

Důstojné umírání v Charitním domě sv. Petra a Pavla Slavkov

Marie Adámková

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marie Adámková, DiS.**

Osobní číslo: **H13105**

Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Faktory důstojného umírání v Charitním domě sv. Petra a Pavla Slavkov**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti umírání, smrti, paliativní péče a péče o seniory.

Příprava metodik výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu v Charitním domě sv. Petra a Pavla Slavkov metodou polostrukturovaných rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. 2. vyd., Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

KUPKA, Martin. Psychosociální aspekty paliativní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7. vyd. Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-719-580-1.

ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lucie Blašíková

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

6. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

27. dubna 2016

Ve Zlíně dne 6. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.

děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.

ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby⁽¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 5²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 16.4.2016

or

Uchvatil

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

²⁾ Písemné dílo vzniklé při využití literatury, výzkumu, bakalářské a rigorózní práce, a kterých problémy obhájitel, včetně použití opožděně a výsledek obhajoby prostřednictvím dostupné kvalifikační práce, časovou úpravou. Způsob zveřejnění stanoví rektori předloží vyhodnotí.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá způsoby a možnostmi zajištění důstojného umírání v malé pobytové sociální službě, a to konkrétně v domově pro seniory. Cílem práce je zjistit, jaké aspekty mohou z pohledu seniorů pomoci prožívat důstojné umírání v domově pro seniory a konfrontovat je s možnostmi pracovníků a služby samotné. Pro zjišťování potřebných dat byl zvolen kvalitativní výzkum s designem případové studie.

Klíčová slova:

senior, sociální služba, umírání, smrt, kvalita života, důstojnost

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the ways and options of ensuring honorable dying in a small social service housing, specifically in a retirement home. The purpose of work is to find out what aspects from seniors point of view can help to experience honorable dying in a retirement home, as well as confronting them with the staffs options and the service itself. Qualitative research and a case study design were used in order to gather data needed.

Keywords:

senior, citizen, social service, dying, death, life quality, dignity

Obsah

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 9 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 STÁRNUTÍ, STÁŘÍ, SENIOR | 12 |
| 1.1 PERIODIZACE STÁŘÍ..... | 14 |
| 2 UMÍRÁNÍ | 16 |
| 2.1 STADIA PROCESU UMÍRÁNÍ | 17 |
| 2.2 PROBLEMATIKA UMÍRÁNÍ V ÚSTAVNÍCH ZAŘÍZENÍCH POSKYTUJÍCÍ PÉČI SENIORŮM | 19 |
| 3 SMRT | 21 |
| 3.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ POSTOJ KE SMRTI | 23 |
| 4 DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ | 25 |
| 4.1 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH SENIORŮ | 26 |
| 4.2 PALIATIVNÍ PÉČE | 29 |
| 5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY | 33 |
| 5.1 SPIRITUÁLNÍ PÉČE | 34 |
| 5.2 CHARITNÍ DŮM SV. PETRA A PAVLA SLAVKOV | 35 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 37 |
| 6 VÝZKUMNÝ CÍL | 38 |
| 6.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A KLÍČOVÉ KONCEPTY | 38 |
| 6.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 38 |
| 6.3 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU | 39 |
| 7 METODY ZÍSKÁNÍ DAT, DRUH A METODA VÝZKUMU | 40 |
| 7.1 CHARAKTERISTIKA MÍSTA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 40 |
| 7.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU | 41 |
| 8 ANALÝZA DAT | 42 |
| 8.1 KATEGORIZACE ZÍSKANÝCH DAT | 42 |
| ZÁVĚR | 46 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 48 |
| SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 54 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 55 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 56 |

Děkuji paní Mgr. Lucii Blašíkové za její ochotu, pomoc a podporu a odborná doporučení, kterými mě provázela po dobu zpracování mé bakalářské práce.

ÚVOD

Většina z nás má z umírání a smrti strach. Pocit nejistoty a strachu z neznámého je vlastní všem lidem. Navíc umírání máme spojeno se ztrátou soběstačnosti, bezmocností, odkázaností na pomoc druhé osoby.

Většina z nás by také raději než ve zdravotnických zařízeních, či jiných pobytových institucích, umírala v domácím prostředí za přítomnosti blízkých osob. Pobyt v ústavních zařízeních máme totiž často spojen s negativními zkušenostmi, jako je pocit opuštěnosti, nejistoty a neosobní paternalistický přístup. Bohužel mnoha lidem se toto přání nesplní a z různých důvodů umírají v institucích, jako je nemocnice, léčebna dlouhodobě nemocných či v pobytových službách.

V dnešní době je však již řada pobytových institucí, jejichž pracovníci poskytují uživatelům celostní péči, a to laskavým způsobem s ohledem na individuální potřeby uživatelů. Dovolíme si tvrdit, že jedním z těchto zařízení je i Charitní dům sv. Petra a Pavla Slavkov, kde pracuji již řadu let a kde jsme provedli také výzkumné šetření. Pracovníci tohoto zařízení poskytují uživatelům komplexní péči s důrazem na partnerský přístup a ochranu práv uživatelů. Cílem pracovníků Charitního domu sv. Petra a Pavla Slavkov je mimo jiné také zajistit důstojné umírání uživatelů tohoto zařízení. (MPSV, 2016)

V rámci bakalářské práce bychom proto chtěli zjistit, jakým způsobem je možné zajistit důstojné umírání v pobytové službě, a to konkrétně v domově pro seniory. Dále bychom se chtěli zaměřit na oblast přání a představ uživatelů o vlastním umírání a jakým způsobem by mělo probíhat předávání těchto přání a představ mezi uživatelem a pracovníkem. V obecné rovině přináší bakalářská práce poznání, jaké možnosti a problémy představuje poskytování péče s paliativními prvky v domově pro seniory. Význam této práce vidíme i v praktické rovině. Výsledky mohou posloužit k ujasnění již provedených kroků k zajištění podmínek pro důstojné umírání osob v Charitním domě Slavkov. Dále mohou být definovány další priority vedoucí k zajištění kvalitní péče s cílem umožnit uživatelům důstojné podmínky pro umírání v tomto zařízení.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části se zaměřujeme na vymezení důležitých pojmů vztahujících se k problematice důstojného umírání v Charitním domě sv. Petra a Pavla Slavkov. Vzhledem k tomu že Charitní dům sv. Petra a Pavla Slavkov je domovem pro senior, věnujeme se nejdříve definování pojmů stárnutí, stáří a pojmu senior. V druhé kapitole se věnujeme problematice umírání a blíže rozpraco-

váváme stádia procesu umírání v souvislosti s doprovázením v těchto stádiích. V této kapitole se také zabýváme problematikou umírání v ústavních zařízeních poskytující péči seniorům. Třetí kapitola se věnuje tématu důstojné umírání. V rámci této kapitoly jsou definovány základní potřeby umírajících seniorů. Dále se věnujeme paliativní péči, která napomáhá k prožívání důstojného umírání člověka. V poslední páté kapitole se věnujeme vymezení pojmu sociální služby, dále blíže specifikujeme zdravotní a spirituální péči. Přestože zákon nenařizuje poskytování této péče v domovech pro seniory, je v rámci holistického přístupu k seniorům v těchto zařízeních nezbytná. Na konci páté kapitoly pak charakterizujeme Charitní dům sv. Petra a Pavla Slavkov.

Na začátku praktické části jsme se formulovali výzkumného cíle, výzkumný problém a klíčové koncepty. Dále jsme si stanovili výzkumné otázky. V další kapitole jsme se zaměřili na popis metod získávání dat a na metody výzkumu. Také jsem doplnili charakteristiku místa výzkumného šetření a charakteristiku výzkumného souboru. V poslední kapitole jsme provedli analýzu dat. Na konci empirické části pak shrnujeme a vyhodnocujeme provedený výzkum.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ, STÁŘÍ, SENIOR

Stárnutí

Člověk stárne již od narození. Každý den svého života je starší, než den předešlý, každou hodinu svého života je starší, než hodinu předchozí. Stárnutí vnímáme během našeho života různě. Děti a adolescenti se těší na to, až budou starší, zatímco lidé v produktivním věku a lidé staří vnímají stárnutí spíše negativně.

Dle Vágnerové (2007, 229) je stárnutí neodvratitelný a nevratný proces postupného zhoršování vlastní tělesné a psychické kondice, různých kompetencí a sociálního postavení. Proces tělesného a duševního úpadku je ovlivněn genetickými dispozicemi a vnějšími vlivy (Vágnerová, 2007, 311-312). Dle Vágnerové (2007, 299) k výše uvedeným změnám dochází kolem 50 roku života. Proto je tento věk považován za mezník počátku stárnutí

Mühlpachr (2004, 18) definuje stárnutí jako přirozený proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnější zhruba od přelomu 4. až 5. dekády života. Viditelné projevy stárnutí jsou závislé na náročnosti prostředí.

Haškovcová (2010, 20) upozorňuje na diskontinuitu stáří. Vysvětluje, že člověk v některých obdobích svého života stárne rychleji, v některých pomaleji.

Křivohlavý (2011, 17) přirovnává proces stárnutí obrazně k plynutí vody od pramene k moři, kdy v celém průběhu dochází k pozvolnému plynutí, kdy je řeka svým způsobem krásná. Na cestě se však objevují tzv. přechodová období (např. batole začíná chodit, nástup do školy, do zaměstnání, odchod do důchodu). A stejně jak potůček vytékající od pramene se mění setkáním s říčkou, mohutným veletokem, vodopády, mění i naše setkání s těmito přechodovými obdobími život.

Stáří

Stáří přirozeně chápeme jako poslední fázi lidského života, protože po stáří již nepřichází žádná další etapa života, ale pouze smrt. Stáří se k nám vkrádá pomalu, a mohli bychom říct, i tajně. Člověk si projde fázemi života - dětstvím, adolescencí a pak je najednou dospělý. Nastane období, po kterém většina z nás touží. Období, které máme v dětství a v období adolescence spojeno s možností dělat si co chcí sám, a ne co chce druhý. V této době si často neuvědomujeme, že dospělost má také rub, který obnáší odpovědnost za naše rozhodnutí v osobním a profesním životě. Dospělý člověk žije v rychlém tempu. Plný sil se vrhá do všech povinností a mnohdy si nepřipouští své limity. A najednou nastává

zlom. Stále častěji se hlásí únava, zdravotní problémy. Také vrstevníci se potýkají s řadou zdravotních problémů a člověk si začíná uvědomovat, že nastává stáří.

Stáří (senium) je dle Slámy et al. (2004, 47) „pozdní fází přirozeného vývoje člověka, přirozeného průběhu života.“ Jde o projev a důsledek funkčních i morfologických involučních změn, které jsou ovlivněny prostředím, zdravotním stavem, životním stylem, sociálně ekonomickými a psychickými vlivy včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. Tyto změny probíhají u každého specifickou rychlostí, nastupují v různém věku. (Sláma et al., 2004, 47)

Stejně vnímá stáří také Mühlpachr (2004, 18), který shodně definuje stáří jako „pozdní fází ontogeneze, přirozeného průběhu života.“ Stáří je dle Mühlpachra (2004, 18) ovlivněno geneticky podmíněnými involučními procesy, které jsou ovlivňovány různými dalšími vnějšími faktory a významnými sociálními změnami.

Křivohlavý (2011, 13) však dodává, že na stáří můžeme nahlížet také pozitivně, jako na období, ve kterém se může plně rozvinout zrání a růst osobnosti včetně její integrace.

