

# **Pohled seniora v pobytovém zařízení sociálních služeb na umírání a smrt**

Bc. Martina Málková

---

Diplomová práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Martina Málková**  
Osobní číslo: **H120073**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Pohled seniora v pobytovém zařízení sociálních služeb na umírání a smrt**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k tématu umírání a smrti a týkajících se života seniora v zařízení sociálních služeb.  
Příprava metodiky výzkumné části.  
Realizace kvantitativního výzkumu dotazníkovým šetřením.  
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie. Úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Stáří a smysl života. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.

ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA. Euthanasie. Víme o čem mluvíme? Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2006.

ZEMANOVÁ, Monika. Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.

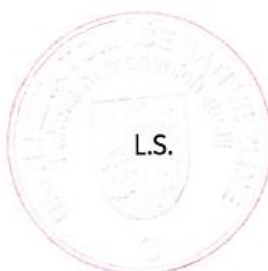
Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání diplomové práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání diplomové práce: **18. dubna 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 22.3.2014 .....

Lucie Kovaříková  
.....

*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:*

*(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(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 vzdělávacího 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). Odpirá-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 jim 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 výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Práce se zabývá tématem umírání a smrti, jaký postoj ke zvolenému tématu zaujímají seni-  
oři - klienti pobytových zařízení sociálních služeb.

Teoretická část rozebírá umírání a smrt z pohledu minulosti i současnosti, předkládá různá  
rozlišení smrti, seznamuje s péčí o umírající, s principy hospicové a paliativní péče. Důle-  
žité je i seznámení se životem v pobytovém zařízení sociálních služeb, které je zaměřeno  
na charakteristiku a problémy jeho obyvatel, na výhody i úskalí společného soužití  
v zařízení.

Praktická část navazuje na teoretickou kvantitativním výzkumem, který zjišťuje názory  
seniorů v domovech pro seniory na téma umírání, jejich pohledy na smrt.

Klíčová slova: umírání, smrt, senior, paliativní péče, hospicová péče, život seniora v poby-  
tovém zařízení

## **ABSTRACT**

Main topics of this dissertation are death and dying and what position do clients of retire-  
ment homes take on these chosen topics.

Theoretical part analyzes dying and death from past and present point of view. This part  
submits different distinction of death such as caring for dying, principles of hospice and  
palliative care. It is important to become acquainted with life in retirement homes which  
are focused on characteristics and problems of their inhabitants and also pros and cons of  
their cohabitation.

Analytic part follows theoretical part with quantitative research, which studies opinions of  
seniors in retirement homes on topics of dying and their perspective of death.

Keywords: dying, death, senior, palliative care, hospice care, life of the elderly in a  
residential facility, life of seniors in retirements homes

Na toto místo patří poděkování vedoucí mé diplomové práce doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné připomínky, poskytnuté cenné rady a metodické vedení při zpracování diplomové práce. Zvláště oceňuji její lidský přístup, se kterým jsem se setkala při konzultacích nad tématem práce.

Děkuji všem pracovnícím ze zúčastněných domovů pro seniory, které byly ochotné podílet se na pomoci při dotazníkovém šetření. Poděkování patří i vedení domovů za souhlasy s prováděným výzkumem.

V neposlední řadě oceňuji toleranci, podporu a pochopení své rodiny.

**Kdo se bojí života, bojí se i smrti.**

Seneca

**Zjistil jsem, že ti, kdo si najdou čas na plánování smrti,  
si nakonec začnou nově plánovat i život.**

**Když se lidé dozvědí, že zemřou,  
obvykle od té chvíle žijí lépe a nakonec i dobře zemřou.**

Robert Fulghum



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 UMÍRÁNÍ A SMRT</b> .....	<b>13</b>
1.1 POHLED NA UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI .....	15
1.2 POHLED NA UMÍRÁNÍ A SMRT V SOUČASNOSTI.....	16
1.3 RŮZNÁ ROZLIŠENÍ SMRTI .....	19
1.3.1 Problém zvaný eutanazie.....	20
1.4 FÁZE UMÍRÁNÍ.....	21
1.4.1 První fáze umírání .....	21
1.4.2 Druhá fáze umírání.....	22
1.4.3 Třetí fáze umírání .....	22
<b>2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ</b> .....	<b>24</b>
2.1 HOSPICOVÁ PÉČE.....	25
2.2 PALIATIVNÍ PÉČE .....	27
2.3 PÉČE O POZŮSTALÉ.....	29
<b>3 ŽIVOT SENIORA V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ</b> .....	<b>31</b>
3.1 PSYCHOPATOLOGIE VE STÁŘÍ .....	32
3.2 ADAPTACE SENIORA V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ.....	33
3.3 NEBEZPEČÍ ŽIVOTA V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ.....	35
3.4 TERAPIE VYUŽÍVANÉ PŘI PRÁCI S KLIENTY SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍ.....	36
3.4.1 Ergoterapie .....	36
3.4.2 Canisterapie a felinoterapie.....	37
3.4.3 Reminiscenční terapie .....	37
3.4.4 Validační terapie .....	38
3.4.5 Rezoluční terapie.....	39
3.4.6 Preterapie.....	39
3.5 ŽIVOT VE STÁŘÍ .....	39
3.5.1 Problémy života ve stáří.....	40
3.5.2 Kvalita života ve stáří.....	41
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>45</b>
<b>4 PŘEDMĚT VÝZKUMU</b> .....	<b>46</b>
4.1 CÍL VÝZKUMU .....	46
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY .....	46
4.2.1 Stanovení proměnných.....	47
<b>5 METODOLOGICKÝ POSTUP</b> .....	<b>48</b>

5.1	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	48
5.2	VÝZKUMNÉ TECHNIKY .....	48
5.3	DESIGN VÝZKUMU .....	49
5.4	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	50
5.5	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT .....	50
5.6	DISKUSE .....	82
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>89</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>		<b>90</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>		<b>95</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>		<b>96</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>97</b>

## ÚVOD

Smrt považuji za přirozenou součást života. Člověk se narodí, rozvíjí se a dozrává v bytost plnou sil a elánu. Po kulminaci těchto sil dochází k jejich úbytku, přirozenému stárnutí organismu, jeho opotřebení a nakonec ke smrti. Pohledy na smrt jsou vždy ovlivněné kulturami, ve kterých člověk žije, a úzce spjaté s náboženstvím vyznávaným v dané kultuře. Přístup k umírajícím a mrtvým lidem ukazuje na vyspělost té které kultury a společnosti. Dříve člověk běžně umíral v domácím prostředí, v kruhu svých nejbližších. Do posledních okamžiků s ním sdíleli utrpení a bolest, zároveň jejich přítomnost pomáhala umírajícímu překonávat jeho vlastní strach a strádání. V současné době je běžné umírání jedince v nemocnicích či jiných zařízeních, velmi často opuštěného, bez přítomnosti svých nejbližších. Pozornost vědy je v současnosti věnována paliativní medicíně, hospicovému hnutí, problémům euthanasie, truchlení pozůstalých. Mezi laickou veřejností se téma umírání a smrti stalo tabu, o kterém se nehovoří.

Jako pracovnice v domově pro seniory se smrtí a umíráním se setkávám určitě více než běžná populace. Praxe přispěla k mému pohledu na smrt jako na běžnou součást života. Tento názor je ještě determinován věkem klientů a mnohdy i jejich zdravotním stavem. V domovech pro seniory umírají staří lidé, kteří již splnili svůj životní úkol a jistě i zhodnotili, co se jim v životě zdařilo a co ne. Aktivní fázi svého bytí již mají ukončenou, fázi zaslouženého odpočinku však mnohým často znepríjemňuje nemoc, různá omezení a závislost na pomoci druhých. A tak mnohým v zařízeních pomáháme tam, kde pomoc potřebují. Staráme se o uspokojení jejich potřeb fyzických, psychických, sociálních i duchovních. Do posledních zmiňovaných bych zařadila hovory na téma umírání a smrti. Právě v této oblasti spatřuji mezery naší péče. Tak jako je v dnešní společnosti tabu hovořit o smrti, tak si myslím, že to z větší části platí i v zařízeních pro seniory. Snad z jakési úcty k věku, který klienti mají, snad z ohledu k těm, kteří se na život v zařízení těžce adaptují, se tohoto tématu bojíme chopit. Pokud ze strany klienta přijde v hovoru zmínka o smrti, ujišťujeme jej, že je ještě k odchodu z tohoto světa brzy, přestože všichni jsme si vědomi, že právě věkem mají klienti ke smrti blízko. A tak mi vyvstává spousta otázek. Víme, zda by chtěli klienti na téma smrti hovořit? Pomohly by jim hovory o smrti k vyrovnání se s vlastní smrtelností? Jsou na vlastní smrt připraveni? Přemýšlí o ní? Co o tom všechno víme? My je pouze uklidňujeme, že je ještě brzy!

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 UMÍRÁNÍ A SMRT

Umírání je ...*sociální proces, vyžadující prostor, čas a citlivé zacházení. ...patří k plnosti lidského života* (Student, Mühlum a Student, 2006, s. 25 – 26). Autoři dále tuto myšlenku vysvětlují. Smrt je pro ně téma osobní i sociální. Jako osobní se jeví právě v završení a plnosti lidského života, jako téma sociální smrt jedince zasahuje další lidi i společnost. (Student, Mühlum a Student, 2006, s. 76)

Zrovna tak označuje Špinková (cit. podle Ondračka et al., 2010, s. 7) umírání jako *plnohodnotný život*, jako součást života. Takto skutečnost vnímají především ti, kteří umírajícího doprovází, kteří mu jsou nablízku v posledních okamžicích. Ve způsobu umírání se odráží dosavadní způsob života umírajícího. Ten, kdo může být člověku v okamžicích umírání přítomen, může díky této zkušenosti zmenšit své obavy a nejistotu z vlastního závěru života. Student, Mühlum a Student (2006, s. 80) však uvádí, že člověk strach ze smrti nikdy nemůže ztratit, může jej pouze dokázat lépe zvládat. K tomu slouží především různé rituály, které však z dnešní společnosti hojně mizí, a tím se smrt snadno stává ve společnosti tabu. U jednotlivců potom podle autorů může zvyšovat počet suicidálních pokusů.

Dorková (2011, s.80-81) definuje umírání jako postupné selhávání funkcí orgánů důležitých pro život člověka, které se již nedá zvrátit a které vede nevyhnutně ke smrti jedince. Smrt tedy nastává zástavou srdce, dýchání i všech částí mozku. Nefunkčnost mozku je v současnosti hlavním kritériem určení smrti jedince. Stejně smrt z lékařského hlediska definuje i Bradley (2005, s. 73 - 74). Hovoří o podmínkách nutných k životu organismu, a to je dostatek tekutin, kyslíku, biologicky důležitých látek a fyzické životní energie. Pokud se všeho nedostává v patřičné míře, potom je podle autora *konečné řešení smrt – zánik jedince, u něhož vymizí známky života, jeho funkce a mizí jeho osobnost*. (Bradley, 2005, s. 73)

Podle Slámy (2007, s. 301 - 310) takovéto selhávání organismu trvá několik hodin nebo málo dnů a je označováno jako terminální fáze. Je to proces patofyziologický, se svojí stránkou psychologickou, sociální i spirituální. Umírající je závislý na péči svého okolí, ať již příbuzných nebo profesionálních pečovatelů či zdravotníků. Často může pociťovat deprese a úzkost. Ty mohou plynout z bolesti nebo jiných tělesných problémů, ze strachu z neznámého, nevyřešených vztahů s blízkými apod. V těchto okamžicích je nezastupitelná

podpora rodiny, pečovateli, duchovních nebo pomoc psychologa. Jedině u smířeného umírajícího můžeme hovořit o smrti lidské a důstojné.

Pokud mluvíme o seniorech, je potřeba si uvědomovat, že: *Život ve své druhé polovině neznamená totiž vzestup a rozmach, ale smrt. Konečným cílem života je jeho konec.* (Mühlpachr, 2004, s. 170) Proto by starý člověk měl podle autora na smrt nahlížet jako na naplnění svého života, jako na jeho cíl.

Elisabeth Kübler-Rossová (1992, s. 4) vidí umírání jako naprosto přirozený lidský proces a ve smrti spatřuje narození do jiné, nové existence. Smrt přirovnává k okamžiku zrození motýla ze své kukly, svého příbytku a umírání je jenom stěhování do příbytku nového, přičemž motýl představuje naši duši a kukla tělesnou schránku.

Smrt je *...přírodní nutností...*, proti které jedinec nic nezmůže. Odloučí jej od blízkých, přátel, od světa. Může znamenat pokračování života (pro věřící) nebo pouhou nicotu, jejíž představa uvádí umírajícího do velkého zoufalství, jež se rozplyne právě samotným okamžikem smrti. (Munzarová, 2005, s. 15)

Často dnes zaznamenáváme názor, že smrt je v současné společnosti tabu. Odpověď na otázku, proč tomu tak je, se snažil nalézt Moody (1975, 2010, s. 25). Vysvětluje, že jakákoliv připomínka smrti nás podvědomě vede k uvědomování si vlastní smrtelnosti, nevyhnutelnosti smrti. Navíc mezi lidmi převládá přesvědčení, že hovorem na téma smrti ji přivoláváme. Podle Bradleyeho (2005, s. 10) by se však měl každý jedinec snažit smrt pochopit a připravit se na ni. Měl by ji chápat jako přirozené pokračování života, čímž je zajištěna rovnováha mezi životem a smrtí. K takovému pochopení jedinec dospěje přes pochopení sama sebe, své existence, svých životních úkolů. Potom se zmírní jeho strach ze smrti, je na smrt více připraven. Skutečnost, že smrt se stává reálným ohrožením, si podle Bradleyeho (2005, s. 55) začne člověk nejvíce uvědomovat v důchodovém věku. Autor tady poukazuje na propojenost našeho psychosomatického stavu, neboť podle něj pasivita, nesebedůvěra, pocit osamělosti, neschopnosti a neužitečnosti urychlují různé nemoci a okamžik smrti.

Těsnota a propojenost psychické a somatické stránky člověka můžeme doložit na příkladech z praxe u seniorů. Senioři, kteří i přes svou závislost na pomoci druhých, se mohou realizovat alespoň v určitých činnostech (volnočasových nebo sebeobslužných), jsou veselější, společenštější, komunikativnější. Pokud jsou v těchto činnostech omezeni náhlou

změnou zdravotního stavu (zlomenina, CMP) s nevratnými následky a nemohou se již ke svým činnostem vrátit, stávají se pasivními, apatickými, připadají si neschopní, zbyteční a neúčinní. Takovéto negativní prožívání svého stavu jim častěji přináší další zdravotní komplikace a přibližuje okamžik smrti.

### 1.1 Pohled na umírání a smrt v minulosti

Život a smrt, představy o (dobrém) životě i (dobré) smrti, jsou odjakživa vzájemně provázány, vzájemně se ovlivňují. Dobrá smrt v antice byla bez velkého utrpení, které nepředcházelo stáří. Byla to hrdinská smrt a především vyrovnaná. Její vyrovnanost pocházela z vnitřní životní moudrosti. Takovou smrtí zemřel např. Sokrates. Ve středověku byla dobrá smrt spatřována v utrpení umírajících a předcházela novému životu ve vzkříšení. Ke smrti člověk směřoval po celou dobu své existence. Umírajícímu byli pokorně nablízku, soucítili s ním i jeho utrpením, do tajemství umírání však nezasahovali. V novověku se shoduje dobrá smrt s dnešním pojetím, tj. bez utrpení. Utrpení nemá smysl ani v životě ani ve smrti. (Špinková a Špinko, 2006, s. 5-7)

Pohledy lidstva na smrt jsou vždy ovlivněné kulturami, ve kterých člověk žije, a úzce spjaté s náboženstvím vyznávaným v dané kultuře. Úroveň a vyspělost kultury je možné posuzovat z hlediska přístupu k umírajícím a mrtvým lidem. Svědectví o duchovní vyspělosti a lidství každé doby vydávají pohřebiště. Jsou dokladem pohledu doby na život, smrt i posmrtný život. Již ve velmi starých říších lidé věděli, že smrt intenzivně zasahuje pozůstalé, kteří si při odchodu blízkého člověka ze světa uvědomovali svoji vlastní smrtelnost. Staří Egypťané věřili v posmrtný život duše, jež dál žije mimo tělo zemřelého. Stavěli pyramidy, do kterých se zemřelým ukládaly jejich nejoblíbenější předměty ke zpříjemnění posmrtného života. Ve starém Řecku a Římě pohřbívali zesnulé se zbraněmi nebo šperky a pořádali bohaté pohřební obřady. Duše podle nich mohla procházet různými těly. Křesťanství odmítá reinkarnaci duše, smrt vnímá jako sebedarování po vzoru Ježíše Krista. Bojuje za zákaz trestu smrti, který vnímá jako pomstu. Požaduje nápravu zbloudilého. V Číně se duše odděluje od smrtelného těla. Na smrt se staří Číňané připravovali s dostatečným předstihem ještě za vlastního žití. Vybírali si místo a budovali si hrobku. Bylo zvykem darovat rakev, kterou si obdarovaný velmi pečlivě opatroval. Po úmrtí příbuzného drželi dlouhý smutek se všemi rituály a obřady, které k této události patřily. Budhismus věří v reinkarnaci duše. Při smrti se oddělí tělo a duch zůstává a směřuje k vysvobození, dosažení stavu nirvány. No-

vější křesťanský pohled na smrt v ní spatřuje konec pozemského života a začátek života věčného. Začínáme umírat od okamžiku narození a smrt představuje nový počátek. (Zemanová, 2009, s. 9-42)

Mühlpachr (2004, s. 169) si všímá, proč byla smrt v dřívějších dobách více považována za součást života. Přispívala k tomu skutečnost dětské úmrtnosti, jež byla v minulosti běžnou záležitostí. Běžně se také umíralo v domácím prostředí za podpory a útěchy svých nejbližších až do posledního vydechnutí. Stejný názor vyjadřuje i francouzský historik Ariese (cit. podle Munzarová, 2005, s. 66 – 68), podle něhož běžně umírali děti, mladí lidé, matky při porodu a velké počty lidí v důsledku epidemií nebo katastrof. Smrt byla pro všechny všední, rodinnou záležitostí. Postupně se měnila na záležitost dotýkající se umírajícího jednotlivce, stala se jeho osobním dramatem a záležitostí. V devatenáctém století se přeměnila na *smrt jiného*. Zpřetrhala vztahy a vazby na nejbližší, přestala být vnímána jako naplnění života, jako součást smysluplného života.

