představovat velkou překážku. Kolik lidí má výmluvu na to, že má hypotéku a potřebuje chodit do práce, že se musí starat i o svoji rodinu apod. Pro zlehčení můžeme uvést ono známé: „Rodiče uživí deset dětí, ale deset dětí neuživí jedny rodiče.“

Druhý rozměr hypotézy představuje touhu zemřít v okolí svých nejbližších. Některé faktory, které mohou bránit i tomuto rozměru, jsme si již uvedli v předchozí pasáži (např. náhlá příčina smrti...). Roli ale hraje i to, kolik a zda vůbec umírající nějaké bližní má. Záleží např. na tom, zda umírající má nějaké děti, zda např. děti nežijí na jiném kontinentu nebo zda prostě umírající svým věkem nepřežil ostatní blízké. Někdy se může (nejspíše zřídka kdy) také přihodit to, že umírající nemá komunikační prostředky nebo sílu, jak by svému okolí dal vědět o své blížící se smrti, např. v důsledku toho, že žije někde na samotě.

V předešlé pasáži jsme uvedli faktory, které mohou bránit tomu, aby se obecně umíralo doma a v okruhu svých blízkých. Nyní se pojd'me podívat na řešení, jak tyto faktory alespoň z části odbourat a jak se přiblížit k onomu „ideálu“.

Níže si uvedeme některá opatření, která by mohla dle mého názoru pomoci stavu umírání v prostředí naší země. Některá opatření jsou systémová, ale ta se nezmění, dokud se nezmění myšlení, hodnoty a přístupy všech z nás.

Navrhovaná řešení:

- **Více o umírání a smrti mluvit** – dát větší prostor v médiích přirozené formě umírání a smrti na úkor drastických případů, která v médiích převládají. O umírání mluvit s dětmi od cca 10 let věku, jít příkladem (děti by měly vidět, jak se jejich rodiče starají o ty své). Ve školách zařadit téma smrti a umírání do určitého vhodného předmětu (na základní škole např. základy společenských věd apod.). Pokud se bude ve společnosti o tomto tématu mluvit, lidé nebudou mít tolik strachu a obav ze smrti a nebude okolo tolik tabu.⁵² Největší tabu okolo mluvení o smrti je např. v zemích, jako je Japonsko nebo Čína.⁵³
- **Větší finanční podpora lůžkových hospiců, domácích hospiců a dlouhodobé péče ze strany státu.** Bylo uvedeno, že na dlouhodobou péči jdou z rozpočtu Ministerstva zdravotnictví ČR pouhých necelých 5,5 %. Zařízení dlouhodobé péče tak dostávají o hodně méně prostředků než např. nemocnice, hospice je ale mnohdy svou kvalitou péče předčí, nehledě na to, že náklady na péči jsou v hospicových zařízeních levnější. Tato poddimenzovanost zařízení dlouhodobé zdravotní péče také způsobuje nedostatek nebo dokonce odliv zdravotního personálu, který se raději přesune do nemocnic akutní péče, kde si více vydělají. Je třeba zmínit zásadní fakt, že domácí hospice, tedy ty, ze kterých ošetřující personál pouze dochází do domácností lidí, nedostávají od zdravotních pojišťoven v současné době ani korunu prostředků. Velkým problémem je také nedostatečná pozornost státu, co se týče finanční podpory zakládání nových lůžkových hospiců.
- **Zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva** – zdraví lidí má vliv zejména na okolnosti, za jakých člověk umírá. Z grafu č. 2 vyplývá, že příčina 58 % úmrtí je způsobena chorobami oběhové soustavy. Když člověk zemře

⁵² Pozn. autorky ke strachu ze smrti: Strach ze smrti může v dnešní době pramenit v přílišném materialistickém pojetí života, je třeba klást důraz více na hodnoty duchovní, popř. mluvit více posmrtném životě v duchu křesťanství. V tomto smyslu by bylo zajímavé udělat průzkum na téma strachu ze smrti např. mezi mnichy v kláštorech.

⁵³ *The quality of death, Ranking end-of-life care across the world.*

URL<http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf> [citováno 12. července 2012]

náhle např. na infarkt, tak se může stát, že nebude umírat ani doma, ale třeba na ulici, ani v přítomnosti svých blízkých. Pro to, aby člověk umíral tak, jak si většina lidí z průzkumu přeje, musí každý z nás neustále pečovat o své zdraví (zdravá strava a životospráva, dostatek pohybu apod.)