Dle Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje jedince se stáří vztahuje k VIII. a IX. věku člověka. Hlavním vývojovým úkolem osmého období je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života jako protikladu proti zoufalství. Aby mohl člověk přijmout smrt jako nevyhnutelný důsledek, musí se dokázat vyrovnat s vlastním životem, akceptovat ho takový jaký byl. Moudrost, která pomůže překonat zoufalství, „ spočívá ve schopnosti vidět, dívat se a rozpomínat se, stejně jako naslouchat, slyšet, pamatovat si.“ (Erikson, 1999, 107)

Devátý věk, jehož hlavním úkolem je čelit zoufalství vírou a přiměřenou pokorou, se pak týká období, kdy již tělo ztrácí svou autonomii, a to i přes jakoukoliv snahu o udržení síly a ovládnutí. (Erikson, 1999, 101)

Senior

Pojem senior není v legislativně nijak ukotven. Pod pojmem senior je nejčastěji vnímán starý člověk. Stáří však není v dnešní době vnímáno pozitivně, jako zdroj úcty a respektu, ale spíše naopak. Proto by se záměna pojmu starý člověk za pojem senior mohla jevit jako výhodná, vzhledem k emocionální neutrálně pojmu. Ve skutečnosti to však tak není a pojem senior vyvolává podobné emocionálně zabarvené pocity jako pojem starý člověk. (Špateková, Smékalová, 2015, 47-48)

Seniorem je nazýván také poživatel starobního důchodu, tudíž tento pojem nahrazuje dříve používaný pojem důchodce (Špatenková, Smékalová, 2015, 48).

Z médií i odborné literatury se dozvídáme, že seniorský věk se stává významnou fází lidského života. Dle statistického úřadu bude počet seniorů v naší společnosti přibývat a v průběhu první poloviny 21. století bude až třetina obyvatel České republiky starších 65 let. (ČSU, 2014).

V současné době je dle OSN za seniora považován člověk, který je starší 60 let. Ve většině rozvinutých zemích světa je za seniora považována osoba starší 65 let. Věk 60 - 65 let totiž odpovídá věku odchodu do důchodu ve většině vyspělých zemích. (WHO, 2016).

1.1 Periodizace stáří

Dle Slámy et al. (2004, 47) lze stáří rozdělit na stáří sociální, biologické a kalendářní. Počátkem sociálního stáří je obvykle definován vznik nároku na starobní důchod nebo penzionování. Sociální stáří je totiž spojeno se změnou sociální role, životního stylu a ekonomického zajištění. Biologické stáří se odvozuje od funkčního stavu a výkonnosti jednotlivých orgánových systémů. Často však bývá stáří vymezováno především kalendářně, a to hlavně proto, že toto vymezení je jednoznačné. Ve skutečnosti však nepostihuje zcela vnitřní individuální rozdíly. Podle chronologického věku je dnes členěno stáří na: **mladé seniory** (65-74 let), kterých se nejčastěji týká problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace; **staré seniory** (75 - 84 let), kteří se většinou potýkají s problémy adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti a **velmi staré seniory** (85 a více let), kteří již více řeší problémy se soběstačností a zabezpečeností. (Kalvach et al. 2004, 47)

Vágnerová (2007, 299-398) dělí stáří na období raného stáří (60 - 75 let) a období pravého stáří (75 let a více).

Stejně tak Haškovcová (2010, 20) pokládá věk 60- 74 let za období raného stáří, dále však dělí stáří na stáří pravé (od 75 do 89 let) a věk nad 90 let již považuje za dlouhověkost.

Ne všichni senioři se dožívají vysokého věku v plném zdraví. Zajistit důstojnou a odpovídající péči je povinností každé společnosti. Právě proto, že je seniorská populace velmi různorodá, rozlišuje Kalvach (2011, 81) seniory podle funkčního stavu a zaměření podpory na seniory, kteří jsou zcela samostatní a nevyžadují téměř žádnou míru podpory. Sem patří

tzv. **senioři elitní a zdatní**. **Senioři nezávislí** jsou stále samostatní, ale tato samostatnost je již ovlivněna nenáročností prostředí. Jejich funkční rezervy jsou malé, takže selhávají v zátěži. Dále rozlišuje **seniory křehké**, kteří mají sníženou celkovou tělesnou i duševní výkonnost a potřebují pomoc v oblasti instrumentálních aktivit. Kvůli hrozbě častějších pádů potřebují jistotu kontaktu. Seniors, kteří ještě zvládají sebeobsluhu, ale mají z části či zcela omezenou soběstačnost a potřebují trvalou pomoc v zajišťování instrumentálních aktivit denního života, definuje jako **seniory závislé**. Tito senioři zvládnou zpravidla zajišťovat své potřeby prostřednictvím rodiny nebo pečovatelské služby. Dále definuje **seniory zcela závislé**. Tito senioři jsou již upoutáni na lůžko a vyžadují pomoc i v sebeobsluze. Obvykle jsou již inkontinentní, mohou vyžadovat převážný či trvalý dohled. Jako poslední typ seniorů definuje autor **seniory umírající**, kteří vyžadují ucelenou paliativní péči.

Bakalářská práce je zaměřena především na umírající seniory, tedy seniory v terminálním stádiu, kteří věkově spadají mezi velmi staré seniory, tj. osoby starší 85 let.

2 UMÍRÁNÍ

Z různých sociologických výzkumů vyplývá, že lidé mají více než ze samotné smrti obavu právě z procesu umírání. Umírání si totiž většina z nás spojuje především s bolestí a ztrátou soběstačnosti a osamocněním (Šiklová, 2013, 76). Armény však tvrdí, že jakýkoliv strach z umírání je vlastně strachem ze smrti. Dle Améryho (2008, 161) totiž i trpící člověk prahne po životě bez bolesti než po samotné smrti, jako svého ne-bytí. Kupka (2014, 99) potvrzuje, že v souvislosti s umíráním se setkáváme se skupinou negativních emocí označovanou termíny úzkost a strach. Tyto emoce však vznikají na pozadí úzkosti ze smrti, jako kroku do neznámého nebytí, které je nepředstavitelné. Tato úzkost je definována jako existenciální úzkost a patří sem obavy z bolesti, opuštěnosti, ze změny vzezření, ze selhání, ze ztráty samostatnosti a důstojnosti, ale také strach o rodinu a z nedokončené práce.

Co tedy umírání je? Pokud vnímáme smrt jako okamžik zániku živého organismu, pak umírání můžeme v obecné rovině vnímat jako proces, který začíná vlastně už narozením a jehož konec je ohraničen smrtí. Tento proces má různou délku, je individuální a jedinečný. Křivohlavý (2002, 155) doplňuje, že v širším kontextu můžeme umírání chápat jako vyvrcholení procesu nemoci, případně jako další fázi života nastupující po předchozím období stárnutí. Z medicínského hlediska se můžeme na smrt dívat jako na nevratné selhávání životně důležitých funkcí, které je ukončeno smrtí (Špatenková, 2014, 76).

Umírání by měl být však také sociální akt, proto je potřeba, abychom umírajícího vnímali stále jako živou osobu se všemi jejími potřebami, a to i přesto, že jeho fyzické i psychické schopnosti jsou omezeny. Často se totiž stává, zvláště u dlouhodobé institucionalizace, že se s umírajícím v jeho posledních chvílích jedná jako s věcí. Nikdo nezjišťuje jeho názor, není čas na lidský kontakt, člověk se cítí osamocen. Ztrácí většinu sociálních rolí a kontaktů. Zde můžeme mluvit o tzv. sociální smrti, kdy umírající člověk ještě žije, ale z reakce okolí se cítí jako nepotřebný a opuštěný. Sociální smrt může samotnou smrt nejen přecházet, ale také ji urychlit. (Vágnerová, 2007, 433)

Kübler-Ross (51-153) popsala fáze prožívání a vyrovnávání se se zhoršením zdravotního stavu signalizujícím riziko konce života. Po zjištění diagnózy prožívá umírající šok, kdy není schopen pochopit, že se to týká právě jeho a snaží se tuto skutečnost popírat. Popírání slouží jako nárazník, který má tlumit účinky šokující zprávy a dát nemocnému čas na mo-

bilizaci jiných ochranných strategií. Další fází je zlost. Je to období, kdy nemocný prožívá vztek, který často obrací na všechny strany. V této fázi je důležité přistupovat k umírajícímu s tolerancí a nadhledem. Třetí stádium nazývá autorka jako fázi smlouvání. Člověk jakoby svůj ortel přijme, ale snaží se o oddálení neodvratitelného. Většinou uzavírá dohodu s Bohem. Může vnímat nemoc jako zlo, které něčím zavinil a umírání chápe jako trest. Zde je pak na místě duchovní nebo psycholog. Čtvrtou fází je deprese nebo smutek. Umírající trpí obavami a smutkem z budoucnosti. Pro tuto fázi je typické mlčení. Právě ale v tuto dobu by člověk neměl být sám, měl by mít u sebe někoho, kdo s ním sdílí pocity, které jsou vyjadřovány neverbálně, především doteky, pohlazením nebo alespoň tichou přítomností. Konečné stádium akceptace je období odpočinku na dlouhou cestu. Umírající více podřimuje, odpočívá. Komunikace probíhá spíše neverbálně. Umírající má potřebu klidu, ale také potřebu bezpečí. Díky naší blízkosti má možnost umírající cítit, že nebude v poslední chvíli sám.

2.1 Stadia procesu umírání

Kübler-Ross rozděluje proces umírání do tří období, a to do období před umíráním „pre finem“, období vlastního umírání „in finem“ a období po smrti „post finem.“ (Kübler-Ross cit. podle Špatenková, 2014, 31)

Období „pre finem“ je zahájeno sdělením diagnózy a uvědoměním si, že nemoc není slučitelná se životem a v delším či kratším horizontu povede ke smrti (Kübler-Ross, cit. podle Špatenková, 2014, 31).

Dle Kutnohorské (2007, 75) by v tomto období měla být úloha doprovázejícího ve zmírňování subjektivních potíží a v doprovodu úskalím nemoci. Umírající by měl vědět, že mu kromě medicínské pomoci bude poskytnuta také pomoc lidská. Úkolem doprovázejícího personálu by tak měla být nejen fyzická pomoc, ale také pomoc, které zabrání psychické a sociální smrti. Proto je důležité, aby umírající měl nablízku alespoň jednoho člověka, se kterým může vést tzv. otevřenou komunikaci.

Vzhledem k tomu, že každé umírání je individuální, je vhodné v tomto období vypracovat tzv. modelový scénář umírání. Dát člověku prostor, aby si sám řekl, jak by si přál prožít poslední dny při zhoršení zdravotního stavu, jakou si představuje formu lékařské intervence, ošetrovatelské péče, apod. Tato možnost vyjádřit své přání může člověku pomoci také psychicky. (Vorlíček et al., 2004, 435)

Možnost vyjádřit své přání ohledně poskytování ošetrovatelské a zdravotnické péče se odborně nazývá Dříve vyslovené přání a je legislativně ukotveno v § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů (ČESKO, 2011, 38). Dle tohoto zákona je nutné, aby dříve vyslovené přání mělo písemnou podobu, úředně ověřený podpis pacienta, příp. podpis svědka. Dříve vyslovené přání by mělo být vysloveno po písemném poučení o možných důsledcích jeho rozhodnutí, a to všeobecným praktickým lékařem, u něhož je pacient registrován, příp. jiným lékařem, s nímž Dříve vyslovené přání souvisí. Záznam o Dříve vysloveném přání musí být podepsán také zdravotnickým personálem a ukládá se do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

V období „in finem“ jde pak o umírání v užším slova smyslu. Haškovcová (2002, 272) vysvětluje, že v lékařské terminologii je pojem umírání synonymem terminálního stavu, který se vztahuje právě k období „in finem“. Terminální stádium je pak chápáno jako postupné a nevratné selhávání důležitých funkcí a orgánů, což vede v konečném důsledku ke smrti nemocného. V tomto období ubývají člověku postupně fyzické i psychické síly, ztrácí zájem o okolí. Nastupuje únava, slabost, nepravidelné dýchání, apnoické stavy, chrčivé dýchání, prodlužují se periody denního spánku. Může se objevit dezorientace, neklid, někdy halucinace, ztráta zájmu o okolí. Člověk v terminálním stádiu již může odmítat jídlo a pití, často dochází ke změnám vzhledu (zašpičatění nosu, mramorovaná kůže).

Vorlíček et al. (2004, 436) upozorňuje na problém ritualizace smrti především v tomto období umírání, a to hlavně v pobytových podmínkách hospitalizace. Kutnohorská (2013, 126) definuje ritualizaci smrti jako způsob nahlížení jedince a kultury na smrt, rituály, způsob chování k umírajícím, pohřební praktiky i rituály truchlení. Haškovcová (2010, 323) vysvětluje, že od druhé poloviny minulého století docházelo k redukci rituálů ohledně umírání a smrti. Tím, že docházelo k tabuizování smrti a do popředí se dostávala vítězná medicína, nikdo již netušil, zda zemře doma nebo v nemocnici, zda zůstane v umírání opuštěn nebo ne. To vše přispívalo a dodnes přispívá ke zvýšení pocitů strachu a nejistoty. Institucionalizace smrti sice umožňovala značný komfort v péči o strádající tělo, ale zapomínala na péči o duši. Výsledkem byla dehumanizace medicíny.