Kisvetrová a Kutnohorská (2010, s 212 – 219) nastiňují vývoj a postoje k umírání a smrti od starověkých civilizací a kultur po dnešní dobu. Přístup ke smrti je determinován od vztahu k bohům, přes vztah ke člověku až po vztah k vědě a technickým vymoženostem (k pokroku). U starých civilizací je kladen velký důraz na prováděné rituály při loučení se zesnulým. Středověk sužuje lidstvo morovými epidemiemi, při kterých vznikala potřeba péče o nemocné a umírající. Vznikala organizovaná špitální péče (v českých zemích založena Anežkou Českou). Byl propracován systém domácí péče o umírajícího. S moderní dobou a rozvojem medicíny a technického vybavení nemocnic dochází k odlidštění umírání s neosobním přístupem k umírajícím.

## 1.2 Pohled na umírání a smrt v současnosti

Jak člověk umírá, jakým způsobem je k němu v době umírání přistupováno, závisí na společnosti, na jejím pohledu a postoji k otázkám umírání a smrti. (Dorková, 2011, s. 80)

A dnešní společnost chce být na všechno připravena. Nechce být ničím zaskočena a přeje si vše co nejvíce a nejlépe řídit sama, podle svých představ, ke své spokojenosti. O smrti se v naší civilizované společnosti mnoho nemluví, neboť se to neslučuje s dnešní dynamickou společností mládí, které patří svět. Přesto však nelze stárnoucí populaci zcela přehlížet, a tak se jí snaží alespoň připravovat. V duchu hesla „věčného mládí“ ji připravuje na aktiv-



ní stárnutí, kterým by si co nejdéle udržela zdraví, a tím co nejvíce oddálila smrt. (Gregor, 1983, s. 132 - 136) S trochou nadsázky je možné říci, že i v pobytových zařízeních pro seniory se jejich aktivizací snažíme co nejvíce prodloužit život. Zcela určitě mají tyto aktivity spoustu kladných a užitečných dopadů, je však potřeba s nimi zacházet citlivě, s rozumem a respektem k osobnosti. Vždy musíme mít na paměti, že našimi klienty jsou skutečně lidé na sklonku života, že jejich síly a energie se pomalu vytrácí a že by se tito jedinci od určitého okamžiku raději než na aktivitu možná připravovali na umírání.

V dnešní době je smrt odmítána a medicinalizována, je svěřena především do rukou profesionálů, což často vede k jejímu oddalování násilným prodlužováním života. (Ariese, cit. podle Munzarová, 2005, s. 68)

Nikdo nás dnes nepřipravuje na smrt, na to, že všechno jednou skončí. Předkládání katastrofické smrti v médiích nás pouze utvrzuje v názoru, že nám se to stát nemůže, nás se to netýká. Myšlenky na smrt jsou odsouvány do hlubokého nevědomí a v okamžiku setkání se smrtí tváří v tvář jsme zaskočení a nepřipraveni. Kutnohorská (2007, s. 71) předkládá názor, že na smrt se připravit nedá. Musíme jí dát za pravdu, pokud hovoří o smrti jako o nejzazším okamžiku lidského života. Označuje ji za *...nejvyhrocenější mez lidské existence, ...akt, kterým končí život* (Kutnohorská, 2007, s. 71) a přesný okamžik tohoto aktu nikdo dopředu nezná. Umírání je podle autorky poslední úkol člověka, ve kterém má ještě možnost smíření se svým životem, Bohem a objevit smysl prožitého života (Kutnohorská, 2007, s. 79). Já se domnívám, že tuto myšlenku bychom měli mít nejvíce na paměti při realizování služeb v domovech pro seniory. Pomáhat jim nejen v aktivitách, ale také ve smíření s prožitým životem, čímž každý o krůček postoupí ke klidu v duši i na stupínku připravenosti na smrt.

Smrt můžeme přijmout jako fakt konečnosti našeho života a smířit se s touto skutečností, brát ji jako nejzazší hranici vlastní existence. Můžeme ji také zcela ignorovat, odsunout, nezabývat se takovou myšlenkou. Díky uvědomování si vlastní smrtelnosti se však může náš život stát velmi intenzivní, dokážeme jej plnohodnotně prožít. Ve smrti můžeme spatřovat smysl vlastního života tehdy, jestliže ji zahrneme do svých postojoyých životních hodnot – jak se ke smrti postavíme, jak se s ní vypořádáme, jak budeme žít, než nastane. Smysl života dává také prožívání utrpení s druhým člověkem. Naopak není přirozené utrpení ze života vytěšňovat. (Zemanová, 2009, s. 45-50)

Prožívání utrpení s jedincem však předpokládá vždy silnou osobnost, která je schopná být trpícím oporou, přinášet mu úlevu, zpříjemňovat společné chvíle. Takovéto osobnosti vyžaduje i práce v domovech pro seniory. I tady se personál může měnit na doprovázejícího umírajícího klienta. V těchto situacích může uspořádat své životní hodnoty, přemýšlet nad smyslem života, prožívat i ty méně radostné okamžiky života. Odtud pochází můj pohled na smrt jako přirozenou součást života.

V současnosti se umírá ve velmi pozdním věku, a přesto lidé ve smrti přestávají spatřovat jakoukoliv smysluplnost. Umírání se stále více přesunuje z domovů do společenských institucí. Tím se zároveň vytrácí osobní kontakt člověka se smrtí, protože se již neseťká s umíráním svých blízkých. Absence těchto zkušeností mohou vést k rozvoji různých psychopatologických stavů jedince ve stáří. Výjimkou nejsou ani sebevraždy. (Mühlpachr, 2004, s. 169) Umírání v institucích se odráží také na přístupu nejbližších příbuzných umírajícího. Vytrácí se v nich přirozenost, ztrácí schopnost vhodné a přirozené komunikace a vhodného chování u lůžka umírajícího. (Hrozenská, 2008, s. 151)

Umírání v domově pro seniory představuje vyhraněnou problematiku. Problémem je umírání na vícelůžkovém pokoji. Kromě péče o umírajícího je nutné zajistit běžnou denní péči o ostatní klienty. Přestože se tady snažíme o udržení maximálního klidu, je rozruch kolem umírajícího přeci jen větší, než by byl v domácí péči. Dalo by se říci, že se svým utrpením není sám, jenomže mu nejsou nablízku příbuzní a nejbližší, ale jeho strádání přihlíží v podstatě cizí lidé, kteří neposkytují žádnou útěchu a účast v jeho posledních okamžicích. Personál většinou z důvodu časového vytížení nemůže strávit u lůžka umírajícího takovou dobu, která by byla potřebná. Je to velmi smutná a osamělá záležitost. Je nutné hledat kompromisy mezi domácím a institucionálním modelem umírání. Také postoj spolubydlících na jednom pokoji s umírajícím je pro nás udivující. Většinou tuto smutnou událost přejdou mlčením nebo jen velmi strohou poznámkou. Nezaznamenali jsme větší potřebu komunikace o zemřelém, někdy jsou dokonce tak pohlceni svými vlastními problémy, jako by smrt spolubydlícího ani neregistrovali.

Vytrácí se potřeba rituálního rozloučení se zesnulým. Můžeme v tom spatřovat nový fenomén doby. Je nutné si uvědomit, že podle kultury a zvyklostí pohřbívání se posuzuje kultura národa. Rozloučení se zemřelým, uložení zemřelého vypovídá o tom, jak jsme si ho v životě vážili, jak si vážíme i sami sebe. O smutném obrazu této skutečnosti hovoří sou-

časné výzkumy (2003), kdy ze sto uren není dvacet nikdy vyzvednuto, každé druhé zpopelnění probíhá bez obřadu. (Bradleay, 2005, s. 105)

Zvláštní postoj k umírajícím přinesl rozvoj medicíny v moderní době. Ti, kterým nepomohla moderní léčba, byli bez zájmu ponecháni osudu. Teprve hospicové hnutí současnosti začalo poukazovat na možnost zkvalitnění zbývajících života těžce nemocných a umírajících. V hospicích je poskytována paliativní péče, která v současné době zaznamenává velký rozvoj a dostává se do vzdělávacích programů medicínských a ošetrovatelských oborů. (Vorlíček, 2004, s. 20 - 22)

### 1.3 Různá rozlišení smrti

Student, Mühlum a Student (2006, s. 131) rozlišují smrt sociální a biologickou. Nemusí nastávat současně. Sociální smrt nezřídka předchází smrt biologickou. Sociální smrt představuje osamělost umírajícího bez opory svých nejbližších.

Další dělení smrti předkládá Mumford a Stevensová (1999, s. 20 – 23). Rozdělují ji na smrt klinickou a biologickou. Klinická nastává zástavou srdce a dýchání. Včasným zásahem zde existuje možnost oživení jedince okysličením mozku uvedením srdce do pohybu. Vše však musí proběhnout nejpozději do pěti minut, poté již přichází nenávratné poškození mozku. Biologická smrt nastane vlastním rozkladem buněk lidských tkání. Autoři jej popisují jako sebedestrukci tělesných buněk. Ukazatelem biologické smrti bývá tzv. rigor mortis. Je to označení tělesné ztuhlosti způsobené rozkladem svalových bílkovin. V této fázi již nelze člověka oživit, jeho mozek by zůstal nenávratně poškozen.

Já se z pohledu praxe přikláním k rozlišení podle Kutnohorské (2007, s. 74) na smrt sociální, psychickou a fyzickou. Sociální smrt nastává, pokud již jedince nelze začlenit do života společnosti ani mu zajistit nenávratně ztracené vztahy. Psychická smrt znamená naprostou beznaděj a rezignaci umírajícího, což otvírá bránu pro smrt fyzickou, pro definitivní ukončení mozkové činnosti a následující smrt ostatních lidských orgánů. Tímto procesem se podle autorky završuje *teorie biologických hodin*, která je geneticky naprogramována.

Umírání můžeme rozlišovat také ritualizované a institucionální. Ritualizované umírání popisuje autorka jako člověku důvěrné, protože probíhalo v domácím prostředí, za opory celé rodiny, podle určitého rodinného rituálu, jež poskytoval potřebnou podporu umírají-

címu i jeho nejbližším. V současnosti je tento model umírání nahrazován umíráním v institucích, za odborné profesionální péče, ze které je však vytěsněno teplo lidské přítomnosti těch, které umírající tolik miloval. (Kutnohorská, 2007, s. 75 -77)

Úmrtí v domácím prostředí rozlišuje Sláma (2007, s. 313) na neočekávaná, náhlá (u dosud zdravého jedince) a očekávaná (u jedince s nevléčitelnou chorobou). Rozdíly spatřuje autor v nutnosti provádění pitvy zemřelého.

V lékařské praxi je možné rozeznávat tři problematické způsoby smrti – eutanazii, asistované suicidium a odstoupení od neúčinné léčby. Eutanazie je aktivní vědomé usmrcení člověka jinou osobou, vždy však musí jít o lékaře. O takové usmrcení musí dotčený sám několikrát požádat a jeho žádost je vědomá a dobře zvážená. Musí u něj být prokázáno, že nesnesitelně strádá a že u něj byly již aplikovány všechny dostupné metody pomoci, které se ukázaly jako neúčinné. V České republice je eutanazie řazena k trestným činům. Stejná kritéria platí i pro asistované suicidium, jen s tím rozdílem, že jej provádí sám dotčený, lékař mu poskytuje prostředky a radu. Upuštění od neúčinné léčby mnohdy přináší úlevu nemocnému a umírajícímu. Je to v naší republice jediný legislativně přípustný postup. (Prokop a Kabelka, 2007, s. 319 -322)

### 1.3.1 Problém zvaný eutanazie

Pojďme si problém eutanazie více přiblížit. Samotné slovo eutanazie je složeninou starořeckých výrazů „eu“ a „thanatos“, znamenající dobrou smrt. V současnosti to představuje především podání smrtícího přípravku nemocnému a umírajícímu jedinci. Ve většině zemí však není legalizována (s výjimkou Nizozemí a Belgie) a je předmětem odborných i laických diskuzí, které jsou ve své podstatě diskuzemi o etice umírání. Eutanazie je v přímém rozporu s Hippokratovou přísahou i Etickým kodexem České lékařské komory. (Kutnohorská, 2007, s. 84 – 85)

Eutanazii rozdělujeme na aktivní a pasivní. Aktivní eutanazie je podání smrtící látky umírajícímu lékařem na jeho výslovné přání za plného vědomí. Umírající si musí sám tuto látku vzít. O pasivní eutanazii se hovoří, pokud lékař nepodniká žádné kroky k prodloužení života a utrpení pacienta. Úmyslem je v tomto případě nebránit přirozené smrti, pokud nastal její čas. (Kutnohorská, 2007, s. 84 – 85) Munzarová (2005, s. 48 – 54) jde s vysvětlením pojmu pasivní eutanazie ještě více do hloubky. Spatřuje v něm dva protichůdné postupy. Jeden je nezasahování do stavu umírajícího s úmyslem zabít, což přirov-

nává k eutanazii aktivní, a druhý je odstoupení od léčby, která již umírajícímu nepřináší žádný užitek a zlepšení. Tento pojem by autorka zrušila. Zároveň nesouhlasí s legalizací eutanazie. Nepovažuje ji za smrt důstojnou, protože strádání nezavazuje člověka lidské důstojnosti. Není jeho soukromou záležitostí, protože člověk je obklopen mnoha vztahy s nejbližšími, kteří se s jeho smrtí musí vyrovnávat. Protiřečí si s náplní lékařství stejně tak, jako nemá žádný právní podklad. Je podle autorky nemravným činem.

Bártlová (2005, s. 75 - 77) uvádí další rozdělení eutanazie podle odborné literatury. Jde o eutanazii dobrovolně vyžádanou, dobrovolně nevyžádanou a nedobrovolnou. Jedná se o dělení podle skutečnosti, zda umírající je či není schopen vyslovit svůj názor a dát s eutanázií souhlas či nesouhlas, zda je nebo není dotázán. Popisuje také eutanazii sociální, což znamená, jak je potřebná péče pro všechny umírající přístupná.

## 1.4 Fáze umírání

Literatura uvádí tato období procesu umírání:

- pre finem,
- in finem,
- post finem.

Pro každého umírajícího je ve všech třech fázích umírání důležitá láskyplná péče a doprovázení, aby mohl zemřít důstojně, se smířením a bez zbytečného utrpení (Kübler-Rossová, 1992, s. 11).

### 1.4.1 První fáze umírání

Období pre finem začíná, pokud při nepříznivé diagnóze již nelze účinně stav dotyčného ovlivňovat tak, aby vedl ke zlepšení prognózy. Ošetřující personál i blízcí by se měli snažit o vyloučení nástupu psychické a sociální smrti dotyčného. V opačném případě jsou téměř jistými urychlovači nástupu smrti fyzické. V tomto období je také důležitá vhodná *otevřená komunikace* s umírajícím jedincem (Kutnohorská, 2007, s. 75).

Podle Dorkové (2011, s. 80) můžeme první fázi umírání chápat v širším i užším slova smyslu. V širším pojetí toto období nastává v okamžiku zplození jedince, v užším pojetí je

to období u nemocného, který je již seznámený se skutečností, že mu nelze pomoci a že se jeho život blíží k neodvratitelnému konci.

V popisu Kübler-Rossové (1992, s. 4 -5) dochází v první fázi k poškození tělesné schránky člověka, zaniká bdělé vědomí i schopnost komunikovat. Jedná se především o zánik funkce mozku, kterému se nedostává fyzická energie.

#### 1.4.2 Druhá fáze umírání

Období *in finem* je období tzv. terminálního stavu umírajícího, kterému je poskytována terminální péče. Pokud se zvažuje u umírajícího problematika eutanazie, je tato otázka aktuální právě v druhé fázi procesu umírání. (Kutnohorská, 2007, s. 75)

Dorková (2011, s.80 - 81) druhou fázi označuje jako samotné umírání, kdy se dotyčný nachází na hranici s fyzickou smrtí. Než fyzická smrt nastane, mohou u umírajícího probíhat jednotlivé poruchy vědomí – somnolence, sopor, kóma. Při somnolenci je jedinec spavý, ale lze jej při běžném podnětu probudit. Jeho orientace zůstává neporušena. Sopor představuje již větší poruchu vědomí, reakce dotyčného lze očekávat pouze po silných a především bolestivých podnětech. Při upadnutí do kómatu již umírající nereaguje na žádné podněty. V některých případech může nastat tzv. *vigilní kóma*, které je přirovnáváno k sociální smrti. Umírající se jakoby probere, je schopný přijímat stravu, ale na jiné podněty nereaguje, neovládá své tělesné funkce, má porušenou vyšší nervovou soustavu.