- **Kvalitní proškolení zdravotního personálu a laiků.** Aby se lidé (populace i zdravotní personál) nebáli pečovat o své bližní a aby věděli, jak se zachovat v určité situaci, musí být náležitě poučeni a proškoleni. Vzdělávání může probíhat formou seminářů či konferencí pro zdravotní personál. Pro laiky může probíhat formou otevřených kursů, diskusních seminářů či návštěv hospiců a poraden pro umírající.
- **Mít více dětí** – nejlepší recept na to, aby člověk mohl umírat v okruhu svých nejbližších, je ten, že dotyčný má více dětí a tak je větší pravděpodobnost, že se mu jeho přání na smrtelné posteli naplní.

6 Obsah

1	Úvod	4
2	Umírání a vnímání smrti v různých kulturách, náboženských tradicích, a v průběhu času	7
	2.1 Obecná definice	7
	2.2 Umírání a vnímání smrti v různých kulturách a náboženských tradicích ..	7
	2.3 Umírání a vnímání smrti v průběhu času	15
3	Umírání a smrt z pohledu umírajícího	17
	3.1 Pochopit umírajícího a fáze umírání jako reakce na blížící se smrt	17
	3.2 Jak se k umírajícímu správně zachovat	21
4	Umírání a péče o nevléčitelně nemocné v České republice	24
	4.1 Výsledky průzkumu veřejného mínění o umírání a smrti v českých podmínkách	24
	4.2 Druhy zařízení pro umírající v České republice	33
	4.3 Prostředí umírajících lidí v České republice	37
5	Závěr	43
6	Obsah	47
7	Literatura	48

7 Literatura

- [1] KÜBLER-ROSSOVÁ, E.: *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
- [2] HAVRDOVÁ, Z. A KOL.: *Hodnoty v prostředí sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. 207 s. ISBN 978-80-87398-06-7.
- [3] ONDRAČKA, L.; KROPÁČEK, L.; HALÍK, T.; LYČKA, M.; ZEMÁNEK, M.: *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. 116 s. ISBN 978-80-904516-3-6.
- [4] SVATOŠOVÁ, M.: *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
- [5] CALLANOVÁ, M.; KELLEYOVÁ, P.: *Poslední dary*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad/Cesta domů, 2005. 224 s. ISBN 80-7021-819-3.
- [6] VYŠOHLÍD, Z.: *Rozhovory před věčností*. 1. vyd. Praha: Český spisovatel, 1997. 174 s. ISBN 80-202-0655-8.
- [7] LANDSBERG, P. L.: *Zkušenost smrti*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1990. 202 s. ISBN 80-7021-054-0
- [8] STÖRIG, H. J.: *Malé dějiny filosofie*. 7. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000. 630 s. ISBN 80-7192-500-2.
- [9] WALDENFELS, H.: *Světová náboženství jako odpovědi na otázku po smyslu života a světa*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1992. 64 s. ISBN 80-7113-062-1.
- [10] *Katechismus katolické církve*. 1. vyd. Praha: Zvon, 1995. 793 s. ISBN 80-7113-132-6.
- [11] ROCAFORT, J.; CENTENO, C.: *EAPC Review of Palliative Care in Europe*, 1. vyd. Milano: EAPCPress, 2008. 222 s. ISBN 978-88-902961-5-4.
- [12] KOLEKTIV AUTORŮ: *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe*. 1. vyd. Milano: IAHPCPress, 2007. 335 s. ISBN 0-9758525-5-8.
- [13] ZELENÝ, M.: Všechno, co děláme, je úpadek. Legalizace, roč. 12, 2012, č. 4. 94 s. ISSN 1804-9818.

[14] *The Economist, Economist Intelligence Unit, The quality of death. Ranking end-of-life care across the world.*

URL<http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf>

[15] *Sbírka zákonů České republiky.* URL< <http://www.sbcz.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khc:SBA2285A>>

[16] *O hinduismu.* URL <<http://hinduismus.cz/o-hinduismu/>>

[17] *Židovské listy.* URL<<http://zidovskelisty.blog.cz/1001/na-svete-dnes-zije-13-3-milionu-zidu>>

[18] *Závěrečná zpráva z exkluzivního výzkumu pro Cestu domů.*

URL<<http://www.umirani.cz/prezentace-vyzkumu-neumirame-tam-kde-si-prejeme.html>>

[19] *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče.*

URL<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11992/Analyza_kapacit.pdf>

[20] *Zemřelí 2010.*

URL <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>>

[21] *Demografická ročenka.*

URL <<http://notes3.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4019-11>>

[22] *Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči.*

URL<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11994/Financni_toky.pdf>

[23] *Rychle roste počet domácností.*

URL<<http://czso.cz/csu/csu.nsf/ainformace/78E200316A95>>

[24] *Databáze VZP.*