Poslední stádium „post finem“ začíná smrtí nemocného a patří sem nejen péče o tělesnou schránku zemřelého, ale také o důstojné rozloučení se zemřelým (Kübler-Ross in Špatenková 2014, 31). Dle Vorlíčka (2004, 436) je důležité věnovat pozornost zármutku a žalu, aby došlo ke včasnému podchycení patologickým formám. Svatošová (2011, 122) upozorňuje, že je potřeba poskytovat pomoc a podporu nejen umírajícímu, ale také příbuzným,

kteří umírajícího v jeho posledních chvílích doprovází, a to v každém z výše uvedených obdobích.

2.2 Problematika umírání v ústavních zařízeních poskytující péči seniorům

Předpokládáme, že po zavedení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů a zvláště po zavedení Standardů kvality (ČESKO, 2006), které mimo jiné apelují na individuální poskytování sociální služby a ochranu práv, došlo ke zlepšení poskytování služby i v oblasti doprovázení umírajících uživatelů.

V domovech pro seniory, stejně jako v jiných institucích pobytového typu, kde je smrt často přítomna, došlo v dřívějších dobách k tzv. odlidštění smrti. Dle Haškovcové (2007, 30) již v dnešní době byly ve velké míře odstraněny tzv. bílé pleny, které měly umírajícímu zajistit klid a spolubydlícím ušetřit pohled na umírajícího. Ve skutečnosti však tato plenta prohlubovala v umírajících pocit osamocení a izolovanosti a v žijících strach, aby se nedostali za tuto zástěnu. Domníváme se však, že v mnoha ústavních zařízeních včetně domovů pro seniory i dnes převládá paternalistický přístup ve vztahu k rozhodování o nutnosti hospitalizace. Tuto domněnku podporuje i fakt, že mezi lékaři i mezi veřejností není velké povědomí o právním konceptu Dříve vyslovené přání (STEM/MARK, 2015, 29, 54).

Předpokládáme rovněž, že u personálu ústavních zařízeních včetně domova pro seniory ve velké míře přetrvávají problémy v komunikaci s umírajícími. Jak už bylo zmíněno, v dnešní době se lidé nemají od koho učit, jak se chovat k umírajícímu, jak s nimi komunikovat. Mluvit o smrti je nevhodné. Proto se také stává, že i v případě, kdy umírající senior má potřebu o posledních chvílích mluvit, je často umlčen a řeč převedena na jiné téma.

Další problém, se kterým se můžeme v praxi setkat, je paradoxně to, že i když si teoreticky většina z nás uvědomuje a vnímá odchod do ústavního zařízení jako poslední fázi života, málo seniorů, a především málo blízkých příbuzných, si vážnost zdravotního stavu uvědomuje a je na tuto skutečnost připraveno. A to i přesto, že do domova pro seniory přichází často lidé ve věku nad 80 let s multimorbidní diagnózou (zdravotní stav osoby je zatížen více chorobami).

I přesto, že v pobytových sociálních službách pro seniory umírá mnoho starých lidí, neexistuje dosud žádná platná legislativní platforma, která by systematicky zajišťovala péči o

terminálně nemocné uživatele těchto služeb. I přes stále zhoršující se stavy v těchto zařízeních, je velký problém zajistit a udržet dostatek ošetřujícího personálu.

3 SMRT

Umírání a smrt jsou témata, která u většiny lidí nahánějí úzkost a strach. Strach ze smrti je obecný a univerzální. Jde však o životní události, se kterými se setká každý z nás, protože smrt je součástí života stejně jako narození. V dřívějších dobách byla smrt pro lidi více viditelná, s umíráním a smrtí se setkávali častěji. Pozorováním smrti v okolí a pomáháním umírajícím se vlastně učili umírat (Haškovcová, 2007, 24). Stejnou důležitost konfrontace se smrtí v běžném životě a prožívání tohoto okamžiku v rodině a s rodinou spatřuje i Kübler-Ross (2015, 15). Taková zkušenost umožní člověku lidsky růst, formuje jej a učí vnímat smrt jako součást života. Navíc vědomí, že i on v budoucnu bude moci zakončit svůj život mezi svými blízkými v důvěrně známém prostředí, pomáhala člověku přijmout neodvratitelnost konce. (Kübler-Ross, 2015, 15)

A jak je to s umíráním a smrtí v dnešní době? V dnešní společnosti zaměřené na kult mládeže, krásy a výkonu není na umírání a smrt místo ani čas. Veřejně mluvit o smrti a umírání nám připadá jako něco nepatřičného a morbidního. Proto ve snaze zabránit smrti, aby zvítězila, se umírající asi od poloviny 20. století přemísťují do institucí, jako jsou nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory. A to i přesto, že si většina lidí (až 78%) přeje umírat doma (STEM/MARK, 2013, 21). Dochází k tzv. institucionalizaci smrti. Zdravotní pracovníci bojují s neodvratitelným faktem smrti mnohdy pomocí značného množství léků a dochází tak v podstatě o cílené, narkotizované a kontrolované umírání (Špatenková, 2014, 28). Tuto snahu uplatňovat vítěznou medicínu i v situacích, kdy by potřeby umírajících vyžadovaly spíše paliativní přístup, nazývá Haškovcová (2007, 23) jako distanzaci neboli zadržovaná smrt.

Fenomén tabuizace smrti v dnešní společnosti vnímá i řada dalších autorů zabývajících se tímto tématem. Vágnerová (2007, 429) navíc podotýká, že reakcí na tabuizování smrti může být zvýšený zájem o smrt symbolickou, se kterou se setkáváme například prostřednictvím médií. Tuto formu smrti akceptujeme již lhostejně. Setkání se smrtí skutečnou je však odmítáno, protože v tom dnešní společnost nevnímá žádný pozitivní smysl. Absence zkušenosti s reálnou smrtí má však za následek to, že se nedokážeme s pocitem neodvratitelnosti vlastní smrtelnosti vyrovnat.

Proto se tak bojíme stáří, které je pro mnohé synonymum umírání a smrti. A proto také nechceme vidět, jak odchází naši blízcí, jak se z nich stávají osoby závislé na pomoci, mění se jejich fyzická i psychická stránka. Samotné stáří a pak i umírání je vytěšňováno právě

do institucí, kde zůstávají umírající opuštěni a sami. Umírání už není sociální akt. Lidé sice umírají v prostředí, kde je sterilní čistota, jídlo, léky, ale často jim chybí právě lidský kontakt.

Definovat smrt není jednoduché. Smrt a umírání může být totiž definována z různých aspektů. Z filozofického hlediska můžeme např. na smrt pohlížet stejně jako Améry - jako na absolutní nicotu, kterou lze definovat pouze záporně. Naše ne-bytí definuje jako: „*rozpad buněk, které vytvářejí náš živoucí organismus. Člověk proměněn v rozkládající se ztuhlou věc se stane svou vlastní negací.*“ (Améry, 2008, 138) Améry (2008, 138) popírá jakoukoliv možnost další existence bytí. O ne-bytí se však dozvídáme pouze prostřednictvím smrti druhých, a to v nás vyvolává negativní pohled na smrt. Domníváme se, že tento pohled se může objevovat u dnešní ateistické společnosti. A právě ta nejistota nepředstavitelného „Nic“ může být důvodem toho, že je téma smrti v dnešní společnosti vytěšňováno.

Teologické pojetí, a zde konkrétně křesťanské pojetí, nechápe smrt jako součást stvoření, ale jako důsledek neposlušnosti prvních lidí vůči Bohu. Smrt však byla Kristem přemožena, a to díky jeho svobodnému podrobení se vůli Otce. Tak i pro člověka, který se vědomě nevzpírá Boží lásce, představuje smrt pouze ukončení pozemské zkušenosti a přechod k nesmrtelnému životu. (Opatrný, 2001) Smrt tak může být chápána jako životní cíl a naplnění života. Abychom však mohli na smrt nahlížet i z hlediska životního cíle, je nutné, aby byl člověk připraven akceptovat vlastní smrtelnost. Tato schopnost však závisí na zralosti a integritě osobnosti (Vágnerová, 2007, 430).

Jak uvádí Špatenková (2014, 35), můžeme se na smrt dívat také z hlediska sociologického, které chápe smrt jako vyústění životní dráhy. Jde tedy o přirozený zánik živého organismu, ke kterému dochází v důsledku biologických zákonitostí.

Šiklová (2013, 86) upřesňuje, že smrt není jen fyzický konec těla, ale okamžikem smrti končí možnost cokoliv prožívat, měnit, ovlivňovat. Smrt také znamená ukončení vztahů k ostatním lidem.

Z medicínského hlediska je smrt definována jako „nezvratné zastavení všech životních pochodů, jejich vzájemné souhry a definitivní přerušeni látkové výměny organismu“ (Janoušek 1687 in Špatenková, 2014, 34). Kelnárová dále rozeznává tzv. klinickou smrt, kdy dochází k zástavě dechu a činnosti srdce. Tyto funkce se však v případě okamžité resuscitace dají v některých případech obnovit. Proto o smrti jako o definitivním konci člověka mluvíme až v případě biologické smrti mozku, tzn. tehdy, když standartní EEG potvr-

dí nečinnost nejdůležitějších složek mozku. (Kelnárová, 2007, 12) Protože mozek představuje osobnost a vlastní identitu člověka, je tento moment nazýván také jako smrt individua (Špatenková, 2014, 35).

Ať už smrt chápeme jakkoliv, je jasné, že smrt je jedinou jistotou našeho života. A přesto, že z psychologického hlediska se nelze na smrt připravit, protože nikdo s ní nemá reálnou zkušenost a nikdo nám tudíž nemůže předat své zkušenosti, je potřeba s ní v životě počítat.

3.1 Faktory ovlivňující postoj ke smrti

Mladí lidé pocítují obavy z neznámého stejně jako lidé vyššího věku. Pro mladé je však smrt něco dalekého, co se jich vlastně zdánlivě ani netýká. Zato lidé vyššího věku, a senioři zvláště, jsou se smrtí konfrontováni častěji. U těchto lidí dochází častěji ke změně vnímání smrti a mění se také jejich postoj ke smrti. Souhlasíme s Vágnerovou, která tvrdí, že jedním z mnoha faktorů, které ovlivňují postoj ke smrti, je mimo již výše uvedený věk, prožívání současného života a míra jeho obtížnosti. Dle Vágnerové (2007, 433) bývá postoj ke smrti smířlivější v případě, že jsou omezeny schopnosti člověka řešit vlastními silami problémy svého každodenního života a plně tak vnímá svou bezmocnost. A pokud neexistuje reálná naděje na zlepšení situace, může být smrt vnímána jako vysvobození.

Svatošová (2011, 31-32) však upozorňuje, že pokud člověk touží po smrti jako po vysvobození ze současného života, jedná se o signál, kterým dává člověk najevo, že nemá uspokojovány všechny své potřeby. Příčinami touhy po smrti mohou být buď bolesti, případně jiné nezvládnuté příznaky nemoci, ale také např. strach z bolesti, ztráty lidské důstojnosti, obava, že bude blízkým na obtíž apod. Jako nejčastější příčinu touhy po smrti však Svatošová (2011, 31-32) uvádí nezáměr a neúctu k člověku. S tímto tvrzením souhlasíme. Domníváme se, že pokud člověk na sklonku života cítí, že o něj nikdo nemá zájem a z postojů okolí vnímá, že péče o něj je pro druhé obtěžující, může se stát smrt jediným světlým bodem jeho života.

Dalším důležitým faktorem dle Vágnerové (2007, 433) je pocit naplněnosti vlastního života. Jestliže osoba cítí, že jsou v jejím životě povinnosti, které musí ještě splnit, pak v ní strach ze smrti narůstá.