V druhé fázi podle Kübler-Rossové (1992, s. 5 – 10) duše opouští tělo (jako motýl kuklu), působí zde psychická energie. Dotyčný se oprostí od fyzických bolestí a strádání, setkává se s milovanými blízkými.

#### 1.4.3 Třetí fáze umírání

V období *post finem* je prováděna péče o mrtvé tělo a péče o pozůstalé (Kutnohorská, 2007, s. 75). Touto problematikou se zabýváme podrobněji v jiné kapitole naší práce.

Třetí fáze umírání začíná podle Dorkové (2011, s. 81) úmrtím jedince a péčí o jeho tělo a nastupuje období, kdy je vhodné se zajímat o psychické prožívání ztráty u pozůstalých a nabídnout jim v případě potřeby pomoc.

Podle Kübler-Rossové (1992, s. 10) ve třetím stadiu přichází moudrost, se kterou člověk rekapituluje celý svůj prožitý život, přichází stadium *vědění*.

V každé fázi umírání je nezbytné poskytnout umírajícímu adekvátní péči, kterou jeho stav vyžaduje.

## 2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

Podle Kutnohorské (2007, s. 78 – 79) umírající potřebuje ve svých posledních okamžicích života cítit blízkost a pochopení, potřebuje někoho, kdo mu bude naslouchat, akceptovat jeho přání. Potřebuje, aby byl někdo ochotný mu věnovat svůj čas, pomohl mu překonat strach z neznámého. Je důležité, aby doprovázející přistupoval k umírajícímu s empatií a snahou o zachování důstojnosti až do posledního okamžiku života jedince. Měl by posilovat naději umírajícího. *Naděje nás provází celý život, každý den a neměla by nás opouštět ani v posledních chvílích života. Měla by nám dát sílu ke zvládnutí našeho posledního životního úkolu, umírání* (Kutnohorská, 2007, s. 79). Podle autorky má ještě umírající v tomto okamžiku čas smířit se s prožitým životem, pochopit jeho celkový smysl, vyřešit svůj vztah k Bohu. Jsou to *etické úkoly* umírajícího, za jejichž splnění je umírající sám odpovědný. Od doprovázejícího se očekává pochopení a akceptace dané skutečnosti.

*Samotné vytvorenie ľudského vzťahu, ktorý zahrňa empatiu, prejav úcty, rešpektu a pozornosti, skutočnosť, že klientovi dá niekto najavo, že je dôležitý, že ho prijíma s jeho momentálnou náladou, názormi, minulosťou, je pre daného človeka veľmi cenné a pozitívne to ovplyvňuje jeho prežívanie v posledných chvíľach života.* (Hrozenská, 2008, s. 147)

V souladu s názory výše citovaných autorek, se kterými se zcela ztotožňuju, vychází předpoklady praktické části diplomové práce, její dílčí výzkumné otázky, na ně navazující hypotézy a otázky použité v sestaveném dotazníku.

Podle Slamkové (2008, s. 158) se umírající musí velmi často vyrovnávat se strachem. Má především strach ze své bezmocnosti a závislosti na pomoci jiných. Uvědomuje si tíživost této situace před smrtí a doprovázející by mu měli dát možnost všechny negativní a stresující pocity vyjádřit, aby mohlo dojít k eliminaci úzkosti a strachu na minimum.

Přístup k umírajícím musí probíhat se zájmem o jejich stav, hovořit s nimi a připravovat je na odchod ze života. *Stáří to většinou chápou a nelpí na zbytku života, který je často spíše živořením.* (Dientsbier a Procházková, 2011, s. 67)

Praxe se seniory mi přinesla poznání, že ne vždy je k takovým promluvám potřeba slov. Podání ruky a řeč očí jsou mnohdy výmluvnější než tisíce slov. Podáním ruky, pohlazením říkáme umírajícímu, že není sám a opuštěný, i když nemůžeme rovnoprávně nahradit přítomnost nejbližších rodinných příslušníků. Umírající je schopný pohledem očí hovořit o své beznaději, o svém strachu z neznámého okamžiku i o svém smíření.



Důležitost je přisuzována pastorační péči o umírajícího. I nevěřící jedinec se akceptuje jako bytost *Bohem milovaná* a na stupni víry, který je schopen akceptovat, je mu pomáháno důstojně zvládnout těžké poslední okamžiky života, svoji bolest a utrpení. (Dratva, 2008, s. 144) V těchto okamžicích ani v našem zařízení neodepíráme umírajícímu přítomnost kněze, jeho povzbuzení, smíření, udělení poslední svátosti.

Křivohlavý a Kaczmarczyk (1995, s. 16 – 35) vypovídají o nutnosti zdravotní i duchovní péče o umírajícího. Je nutné se starat o zdravotní stránku umírajícího, jeho výživu, vyprazdňování, hygienu, prevenci dekubitů, tlumení bolesti, stejně jako o jeho duchovní povzbuzení a podporu. Autoři se také podrobněji zabývají emocemi, které může umírající pociťovat. Dělí je na negativní a pozitivní. Z negativních emocí to mohou být úzkost, strach, obavy, zloba a hněv, které plynou z vnímání smrti jako nebezpečí a z míry pociťované bolesti. Při bilancování života se k nim mohou přidávat i pocity viny. K pozitivním emocím řadí autoři naději a víru, které pomáhají umírajícímu snášet útrapy umírání, pocity radosti z naplněného života. V přítomnosti blízkého člověka může umírající pociťovat také lásku, usmíření a rozloučení se.

Ze všech doposud uváděných skutečností vyplývá, že je nutné pečovat o fyzickou i psychickou, duševní i sociální stránku umírajícího. Takto komplexně přistupují k péči o umírající hospice.

## 2.1 Hospicová péče

*...strastiplný proces rozvolňování úzkých vazeb ukončený smrtí je možné dobře překonat pouze společně, postižení lidé spolu s pečujícími dohromady.* (Student, Mühlum a Student, 2006, s. 64)

Z této ústřední myšlenky vychází veškerá hospicová péče, důležitá nejen pro umírajícího, ale i pro ty, kteří mu jsou v posledních okamžicích nablízku. Jak uvádí autoři, podobné druhy strachu jako umírající prožívají i doprovázející. Jde o strach z nejistoty, jelikož dnes chybí zkušenost s umíráním v domácím prostředí. Lze jej rozptýlit komunikací, podávanými informacemi. Druhým je strach z utrpení, které v případě umírání představuje bolest. Tento strach zmírňuje znalost dostupné léčby bolesti. Strach ze ztráty zmírňuje možnost prožívání všedního života i v době umírání blízkého. Důležitá je schopnost vyjadřování vlastních pocitů, jež pomáhá k vnitřní přípravě na umírání. Poslední je strach ze selhání,

který pomáhá překonat možnost patřičného rozloučení, vyřešení konfliktů i všech posledních věcí. (Student, Mühlum a Student, 2006, s. 64 – 66)

V hospicové péči se často mluví o doprovázení umírajícího, představující spirituální a psychologickou podporu jedince. Je stejně důležité jako péče o tělesnou schránku umírajícího. (Sláma, 2007, s. 309 – 310) Je vždy prací multidisciplinárního týmu, který zabezpečuje velmi specifické potřeby umírajícího. Jejich uspokojování vede k zajištění kvality života i na samotném konci. (Mühlpachr, 2004, s. 106 – 107) Podle Student, Mühluma a Student (2006, s. 26 -27) je snahou hospicové péče navrátit umírání do každodenního života jako jeho smysluplnou a důstojnou součást. Jejím cílem nemá být umírání v instituci, ale ambulantní pomoc těm, kteří své umírající doprovází v domácím prostředí. Pro umírající je to zase prostředí, kde se cítí bezpeční a nachází zde svůj klid. (Student, Mühlum a Student, 2006, s. 82)

Hospicová péče může být poskytována domácí laická nebo odborná, stacionární, lůžková. Laickou domácí péči zvládnou členové rodiny nebo dobrovolníci, při jejím poskytování není potřeba odborné pomoci. Odborníky v domácí hospicové péči využívají umírající, jejichž stav vyžaduje tuto pomoc. Rodina spolupracuje s multidisciplinárním týmem. Pomoc je hrazena pojišťovnou. Stacionární péče přináší odlehčení pečující rodině, umírající však musí být schopen převozů. Lůžková hospicová péče představuje možnost ubytování nejen pro umírajícího, ale i pro jeho příbuzného. Přestože je pomoc poskytována zdravotnickými odborníky, není režim v zařízení shodný s režimem nemocničním. Služby poskytuje multidisciplinární tým, který tvoří lékař, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog, kněz, zdravotní sestry, pečovatelky, dobrovolníci, i studenti vykonávající odborné stáže. Přístup všech musí být láskyplný a nedirektivní. Musí dobře zvládat komunikaci a přistupovat k jedincům s pozitivním myšlením. (Zemanová, 2009, s. 100 – 106)

Mühlpachr (2004, s. 107) předkládá základní charakteristiky hospice:

- Lůžkové zdravotnické zařízení, není zřizováno státem
- Péče je hrazena zdravotními pojišťovnami na základě smluv
- Vysoký standard vybavení i zajištění péče (běžná je kaple i místnost k poslednímu rozloučení)
- Kapacita cca 25 lůžek, k tomu stejný počet lůžek pro doprovázející

- Pracuje i jako edukační centrum hospicové péče v daném regionu
- Počítá se zapojením blízkých příbuzných i dobrovolníků
- Péče o pozůstalé

Péče poskytovaná v hospicích se nazývá paliativní. Není však výhradně výsadou hospiců. Měla by být naplňována u každého umírajícího doma nebo v jakémkoliv zařízení. Je to každá péče, která přináší minimalizaci bolesti, utrpení a strádání umírajícího.

## 2.2 Paliativní péče

Počátky paliativní péče můžeme zasadit dávno do středověku, kdy při klášterech vznikaly útulky, ve kterých našli pomoc nevléčitelně nemocní, zmrzačení a umírající lidé (Vorlíček, 2004, s. 19).

Paliativní péče představuje filozofii péče, která vychází z bio-psycho-socio-spirituálních potřeb jedince. Snaží se tyto potřeby uspokojovat tak, aby se co nejvíce eliminovalo strádání umírajícího ve všech zmiňovaných oblastech, aby se jeho kvalita života udržela na co nejvyšší úrovni. Předpokládá spolupráci na úrovni multidisciplinárního týmu – zdravotníků, psychologů, sociálních pracovníků, duchovních, rodiny i přátel umírajícího. Přátelům a příbuzným umírajícího nabízí pomoc a oporu i po smrti jejich blízkého. Nesnaží se smrt ani urychlovat ani ji zbytečně oddalovat. (Sláma a Vorlíček, 2007, s. 25 – 27)

Paliativní péče je aktivní přístup, který pomáhá člověku v jednom z jeho přirozených období lidského života – v umírání. Zajišťuje umírajícímu maximální komfort fyzický, psychický i spirituální. (Munzarová, 2005, s. 63)

Sláma a Vorlíček (2007, s 30 – 31) dělí paliativní péči na obecnou a specializovanou. Obecná je v našich zdravotnických zařízeních běžně rozšířená a poskytovaná veškerým zdravotnickým personálem. Specializovanou poskytuje tým odborníků se vzděláním zaměřeným na paliativní péči tam, kde se vyskytnou problémy u umírajících a jejich rodin. Autoři uvádí i formy specializované paliativní péče: mobilní hospic (domácí PP), lůžkový hospic, oddělení paliativní péče, konziliární tým paliativní péče. Poslední dvě uváděné formy působí v rámci nemocnic a léčeben.

Domácí paliativní péče je poskytována známými blízkými lidmi, ve známém, emočně nabitěm prostředí, při zachování soukromí. To vše jsou velké výhody oproti péči ve zdravot-

nických a sociálních zařízeních. Zároveň taková péče klade velký nárok na domácí ošetřovatele. Je proto nutné stanovit přesný plán péče a úzce spolupracovat s lékaři a dalšími odborníky. V ČR však zatím neexistují vyhovující podmínky pro efektivní skloubení a poskytování specializované domácí paliativní péče. (Kabelka, Sláma a Mišoňová, 2007, s. 329 - 332)

Paliativní péče má za cíl zmírňovat utrpení jedince. Utrpení v tomto smyslu vychází ze všech aspektů jedince, které jsou vzájemně provázány a vzájemně se mohou ovlivňovat. Jedná se o aspekty fyzické, psychické, kulturní, sociální i duchovní. Proto je paliativní péče označována jako multidisciplinární (neboli totální) celková péče. Jsou do ní zapojeni lékaři - specialisté, sestry zdravotní i dietní, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog, psychiatr, duchovní, přátelé, dobrovolníci, rodina. (Vorlíček, 2004, s. 25 – 27)

Neoddělitelnou součástí paliativní péče je i duchovní péče o umírajícího, který se často ptá, co je pro něj důležité, jaký smysl měl jeho život, co bude po smrti? Jsou to otázky náboženské i existenciální a odpovědi na ně mohou vést ke smíření umírajícího, ke snížení úzkosti. Tzv. spirituální službu rozdělují Prokop a Kabelka (2007, s. 340 – 343) na obecnou a speciální. Obecnou mohou poskytnout všichni zainteresovaní do péče o umírajícího, speciální představuje různé církevní úkony a rituály (např. přijetí svátosti), které mohou poskytovat pouze duchovní hodnostáři.

Kalvach a Kabelka (2007, s. 266 - 272) se v publikaci zabývají zvláštnostmi paliativní péče u seniorů. Jsou dány především věkem a multimorbiditou jedinců, jejich celkovou křehkostí a zranitelností jak po stránce fyzické, tak i psychické. V paliativní péči poskytované starým lidem se mnohdy těžce identifikuje nástup terminální fáze jejich života. Je však důležité v celém průběhu paliativní péče zachovávat důstojnost osobnosti, dbát na smysluplnost a kvalitu života, zabránit trápení a osamělosti jedince. Není žádoucí přistupovat při péči o umírajícího z hlediska fenoménu zvěčnění – s umírajícím se nekomunikuje a je s ním nakládáno jako s věcí (i když šetrně). Poskytování paliativní péče je žádoucí u pokročilých stadií demence, v naší republice však není zatím právně ošetřeno.

Na potřebu systematického rozvoje plánování péče poskytované ke konci života upozornily Gones a Higginson (2008, s. 33 – 41) ve své studii *Where people die (1974 – 2030)*. Byla prováděna analýza míst úmrtí v Anglii a Walesu v letech 1974 - 2003. S výhledem do r. 2030 byl porovnáván trend početnosti domácích a institucionálních úmrtí, který se odvíjí

od očekávaného posunu umírání ke stále staršímu věku a chronickým onemocněním. Bude se zvyšovat počet hospitalizovaných velmi starých lidí, bude růst i potřeba kvalitní domácí péče na konci života. Rozvoj paliativní péče v mezinárodním měřítku má tedy své opodstatnění, měl by být zařazen mezi priority plánování WHO.

### 2.3 Péče o pozůstalé

Ztráta blízkého člověka představuje pro pozůstalé vždy velkou zátěž. Ta se může projevat úzkostí až depresi, zármutkem i různými somatickými obtížemi. Celkově se tento stav nazývá truchlení. Většinou se s ním pozůstalí postupně vyrovnávají sami a prochází tak jednotlivými fázemi procesu truchlení:

- Šokem (délka trvání minuty až dny)
- Akutní reakcí na ztrátu (délka trvání týdny až měsíce) – vzpomínky, vztek, ztráta motivace, různé tělesné projevy
- Restitucí a reorganizací (délka trvání měsíce až roky) – nalezení nového smyslu života

Někdy se může rozvíjet tzv. komplikované truchlení s opožděnou, přehnanou, chronickou (trvající déle než rok) nebo larvovanou reakcí (alkoholové závislosti, fobie, suicidální pokusy...). Rozvoj komplikovaného truchlení můžeme předpokládat u jedinců se specifickými osobnostními charakteristikami (např. úzkostný, nevyrovnaný, nemocný), s určitými konfliktními rodinnými vztahy nebo zvláštními okolnostmi smrti (náhlé úmrtí, smrt dítěte, špatná péče o umírajícího atd.). Nejúčinnější pomocí pro pozůstalé se jeví osobní individuálně zaměřená intervence, založená na vzájemné důvěře a citlivé komunikaci. *Truchlení lze přirovnat k hojení rány. Jde o dlouhodobý psychosociální a spirituální proces, který trvá řadu měsíců a někdy let. Bez truchlení není vyrovnání.* (Kabelka a Alexandrová, 2007, s. 315 – 318)

Jiní autoři spatřují důležitost ve vlastní iniciativě truchlícího, kterou je však nutné vhodně směřovat, doprovázet a podporovat profesionály. Student, Mühlum a Student (2006, s. 67) uvádí systematizované průběhy smutku podle Kastové (1996) – fáze krize: 1. Neochota si připustit pravdu, 2. Propukající emoce, 3. Hledání a loučení, 4. Nový vztah k sobě a ke světu a podle Wordena (1987) – úkoly při smutku: 1. Vnímání reality smrti všemi smysly, 2. Prožít bolest ze smutku, 3. Nová orientace ve světě, kde chybí zemřelý, 4. Odvaha

k rozvinutí nových vztahů. Domnívám se, že pro truchlícího je důležité projít všemi fázemi, aby mohl dospět k síle prožívat opět radosti i strasti dalšího života.