Úzkost ze smrti však může narůstat také v případě nenaplněnosti života. Pokud si člověk uvědomuje, že v životě, který prožil, nevyužil svůj potenciál a nebyly tak naplněny jeho sny, má často ze smrti až panickou hrůzu. A naopak, pokud člověk spatřuje ve svém dosa-

vadním životě smysl a zažívá pocity naplnění z prožitého života, tomu také smrt nepřipadá tak děsivá. Dle Yaloma (2008, 102- 106) totiž člověk, které nepoznal plný život, nedokáže také čelit vyhlídce na nevyhnutelnou smrt.

Problematikou hledání smyslu života se zabývá psychoterapeutická metoda logoterapie, jejímž hlavním představitelem je Viktor E. Frankl.

Jako neméně důležitý prvek ovlivňující postoj ke smrti vnímá Vágnerová (2007, 433) ztožnění se s některou z forem duchovní filozofie, která vnímá smrt jako pokračování existence v jiné duchovní formě. Lidé, kteří nevnímají smrt jako konec života, ale pouze jako přechod do jiné formy života, se snadněji s pocitem vlastní smrtelnosti vyrovnávají. Souhlasíme však s Haškovcovou (2007, 89), která tvrdí, že víra je vhodným předpokladem pro zvládnání extrémní zátěže, jakou je umírání, sama o sobě však není zárukou, že se tak stane.

4 DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ

Pokud jsme dříve upozornili na faktory ovlivňující přijetí smrti, je možné nyní problematiku umírání chápat nejen v souvislosti s péčí o osobu v terminálním stádiu, ale v kontextu celého jejího života. Umírání můžeme vnímat jako další fázi života, jejímž vyvrcholením je smrt, musíme se v souvislosti s kvalitním umíráním bavit o kvalitě života.

Kvalitu života na nejobecnější úrovni lze chápat jako důsledek vzájemného působení různých faktorů. Mezi tyto faktory patří sociální, ekonomické a environmentální podmínky na úrovni jednotlivců i celé společnosti, které ovlivňují lidský rozvoj. (Payne, 2005, 207)

Světová zdravotnická organizace (WHO, 1998) spojuje kvalitu života s pohledem jedince na vnímání jeho postavení v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Toto vnímání je však ovlivněno fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.

Obecně lze říci, že na kvalitu života můžeme nahlížet z objektivního a subjektivního pohledu. Aby bylo možné kvalitu života nějak měřit, vycházelo se nejdříve z objektivního hodnocení. Hodnocení kvality života druhým člověkem však mělo úskalí, a to z důvodu, že zjištěné výsledky hodnocení kvality života nemocného se často ve velké míře rozcházel s tím, jak kvalitu života hodnotil sám nemocný. Proto se přiklání spíše k hodnocení kvality života ze subjektivního pohledu. Subjektivní pohled je vázán na hodnocení samotného člověka a týká se jeho emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Důležité přitom je, že subjektivní hodnocení kvality života není odvozováno pouze od biologického zdraví. (Haškovcová, 2007, 163)

Můžeme tedy říct, že pro seniora, stejně jak pro člověka mladého, je kvalita života „relativní pojem, který odráží subjektivní pocity člověka spojené s prožitky štěstí, životní pohody, ale i zdraví, naplněném potencionálu osobního rozvoje a smyslu života.“(Janečková cit. podle Havrdová, 2010, 53).

K dosažení subjektivního pocitu kvality života umírajícího člověka je dle Haškovcové (2007, 165) nevyhnutelné poskytnutí potřebné pomoci od všech, kteří na péči participují. Tato pomoc však musí být poskytována tak, aby nedocházelo ke snižování důstojnosti umírajícího.

4.1 Potřeby umírajících seniorů

Dle Urbana (2008, 111) představují potřeby soubor vrozených či získaných požadavků organismu v souvislosti s pocitem nedostatku. Potřeby motivují jedince, ale i skupinu či společnost k cílenému jednání, k nutnosti něco získat, nebo se něčeho zbavit.

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba vybízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, případně vede k vyhýbání se určité pro život nepříznivé podmínce. Setrvávání v nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka - pozornost, myšlení, emoce, volní procesy a tím zásadně ovlivňuje chování jednotlivce. (Trachtová et al., 2013, 10)

Potřeby jsou rozdělovány podle několika hledisek. Nejčastějším modelem dělení je dělení dle amerického psychologa Abrahama H. Maslowa, a to do známé pyramidy potřeb. Základnu této pyramidy tvoří základní tělesné a fyziologické potřeby, jako jsou potřeba dýchat, regulace tělesné teploty, tělesné integrity, vody, spánku, příjmu potravy, vylučování a vyměšování, pohlavního styku a potřeba tělesné aktivity. Další stupeň potřeb tvoří potřeba bezpečí a jistoty. Sem můžeme zařadit potřebu jistoty zaměstnání, jistoty příjmu a přístupu ke zdrojům, ale také fyzickou bezpečnost, morální a fyziologickou jistotu, jistotu rodiny a jistotu zdraví. Třetí stupeň pyramidy tvoří potřeba lásky, přijetí a spolupatříčnosti. Tyto potřeby jsou také nazývány jako potřeby sociální a reprezentují citové vztahy. Další stupeň potřeb tvoří potřeba uznání a úcty. Naplňování této potřeby má vliv na zlepšování sebedůvěry a sebepojetí. Do této potřeby patří mimo jiné také potřeba uznání, respektu, pochvaly, ale také např. potřeba pověřování odpovědností. Na špičce pomyslné pyramidy pak leží potřeba seberealizace. Jde o nejvyšší potřebu, která vyjadřuje snahu o naplnění záměrů a představ jedince. (Maslow cit. podle Malíková, 2011, 167)

Intenzita těchto potřeby se mění v jednotlivých obdobích života. Mlýnková (2011, 48) uvádí, že u seniorů převládají mimo potřeby fyziologické, také potřeby psychosociální, jako např. bezpečí, jistota, sounáležitost, láska.

U umírajících seniorů se pak tělesné potřeby týkají zvláště zvládání bolesti, ošetřování ran, výživy, únavy, dušnost a jiných obtíží (Kalvach, 2011, 85).

Většina pracovníků v pobytových službách dává důraz právě na uspokojování biologických potřeb a ostatní potřeby jsou upozaděvány. „neuspokojování potřeb z vyšších nebo

nižších pater pyramid negativně ovlivňovat a komplikovat zdravotní stav člověka.“ (Hůsková, Kašná, 2009, 13)

Mezi psychické potřeby řadí Kalvach (2011, 85) pomoc při zvládnání úzkosti, strachu, osamělosti, komunikace, potřeba bezpečí a podpory, ale také zajištění důstojnosti, autonomie, sebeúcty.

Také Vágnerová (2007, 434) zdůrazňuje potřebu citové jistoty a bezpečí u umírajícího. Dle autorky může být tato potřeba velmi silná. Člověk potřebuje někomu vyjádřit své pocity, potřebuje, aby mu někdo naslouchal, zvláště v těsné blízkosti smrti. Někdy může mít tato potřeba regresivní podobu jako např. touhu po pohlázení, tělesné blízkosti apod. Špinková (2005, 11) potvrzuje, že umírající člověk touží někdy po naší blízkosti ve formě dotyku. Zároveň však upozorňuje, že někdy mohou dotyky působit rušivě. Je proto potřebné vycítit, co je umírajícímu příjemné a co nikoliv. Pocit bezpečí se však týká nejen bezpečí fyzického, psychického, tak i ekonomického (Dvořáčková, 2012, 39).

Kalvach (2011, 85) definuje potřeby sociální, jako potřeba uspořádání majetkových poměrů, sociálních vztahů, poslední vůle. Dass (cit. podle Dvořáčková, 2012, 34) potvrzuje, že ke klidnému umírání člověk potřebuje mít vyřešeny a dokončeny záležitosti se živými i mrtvými, a to jak finanční, tak i vztahové. Je dobré naučit se o těchto záležitostech mluvit.

Poslední skupinu potřeb umírajících vymezuje Kalvach (2011, 85) jako potřeby spirituální či existenční. Tyto potřeby se týkají smyslu života, hodnocení a naplnění života, validace, smířenosti, svědomí, vztahu k Bohu.

Starý člověk častěji bilancuje a přemítá o smyslu svého života. V největší naléhavosti se potřeba nalézání odpovědi na základní otázky života objevují tváří tvář smrti (Křivohlavý, 2006, 13). Proto umírající v této fázi potřebuje mít u sebe někoho, kdo aktivně naslouchá a pomáhá mu najít odpovědi na otázky ohledně smyslu života. Jak jsme již uvedli dříve, pracovníci nejsou často připraveni na toto téma vést rozhovor a to nejen z neznalosti, ale také z nedostatku času. Proto by měli pracovníci být alespoň schopni zprostředkovat tuto pomoc a přivolat např. duchovního.

Mezi další potřeby patří, tak jak u všech ostatních lidí, potřeba být uznávaní, potřební, ale také udržovat vztahy. U uživatelů závislých na pomoci druhé osoby není rozdíl v potřebách, ale způsobu naplňování těchto potřeb. (Čevela et al., 2012, 33)

Vzhledem k tématu bakalářské práce se pokusíme blíže vymezit pojem důstojnost.

Důstojnost

„Každý člověk, nezávisle na své psychickém, morálním, sociálním a fyzickém stavu, je jedinečnou osobu, jíž příslušní nezcizitelná a nemanipulovatelná důstojnost, zakládající její hodnotu garantovanou Bohem.“ (Kodex Charity České republiky, 2009)

Důstojnost je deklarována v Listině základních lidských práv a svobod, kde je uvedeno, že „každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.“ (ČESKO 1993)

Důstojnost patří mezi základní hodnoty lidské existence. Je také považována za nejvyšší hodnotu související s kvalitou života (CESTA DOMŮ, 2016).

Důstojnost může být definována jako „morální a etická kategorie zdůrazňující vědomí člověka o významu osobnosti a o uznání jeho práv (Holmerová et al., 2007, 29).

Důstojnost je obvykle spojována s pojmy úcta, autonomie a ovládnutí. V rámci studie „Důstojnost a staří Evropané“ byly definovány 4 typy důstojnosti: **důstojnost zásluh** (pocit důstojnosti spojené s rolí či postavením ve společnosti), **důstojnost mravní síly** (důraz je kladen na mravní autonomii či integritu konkrétního člověka), **důstojnost osobní identity** (mezi základní prvky této důstojnosti patří integrita, vědomí vlastního já, fyzická identita, začlenění do společenství a schopnost nalézat smysl života), **Menchenwürde** (jedná se o nezcizitelné hodnoty lidské bytosti bez ohledu na jejich sociální, duševní či tělesný stav). (Respektování lidské důstojnosti, 2004, 12-13)

Souhlasíme s tvrzením, že nejohroženějším typem důstojnosti u starých lidí je důstojnost mravní identity. U seniorů totiž dochází v souvislosti s mnohdy nezvratnou ne-schopností a nemocemi k těžkým změnám identity. Hrozí zde ale také riziko vnějších zásahů do těch nejintimnějších oblastí života a narušení autonomie (Respektování lidské důstojnosti, 2004, 13)

V rámci bakalářské práce se pojem důstojnost vztahuje především k tomuto typu důstojnosti.

4.2 Paliativní péče

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je paliativní péče definována jako „přístup zlepšující kvalitu života pacientů, kteří trpí životem ohrožujícím onemocněním, a jejich rodin.“

Paliativní péče poskytuje úlevu od bolesti a jiných úzkostných příznaků, chápe umírání jako přirozený proces, neusiluje o urychlení nebo oddálení smrti, integruje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienty, poskytuje systematickou pomoc pacientům žít co neaktivněji až do smrti. Paliativní péče také poskytuje systematickou podporu rodinám nemocných umožňující vyrovnání se s pacientovou nemocí a vlastním zármutkem, využívá týmový přístup k řešení potřeb pacientů a jejich rodin včetně poradenství v době zármutku. Paliativní péče se také snaží zlepšovat kvalitu života a pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění. Je použitelná v raném stádiu nemoci, v kombinaci s dalšími terapiemi, které jsou určeny k prodloužení života, jako je chemoterapie nebo radiační terapie a zahrnuje i vyšetření nezbytná k lepšímu pochopení a ovlivňování závažných klinických komplikací způsobující utrpení.