Pro pozůstalé je nezbytné, aby s nimi okolí komunikovalo. A to jak při oznamování úmrtí blízkého, tak také při vyjádření soustrasti. Komunikace musí být citlivá, s patřičnou dávkou empatie. Je třeba mít na paměti, že se pozůstalí nachází v jednom z nejvíce stresujícím okamžiků života, že jsou velmi zranitelní a citliví. Své pocity a smutek mají možnost ventillovat při pohřbu zesnulého, kde se mohou při posledním rituálu se zesnulým rozloučit a přijmout kondolenci od ostatních. Toto je vhodné 5 – 6 dnů po úmrtí, kdy již jsou schopní akceptovat smrt blízkého člověka. (Kutnohorská, 2007, s. 79 – 81)

### 3 ŽIVOT SENIORA V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ

Služby pobytových zařízení využívají především senioři, kteří již bez pomoci nezvládají pobývat v přirozeném prostředí svých domovů a potřebnou péči jim nemůže z jakýchkoliv důvodů zajistit ani rodina. Podle dělení autorů Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 29 - 34) to jsou senioři křehcí (ohrožení náhlými dekompenzacemi), závislí (na podpůrných službách a pomoci jiných osob), zcela závislí (na trvalé péči jiné osoby) a umírající (závislí na paliativní péči). U všech je nutné uspokojovat nebo pomáhat při uspokojování jejich potřeb, které se sice v průběhu života mění, ale nevymizí. Vychází především ze zdravotního stavu jedince a jeho sociální situace. V pozdějších letech člověka se sociální i zdravotní potíže velmi úzce prolínají, proto by měla být provázána i tato péče. Já se však domnívám, že změny, nastavované v současné době v domovech pro seniory, vedou spíše, než k vzájemnému propojování péče, k jejímu většímu štěpení na část sociální a část zdravotní. Nespátřuji v tom zatím žádný posun ke zkvalitňování poskytovaných služeb.

Ne všichni mají štěstí zemřít bez trápení a strádání, v relativně dobré zdravotní kondici. Ne všem je dovoleno být aktivní až do vysokého věku. V domovech pro seniory se setkáváme ve větší míře s těmi, kterým již jejich fyzická či psychická kondice a jejich zdravotní stav nedovolují vést samostatný život bez pomoci druhých při uspokojování a zvládání mnohdy i těch základních životních potřeb. Pečujeme o ně i v době jejich blížící se smrti.

Právě v tomto období lze u umírajících použít metodu „Reflexe života“, kterou v roce 1963 popsal Butler a která vzbudila velký ohlas a zájem především v osmdesátých letech minulého století, kdy byl zkoumán její přínos pro nemocné a umírající jedince. *Reflexe života spočívá v porozumění psychologii životní dráhy, která poukazuje na důležitost životního růstu a zvláštní pozornost přikládá řešení konfliktů a neustálému vývoji strategií zvládání při životních krizích.* (Lesterová, 2007, s. 90) Napomáhá dotyčnému vracet se vlastním životem, reflektovat významné životní události, porozumět jim, porozumět vlastnímu životu i sobě, a tak se připravit na smrt.

Užitečná může být Franklova logoterapie, která se rozvíjela ve 40. letech minulého století jako psychoterapeutický směr hledání smyslu života, hledání životního cíle. Člověk bez smyslu vlastního života se ocitá v *existenciálním vakuu*, které může vést až k frustraci a následnému vzniku neuróz a jiných psychických poruch (deprese, suicida). (Frankl, 1997 cit. podle Ondrušová, 2011, s. 59 – 61)

Z toho usuzujeme, že mnozí naši klienti by uvítali podobné hovory s osobou, které nejvíce důvěřují a která by jim věnovala dostatek času k takto „intimnímu“ hovoru.

V domovech pro seniory nejsou zvláštností klienti, u kterých se vyskytují různé geriatrické syndromy, které jsou příčinou celkové křehkosti jedinců. Patří k nim syndromy imobility, inkontinence, geriatrické anorexie, kognitivního deficitu, smyslových postižení, zanedbávání sama sebe i ze strany okolí. Tyto syndromy mohou často vést k postupnému *scházení* jedinců, k jejich únavě, slabosti, apatii, celkovému zhoršování jejich stavu až postupnému eufemismu (dohořívání svíčky). I v tomto období je pro každého jedince důležité dopomoci mu prožívat libé pocity a prožitky. (Kalvach a Kabelka, 2007, s. 266 – 269)

Právě z pohledu výše nastíněných problémů, které se u klientů domovů pro seniory skutečně vyskytují v hojně míře, nemohu souhlasit s tvrzením Mühlpachera (2004, s. 102), že hlavní poskytovanou službou těchto zařízení je bydlení, a že sociální, zdravotní a pečovatelské služby jsou pouze doplňkové. Domnívám se, že služby poskytované v ostatních oblastech jsou plně postavené na roveň ubytování a žádná z nich se nedá upřednostnit. Vždyť tito lidé většinou měli před nástupem do DS právě jen to ubytování a vše ostatní jim scházelo. Autor však má pravdu v tom, že odchodem do zařízení ztratí starý člověk úzké vazby na známé prostředí a rodinu.

### 3.1 Psychopatologie ve stáří

Považuji za důležité, zmínit se o určitých psychických problémech starých osob, se kterými se zaměstnanci v pobytových zařízeních mohou nezdědka setkávat. Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 134 – 137) mluví o psychopatologii způsobené určitou krizovou situací, která jedince v životě zasáhne, nebo o psychopatologii způsobené změnami mozku, jako je demence, deprese, delirium. Demence vzniká funkčními změnami mozku, které postupně nedovolují jedinci zvládat ani běžné životní aktivity. Tyto změny jsou nezvratné, progredující, postižený se zcela stává závislý na péči druhé osoby. Staří lidé často trpí depresemi. Jsou to chorobné stavy, při nichž člověk ztrácí zájem a radost ze života, stává se apatický a pesimistický, zanedbává sám sebe, nestojí o kontakty a komunikaci s ostatními. Depresi je nutné léčit ve spolupráci s psychiatrem. Přejícnými stavy u seniorů jsou deliria způsobená změnami vnitřního prostředí, jež vyvolávají dočasné poruchy funkcí mozku. Může se jednat o horečnaté stavy, záněty, pooperační stavy, dehydratace organismu, nežádoucí účinky léků, náhlé vysazení návykových látek atd. Obvyklý je jejich rychlý nástup i rychlé



odeznění po odstranění dekompenzující příčiny. Deliria mohou být hypoaktivní, velmi ne-nápadná, kdy klient je apatický, pospává a stává se tak snadno ohrožený dehydratací a imobilizačním syndromem. Naopak deliria hyperaktivní klienta nutí k nesmyslným činnostem, vykřikování, mohou se vyskytovat halucinace a bludy.

Ke zmiňovaným psychickým problémům přidává Ondrušová (2011, s. 34) ještě psychické poruchy navozené léky, poruchy chování, různé formy strachu a úzkostné ladění. U stavů úzkosti – anxiet (Dientsbier, 2009, s. 113) nelze nalézt jejich příčinu. U starých lidí jsou časté sekundární úzkostné stavy, které provází jiná onemocnění.

Domnívám se, že o těchto záležitostech klienti domovů pro seniory nedokážou hovořit, neumí je pojmenovat. To vše ztěžuje každodenní práci s nimi. Stávají se uzavření, nedůvěřiví, nespolupracují, nemají zájem komunikovat. Problém prohlubuje nedostatek pečujícího personálu a z toho plynoucí nedostatek času věnovat se klientovi, snažit se rozkrýt jeho duši, pochopit jeho rozpoložení.

Nebezpečným jevem ve stáří je suicidální jednání. Může k němu vést bilance vlastního života, beznaděj, zoufalství, vyhlídka závislosti člověka na druhých. Zdravotní potíže, ovdovění či osamělost jsou až na dalších místech v sebevražděném jednání starých lidí. Prevencí této sebevražděnosti je citlivá podpora a obnovení důstojnosti ohrožených jedinců s omezenou soběstačností, tzv. dignitogeneze. Nejúčinnější je v přirozeném prostředí, na které je dotyčný navyklý (Čevela, Kalvach, a Čeledová, 2012, s. 135).

### 3.2 Adaptace seniora v pobytovém zařízení

Senior při odchodu do pobytového zařízení sociálních služeb může pociťovat především velkou ztrátu - ztrátu bydliště.

Ve změně bydliště spatřují problém také Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 101), kteří tvrdí, že: *Bydlení ve známém a fyzicky i vztahově „zvládnutém“ prostředí významně posiluje pocit jistoty, včetně jistoty kontaktu v případě náhlé potřeby pomoci.* Rozvíjí myšlenku, že s bydlištěm člověka velmi úzce souvisí vztahy s nejbližším okolím (oblíbená místa) a sousedy, možnost provádění vlastních oblíbených aktivit, dostupnost potřebných služeb (lékař, doprava atd.). To vše vytváří hlubokou vazbu jedince na známé místo svého bydliště, která se přestěhováním do pobytového zařízení rázem přetrhne a pro dotyčného představuje velkou stresovou zátěž. Adaptace na nové prostředí může trvat i dva roky. Vždy si

dříve zvykne člověk, který je připraven na změnu prostředí, stěhuje se dobrovolně a včas a je s tímto aktem smířen. Přestěhováním ztrácí jedinec svoje soukromí, intimitu a bezpečí, což jsou důležité předpoklady kvality života (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 100 – 103). Osobně jsem se setkala s klienty, kteří se s přestěhováním nebyli schopni smířit a zemřeli žalem. Výjimkou nejsou ani senioři, kteří se prostě jen rozhodnou, že zemřou.

Přestěhování seniora do domova důchodců představuje pro dotyčného velkou psychickou zátěž. Je třeba si uvědomit, že do zařízení nastupuje jedinec se svými jedinečnými potřebami, zájmy, zvyklostmi a musí se přizpůsobit určitému provozu, skupinovému životu, stanoveným předpisům a pravidlům zařízení. Schopnost přizpůsobení je dána celkovým zdravotním stavem seniora, jeho psychickou odolností a mírou adaptability (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 134). Uvedení autoři rozlišují fáze adaptace na život v pobytovém zařízení:

- *Seznamování s novým prostředím a jeho pravidly* (může být provázáno úzkostí, vztahovačností, konfrontační agresivitou, poruchami spánku, zhoršením chronických bolestí)
- *Vnější adaptace* (zvláště podřízení se danému prostředí – akomodace, přizpůsobení si prostředí svým potřebám – asimilace – probíhá méně často)
- *Vnitřní přizpůsobení* (vznik nových vztahů, zapojení do dění, ale také naučená závislost a submitivita k personálu)
- *Slábnutí vazby na dění mimo ústav*
- *Ztotožnění s ústavním prostředím* (klient již nemá zájem ústav opustit)

Typy adaptace předkládá Hrozenková (2008, s. 85). Dělí adaptaci na dobrou, vyhovující a špatnou. Dobrá adaptace se u nově příchozího klienta projevuje jeho vlastní aktivitou a iniciativou, optimismem, spokojeností a bezproblémovým navazováním vztahů. Tato adaptační doba netrvá déle jak 6 týdnů. Při vyhovující adaptaci je klient spíše pesimistický, ale nestaví se negativně a bez zájmu k okolí a aktivitám. Délka je 4 – 6 měsíců. U špatné adaptace je klient pesimistický, bez zájmu o okolí i dění kolem sebe. Odmítá spolupracovat a výjimkou není ani častý pláč. Může trvat až 12 měsíců. Vliv na adaptaci seniora mají jeho změny fyzické, psychické, mobilita a soběstačnost.

Z praxe mohu potvrdit, že čím starší jedinec nastupuje, tím náročnější je pro něj adaptace na nové prostředí. Čím déle žil ve svém důvěrně známém prostředí domova, tím hůře si zvyká v „domově“ novém. Častým průvodním jevem v době adaptace je dezorientace klienta v prostředí. Špatné psychické prožívání příchodu do neznámého prostředí klientovi neumožňuje zapamatování si jakýchkoliv orientačních bodů, které by mu usnadnily pohyb po zařízení, orientaci v prostoru. Nemá zájem o navazování kontaktů, nespolupracuje.

Odchod seniora do pobytového zařízení představuje podle Ondrušové (2011, s. 39) jednu z nejnáročnějších situací v jeho životě, neboť přichází v období, kdy adaptabilita jedince není již na úrovni jako dříve, a senioři tak zažívají *adaptační šok* a mohou trpět *syndromem poslední štace*. Podle Hrozenské (2008, s. 83) mají představy o blížící se smrti s odchodem do zařízení především ti senioři, kteří nemají téměř žádné zkušenosti s pobytem v jakémkoliv institucionálním zařízení. Přejít do pobytového zařízení je pro ně velká změna, která vede ke vzniku geriatrického maladaptačního syndromu (selhání adaptace). Čím větší je závislost jedince na péči druhé osoby, tím hlubší může maladaptační syndrom nastat.

### 3.3 Nebezpečí života v pobytovém zařízení

Život v domovech pro seniory může mít svá úskalí v podobě ponorkové nemoci, velmi stereotypního života, ztráty soukromí nebo šikanování ze strany personálu. V důsledku působení těchto vlivů na jedince se dotyčný snadno může stát agresivní, vztahovačný a sugestibilní, uzavřený do sebe a málo ochotný ke spolupráci. Takovéto projevy klienta zase mohou být impulzem k nepatřičnému agresivnímu jednání zaměstnance vůči tomu, kdo není schopný jakékoliv obrany, nebo si jeho chování zaměstnanec vysvětluje jako provokativní. Vše, co se takto nepříznivě dotýká seniorů v domovech, jim způsobuje psychická traumata, v důsledku kterých se dotyční nechtějí stýkat s těmi, kteří nic podobného neprožívají, rodinu nevyjímaje. Také pokud se pohybuje pouze v úzkém prostoru zařízení a jeho okolí, je ohrožen hospitalismem. To znamená, že si velmi dobře zvykne na podmínky života v zařízení a zcela u něj vymizí schopnost žít v přirozeném prostředí (Mühlpachr, 2004, s. 103 – 104).

Tyto poznatky mne vedly k zamyšlení se nad určitým chováním některých klientů, se kterým jsem se osobně setkala. Klient i pečující personál se ocitají v začarovaném kruhu, ze kterého bývá někdy obtížné najít cestu ven. Senior je přesvědčený, že všichni jsou proti

němu, že nikdo není ochotný mu pomoci, když on už různých úkonů (podle něho většinou všech) není schopný. Personál zase vnímá, že klient vědomě nechce spolupracovat, že se ke všemu staví zbytečně negativně a cítí se neoprávněně ukřivděně. Tady je na místě velká trpělivost ze strany personálu, umění komunikovat a spolupracovat s klientem.

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s- 110 – 111) poukazují na další nebezpečí pro seniory – nevhodné zacházení a sociální vyloučení. K nevhodnému chování zařazují nerespektování soukromí, důstojnosti a studu (způsoby ponižování), nevhodná (maligní) komunikace (např. infantilizace), zbytečné mechanické omezování (postranice, kurtování), hyperprotektivní (paralyzující) péče, která vede k naučené závislosti. Sociální vyloučení (exkluze) může být podle autorů ekonomické (pauperizace – snížení životního standardu), bydlení v ústavech na samotě (segregace), vyloučení z majoritní společnosti (ostrakizace – ztráta sounáležitosti).

### **3.4 Terapie využívané při práci s klienty sociálních zařízení**

V domovech pro seniory je žádoucí při práci s klienty provádět a využívat rozmanité terapie, které starým lidem pomáhají při uvědomování smyslu vlastního života, pomáhají při seberealizaci, umožňují, aby si každý vážil sám sebe a uvědomoval si svoji důležitost a potřebnost. Mohou pomoci starému člověku vyrovnat se s prožitým životem, připravit se na důstojný odchod ze života, udržovat vztahy s ostatními. Jsou k tomu využívány činnosti aktivizační, socioterapeutické, psychoterapeutické, fyzioterapeutické. Vždy je nutné vycházet z individuálních potřeb a aktuálního stavu klienta.

Některé terapie jsou více zaměřeny na podporu fyzického stavu klienta a vyžadují jeho aktivní fyzickou činnost, jiné jsou více orientované na duševní oblast dotyčného, založené na jeho vzpomínkách a komunikaci. Domníváme se, že oboje mají velký přínos pro psychické prožívání stáří, pro psychickou pohodu jedince v zařízení.

#### **3.4.1 Ergoterapie**

Ergoterapie zahrnuje aktivity, které podporují a udržují na určitém stupni všechny činnosti a dovednosti klienta, jež má ještě zachované a jež umožňují jeho aktivitu. Pro seniory v domovech se často jedná především o oblasti jemné motoriky. Činnosti se mohou provádět skupinově, nebo pouze s jednotlivci na pokojích. Je vhodné střídát činnosti s relaxací, pohybovými aktivitami či reminiscencí pro udržení zájmu a pozornosti klientů. Ergoterapie

přispívá klientům k udržení stávající soběstačnosti, ...*pomáhá v jejich vlastním sebepřijetí a akceptaci sebe sama, protože si připadají ještě schopní nějakého výkonu a provedení užitečné činnosti.* (Malíková, 2011, s. 126)

### 3.4.2 Canisterapie a felinoterapie

Jedná se o zooterapie, při kterých se využívá pozitivní rehabilitační a psychosociální působení zvířat na člověka. Mohou u klientů rozvíjet přátelství, lásku i pocity potřebnosti a smyslu života. Mohou snižovat pocity osamění i různé bolesti starých lidí, odstraňovat stres i úzkosti. Posilují komunikaci, zlepšují náladu. (Hrozenská, 2008, s. 122 – 126)

### 3.4.3 Reminiscenční terapie

Jedná se o terapii založenou na vzpomínkách seniorů na nejrůznější životní zkušenosti a příběhy, o které se dělí při vzpomínání s ostatními vrstevníky a pečovateli. Podporuje pocit sounáležitosti s druhými, důstojnost, spokojenost a zhodnocení vlastního života. Vlastní životní zkušenosti mohou účastníci porovnávat se zkušenostmi ostatních a na jejich základě dát smysl vlastnímu životu. Jedná se o terapii komunikační s možností využití drobných vzpomínkových předmětů. (Hrozenská, 2008, s. 116 – 119)

Je využívána u osob s demencí, u imobilních a nesoběstačných klientů, kteří jsou alespoň částečně schopni si vybavovat své životní zážitky. Mělo by se pracovat především s příjemnými vzpomínkami seniora, které navodí kladné emoce. Takto je pozitivně ovlivňována psychika dotyčného, což se může kladně projevit i v jeho celkovém zdravotním stavu. Vzpomínky jsou vyvolávány záměrně, cíleně jsou rozvíjeny. (Malíková, 2011, s. 238 – 239)

*Vzpomínání pomáhá starším lidem přizpůsobit se nové životní zkušenosti spojené se ztrátou společenské role, pocitem životní prázdnoty, hledáním smyslu své osobní existence. Tendence vzpomínat je spojena se snahou porozumět sám sobě.* (Janečková a Vacková, 2010, s. 19) Reminiscenci popisují autorky jako rozhovor mezi seniorem a terapeutem o životních zkušenostech seniora. Může být spontánní nebo strukturovaný a měl by navodit sebeuspokojení, radost a pohodu, kognitivní stimulaci. Někdy může být nápomocný při vyrovnání se s traumatickými životními událostmi. Při reminiscenci je vhodné využít různých pomůcek - předmětů, fotografií, hudby apod. (Janečková a Vacková, 2010, s. 21 – 22)

Pro obyvatele domovů pro seniory má reminiscence svůj specifický účel a funkci. Účastníci reminiscenčních setkání si potvrzují vlastní identitu, uzavírají nedokončené životní záležitosti. Předávají své zkušenosti a životní moudrost mladší generaci, čímž zajišťují kontinuitu života. Překonávají vlastní izolaci, zachovávají si svoji důstojnost. Vzpomínky v nich uvolňují kdysi prožívané emoce i smyslové vjemy. Reminiscenční skupiny je podporují v sociálním začleňování. (Janečková a Vacková, 2010, s. 55)

#### 3.4.4 Validační terapie

Validační terapie je vhodná pro starší lidi s různými stupni demence. Zakládá se na přijetí pravdivosti pocitů a emocí dotyčného jedince, a tím podporuje jeho pocit jistoty a vlastní hodnoty. Jedná se o využití aktivního naslouchání a večitování pracovníka, který zároveň v takových okamžicích působí i jako terapeut. Lze využít jemnou masáž, dotyky, kolébání, zpěv; zvláště u horších stavů klientů. Validační terapie pozitivně působí na psychický stav jedince, u kterého se zhoršují paměťové, sensorické i motorické schopnosti. Jejich zhoršování přináší dezorientaci osoby v realitě. Podle stupně dezorientace se pro potřeby validační terapie rozdělují jedinci do čtyř stadií chování: nedostatečné orientace, časové dezorientace, stereotypních pohybů, vegetace. V prvním stadiu si klient ještě většinou není ochotný přiznávat občasné výpadky paměti, základ validace spočívá v naslouchání a plném respektování jeho osobnosti. Ve druhém stadiu validace respektuje validující emoce klienta. Postižený má výrazné poruchy paměti, pomalé pohyby i velmi pomalou řeč. Stále více ztrácí schopnost sebekontroly a komunikace, ale vrací se k základním lidským pocitům lásky, strachu, nenávisti. Ve stadiu stereotypních pohybů nemusí jít jen o pohyby tělesné, ale i jiné stereotypní projevy, např. křik. Jedinci jsou zaměřeni pudově, bez kontaktu s realitou. Ve čtvrtém stadiu už téměř nereagují, nekomunikují, pouze leží. V těchto stadiích se ve validaci uplatňuje již výše zmíněná neverbální komunikace. (Hrozenská, 2008, s. 119 – 122)

Malíková (2011, s. 239 – 245) ji představuje jako *...filozofii přístupu k osobě s demencí*. Vychází z předpokladu, že chování těchto osob je založené na životních emočních prožitcích, které dotyčný nikdy nezpracoval a nevyrovnal se s nimi. Je pro něj důležité, aby jej někdo vyslechl, pochopil, respektoval jej, pomohl mu zachovat jeho integritu.

### 3.4.5 Rezoluční terapie

Tuto terapii je vhodné využívat u seniorů s demencí v pokročilém stadiu, kdy si již neuvědomují současnou realitu, realitou jsou pro ně zachované zážitky z minulosti. Pracovník nepřesvědčuje klienta o opaku. Důstojně přistupuje na roli v momentální klientově realitě, tím přispívá k jeho spokojenosti, pochopení, podporuje tak jeho sebedůvěru a pocit důstojnosti. Je založena na opačné podstatě než validace. (Malíková, 2011, s. 245 – 246)

### 3.4.6 Preterapie

Preterapie je založená na principu reagování na klienta. Umožňuje komunikovat s klienty v těžších fázích demence, s halucinacemi nebo v psychotických fázích. Zrcadlí chování klienta, což mu umožní uvědomit si sám sebe a navázat kontakt s okolím. Zrcadlení je možné použít slovní, zvukové nebo pohybové. Je vhodné ji využívat při každodenní péči s klienty, pomáhá jim pochopit všechno, co se s nimi v daném okamžiku děje (např. koupání, oblékání, stravování), čímž se snižuje jejich úzkost z neznámého. Řadí se mezi psychoterapeutické metody. Pomáhá rozvíjet vzájemnou důvěru a porozumění. (Malíková, 2011, s. 246 – 249)

## 3.5 Život ve stáří

Stářím vstupuje člověk do své poslední etapy socializace. Jedná se o celoživotní proces, při kterém se z biologického jedince stává jedinec sociálně – kulturní, jedná podle určitých hodnot a norem dané společnosti. Tento proces má několik etap, rozdělených podle věku, a každá etapa má svoji sociální i biologickou povahu. Poslední etapa socializace přichází ve stáří a k poslednímu socializačnímu úkolu patří příprava na smrt. Může procházet fázemi shodnými s fázemi Kübler – Ross: popírání, hněv, smlouvání, deprese, smíření. Významnou roli v této životní fázi hraje osobní víra jedince, jeho náboženské založení. (Reichel, 2008, s. 157 – 170)

S popsány fázemi se setkáváme i u příchozích klientů do domova pro seniory. Někteří z nich přichází s názorem, že do takového zařízení se chodí jen umírat. Nejsou přesvědčeni, že zde mohou ještě prožít kus plnohodnotného života. A právě ti, kteří se dostanou až do fáze smíření, nemusí svůj odchod do domova prožívat jako velkou životní krizi, ale jako jednu z možných alternativ prožití stáří.

### 3.5.1 Problémy života ve stáří

Motorické změny, kognitivní změny, změny fyzické (vzhled), sexuální, zdravotní, změna životních rolí a sociální pozice, to všechno s sebou může nést řadu problémů a problematických situací, kterým musí starý člověk čelit.

Mezi nejzávažnější se řadí nesoběstačnost jedince, jeho osamělost, jež společně mohou vyústit až v sociální izolaci. Jako pomoc se v těchto případech může jevit využití ústavní péče. Při jejím poskytování je dotyčný ohrožený nebezpečím institucionalizace, při níž adaptační schopnosti jedince vysokého věku již nezaručují úspěšné vyrovnání s novou životní situací. (Ondrušová, 2011, s. 39 – 40)

Problémem ve stáří může být také uspokojování potřeb jedince. I z pohledu hierarchie lidských potřeb Maslowovy pyramidy jsme nuceni na ně nahlížet tak, že pro každého člověka *...jsou individuální a mění se v čase a ve vztahu k prostředí, v němž žije. Chápeme-li stárnutí jako proces, při kterém dochází postupně ke změnám zdravotního a funkčního stavu stárnoucího člověka a k proměnám jeho partnerských, rodinných a společenských vztahů, musíme konstatovat, že se v průběhu stárnutí mění i potřeby seniorů a jejich uspokojování.* (Ondrušová, 2011, s. 43) Tady bych podotkla, že podle mého názoru se u seniorů stále více vytrácí potřeba vykonávání jakýchkoliv činností, ale vzrůstá u nich potřeba komunikace a zájmu o osobu, vzpomínání a interpretace vlastních životních zkušeností. Je však nutné změnit pohled na práci zaměstnanců, kteří nevykazují s klienty žádné aktivity, pouze s nimi „klábosí“ a zdržují se tak od práce. Domnívám se, že to není v současnosti při velkém vytížení ošetřujícího personálu ojedinělý názor.

K dalším problémům stáří můžeme řadit geriatrickou křehkost (frailty), celkové chátrání funkcí těla, které můžeme sledovat v somatické oblasti. Projevuje se únavou, úbytkem svalové hmoty (sarkopenie) a svalovou slabostí, nechutenstvím s hubnutím, hypomobilitou (omezení pohybové aktivity) a pomalou chůzí. Ovlivňuje pochopitelně i složku psychickou, sociální a existenciální. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 117 – 118) S dalšími problémy přichází Poledníková (2008, s. 130 – 134). Uvádí poruchy spánku a termoregulace, zvýšené nebezpečí pádů zapříčiněné instabilitou nebo překážkami prostředí, nebezpečí vzniku dekubitů. Nemalý problém představuje také inkontinence nebo zácpa.

Je potřeba zmínit i problematiku nemocí ve stáří. Často mohou probíhat atypicky, vzájemně se ovlivňují a kombinují. Nemocný jedinec je hůře snáší, vyžaduje delší léčebný čas.



Z toho důvodu je takový člověk ohrožený imobilitou, sarkopenií, malnutricí, dehydratací. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 119 – 120) Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 33 - 34) přidávají ještě problematiku chronických onemocnění, která negativně ovlivňují léčbu i kvalitu života. Nebezpečí představují nežádoucí účinky léků. Čím déle léčba probíhá a čím větší počet medikamentů, tím více se může paradoxně zdravotní stav i kvalita života nemocného starého člověka zhoršovat. Pro staré lidi je proto mnohdy více žádoucí nefarmakologický postup, kterým se dokáže udržet přijatelný zdravotní stav i kvalita života nemocného. Může jít o postupy dietologické, aplikaci tepla a chladu, rehabilitační cvičení, hydroterapii apod. Autorky si všímají sociálního rozměru, který nemoci ve stáří zaujímají. Často mohou vést k prožívání pocitu nepotřebnosti nebo blízkosti smrti, izolaci od okolního světa, ztrátě komunikace i soběstačnosti, jež v nejhrošších důsledcích mohou vést k nevhodnému a násilnému jednání ze strany pečujících osob.

Díky svým onemocněním se mohou staří lidé stávat čím dál víc nesoběstační, a tím i čím dál víc závislí na ošetřující osobě. Pokud si uvědomují svoji bezmocnost a potřebnost pomoci od druhé osoby a pokud pomáhající s nimi nejedná podle zásad vhodného přístupu, nemají mnohdy sílu se takovému jednání bránit. Jejich bezmocnost a naléhavost pomoci jim v tom často brání. Uvědomují si svoji závislost na ošetřujícím personálu, svoji zranitelnost a nechtějí situaci ještě zhoršit.

Velkým problémem seniorského věku jsou tzv. I-syndromy – imobilita, instabilita, inkontinence, intelektové poruchy (již popisované delirium a demence). V sedmdesátých letech 20. století pojmenoval Isaacs tyto syndromy geriatrickými obry. Neohrožují seniora bezprostředně na životě, ale mohou velmi snižovat kvalitu jeho života v závislosti na snížené soběstačnosti a mobilitě. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 122)

### 3.5.2 Kvalita života ve stáří

Předchozí text nám dokládá, že kvalita života ve stáří velmi úzce souvisí se zdravotním stavem jedince. Prožívání vlastního zdraví podmiňuje způsob hodnocení sociálních indikátorů – *životních domén* – kvality života. Tyto sociální indikátory určují individuální nebo kolektivní úroveň (začlenění do společnosti, společenské prostředí a kapitál) kvality života. Na individuální úrovni můžeme rozlišovat objektivní a subjektivní přístup prožívání vlastní pohody. V objektivním přístupu k životní kvalitě ji jedinec hodnotí z pohledu ekonomického zajištění, vzdělání, bydlení, pocitu nasycení a samozřejmě kvality zdraví. Subjek-

tivní přístup se zakládá na prožívání osobního štěstí a radosti v životě. Souhrnně můžeme konstatovat, že kvalita života začíná uspokojováním našich základních potřeb a pro různé osoby nabývá různých hodnot. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 20 – 27) ***Kvalita života má svůj rozměr biologický, neurofyzilogický, psychologický, sociální, ekonomický, etický, estetický a jiné.*** (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 27)

Kvalitu života mohou určovat uspokojené potřeby člověka. Míra jejich uspokojování je velmi individuální, proto musí být velmi individuální i pohled na kvalitu života. Je determinovaný jedinečností prožívání a individuálními životními zkušenostmi. Kvalita života se tedy může rovnat spokojenosti s vlastním životem a nemusí ji vždy tvořit jen pozitivní, příjemné a libé zážitky a situace.

Veenhoven (2008 cit. podle Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 199) uvádí teorii „čtyř kvalit života“:

- *Životní předpoklady* (šance, které život přináší)
- *Životní výsledky*
- *Vnější kvality* (prostředí a společnost – ekonomické, sociální, ekologické, kulturní podmínky)
- *Vnitřní kvality* (fyzické i duševní zdraví, užitečnost, spokojenost, pohoda, smysluplnost života)

Jejich naplnění by mělo vést k pocitu štěstí a spokojenosti v životě, jež přispívají i k fyzickému zdraví. Všechny zmíněné faktory můžeme považovat za indikátory kvality života.

Hughesová (1990 cit. podle Hrozenská a kol., 2008, s. 63) jakoby rozvinula teorii čtyř kvalit života a stanovila nejdůležitější oblasti pro její posuzování starými lidmi:

- Subjektivní spokojenost - individuální hodnocení kvality vlastního života
- Fyzické prostředí – bydlení, možnost využívání služeb, trávení volného času
- Faktory socio – ekonomické – životní standard (majetek, příjmy, úroveň stravování)
- Faktory kulturní – pohlaví, věk, národnost, víra, příslušnost k určité sociální vrstvě
- Zdravotní stav – fyzické schopnosti, funkční schopnosti, úroveň mentálního zdraví

- Osobnostní faktory – psychická pohoda, morální stav, prožívání štěstí a spokojenosti
- Osobní nezávislost – schopnost rozhodování, pohybové schopnosti, zvládání vlastního prostředí

Kvalitu života ve stáří může ovlivňovat i uspokojování duchovních potřeb seniora. Nemusí se jednat pouze o náboženskou víru. Může jít o pochopení vnitřních pocitů člověka, dát mu možnost tyto pocity vyjádřit, projevit mu účast a porozumění. Klient s naplněnými duchovními potřebami je více vyrovnaný, vstřícný, bezkonfliktní, k různým záležitostem přistupuje s nadhledem a vnitřním klidem. Působí harmonicky, je vyrovnaný s otázkou umírání a smrti. Saturace duchovních potřeb se odrazí v ostatních stránkách osobnosti – psychické, emocionální, fyzické, což následně ovlivňuje ošetrovatelský proces u klienta. S neuspokojenými duchovními potřebami jsou uváděny charakteristické ošetrovatelské diagnózy: deprese, bolest, smutek, poruchy spánku, komunikace, příjmu potravy, sociální izolace a imobilita. (Malíková, 2011, s. 269 – 275)

Jednou ze složek kvalitního života je podle dotazníku pro měření kvality života WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Group) jeho smysluplnost. Ta bývá naplňována nezávislostí, dosažením životních cílů, sociálními kontakty, intimitou, fungováním smyslů a postoji ke smrti a umírání (Dragomirecká, 2007 cit. podle Ondrušová, 2011, s. 51).

V dnešní době nemáme odvahu ptát se seniora na jeho postoj ke smrti, přestože patří k naplnění smysluplnosti života. Stáří je období, kdy se život neúprosně naklání ke svému konci, svíčka dohořívá. Ptát se však na prožívání blížící se smrti je jedno z tabuizovaných témat. V současné společnosti je považováno za téma téměř neslušné. Nemáme odvahu, ptát se starého člověka, jestli o blížící se smrti přemýšlí a co v takových okamžicích pociťuje.