Dle Kalvacha (2010, 12) je paliativní péče cílevědomá, ucelená, kvalifikovaná podpora lidí se závažným, příčinně neléčitelným a život zkracujícím onemocněním a také rodin těchto lidí.

Kupka (2014, 26) definuje paliativní péče jako protikladem vítězné medicíny, která se snaží bojovat o ohrožený život každého člověka, tedy i tam, kde není předpokladem úspěch. Hlavním cílem paliativní péče je zlepšení kvality života nevléčitelně nemocných lidí po stránce tělesné, duševní, duchovní i sociální. Péče je vedena interdisciplinárně, podílí se na ní jak lékaři různých specializací, tak zdravotní sestry, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog, psychiatr či duchovní.

Dle Haškovcové (2007, 37) je cílem paliativní péče je „poskytnout nemocnému ochranu (plášť) v extrémně nepříznivé situaci hrozícího vlastního zániku.“

Sláma (2010) upozorňuje na 2 typy paliativní péče, a to obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je poskytována v nemocnicích, léčebnách, příp. domovech pro seniory. Úroveň paliativní péče v těchto zařízeních je závislá na spolupráci obvodního lékaře při tišení bolesti a jiných symptomů a úroveň péče v samotném zařízení. Zde záleží především na primářích a vrchních sestřích, zda vytváří „kulturu“ dobré péče o nemocné v závěru

života. Specializovaná paliativní péče je pak poskytována pouze v lůžkových hospicích, v některých ambulantních při onkologických klinikách a v několika domácích hospicích.

Dle Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy (2004, 10) by hlavní zásady měly být postaveny na hodnotách, jako jsou lidská práva a práva pacientů, lidské důstojnosti, možnosti volby a svobodného rozhodování a solidaritě.

Paliativní péče je poskytována pacientům v pokročilých a konečných fázích nevléčitelných chorob. Sem patří také křehcí geriatrickí pacient (Skála, et al., 2011, 3). Zvláštností paliativní péče u seniorů je obtížná odhadnutelnost zbývajících délek života a nástup terminální fáze. Vzhledem k tomuto faktu dochází u lidí s výrazným omezením fyzických psychických či sociálních funkcí k překrývání úlevné paliativní péče s animačními prvky. V obou případech bez ohledu na délku života člověka s disabilitou je nutné klást důraz na kvalitu života, ochranu osobnosti a důstojnosti s ponecháním kompetencí a kontroly nad děním. Je také nutné zabránit osamělosti a utrpení a snažit se o validaci a smysluplnost zbývajících života a o zprostředkování libých pocitů a prožitků. (Sláma et al., 2007, 269).

Skála, et. al. (2011, 3) vidí jako důležité dělit pacienty s potřebou paliativní péče na **nemocné s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání** (jde např. o pacienty s pokročilou demencí nebo u nemocných v permanentním vegetativním stavu), kteří svou situaci vnímají velmi omezeně a na **pacienty s progredujícím nevléčitelným onemocněním, kteří si uvědomují přítomnost život ohrožujícího onemocnění**. Těžiště paliativní péče u prvně jmenovaných spočívá v dobré ošetrovatelské péči a v psychosociální podpoře rodiny. Základním rámcem paliativní péče u druhé skupiny je spolupráce nemocných na tvorbě léčebného plánu.

Rovněž Šourek (2016, 20-21) spatřuje jako jeden ze základních principů poskytování paliativní péče v pobytových zařízeních v tom, aby kontrolu nad celou situací měl právě umírající. Umírající by měl být tím, kdo udává tempo a rozhoduje, co se má stát. Pro zajištění tohoto pravidla je důležitá také včasná a dobrá práce s rodinami, protože nejen pracovníci, ale také rodinní příslušníci se musí vzdát dobře míněných rad a představ o poskytování péče umírajícímu. Klíčovým prvkem je vybudování důvěry mezi rodinou a zařízením.

Autonomie se dle Sláma et al. (2007, 319) může projevovat na různých úrovních. Nejen jako aktuální přání, ale také jako životní preference, která je známá dopředu vyjádřením uživatele nebo jeho blízkými. U uživatelů, kteří mají sníženou schopnost racionálního uva-

žování při změně kvality vědomí, může být autonomie zachována při respektování jeho subjektivního vnímání příjemných (bezpečných) a nepříjemných (stresujících) pocitů.

Uživatelům je poskytována paliativní péče při obtížích tělesných, duševních, sociálních i spirituálních. Mezi nejčastější tělesné problémy patří zejména bolest, dušnost, nauzea, nechutenství, poruchy hydratace a výživy, slabost, chronické rány, problémy s močením a vyměšováním, hygiena. K nejčastějším psychickým obtížím patří úzkost, strach, deprese, osamělost aj. U sociálních obtíží jsou hlavními tématy především zabezpečení umírajícího, zabezpečení rodiny, vztahy v rodině, majetkové vypořádání apod. K hlavním spirituálním tématům patří život a jeho smysl, smíření, posvátné hodnoty, rituály, u věřících komunikace s duchovním a náboženské úkony (Kalvach, et al., 2010, 12)

K naplňování základních oblastí paliativní péče jako je mírnění symptomů, psychologické, duchovní a citová podpora, podpora rodiny a doprovázení pozůstalých v době zármutku je nutný funkční interdisciplinární tým. Dle Šourka (2016, 21) však k interdisciplinárnímu přístupu v pobytových zařízeních není nutné najímání nových odborníků, ale lepší znalost problematiky paliativní péče a lepší zapojení stávajících odborníků (lékař, sociální pracovník, pastorační pracovník, dobrovolníci).

5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Senioři, kteří již potřebují pomoc v některé oblasti svého života, mají možnost výběru ze škály různých druhů sociálních služeb, které jsou jim určeny. Tyto služby jsou ukotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen Zákon). V bakalářské práci bychom se zaměřili především na sociální službu domova pro seniory.

Dle statistického úřadu bylo v České republice k 31. 12. 2013 evidováno 491 domovů pro seniory, což je 15,2% ze všech zařízení poskytujících sociální služby. Z 36 598 osob, které žijí v domovech pro seniory, jsou nejčastější skupinou osoby nad 75 let. Lidí nad 85 let pak žije v domovech pro seniory 10,55% z populace v této věkové kategorii. Domov pro seniory je podle § 49 Zákona (ČESKO, 2006) pobytovou službou. Tato sociální služba je povinná poskytovat osobám mimo ubytování, které zahrnuje i praní, žehlení a opravy osobního a ložního prádla, a celodenní stravy, také další činnosti. Mezi tyto činnosti patří pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, jako je pomoc při podávání jídla a pití, pomoc při vstávání, uléhání, přesunu uživatele a pomoc při oblékání či svlékání. Dále sem patří pomoc při osobní hygieně a pomoc při použití WC. Poskytovatelé sociální služby také musí pomoci uživateli při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů a zajistit pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou. Tím umožní uživateli zprostředkovat kontakt se společenským prostředím a zároveň napomáhají jeho sociálnímu začleňování. Poskytovatelé také musí podporovat nebo rozvíjet schopnosti uživatele, které mu pomáhají sociálně se začleňovat do společnosti, a to především prostřednictvím nabídky různých sociálně terapeutických činností a aktivizačních činností. V neposlední řadě jsou poskytovatelé povinni zajistit pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (ČESKO, Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 15)

V domovech pro seniory jsou však poskytovány i další činnosti, které nejsou zákonem vymezeny, ale vzhledem k cílové skupině je poskytování těchto činností stěžejní pro fungování služby. Jedná se zejména o zdravotní péči, která se zajišťuje na základě tzv. odbornosti 913. V rámci této odbornosti jde především o úkony jako např. ošetrovatelská intervence, aplikace léků, péče o rány, odběr biologického materiálu, ale také ošetrování stomií apod.

Úkony mohou být poskytovány pouze na základě indikace ošetřujícího lékaře. (Kalvach, 2011, 218)

Dále v pobytových službách určených pro seniory mohou být zprostředkovány např. lékařská péče, duchovní péče, rehabilitační péče apod. Vzhledem k tématu bakalářské práce bychom se chtěli více věnovat především duchovní péči.

5.1 Spirituální péče

Pojem spiritualita původně vychází z teologického pojmu Spiritus - to, co v člověku působí Duch Svátý. Z psychologického hlediska pak byla spiritualita definována jako prožitkové jádro náboženství. V psychologii se prosadilo chápání spirituality nejen v kontextu s náboženstvím, ale můžeme vymezit také spiritualitu, která náboženství přesahuje. Zde je pak spiritualita chápána jako něco ušlechtilého, jako mravní normy, umění, kultura, moudrost, smysl života či vyšší zájem apod. Spiritualitu můžeme chápat také jakou součást funkční struktury osobnosti, která tvoří sjednocující centrum motivů, postojů, citů i kognitivní orientace, jádro osobní identity a smyslu života. (Říčan, 2011)

S tím, že spiritualita nemusí být spojena pouze s náboženstvím, souhlasí i Bubák, který vysvětluje, že spiritualitou může být také vnímání dobra a všeho fungujícího kolem, pokud dovolíme, aby nás to proměňovalo. Dle Bubáka mají totiž všechny definice společné 2 základní rysy, a to, že spiritualitou je něco, co nás přesahuje a čehož působení nás nějak formuje, proměňuje. Bubák dále vysvětluje rozdíl mezi křesťanskou spiritualitou a tzv. spiritualitou přirozenou. Rozdíl spatřuje v tom, že pro křesťanskou spiritualitu je nejvyšší hodnotou Bůh, zatímco lidé nevěřící se snaží proměnit na základě tzv. vyšších hodnot, které vychází z přirozené moudrosti mnoha generací. (Bubák, 2009)

Spirituální potřeby se dostávají do popředí zvláště v nemoci nebo právě ve stáří. V této době se totiž vynořují existenciální otázky a bilancování. Proto je nutné, aby pracovníci v pomáhajících profesích, kteří pracují s těmito cílovými skupinami, věnovali spirituálním potřebám pozornost. Pro fungování duchovní péče je důležité, aby se pracovníci poskytující péči ztotožnili s cílem zajistit svým uživatelům péči o tělo, ale i o jejich duši. (Vaníčková, 2002)

Tomiczek vysvětluje, že spirituální péči můžeme rozdělit na duchovní službu neboli tzv. svátostnou službu a na duchovní doprovázení. Mezi duchovní službu patří slavení mše svaté, svaté přijímání nebo pomazání nemocných. Duchovní doprovázení pak vnímá jako

širší pojem, kdy se jedná o doprovázení člověka na jeho cestě životem, pomáhání mu objevovat nové hodnoty a společně se přibližovat k Bohu (Sociální práce, 2010, 37)

Dle Vaničkové je základem laické spirituální péče umění naslouchat. Personál může během rozhovoru pomoci uživateli ujasnit jeho životní situaci, dodat naději a zprostředkovat další pomoc kněze. Problém nastává u uživatelů, kteří nejsou nábožensky zakotveni. Zde vidí Vaničková možnost poskytnutí odborné duchovní péče prostřednictvím psychologa či psychoterapeuta. U těchto profesí však spatřuje úskalí v tom, že tyto odborníci nemusí být vždy kompetentní řešit otázky vlastní existence a smyslu života. Zvláště pokud nejsou teologicky či religionisticky vzděláni. (Vaničková, 2002) Problémem je také skutečná možnost zajištění těchto odborných pracovníků v praxi.

Jako dalšího odborníka specializující se na poskytování odborné spirituální péče nabízí Vaničková tzv. pastoračního pracovníka nebo spirituála. Jedná se o teologicky vzdělaného člověka, který se orientuje v tradičních i netradičních náboženských směrech, který má znalosti také z oblasti psychologie nebo psychiatrie. (Vaničková, 2002)

Stejného názoru jsou také Doskočil, Uxová (2008, 41), kteří upozorňují, že součástí profesionálních týmů by měli být i pracovníci spirituální péče. Ze zkušeností ze západního světa se i u nás začíná utvářet „nový směr spirituální péče - nemocniční kaplanství.“ (Doskočil, Uxová, 2008, 41-45)

5.2 Charitní dům sv. Petra a Pavla Slavkov

Zřizovatelem Charitního domu sv. Petra a Pavla Slavkov (dále jen Charitní dům Slavkov) je Oblastní charita Uherský Brod, která má status nestátní nezisková organizace. Oblastní charita je církevní právnickou osobou, která má právnickou subjektivitu a jejímž zřizovatelem je Arcidiecézní charita Olomouc.

Charitní dům Slavkov je malé pobytové zařízení rodinného typu. V Charitním domě Slavkov je poskytována služba domov pro seniory, a to dle §49 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. (ČESKO, 2006) Posláním služby je poskytnout potřebnou péči a důstojnou náhradu za domácí prostředí lidem, kteří si nemohou zajistit své životní potřeby ve spolupráci s rodinou nebo terénními službami ve svých domácnostech. (Popis realizace služby, 2016)

V Charitním domě Slavkov je zajišťována péče v nepřetržitém provozu 12 uživatelům, a to ve 4 jednolůžkových a 4 dvoulůžkových pokojích. Cílovou skupinou jsou senioři od 65,

kteří mají z důvodu věku nebo zdravotního stavu sníženu soběstačnost, a proto již vyžadují velkou míru pomoci ze strany druhé osoby. Všichni uživatelé jsou již imobilní a potřebují pomoc ve všech běžných úkonech péče o vlastní osobu jako je pomoc při podání jídla a pití, pomoc při osobní hygieně, při použití WC nebo výměně inkontinentních pomůcek, pomoc při oblékání a svlékání, pomoc při polohování a při přesunu na invalidní vozík. Charitní dům Slavkov poskytuje svým uživatelům také další základní služby, které jsou definovány zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Průměrný věk uživatelů v Charitním domě Slavkov činil k 31. 12. 2015 86 let.

Péče v Charitním domě Slavkov je zajišťována prostřednictvím 10 pracovníků v sociálních službách, 4 zdravotních pracovníků a 1 sociální pracovníce (Popis realizace služby, 2016). 2x týdně je v zařízení přítomna aktivizační pracovníce. Řada pracovníků však pracuje na zkrácený úvazek.

Do zařízení pravidelně dochází praktický lékař, který není s Oblastní charitou v žádném smluvním vztahu. Uživatelé mají možnost svobodně si zvolit svého praktického lékaře.

Duchovní péče je v zařízení zajišťována prostřednictvím duchovního otce, který 1x měsíčně slouží římskokatolická mše svatou. Před mší svatou je tento duchovní otec k dispozici všem uživatelům, kteří mají zájem o svatou zpověď či duchovní podporu. Do zařízení přichází většinou 1x týdně řádová sestra s Nejsvětější Svátostí. Nepravidelně do zařízení dochází 2 dobrovolnice, které s uživateli buď konverzují, předčítají jim nebo se s uživateli modlí apod.

Cílem služby je zajistit uživatelům prostřednictvím individuální péče důstojný a plnohodnotný život až do jeho naplnění. Péče má být poskytována tak, aby uživatel mohl žít život podobný svým vrstevníkům, co nejdéle využíval dle možností své schopnosti, zachovával si kontakty se svými blízkými a v posledních chvílích jeho života mu bylo zajištěno důstojné doprovázení. (Popis realizace služby, 2016)

I. PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ CÍL

Vzhledem k tomu, že v Charitním domě sv. Petra a Pavla pracuji již delší dobu, bylo proto mé rozhodnutí zaměřit výzkum právě na toto zařízení velmi pragmatické. V rámci výše zmiňované sociální služby se již 4 rokem (přesněji od roku 2013) věnujeme problematice doprovázení umírajících uživatelů. Proto jsem se rozhodla bakalářskou práci zaměřit právě na toto téma.

Cílem výzkumného šetření je zjistit, jakým způsobem je možné zajistit důstojné umírání v Charitním domě sv. Petra a Pavla Slavkov. Výzkumné šetření bychom zaměřili především na oblast přání a představ uživatelů o vlastním umírání a jakým způsobem by mělo probíhat předávání těchto přání a představ mezi uživatelem a pracovníkem.

Výsledky výzkumu mohou obohatit znalost problematiky umírání v pobytových sociálních službách, konkrétně v domovech pro seniory.

Význam projektu vidíme i v rovině praktického přínosu. Zjištěné výsledky mohou představovat podklad pro efektivnější komunikaci ohledně potřeb umírajících uživatelů služby a nastavení efektivnějšího doprovázení umírajících uživatelů Charitního domu.

6.1 Výzkumný problém a klíčové koncepty

Výzkumný problém, který zamýšlíme studovat, se týká možností a omezení při poskytování péče s paliativními prvky, která by umožnila uživatelům Charitního domu sv. Petra a Pavla Slavkov důstojné umírání. Péči s paliativními prvky pak vnímáme jako péči, která chápe umírání jako přirozenou součást života, chrání důstojnost nemocných, klade důraz na kvalitu života a nabízí oporu příbuzným a pomáhá jim zvládat zármutek po smrti blízkého člověka (Skála et al., 2011, 3). Důstojnost zde definujeme v užším slova smyslu jako důstojnost osobní integrity, která souvisí s dlouhodobou celoživotní identitou člověka, se sebeúctou, s vědomím vlastního já s přijetím vlastní zodpovědnosti, se začleněním do společnosti a s naplněním smysluplnosti vlastního já. (Respektování lidské důstojnosti, 2004, 13). Umírajícím uživatelem je chápán klient sociální služby Charitního domu, který se nachází v terminálním stádiu života.

6.2 Výzkumné otázky

Pro výzkumné šetření byly formulovány tyto výzkumné otázky:

1. Jaký mají uživatelé vztah ke smrti?

2. Co uživatelé vnímají jako důležité pro prožití důstojného umírání v Charitním domě sv. Petra a Pavla Slavkov?
3. Jakým způsobem mohou pracovníci pomoci uživatelům naplňovat jejich přání a potřeby ohledně důstojného umírání v Charitním domě?
4. Jakým způsobem předávají uživatelé pracovníkům informace ohledně svých přání a potřeb, které jsou důležité k prožití důstojného umírání?

6.3 Výběr výzkumného vzorku

Kritéria pro výběr respondentů byly stanoveny následovně: věk nad 85 let, pobyt v zařízení min. 6 měsíců, schopnost a ochota komunikace na téma umírání. I přesto, že kritérií nebylo mnoho, byl výběr respondentů značně omezen. Hlavní důvody byly ty, že domov pro seniory je velmi malý (poskytuje péči 12 uživatelům) a že cílovou skupinu tvoří osoby, které z důvodu věku nebo zdravotního stavu mají sníženou soběstačnost a vyžadují vysokou míru pomoci ze strany druhé osoby (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2016). Vysoký věk a zdravotní stav značně omezují komunikační schopnosti většiny uživatelů. Po zvážení možností bylo osloveno 5 uživatelek, které odpovídaly stanoveným kritériím a byly ochotny zúčastnit se rozhovoru na toto citlivé téma. Během fáze příprav se však dvěma uživatelkám zhoršil zdravotní stav natolik, že již nebyly schopny se plánovaného rozhovoru zúčastnit. Vzhledem k tomu, že v Charitním domě již nebyl žádný vhodný uživatel, který by splňoval požadovaná kritéria, byli jsme nuceni oslovit vedoucí podobného zařízení.

Oblastní charita Uherský Brod je zřizovatelem ještě dvou podobných domovů pro seniory, a to Charitního domu sv. Andělů strážných Nivnice a Charitního domu Vlčnov. Protože výzkumník dříve pracoval v Charitním domě sv. Andělů strážných Nivnice a toto prostředí i pracovníky zná, obrátili jsme se na vedoucí této služby s žádostí o pomoc při vyhledávání vhodných respondentů. Vedoucí služby dle stanovených kritérií vytypovala 3 vhodné uživatelky. Během zjišťování, zda by měly vytypované uživatelky zájem o rozhovor na téma umírání, však 1uživatelka tuto nabídku odmítla. Se dvěma zbývajícíchmi uživatelkami, které zájem potvrdily, jsme rozhovor nakonec provedli.

7 METODY ZÍSKÁNÍ DAT, DRUH A METODA VÝZKUMU

Z důvodu zjištění hlubších poznatků a vnímání dané problematiky jednotlivými uživateli jsme zvolili kvalitativní formu výzkumu, a to konkrétně desing případové studie.

Sběr dat probíhal pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny na základě připravených otázek (příloha č. 1). Tyto otázky byly rozšířeny o podotázky, které vplynuly z odpovědí během rozhovoru. Respondentky byly předem seznámeny s tématem bakalářské práce. Dopředu byly upozorněny na citlivost tématu a možnosti neodpovídat na otázky, které by považovaly za příliš intimní či citlivé. Dále byly respondentky ubezpečeny, že bude zachována jejich anonymita.

Rozhovory se uskutečnily vždy v pokoji jednotlivých uživatelů. Byl zajištěn klid, soukromí i dostatek času. Navzdory počátečním obavám proběhly rozhovory ve velmi příjemné atmosféře. Byli jsme překvapeni otevřeností a ochotou respondentek odpovídat na citlivé otázky týkající se umírání.

Rozhovory byly zaznamenány na mobilní zařízení. Na nahrávání rozhovoru byly respondentky vždy dopředu upozorněny a byl vyžádán jejich ústní souhlas s nahráváním a dalším zpracováním uvedených informací. Každý rozhovor byl následně přepsán a označen oslovením paní a písmenem abecedy, např. paní A, paní B. Analýza dat byla provedena metodou kódování v ruce, jenž je označován také jako metoda papír a tužka. Rozhovory byly přečteny, vytisknuty a poté kódovány do jednotlivých kategorií. (Švaříček, Šed'ová 2007, 211-222)

7.1 Charakteristika místa výzkumného šetření

Vzhledem k provádění výzkumného šetření v Charitním domě sv. Andělů strážných Nivnice (dále jen Charitní dům Nivnice) považujeme za nutné toto zařízení krátce charakterizovat.

Charitní dům Nivnice je stejně jako Charitní dům Slavkov zřízen Oblastní charitou Uherský Brod. Charitní dům je pobytové zařízení, kde je poskytována služba domova pro seniory, a to dle § 49 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. (ČESKO, 2006). Služba domova pro seniory v tomto zařízení je poskytována 17 uživatelům. Služby v Charitním domě Nivnice jsou poskytovány v rozsahu činností, které jsou definovány rovněž ve výše zmiňovaném zákonu č. 08/2006 Sb., o sociálních službách.

Cílovou skupinou služby jsou senioři starší 65 let, kteří splňují podmínku dosažení věku pro přiznání starobního důchodu a kteří mají z důvodu věku nebo zdravotního stavu sníženou soběstačnost, vyžadují pravidelnou pomoc a podporu jiné osoby a rodina jim nemůže či odmítá péči poskytnout, terénní služby jsou již nedostačující. (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2014)

Posláním služby je „zmírňovat negativní vlivy stárnutí uživatelů, podporovat je v udržování tělesné i duševní kondice, přiměřené soběstačnosti, ve využívání vlastních možností a schopností, udržování běžného způsobu života, přirozených vztahů a využívání místních institucí, které poskytují služby veřejnosti.“ (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2014)

7.2 Charakteristika výzkumného souboru

| | Charitní dům Slavkov | | | Charitní dům Nivnice | |
|---|----------------------|--------|--------|----------------------|--------|
| | Paní A | Paní B | Paní C | Paní D | Paní E |
| Označení | | | | | |
| Věk | 88 | 89 | 86 | 88 | 90 |
| Doba využívání služby (uvedeno v měsících) | 18 | 26 | 16 | 6 | 28 |

Výzkumný soubor tvořilo 5 uživatelek pobytových sociálních služeb domova pro seniory. 3 respondentky jsou uživatelkami Charitního domu Slavkov, 2 respondentky jsou uživatelkami Charitního domu Nivnice. Všechny respondentky jsou uživatelkami sociální služby domova pro seniory nejméně 6 měsíců.

Odovědi jedné respondentky z Charitního domu Slavkov jsou omezeny v rozsahu odpovědi z důvodu poruchy řeči způsobené zdravotním onemocněním.