Přiblížit se tématy umírání a smrti seniorům pokusily ve svých diplomových pracích některé studentky UTB Zlín v předcházejících letech. Zajímaly je názory seniorů v zařízeních sociálních služeb na eutanazii (Habartová, 2013) a poskytování paliativní péče (Chovančová, 2010). Do těchto výzkumů se promítly názory seniorů na umírání a smrt. V otázce, co by je vedlo k legalizaci eutanazie, se promítly jejich obavy z umírání – nechtějí být na obtíž, obávají se bolesti a utrpení, mají strach ze samoty. Potvrdili, že o posledních okamžicích svého života přemýšlí (30% dotázaných), že smrt považují za přirozenou součást života, že je pro ně důležitá jistota poskytnutí péče i v umírání. Neudávali své obavy z umírání,

ale co by pro ně bylo v této chvíli nejdůležitější – klid a kontakt s rodinou i personálem (nebýt osamělý), dostatečná péče (nebýt na obtíž, zpověď a poslední pomazání). Nehodnotili celkově prožitý život, ale uváděli své životní hodnoty – zdraví, rodina, soběstačnost. V námi provedeném výzkumu budeme mít možnost porovnat, zda uvádí podobné obavy z umírání, jestli přemýšlí nad vlastní smrtelností, jak hodnotí svůj život.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 PŘEDMĚT VÝZKUMU

Jako pracovnice v domově pro seniory se setkávám s umíráním a se smrtí. Hovory o smrti však sama před klienty nijak neotvírám, neznám jejich názory na dané téma. Budou ochotni se k těmto věcem vyjadřovat? Budou ochotni sdělovat svůj názor na něco, co se jich bezprostředně týká a o čem se ve společnosti nahlas nemluví?

### 4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumného šetření je zjistit postoje a názory seniorů pobytových zařízení na problematiku umírání a smrti.

### 4.2 Výzkumné otázky a hypotézy

#### Hlavní výzkumná otázka:

Jaké je vnímání umírání a smrti u seniora v pobytovém zařízení sociálních služeb?

Hlavní výzkumná otázka je rozpracována do dílčích výzkumných otázek, které jsou vodítkem pro sestavování dotazníku a specifikují směr výzkumu.

#### Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaké pocity u seniorů vyvolává umírání a smrt?
2. Jsou senioři v DS připraveni na konec života?
3. Jak jsou senioři ochotni hovořit o umírání a smrti?
4. Ovlivňuje aktivita seniora vnímání umírání a smrti?
5. Ovlivňují sociální vztahy seniora vnímání umírání a smrti?
6. Ovlivňuje věk, víra a pohlaví seniora vnímání umírání a smrti?

Některé dílčí výzkumné otázky jsou rozpracovány do hypotéz, což jsou predikce o očekávaném výsledku ve vztazích, které jsou naznačené v dílčích výzkumných otázkách.

**Hypotézy:**

- H1 Senior, který se zúčastňuje aktivit v DS, přemýšlí o vlastní smrtelnosti méně často než senior, který se aktivit neúčastní.
- H2 Senior, kterého navštěvuje jeho rodina, uvádí obavy ze smrti méně často než senior, kterého rodina nenavštěvuje.
- H3 Senior, který si našel v DS přítele/přítelkyni (kamaráda/kamarádku), dokáže o smrti hovořit, považuje ji za součást života a dokáže smrt a umírání přijmout lépe než senior, který je bez přátel.
- H4 Mladší senior (do 75 let) častěji uvádí obavy z umírání než starší senior (nad 75 let).
- H5 Věřící senioři přemýšlí nad vlastní smrtelností častěji než senioři nevěřící.
- H6 Ženy by při umírání chtěli mít u sebe někoho blízkého častěji než muži.

**4.2.1 Stanovení proměnných**

**Závisle proměnná:** postoj seniorů na otázku umírání a smrti

**Nezávisle proměnné:** pohlaví, víra, aktivita, věk, rodinné vztahy, přátelské vztahy

Věk klienta je pro potřeby prováděného výzkumu a jeho interpretaci blíže specifikovaný. Respondenti jsou rozděleni do dvou věkových kategorií. Předpokládáme, že v kategorii od 60 do 75 let jsou senioři více aktivní, mobilní a v sebeobsluze potřebují od personálu spíše dopomoc. Ve věkové skupině nad 75 let mají již větší problémy s mobilitou, menší schopnost zapojení do sebeobsluhy, jsou více závislí na pomoci pracovníků, i co se týká udržování sociálních kontaktů.

## 5 METODOLOGICKÝ POSTUP

Vzhledem k vybrané problematice byl zvolen kvantitativní výzkum, který umožňuje pracovat s velkým počtem respondentů.

### 5.1 Výzkumný soubor

Byl proveden výběr klientů v pěti zařízeních stejného typu. Zařízení byla zvolena jako vzájemně partnerské organizace, které úzce spolupracují při výměně pracovních zkušeností, pořádají setkání a soutěže pro své klienty. Jedná se o domovy pro seniory poskytující celoroční nepřetržitou pobytovou službu: DS Loučka, DS Lukov, DS Napajedla, SENIOR Otrokovice, DS Luhačovice.

Při výběru seniorů – respondentů – ve zvolených zařízeních byl kladen důraz na kognitivní schopnosti seniora, jeho vnímání a orientaci. Bylo potřeba získat k výzkumu klienty orientované v realitě, s neporušeným vnímáním, kteří byli schopni pochopit a vyplnit dotazník, případně adekvátně odpovídat na dotazníkové otázky kladené tazatelem. Důležitou podmínkou byl jejich souhlas s účastí na výzkumu s tak závažným tématem.

### 5.2 Výzkumné techniky

Pro sběr dat byla určena technika anonymního dotazníkového šetření. Tím bylo možné oslovit větší počet respondentů. O rozdělení dotazníků byly požádány ve vybraných zařízeních sociální pracovníce. Klienti měli možnost dotazníky vyplňovat sami, případně s pomocí pracovníků – tazatelek.

Dotazník byl vypracován podle požadavků na konstrukci dotazníku. V úvodu byli respondenti seznámeni s účelem dotazníkového šetření a způsobem vyplňování. Vzhledem k věku respondentů byly dotazy jednoduché, srozumitelné. Otázky byly uzavřené s výběrem odpovědí, polouzavřené s možností doplnění a dvě otevřené.

Byl proveden předvýzkum na malém souboru respondentů. Ten měl ukázat, zda je dotazník srozumitelný, zda jeho vyplňování nebude činit velké obtíže. Na základě poznatků z předvýzkumu měly být případné nejasné otázky upraveny tak, aby byly jasné a srozumitelné. Po provedení předvýzkumu nebylo potřebné činit žádné úpravy. Dotazníky z předvýzkumu dále nebyly zpracovávány.



### 5.3 Design výzkumu

Před zahájením výzkumu bylo nutné oslovit ředitele jednotlivých zařízení, zda poskytnou k provádění svůj souhlas. Podepsané písemné souhlasy jsou k nahlédnutí v příloze diplomové práce.

Výzkum měl probíhat ve zvolených domovech pro seniory v měsících červenci a srpnu 2013. Vzhledem k letnímu období a problémům s personálním obsazením kvůli dovoleným byl nakonec výzkum posunut na září a říjen. Do každého z vybraných zařízení bylo posláno 25 dotazníků. Větší počet nebyl zvolen vzhledem k tomu, že není jednoduché v zařízeních tohoto typu vybrat vhodně orientované klienty, kteří navíc museli souhlasit s takto choulostivým tématem. O rozdání dotazníků byly požádány sociální pracovníce - tazatelky, které byly poučeny o způsobu a možnostech vyplňování.

Respondenti byli pomocí tazatelek seznámeni se způsobem vyplňování dotazníku, s možností neodpovídat na (dle nich) nevhodné dotazy i s možností kdykoliv od výzkumu odstoupit. Měli možnost vyplnit dotazník zcela sami nebo za pomoci tazatele.

V zařízení, kde pracuji (DS Luhačovice), jsem se role tazatele ujala já sama. Bylo užitečné vycházet ze znalosti klientů. Volila jsem seniory, o kterých jsem se domnívala, že je s tématem umírání a smrti nebudu stresovat. Téměř všichni oslovení respondenti využili možnost vyplňování dotazníku s mojí pomocí. Vznikla tak posezení s klienty, na kterých bylo debatováno nad dotazníkovými otázkami. Respondenti se zamýšleli nejen nad otázkami umírání, ale nad celým svým životem. Vzpomínali a hodnotili, předávali mi své zkušenosti. Ohlasy na vyplňování nebyly nijak nepříznivé, spíše klienti konstatovali, že to *nebylo tak hrozné*. Jedna z dotazovaných mi s nadšením sdělila, že *jsme si tak krásně popovídaly*. Na jednom pokoji byly osloveny obě jeho obyvatelky, obě však dotazník odmítly. Zapředla jsem tedy nezávazný hovor, jestli smrt vnímají jako součást života, a obě se zcela přirozeně rozpovídaly. Na konci tohoto sezení ani netušily, že mi odpověděly na všechny dotazníkové otázky, a s použitím souhlasily. Zaznamenala jsem pouze jednu „negativní“ reakci. Jednalo se o dotazovaného muže. Asi v polovině výzkumu bylo zřejmé, že jej otázky nenechávají chladným. I přes opakované upozornění chtěl dotazník dokončit. Zmínky o rodině, rekapitulace života a otázky přímo se vztahující k umírání jej přivedly k slzám. Na závěr se rozplakal naplno, ale byl rád, že takto zhodnotil celý svůj život. Bylo nutné s ním ještě dlouho sedět a hovořit, než se zcela uklidnil.

Ostatní tazatelky mi uváděly takovou smutnou zkušenost dvakrát. Oba případy byly v jednom zařízení, kde už by toto téma nepřijaly. V ostatních zařízeních problémy nezaznamenaly.

#### **5.4 Zpracování dat**

U kvantitativního typu výzkumu bývá prováděno statistické zpracování dat, pracuje se s číselnými údaji. Ty se nejprve uspořádávají do tabulek četností, znázorňují se graficky. Provádí se statistické testování hypotéz, podle kterého se hypotézy přijmou nebo zavrhnou, čili se potvrdí nebo vyvrátí.

Z dotazníku byla získána data nominální, která mají své specifické statistické metody pro analýzu. V dané práci bylo použito testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

Při zpracování byly použity počítačové programy – Microsoft Excel, Statistica 12.

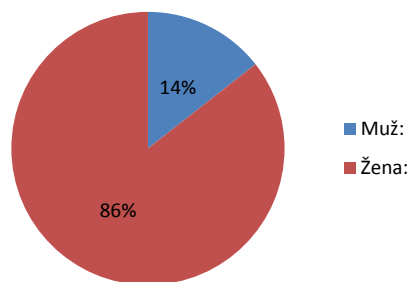
#### **5.5 Vyhodnocení dotazníku a interpretace získaných dat**

V dotazníkovém šetření bylo rozdáno 125 dotazníků v pěti pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. Ke zpracování bylo zpět získáno 97 vyplněných dotazníků. Protože respondenti měli možnost neodpovídat na otázku, která jim není „příjemná“, bylo nutné při vytváření tabulek pracovat i s touto alternativou. V tabulkách, které vznikly k jednotlivým otázkám, byly uvedeny četnosti odpovědí a jejich procentuální vyjádření. Tato data byla následně zobrazena graficky.

## Otázka č. 1 Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č.1: Pohlaví respondentů

	absolutní počet	relativní počet
Muž	14	14%
Žena	83	86%
Σ	97	100%



Graf č.1: Pohlaví respondentů

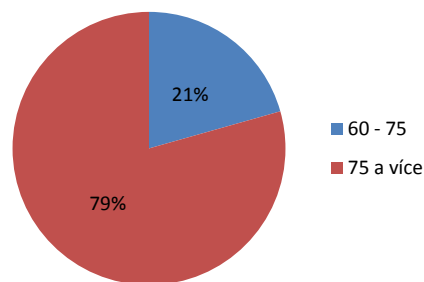
## Komentář

Z grafu je patrné, že z větší míry jsou do výzkumu zařazeny ženy, tvoří 86% dotazovaných. Mužská část respondentů je zastoupena pouze 14%. Takovéto rozložení může korespondovat s poměrem mužské a ženské klientely v námi vybraných domovech pro seniory.

## Otázka č. 2 Kolik je Vám let?

Tabulka č.2: Věk respondentů

	absolutní počet	relativní počet
60 - 75	20	21%
75 a více	77	79%
Σ	97	100%



Graf č.2: Věk respondentů

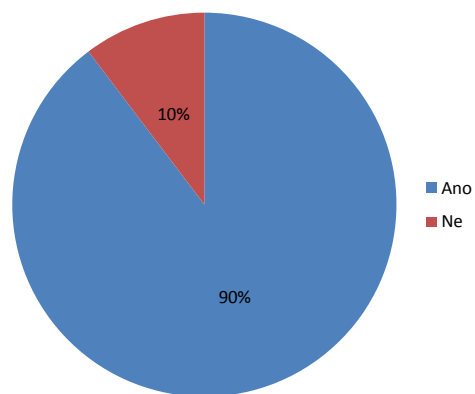
## Komentář

Dotazníkového šetření se účastnila větší část osob starších 75 let, tvoří 79%. Zbývajících 21% je ve věkovém rozmezí 60 – 75 let. Tato skutečnost logicky vyplývá z filozofie a smyslu poskytování sociálních služeb pro staré občany. Měli by je využívat ti, kteří jsou v péči o svou osobu více závislí na pomoci jiného člověka a nemohou zůstat ve svém přirozeném prostředí.

## Otázka č. 3 Jste věřící?

Tabulka č.3: Víra respondentů

	absolutní počet	relativní počet
Ano	87	90%
Ne	10	10%
$\Sigma$	97	100%



Graf č.3: Víra respondentů

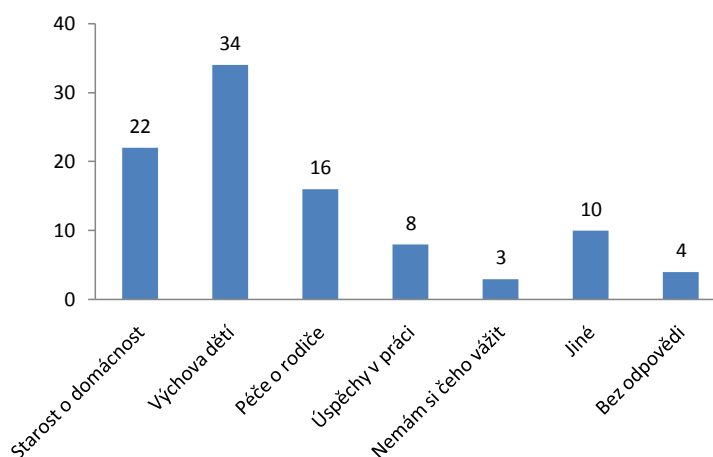
## Komentář

Pouhých 10% uvedlo, že je nevěřící. U 90% dotazovaných je víra součástí jejich života, tudíž je pro ně jistě důležité naplňování jejich duchovních potřeb, a to i v posledních okamžicích života.

Otázka č. 4 Čeho si nejvíc vážíte na svém životě (co jste dokázal(a)).