8 ANALÝZA DAT

8.1 Kategorizace získaných dat

Seznam kategorizačních skupin

1. Postoj ke smrti
2. Péče o základní biologické potřeby
3. Řešení majetkových záležitostí
4. Potřeba přítomnosti blízké osoby při umírání
5. Duchovní potřeby
6. Komunikace

Kategorie 1 - Postoj ke smrti

Z rozhovoru s respondentkami vyplynulo, že všechny jsou s faktem blížící se smrti smířeny, nebo svůj postoj takto alespoň prezentují. Odpovědi respondentek byly často velmi podobné, jako např. respondentka paní A „Co se dá dělat, to patří k životu.“ „Nebojím se, věříte?“ „Musíme být připraveni, už přesluhujeme...“, respondentka paní C: „...každý tam musíme.“, respondentka paní D na otázku, zda má strach nebo jiné pocity vůči smrti reagovala, že se ničeho nebojí. „Přijímám všecko. Čeho se můžu bát?“ Respondentka paní E uvádí: „Do dneška se nebojím.“ Respondentka paní A dokonce spatřuje ve smrti pozitivum: „mám tam už moc (myšleno blízkých), budů na mě čekat.“ Svůj postoj zajímavě popsala respondentka paní A, která uvedla: „strach trochu mám, ale nebojím se.“ Stejným způsobem definovala svůj postoj i respondentka paní E: „nebojím se, ale mám pochopitelně obavy.“

Kategorie 2 - Péče o základní biologické potřeby

Základní fyziologické potřeby jako je jídlo, pití, hygiena - jsou potřeby, které pracovníci uživateli poskytují v Charitním domě denně, a to z důvodu omezených schopností uživatele a závislosti na pomoci druhé osoby. Tyto potřeby dokáží respondentky velmi dobře hodnotit. Denně vidí jakou formou a v jaké míře je péče jim i jejich spolubydlícím poskytována.

Z rozhovorů s respondenty je patrné, že jsou se způsobem i mírou poskytování péče o jejich základní fyzické potřeby, spokojeni. Respondentka paní A např. uvádí: „Tady

je velká péče, tady se věnujů aj umírajícímu. Já to vidím na paní T. Vždyť ona má takovou péči, o jaké se jí ani nezdá, já to oceňuji.“ Respondentka paní B rovněž hodnotí péči pozitivně: „starajů se, aby byl člověk najezený, umytý...“ S poskytováním péče je spokojena také respondentka D, která potvrzuje: „O co požádám, v tom mi vyhoví.“ Jistotu poskytnutí péče o základní fyzické potřeby vyjadřuje i respondentka paní E, která uvádí: „Myslím, že tady máme všichni stejnou pomoc, oni nikoho neošidí.“ Žádná z respondentek nevyjádřila obavu ohledně péče v Charitním domě. Na otázku, z čeho mají respondentky v rámci poskytování péče obavy, tři respondentky (paní A, paní C a paní E) uvedly, že nemají žádné obavy z umírání v CHD, jedna respondentka (paní D) uvedla, že nemá žádné obavy, protože má jistotu, že jí potřebnou péči zajistí synové a jedna respondentka uvedla, že o obavách v souvislosti s umíráním v CHD neuvažuje (paní B).

Kategorie 3 - Řešení majetkových záležitostí

Všechny respondentky se shodly na tom, že by měl mít uživatel za účelem klidného a důstojného umírání vyřešeny věci týkající se majetku. Respondentka paní E např. tvrdí, že „pozemské věci jsou také důležité, aby přispěly k pokojnému umírání. Také respondentka paní A vidí jako důležité, vyřešit majetkové záležitosti před smrtí, dokud je člověk mladý, aby mu nemohl nikdo nic vyčítat. Ve stejném duchu se vyjadřují i respondentky paní B a paní C. Paní D uvedla, že má dokonce nachystán dopis, ve kterém pro své syny popsala všechny důležité informace týkající se pohřbu a také posledního uložení.

Všechny respondentky se shodly na tom, že tyto věci by měl v první řadě řešit člověk sám, a to ještě v dostatečném předstihu, příp. s rodinou. Respondentka paní A vidí jako možnou a vhodnou formu pomoci ze strany pracovníků poskytnutí rady příp. pomoc formou vyslechnutí. Respondentka paní B připustila, že role pracovníka při řešení majetkových záležitostí je vhodná pouze v případě, že uživatel si není schopen tyto záležitosti vyřídit sám a nemá k dispozici ani rodinu, která by mu pomohla.

Kategorie 4 - Potřeba přítomnosti blízké osoby při umírání

Z rozhovorů vyplynulo, že pro většinu respondentek je důležité mít u sebe při umírání u někoho blízkého. Respondentky paní B, paní C a paní D uvedly jako blízkou osobu své děti. Respondentka paní A uvedla, že jako blízkého člověka by uvítala i pracovníci. Jako

důvod potřeby umírajícího mít u sebe v posledních chvílích blízkého člověka uvedla respondentka paní A: „aby se (člověk) necítil sám, kdyby měl strach.“ Paní C uvádí jako důvod potřeby být při umírání se svými blízkým potřebu rozloučit se, příp. sdělit ještě důležité věci.

Kategorie 5 - Duchovní potřeby

Čtyři respondentky (paní A, paní C, paní D a paní E) a nepřímo také respondentka paní B uvedli shodně jako požadovanou formu duchovní podpory poslední pomazání. Jako další preferovanou formu pomoci spatřují v umožnění svaté zpovědi, případně v nějaké duchovní útěše (pro nevěřící). Důvod naplňování duchovní potřeby u umírajícího vidí respondentka paní A v tom, že člověk, který má naplněny tyto potřeby formou posledního pomazání nebo další formou duchovní podpory jako je např. modlitba za šťastnou hodinku smrti, se může cítit klidněji a odcházet z tohoto světa lehčeji.

Kategorie 6 - Komunikace o umírání a smrti

Během rozhovoru si respondentky několikrát uvědomily, že by bylo dobré některá přání a potřeby, které jsou pro uživatele důležité, někomu sdělit. Např. respondentka paní E uvedla, že by to nebylo na škodu. „Dokud ten umírající vnímá nějaký ten dotaz, může třeba reagovat kývnutím hlavy.“ Na otázky typu posledního pomazání nebo zájmu o duchovní útěchu by se podle paní E mohli ptát pracovníci i dříve. Také respondentka paní A připustila, že by se pracovníci mohli zeptat ohledně vyjádření přání, kde by chtěl uživatel umírat v případě zhoršení zdravotního stavu. Přesto na otázku kdy by měl pracovník tyto informace zjišťovat, nedokázaly respondentky nalézt vhodnou odpověď. Respondentka paní A uvedla, že je nevhodné zjišťovat informace ohledně přání týkajících se umírání hned při přijetí do zařízení. Dle respondentky paní A je na zjišťování těchto informací čas. „Až to dojde, tož to je.“ Respondentka paní C uvedla, že by se pracovníci s uživatelem mohli na téma bavit „až už je potřeba. Jak už to jde ke konci.“ Respondentka paní B je vůči rozhovorům ohledně přání týkajících se umírání skeptická. Na otázku kdy je vhodné začít mluvit o přáních ohledně umírání, uvedla: „To nevím, to je velice těžké říct. Člověk to nemůže říct ani sám o sobě, protože neví, jak to bude vypadat. Jak bude nemocný, jestli bude vnímat...“ Respondentka paní A uvedla, že není potřeba o přáních ohledně prožití posledních chvil příliš mluvit, protože oni (myšleno pracovníky) už mají zkušenost,

...však to už oni ví sami.“ Respondentka paní E řeší svá přání ohledně umírání a smrti prostřednictvím svých synů.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tématem umírání a také faktory, které mohou pomoci uživatelům prožívat toto závěrečné období života důstojně. Umírání a smrt byly vytlačeny z běžného života a dnes se skutečnou smrtí v běžném životě ani nesetkáme. Tabuizace smrti a její institucionalizace zavinily, že si nedokážeme představit důstojné umírání. Média představují často smrt jako drama, mnohdy až s hororovými prvky. To může mít za následek to, že o smrti nechceme ani přemýšlet a rozhovor o smrti vnímáme jako rouhání se vlastnímu životu.

Cílem práce, který jsme si v úvodu vytyčili, bylo zjistit, jakým způsobem je možné zajistit důstojné umírání v Charitním domě sv. Petra a Pavla Slavkov. Snažili jsme se vymezit oblasti, které jsou pro uživatele důležité ve vztahu k důstojnému umírání. Dále jsme se snažili zjistit, jakým způsobem by mělo docházet k předávání informací mezi uživatelem a pracovníkem o oblastech, které jsou pro uživatele významné ve vztahu k důstojnému umírání.

I přes smířlivý postoj uživatelů domova pro seniory ke smrti, nemůžeme vždy mluvit o akceptování blížícího se vlastního konce.

Z výzkumného šetření, které jsme provedli, vyplývá, že uživatelé, se kterými byly provedeny rozhovory, nejsou zvyklí přemítat o své smrti a potřebách, které by v posledních chvílích svého života chtěli mít naplněny. Z rozhovorů provedených v rámci výzkumného šetření můžeme vyzorovat, že uživatelé domova pro seniory nemají příliš tendence k plánování. A pokud mají nějaké představy o vlastním umírání, nejsou příliš nakloněni k tomu, aby je sdělovali druhým osobám.

Pro uživatele, kteří jsou převážně, nebo zcela závislí na pomoci druhé osoby je významným prvkem poskytovaná péče. Zrcadlem, ve kterém může spatřit, jakým způsobem bude probíhat péče o jeho osobu v terminálním stádiu, je především umírající spolubydlící a péče o něj.

Stejně jako všichni lidé, mají i uživatelé domovů pro seniory potřeby, které musí mít člověk uspokojeny, aby mohl svůj život vnímat jako kvalitně prožitý. U uživatelů, se kterými bylo provedeno sociální šetření, bylo patrné, že po tom, co se zbavili světských majetků, touží spíše po naplňování potřeb jistoty a blízkosti.

Jakým způsobem je tedy možné předávat informace mezi uživatelem a pracovníkem? Jak již bylo zmíněno výše, uživatelé si vytváří představu o vlastním konci života na základě pozorování, jakým způsobem je poskytována péče člověku žijícím ve stejném zařízení. Komunikačním nástrojem o možnostech zajištění důstojného umírání v domově pro seniory tak může být praktické poskytování péče jednotlivým uživatelům. Tato péče by pak měla být poskytována s důrazem na posilování autonomie uživatele a s laskavým přístupem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] AMÉRY, Jean, 2008. *O stárnutí, revolta a rezignace*. Praha: Prostor. ISBN 978-80-7260-207-0.
- [2] BUBÁK, Milan, 2009. Spiritualita současného člověka. In: *Vatikánský rozhlas: Hlas Svätého Otca a Cirkvi v dialógu so svetom* [online]. [cit. 2016-03-30]. Dostupné http://sk.radiovaticana.va/storico/2009/09/13/p_milan_bub%C3%A1k_spiritualita_s%C3%BA%C4%8Dasn%C3%A9ho_%C4%8Dloveka/slo-316219
- [3] ČESKO. Listina základních lidských práv a svobod. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1993, částka 1, 19. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22426>
- [4] ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 15. 11. 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505_2006_2015.pdf
- [5] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. 3. 2006 o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. [online]. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf
- [6] ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 3. 11. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů. [online]. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=372~2F2011&rpp=15#seznam>
- [7] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Senioři v České republice 2014: Sociální služby [online]. [cit. 2016-03-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-2014-2gala5x0fg>
- [8] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Stárnutí se nevyhneme. www.czso.cz [online]. 2014 [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ea002b5947>
- [9] ČEVELA, Rostislav, Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

- [10] DOPLŇKOVÉ ÚDAJE O SLUŽBĚ DOMOV PRO SENIORY: Popis realizace DpS Nivnice 2014. Registr poskytovatelů sociálních služeb: Portál MPSV. [online]. [cit. 2016-04-24]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?756g=0de73cb7e82f88e2&736c=8fa379f1c8e5f298&SUBSESSION_ID=1461710899044_1
- [11] DOPLŇKOVÉ ÚDAJE O SLUŽBĚ DOMOV PRO SENIORY: Popis realizace služby CHD Slavkov 2016. Registr poskytovatelů sociálních služeb: Portál MPSV. [online]. [cit. 2016-04-24]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do;jsessnid=07FA47B02CE6D2AEE2C73860C87713A0.node1?756g=93db5aa401681f9a&736c=ff97283b6fe6e514&SUBSESSION_ID=1461462533231_1
- [12] DOPORUČENÍ Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy. Praha: Cesta domů.
- [13] DOSKOČIL, O. a M. UXOVÁ, 2008. Spirituální služba v domovech pro seniory. In *Kontakt - Časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*. [online]. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1supplement~2008/705-spirituálni-sluzba-v-domovech-pro-seniory>
- [14] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [15] E-LEARNING: CESTA DOMŮ. Důstojnost. 2016 [online]. [cit. 2016-04-23]. Dostupné z: <http://elearning.cestadomu.cz/dustojnost-sp.html>
- [16] ERIKSON, H. Erik, 1999. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: Doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*. Praha: Nakladatelství lidové noviny. ISBN 80-7106-291-X .
- [17] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [18] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [19] HAVRDOVÁ, Zuzana et al, 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.

- [20] HOLMEROVÁ, Iva et al., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
- [21] HŮSKOVÁ, Jitka a Petr, KAŠNÁ, 2009. *Ošetrovatelství: Ošetrovatelské postupy pro zdravotní asistent*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2854-4.
- [22] KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
- [23] KALVACH, Z. et al., 2010. *Manuál paliativní péče pro umírající pacienty: Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3
- [24] KALVACH, Zdeněk et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [25] KELNÁROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.
- [26] KODEX CHARITY ČESKÁ REPUBLIKA, 2009. Olomouc: Arcidiecézní charita Olomouc.
- [27] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- [28] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1370-5.
- [29] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.
- [30] KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [31] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- [32] KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- [33] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [34] MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

- [35] MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 80-210-3345-2.
- [36] OPATRŇY, Aleš, 2001. Pastorační péče o nemocné: Pohled na smrt z hlediska víry. In: *Pastorace*. [online]. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://www.pastorace.cz/Knihovna/03-Pohled-na-smrt-z-hlediska-viry.html>
- [37] PAYNE, Jan et al., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- [38] RESPEKTOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4334-0.
- [39] ŘÍČAN, Pavel, 2011. Spiritualita [online]. [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <http://www.pavelrican.cz/spiritualita>
- [40] SKÁLA, Bohumil et al., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: Doporučovaný diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISBN 978-80-86998-51-0.
- [41] SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
- [42] STEM/MARK, 2013. Umírání a péče o nevyléčitelně nemocné II, Závěrečná zpráva, září 2013. In *Umirani.cz* [online]. [cit. 2016-03-30] Dostupné z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>
- [43] STEM/MARK, 2015. Dříve vyslovená přání, závěrečná zpráva, říjen 2015. In *Umíráni.cz* [online]. [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>
- [44] SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
- [45] ŠIKLOVÁ, Jiřina, 2013. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-197-4.
- [46] ŠOUREK, David, 2016. Doprovázení umírajících v pobytových zařízeních. In: *Odborný časopis Sociální služby 2/2016* [online]. [cit. 2016-04-24]. Dostupné z: http://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1455111505_obsah-unor.pdf

- [47] ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al., 2014. *O posledních věcech člověka, vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.
- [48] ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů: Geragogika gerontodidaktika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5446-8.
- [49] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [50] TOMICZEK, Václav, 2010. Každý umírající klade duchovnímu otázku: Proč?. In: *Sociální práce 2/2010*, ISSN 1213-6204
- [51] TRACHTOVÁ, E. et al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum nelékařských zdravotních oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- [52] URBAN, Lukáš, 2008. *Sociologie trochu jinak*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2493-5.
- [53] VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života, teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.
- [54] VANÍČKOVÁ, Kamila, 2002. Spirituální potřeby seniorské populace v ČR. www.hospice.cz [online]. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/spirit.htm>
- [55] VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978- 80- 246- 1318- 5.
- [56] VORLÍČEK, J., Z. ADAM a Y. POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- [57] YALOM, D. Irvin, 2008. *Pohled do slunce: O překonání strachu ze smrti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-376-5.
- [58] WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998. WHOQOL Measuring Quality of Life. www.who.int [online]. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- [59] WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016. Health statistics and information systems. [www. who.int](http://www.who.int) [online]. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- [60] WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016. WHO Definition of Palliative Care.

www.who.int. [online]. [cit. 2016-04-24]. Dostupné z:
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CHD Charitní dům

ČSU Český statistický úřad

WHO Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Chyba! Nenalezena položka seznamu obrázků.

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA č. 1 Otázky pro uživatele služby domova pro seniory

PŘÍLOHA č. 2 Kódování rozhovoru

PŘÍLOHA 1 OTÁZKY PRO UŽIVATELE DOMOVA PRO SENIORY

Otázky pro uživatele služby domova pro seniory

1. Mohla byste mi popsat Vaši zkušenost s umíráním a smrtí v době kdy jste bydlela mimo CHD?
2. Čeho se na umírání nejvíce bojíte?
3. Jakou zkušenost máte s umíráním v CHD?
4. Co ve Vás vyvolává obavy v souvislosti s umíráním v CHD?
5. V čem spatřujete výhody umírání v CHD?
6. Co je podle Vašeho názoru potřebné k tomu, aby se cítil člověk žijící v CHD důstojně?
7. Co je podle vašeho názoru důležité pro zachování důstojnosti umírajícího?
8. Jak by měla vypadat péče v posledních chvílích života člověka žijícího v CHD (Vašeho života) ze strany personálu?
9. Jak by měla vypadat péče v posledních chvílích života člověka žijícího v CHD (Vašeho života) ze strany blízkých?
10. Komu jste svou představu o tom, jak by měla péče v posledních chvíle svého života, sdělila?
11. Kdy by měl personál zjišťovat představu o tom, jak by měla péče v posledních chvílích Vašeho života vypadat?
12. Jakým způsobem byste chtěla mít zajištěny duchovní potřeby v posledních chvílích Vašeho života?
13. Jaké osobní věci by měl mít člověk před smrtí vyřešeny?
14. Kdo by tyto osobní věci měl pomoci člověku žijícímu v CHD vyřešit?
15. Jaké máte pocity, když se bavíme o posledních chvílích Vašeho života/o smrti?

PŘÍLOHA 2: KÓDOVÁNÍ ROZOVORU

Rozhovor uživatelka: paní C - Slavkov

T: Nejdříve seznámení s tím, o čem bakalářská práce je, a požádání o to, zda si můžu rozhovor natáčet, a dále anonymně zpracovávat. Paní jsem poučila o tom, že některé otázky jsou citlivé a pokud by to pro paní bylo nepříjemné, tak nemusí odpovídat.

1 U: Ano souhlasím

T: Jakou máte zkušenost se smrtí a umíráním z dřívější doby, jestli jste byla přítomna nějakému umírání

2 U: Dědeček (myšlen manžel)

T: Jak jste to prožívala?

3 U: Smutno mě bylo, plakala jsem a tak. A děcka tu byly všetci akorát.

T: A on umíral tady?

4 U: Ano

T: Co pro vás bylo v tu chvíli důležité?

5 U: Že jsem byla tady s ním. I děcka tu akorát byly - Milan aj Jitka dojeli ten den na chvilku za ním.

T: Jaký máte postoj ke smrti?

6 U: Je to smutné, ale každý tam musíme. *postoj ke smrti*

T: Nebojíte se?

7 U: Ne

T: V čem to umírání tady je lepší než v nemocnici nebo v čem je jiné než doma?

8 U: Doma je to takové smutnější.

T: Čím to je, že doma je to takové smutnější?

9 U: Nevím, já si to tak jenom myslím.

T: A v nemocnici? Jak je to v nemocnici, je to stejné umírat tady a umírat v nemocnici?

10 U: Není, je to tam horší.

T: Proč myslíte, že je to horší v nemocnici?

11 U: Takové blbě mezi *výhody umírání v CHD* cizíma lidma.

T: Má to nějaké výhody, umírat tady?

12 U: Sestřičky, a to je to jinačí.

T: A jak byste popsala péči těch sestřiček při umírání?

13 U: Jak umíral děda?

T: Třeba.

- 14 U: Nebyl horší. Jedl, ale nemluvil
- T: A jak probíhala ta péče, co vás zaujalo?**
- 15 U: On šel poobědvat, a pak tu byla Jitka, pak Tomášek a pak pro Jitku doletěli, že je špatný. A tož,
16 takové to bylo na nic.
- T: V čem mohou pracovníci pomoci při umírání?**
- 17 U: Jsou tady, tak všechno, co je potřeba ^{zajištění péče}
- T: Jaké negativní pocity máte v souvislosti s poskytováním péče při umírání v CHD?**
- 18 U: Žádné ^{hodnocení péče}
- T: Co si představíte pod pojmem důstojnost?**
- 19 U: Nevím
- T: Jak si představujete důstojnou péči při umírání?**
- 20 U: Tož takové jaké to bylo, když děda umřel.
- T: A jaká ta péče byla, co vám utkvělo v paměti?**
- 21 U: Bylo to takové smutné, ale byl tu syn a dcera, byli jsme u něho. ^{potřeba}
- T: A jaká byla ta péče těch sestřiček**
- 22 U: Byly hodné, o dědu sa starali až do konce. ^{zajištění péče}
- T: Co byste chtěl, kdybyste byla v poslední hodině?**
- 23 U: Aby tu byly ty děcka, rozloučit se, povykládat..... ^{bližky - důvod}
- T: Jaké duchovní potřeby jsou pro vás důležité, které byste chtěla mít zajištěny?**
- 24 U: Nevím, to poslední pomazání? ^{duchovní potřeby}
- T: Je pro vás důležité mít zajištěny duchovní věci?**
- 25 U: Je, chodím na mši, ke zpovědi, je to lepší. ^{důvod}
- T: Proč je to pro vás lepší?**
- 26 U: Lepší se cítím.
- T: Měl by si podle vás možnost člověk vybrat, kde by chtěl umírat, jestli tady, nebo v nemocnici?**
- 27 U: Ale mě by se to líbilo tady. ^{sdělení potřeby}
- T: S kým jste se o tom bavila?**
- 28 U: S nikým.
- T: A chtěla byste se s někým o tom pobavit?**
- 29 U: Nevadí mi to. ^{ochota komunikace}
- T: Jaké by měl mít člověk vyřešené před smrtí osobní věci?**

- 30 U: Všecko jsme to udělali. Ano, to má být všecko udělané.
osobní záležitosti
T: **Myslíte si, že by to mělo být všecko vypořádané?**
- 31 U: Ano, když může, tož radši ano.
T: **Proč je to důležité, aby to ten člověk měl?**
- 32 U: Aby se děcka nehádali.
důvod
T: **Je člověk potom klidnější?**
- 33 U: Ano.
T: **Jak by mohli pracovníci pomoci řešit osobní věci uživatelů?**
- 34 U: To by měla spíš rodina.
role pracovníka
T: **Pokud bychom se jako pracovníci ptali lidí ohledně toho, kde chtějí umírat, koho chtějí mít přivolaného k sobě, kdy si myslíte, že je vhodné s tím člověkem mluvit o smrti?**
- 35 U: Až je to potřeba.
kommunikace - doba
T: **Co tím myslíte „až je to potřeba“?**
- 36 U: Jak už to jde ke konci.
T: **Myslíte si, že by se dřív nemělo mluvit o smrti. Proč až je to aktuální?**
- 37 U: Na co.
T: **Jaké máte pocity, když se s vámi někdo baví o smrti?**
- 38 U: Mě to neříká nic, ale děcka se rozčilují, když něco řeknu.
T: **A chtěla byste, když něco začnete, o tom mluvit s děckama a oni nechtějí?**
- 39 U: Ani moc ne, jen tak vždycky. A děcka se hned rozčilují.
ochota komunikace
T: **Proč myslíte, že to tak je?**
- 40 U: Já nevím.
T: **Měla byste zájem probírat vaše přání ohledně vaší smrti s pracovníky?**
- 41 U: Ne.
ochota komunikace
T: **Mockrát děkuju.**