Tabulka č.4: Čeho si vážím

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Starost o domácnost	22	23%
Výchova dětí	34	35%
Péče o rodiče	16	17%
Úspěchy v práci	8	8%
Nemám si čeho vážit	3	3%
Jiné	10	10%
Bez odpovědi	4	4%
Σ	97	100%



Graf č.4: Čeho si vážím

#### Komentář

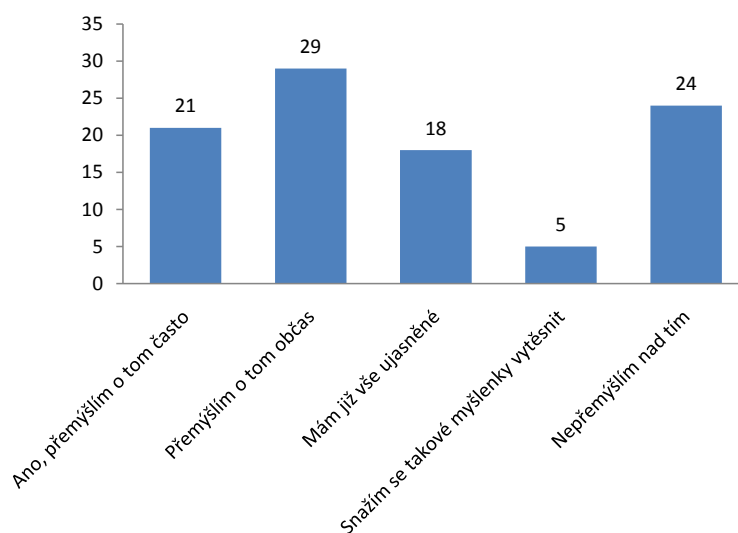
Odpověď na otázku dokázala, že senioři mají na sklonku života svůj život zhodnocený, že nad svými prožitými léty hodně přemýšlí. Zároveň pro ně nebylo jednoduché zvolit pouze jednu z nabízených možností. Nejčastěji zaznamenávali výchovu dětí – 34 dotázaných (35%), kterou nyní mohli hodnotit na vzájemných vztazích s dětmi. O mnoho nezaostávala ano péče o domácnost, která byla jejich nejdelším celoživotním úkolem. Zvolilo ji 22 dotázaných (23%). 16 respondentů (17%) bylo hrdých na to, jak se dokázali postarat o své staré rodiče. Svých úspěchů v práci si považuje 8 dotázaných (8%). Že si nemá čeho vážit zaznačili 3 dotázaní (3%) a 4 (4%) využili možnosti neodpovídat. Z uvedené konkrétní na-

bídky si 10 respondentů (10%) váží ve svém životě jiných skutečností, než bylo v nabídce. Někteří z nich nám je dokonce prozradili: *přijít z Maďarska a naučit se žít v Čechách, zdraví, čestnost, pomoc jiným, funkční rodina, schopnost odpouštět.*

## Otázka č. 5 Přemýšlíte o vlastní smrtelnosti?

Tabulka č.5: Přemýšlení o smrtelnosti

	absolutní počet	relativní počet
Ano, přemýšlím o tom často	21	22%
Přemýšlím o tom občas	29	30%
Mám již vše ujasněné	18	18%
Snažím se takové myšlenky vytěsnit	5	5%
Nepřemýšlím nad tím	24	25%
$\Sigma$	97	100%



Graf č.5: Přemýšlení o smrtelnosti

## Komentář

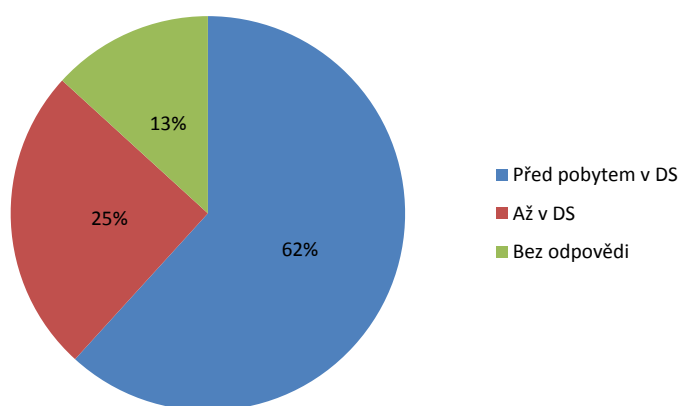
70% respondentů uvádí, že se nad vlastní smrtelností zamýšlí. 21 z nich (22%) o ní přemýšlí často, 29 respondentů (30%) jenom občas a 18 dotazovaných (18%) má již v této otázce vše ujasněné, což vypovídá o tom, že se tématem nezabývají aktuálně, přemýšleli o něm dříve a své myšlenky si dokázali náležitě srovnat. Zbývajících 30% respondentů od tématu smrtelnosti utíká: 24 dotazovaných (25%) nad ním vůbec nepřemýšlí, 5 (5%) takové myšlenky od sebe odhání.



## Otázka č. 6 Pokud o smrtelnosti přemýšlíte, kdy jste začal(a)?

Tabulka č.6: Začátek přemýšlení

	absolutní počet	relativní počet
Před pobytem v DS	42	62%
Až v DS	17	25%
Bez odpovědi	9	13%
Σ	68	100%



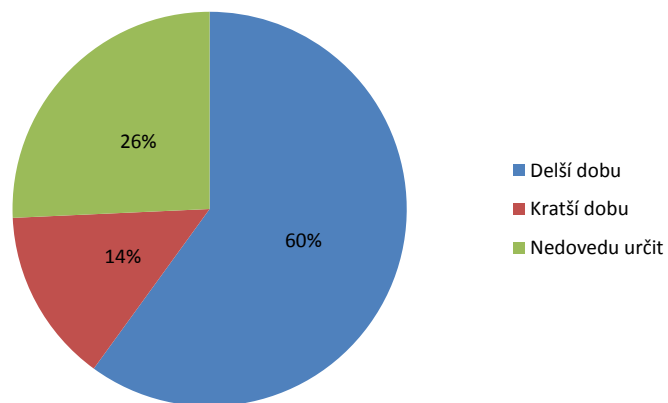
Graf č.6: Začátek přemýšlení

## Komentář

Zde jsme vycházeli z počtu respondentů, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně. Těch bylo celkem 68. 9 z nich (13%) na otázku neodpovědělo, 17 (25%) začalo o vlastní smrtelnosti přemýšlet až po nástupu do domova pro seniory a 42 seniorů (62%) už před pobytem v DS. Myšlenky o vlastní smrtelnosti spíše přináší věk jedince než jeho umístění do domova pro seniory.

Tabulka č.6a: Jak dlouho

	absolutní počet	relativní počet
Delší dobu	21	60%
Kratší dobu	5	14%
Nedovedu určit	9	26%
Σ	35	100%



Graf č.6a: Jak dlouho

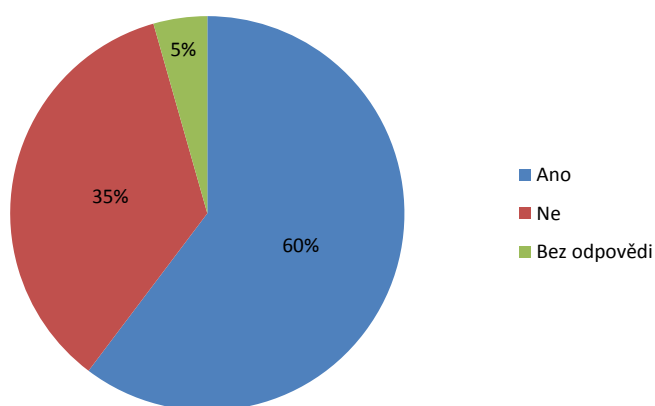
## Komentář

Z těchto 42 odpovídajících ještě 35 upřesňovalo, **jak dlouhou dobu před pobytem v DS o smrtelnosti přemýšlelo**. Delší dobu uvedlo 21 seniorů (60%), kratší dobu 5 seniorů (14%) a tuto dobu nedovedlo určit 9 z nich (26%).

## Otázka č. 7 Ovlivnila Vaše přemýšlení o smrtelnosti konkrétní událost?

Tabulka č.7: Ovlivnění událostí

	absolutní počet	relativní počet
Ano	41	60%
Ne	24	35%
Bez odpovědi	3	5%
Σ	68	100%



Graf č.7: Ovlivnění událostí

## Komentář

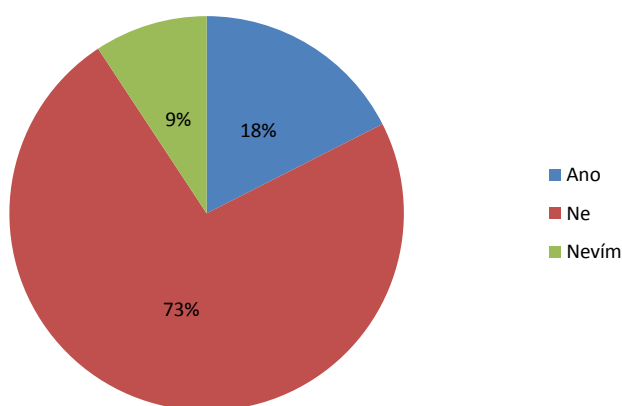
Jak je patrné z grafu, svoji roli sehrála konkrétní událost u 41 dotazovaných (60%), 24 osloveným (35%) nedala podnět k přemýšlení o smrtelnosti žádná událost, 3 z nich (5%) využili možnosti neodpovídat, přestože patří k těm (v počtu 68), kteří o smrtelnosti přemýšlí.

Ti z respondentů, kteří odpověděli v otázce č. 7 „ano“, měli možnost konkrétní událost uvést. Nejčastěji to byla *smrt blízkých osob* (uvedeno 23x) a nebo *nemoc* (vlastní či blízkého) (uvedeno 10x). Dalšími uváděnými možnostmi byly: *otevřené hovory v rodině*, *vlastní klinická smrt*, *smrt patří k životu jako narození*, *vliv víry – synovec knězem*, *už mám moc roků, tak k ní mám blízko*, *umírání v domově*, *péče o nemocnou matku*.

## Otázka č. 8 Vadí Vám rozhovory o smrti?

Tabulka č.8: Hovory o smrti

	absolutní počet	relativní počet
Ano	17	18%
Ne	71	73%
Nevím	9	9%
Σ	97	100%



Graf č.8: Hovory o smrti

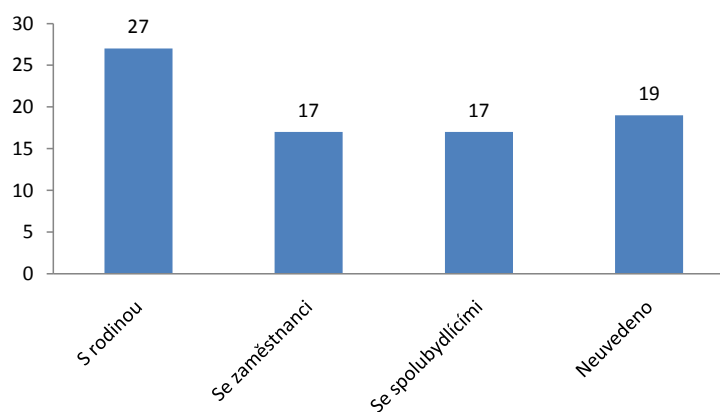
## Komentář

Opět graf názorně zobrazuje, že 17 dotázaných (18%) se o smrti nechce bavit, 71 z dotazovaných (73%) takové rozhovory nevadí a 9 respondentů (9%) neví. Může to znamenat, že pouze těchto 9 lidí se o smrti nikdy nebavilo, zatímco většina (88 lidí) má již s takovým rozhovorem zkušenost. Není to podstatné pro náš výzkum, proto jsme dále myšlenku nerozvíjeli.

## Otázka č. 9 Pokud nevádí, s kým si o smrti můžete povídat?

Tabulka č.9: S kým

	absolutní počet	relativní počet
S rodinou	27	34%
Se zaměstnanci	17	21%
Se spolubydlíci	17	21%
Neuvedeno	19	24%
Σ	80	100%



Graf č.9: S kým

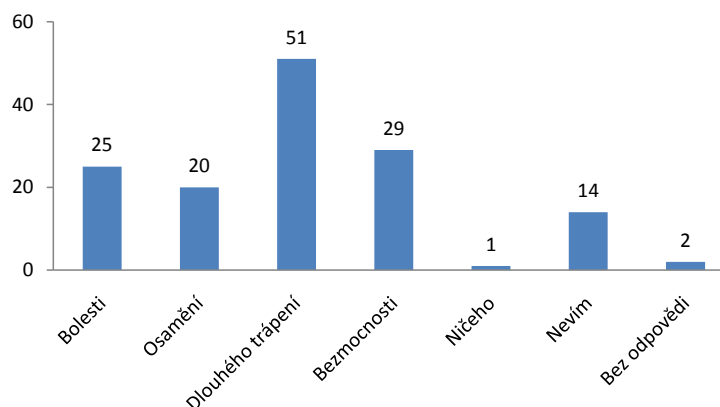
## Komentář

Vycházíme z počtu 71 respondentů. 19 (24%) jich blíže neuvádělo, s kým si může povídat. 52 vybíralo z nabízených možností – s rodinou, zaměstnanci, se spolubydlíci. Mohli vybírat i více možností, proto bylo získáno 61 odpovědí. Z nich byly nejčastěji uváděny hovory možné s rodinou – 27 odpovědí (34%). Se zaměstnanci nebo spolubydlíci bylo shodně vybráno 17 odpovědí (21%).

## Otázka č. 10 Myslíte si, že se lidé při umírání obávají

Tabulka č.10: Obavy při umírání

	absolutní počet	relativní počet
Bolesti	25	18%
Osamění	20	14%
Dlouhého trápení	51	36%
Bezmocnosti	29	20%
Ničeho	1	1%
Nevím	14	10%
Bez odpovědi	2	1%
$\Sigma$	142	100%



Graf č.10: Obavy při umírání

## Komentář

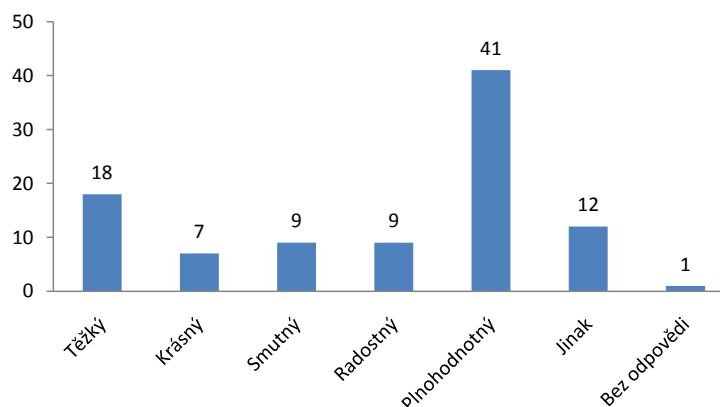
U této otázky mohli respondenti opět vybírat více možností. Celkem bylo získáno 140 odpovědí a 2 dotázaní neuvodili odpověď žádnou. Z grafu je patrné, že největší obavy mají lidé z dlouhého trápení, které může doprovázet umírání. Tuto možnost vybralo 51 respondentů (36%). Bezmocnost (29 osob – 20%), bolest (25 osob – 18%) a osamění (20 osob – 14%) jsou uváděny přibližně ve stejné míře. 10% seniorů (14 osob) neví, čeho se lidé při umírání obávají a pouze 1 dotázaný (1%) uvedl, že nemají obavy z ničeho.

Při tvoření dané otázky jsme předpokládali, že dotazovaní vloží do odpovědi své vlastní obavy. Seniori, kteří odpovídali, že „neví“, čeho se lidé při umírání obávají, mohou mít své vlastní obavy, ale reálně přemýšleli nad obavami ostatních.

## Otázka č. 11 Svůj život hodnotíte jako.

Tabulka č.11: Hodnocení života

	absolutní počet	relativní počet
Těžký	18	20%
Krásný	7	7%
Smutný	9	9%
Radostný	9	9%
Plnohodnotný	41	42%
Jinak	12	12%
Bez odpovědi	1	1%
$\Sigma$	97	100%



Graf č.11: Hodnocení života

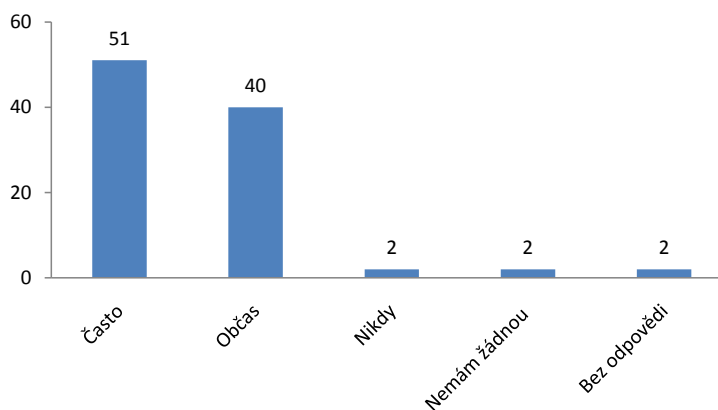
## Komentář

Další otázka zjišťovala, jak se senioři dívají na celý svůj život, jak jej zhodnotí. Určitě pro ně nebylo snadné zvolit jednu charakteristiku celého života. Nejvíce z dotázaných - 41 osob (42%) jej hodnotí jako plnohodnotný. 18 osob (20%) jej zhodnotilo jako těžký. Stejný počet respondentů vidělo svůj život buď smutný nebo radostný (9 osob – 9%). Krásný život prožilo 7 dotázaných (7%). Z nabízených odpovědí si nevybralo 12 respondentů (12%) a někteří z nich ještě připisovali svoji vlastní charakteristiku: *složitý, spokojený, zbytečný, půl na půl, nedá se jednoznačně hodnotit*. Jeden z respondentů (1%) nezvolil žádnou odpověď.

## Otázka č. 12 Navštěvuje Vás rodina?

Tabulka č.12: Návštěvy rodiny

	absolutní počet	relativní počet
Často	51	53%
Občas	40	41%
Nikdy	2	2%
Nemám žádnou	2	2%
Bez odpovědi	2	2%
$\Sigma$	97	100%



Graf č.12: Návštěvy rodiny

## Komentář

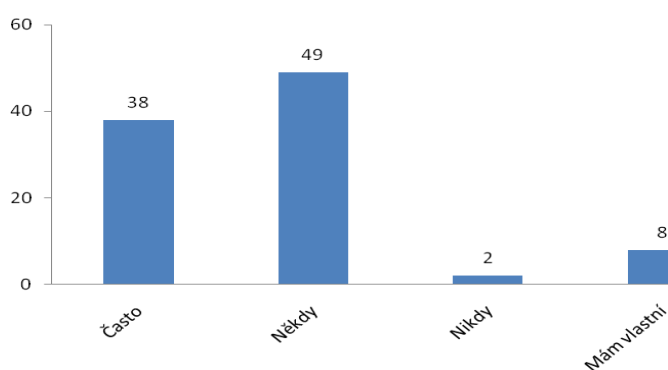
Odpověď „často“ vybrala více než polovina dotázaných, a sice 51 osob (53%). „Občas“ je navštěvováno rodinou 40 dotázaných (41%). Vyrovnané byly odpovědi „nikdy“, „nemám rodinu“ a „bez odpovědi“ - volili vždy 2 osoby (2%).



## Otázka č. 13 Zúčastňujete se aktivit v domově?

Tabulka č.13: Účast na aktivitách

	absolutní počet	relativní počet
Často	38	39%
Někdy	49	51%
Nikdy	2	2%
Mám vlastní	8	8%
Σ	97	100%



Graf č.13: Účast na aktivitách

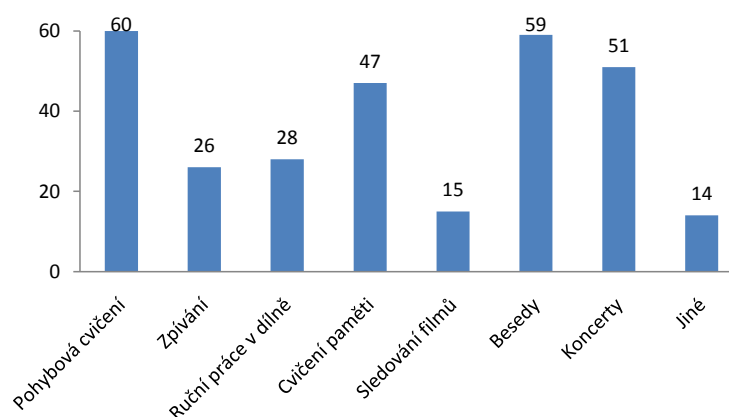
## Komentář

Graf nám ukazuje, že většina klientů využívá v zařízení nabízených aktivit. Často je navštěvuje 39 % (38 osob) a alespoň někdy se účastní 51% klientů (49 osob). Z toho vidíme, že 90% našich respondentů si vybere z nabídky činností. Nikdy se neúčastní pouze 2 respondenti (2%) a vlastní aktivity udává 8 respondentů (8%).

Otázka č. 14 **Pokud ano uveďte kterých.**

Tabulka č.14: Výběr aktivit

	absolutní počet	relativní počet
Pohybová cvičení	60	20%
Zpívání	26	8%
Ruční práce v dílně	28	9%
Cvičení paměti	47	16%
Sledování filmů	15	5%
Besedy	59	20%
Koncerty	51	17%
Jiné	14	5%
$\Sigma$	300	100%



Graf č.14: Výběr aktivit

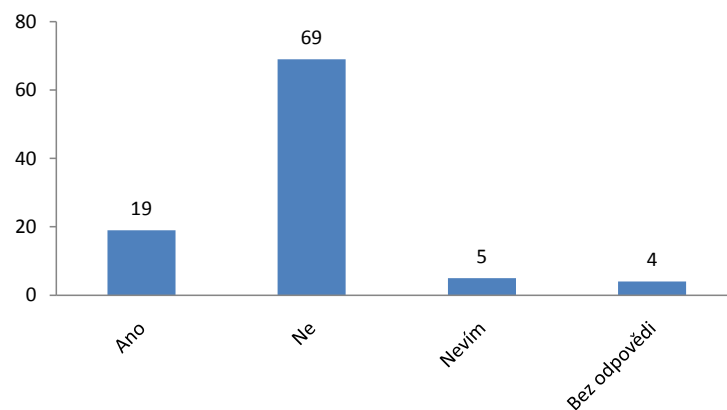
## Komentář

Zde měli opět dotazovaní možnost vybrat více odpovědí, získali jsme tedy celkem 300 odpovědí. Nejvíce si klienti chodí upevňovat svoji kondici na pohybová cvičení – 60 osob (20%). Stejně množství se také rádo účastní různých besed a povídání – 59 osob (20%). Pozvané umělce do zařízení si přijde vyslechnout 51 dotazovaných (17%). Důležitost cvičení paměti v pozdním věku si uvědomuje 47 respondentů (16 %). Ruční práce v dílně si vybírá 28 dotazovaných (9%) a zpívání 26 dotazovaných (8%). 5% respondentů (15 osob) rádo sleduje promítané filmy a 5% respondentů (14 osob) uvádí jiné aktivity, z nichž některé patří do nabízených společných aktivit (*bohoslužby, zábavná odpoledne, canisterapie*) a některé jsou vlastními aktivitami klientů (*luštění křížovek, večerní televize*).

## Otázka č. 15 Cítíte se v DS opuštění?

Tabulka č.15: Pocit opuštění

	absolutní počet	relativní počet
Ano	19	20%
Ne	69	71%
Nevím	5	5%
Bez odpovědi	4	4%
$\Sigma$	97	100%



Graf č.15: Pocit opuštění

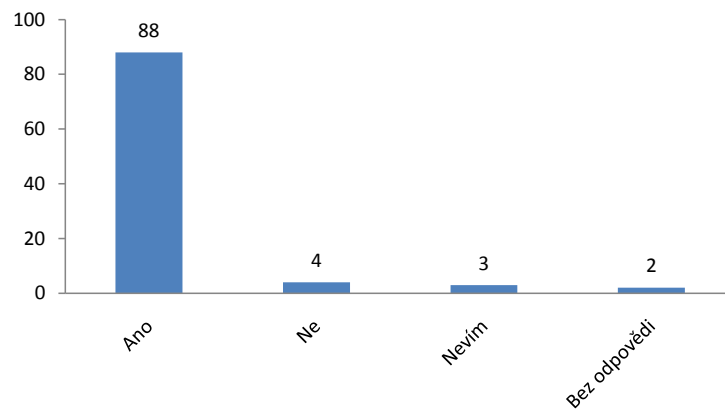
## Komentář

Z grafu je velmi dobře patrné, že 69 dotazovaných (71%) se necítí opuštěně, 19 respondentů (20%) naopak ano. Neví 5 klientů (5%) a na otázku neodpověděli 4 klienti (4%).

## Otázka č. 16 Vnímáte smrt jako něco, co patří k životu?

Tabulka č.16: Smrt – součást života

	absolutní počet	relativní počet
Ano	88	91%
Ne	4	4%
Nevím	3	3%
Bez odpovědi	2	2%
$\Sigma$	97	100%



Graf č.16: Smrt – součást života

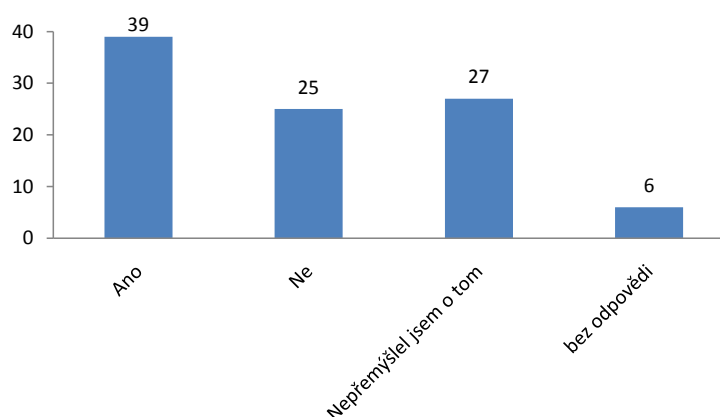
## Komentář

Převážná většina klientů (88 osob – 91%) považuje smrt za přirozenou událost patřící k životu. Jenom 4 oslovení (4%) ji takto nevnímají, 3 oslovení (3%) neví a 2 odpovědi (2%) nebyly uvedeny.

Otázka č. 17 **Přál(a) byste si mít v době umírání vedle sebe někoho blízkého?**

Tabulka č.17: Přítomnost blízkého

	absolutní počet	relativní počet
Ano	39	40%
Ne	25	26%
Nepřemýšlel jsem o tom	27	28%
Bez odpovědi	6	6%
$\Sigma$	97	100%



Graf č.17: Přítomnost blízkého

## Komentář

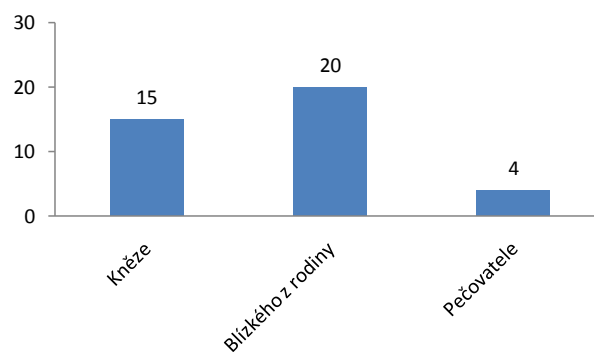
Oporu blízké osoby v době umírání by si přálo 40% respondentů (39 osob), naopak 26% (25 osob) uvedlo, že nikoliv. Jeden z dotazovaných vysvětlil toto přání *...aby si rodina zachovala pohled na zdravím zlomeného, ale ne umírajícího*. Dalších 28% (27 osob) nad touto otázkou nepřemýšlelo a 6% (6 osob) nevedlo žádnou odpověď.

Ne všichni tedy nad takovými skutečnostmi přemýšlí, ale 40% toužících neumírat o samotě je dostatečně vysoký počet na to, aby nás vedl k zamyšlení, jaké existují v současnosti možnosti doprovázení umírajícího v domovech pro seniory, eventuálně v nemocnicích.

Otázka č. 18 **Pokud ano, uveďte koho.**

Tabulka č.18: Zvolený blízký

	Absolutní počet	Relativní počet
Kněze	15	39%
Blízkého z rodiny	20	51%
Pečovatele	4	10%
Σ	39	100%



Graf č.18: Zvolený blízký

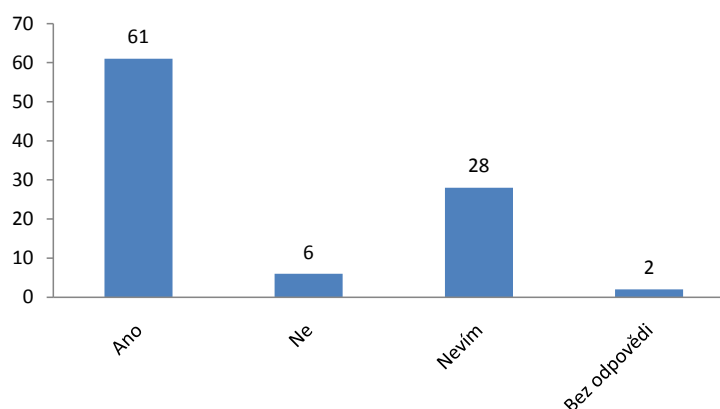
#### Komentář

Z 39 respondentů, kteří by chtěli při umírání u sebe přítomnost osoby, by si 20 (51%) přálo nejlépe příbuzného, 15 z nich (39%) by uvítalo kněze a pouze 4 osoby (10%) uvádělo pečovatele.

## Otázka č. 19 Mají lidé obavy ze smrti?

Tabulka č.19: Obavy ze smrti

	absolutní počet	relativní počet
Ano	61	63%
Ne	6	6%
Nevím	28	29%
Bez odpovědi	2	2%
$\Sigma$	97	100%



Graf č.19: Obavy ze smrti

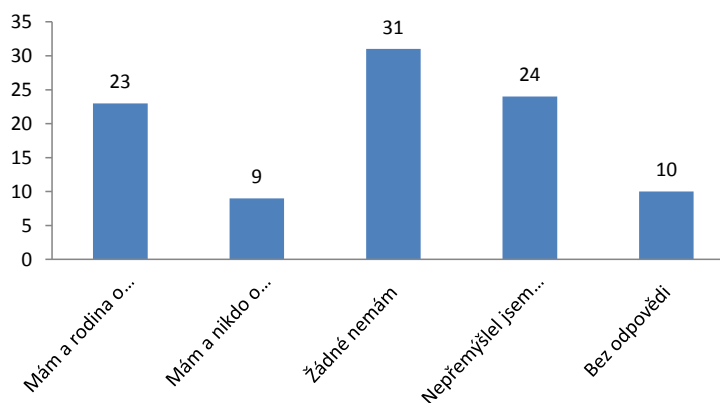
## Komentář

Při položení otázky předpokládáme, že se do odpovědi promítne vlastní pocit dotazovaného. Záměrem bylo zmírnit dopad přímé otázky na jedince, zda má ze smrti strach? Z grafu je patrné, že 61 dotazovaných (63%) se smrti obává a 28 dotázaných (29%) neví. Možná může mít určité pocity nejistoty, ale raději si takové myšlenky nepřipouští. Pouze 6 dotázaných (6%) ze smrti obavy nemá. Tuto skutečnost může vysvětlovat jedna z poznámek dotazovaných: „Nevím, jak tato myšlenka na každého působí, ale myslím, že každý po určitých zdravotních strastech se oddá do vůle boží“. Na dotaz neodpověděli 2 respondenti (2%).

## Otázka č. 20 Máte své poslední přání?

Tabulka č.20: Poslední přání

	absolutní počet	relativní počet
Mám a rodina o něm ví	23	24%
Mám a nikdo o něm neví	9	9%
Žádné nemám	31	32%
Nepřemýšlel jsem nad tím	24	25%
Bez odpovědi	10	10%
$\Sigma$	97	100%



Graf č.20: Poslední přání

## Komentář

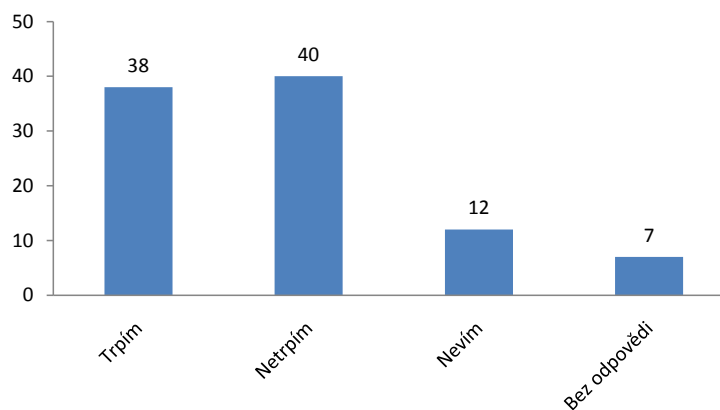
Na otázku neodpovídalo 10 dotázaných (10%), zbytek odpovědí, zda senioři mají, nemají nebo nepřemýšleli nad posledním přáním, je celkem rovnoměrně rozložen. 32 dotazovaných své poslední přání má, přičemž u 23 (24%) je s ním seznámena i rodina, u 9 z nich (9%) o něm rodina neví. Žádné poslední přání nemá 31 respondentů (32%) a 24 (25%) nad ním ještě nepřemýšlelo.



## Otázka č. 21 Trpíte úzkostí?

Tabulka č.21: Pocit úzkosti

	absolutní počet	relativní počet
Trpím	38	39%
Netrpím	40	42%
Nevím	12	12%
Bez odpovědi	7	7%
$\Sigma$	97	100%



Graf č.21: Pocit úzkosti

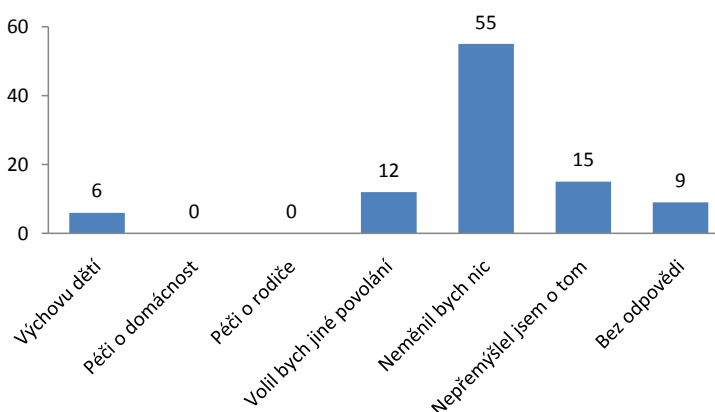
## Komentář

Pocity úzkosti jsou vysvětlovány jako obavy neurčitého obsahu, obavy z neznámého a smrt je pro každého jedince přesně takovou neznámou. K tomu, že trpí úzkostí, se „přiznalo“ 38 respondentů (39%) a zhruba stejné množství jí netrpí – 40 respondentů (42%). Neví, zda trpí úzkostí 12 dotazovaných (12%), neodpovědělo 7 dotázaných (7%).

## Otázka č. 22 Co byste ve svém životě změnil(a) nebo udělal(a) jinak?

Tabulka č.22: Změny v životě

	absolutní počet	relativní počet
Výchovu dětí	6	6%
Péči o domácnost	0	0%
Péči o rodiče	0	0%
Volil bych jiné povolání	12	12%
Neměnil bych nic	55	57%
Nepřemýšlel jsem o tom	15	16%
Bez odpovědi	9	9%
Σ	97	100%



Graf č.22: Změny v životě

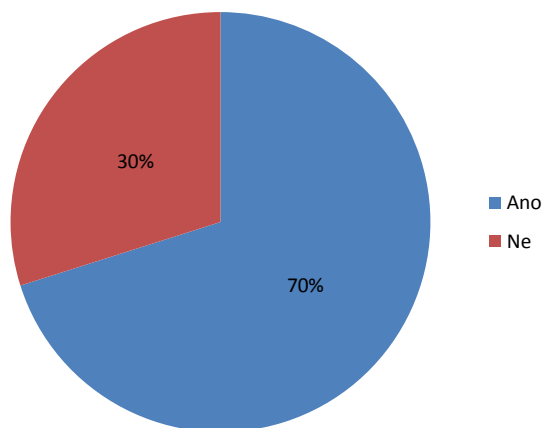
## Komentář

Graficky je názorně zobrazené, že 55 respondentů (57%) je se svým životem spokojeno a neměnilo by nic. Svůj život ještě nezhodnotilo 15 dotazovaných (16%), a právě v tom jim může být personál v zařízeních nápomocný různými odbornými přístupy, které byly uváděny v teoretické části. Se svým životním povoláním nebylo spokojeno 12 dotazovaných (12%) a napravit výchovu dětí by chtělo 6 dotazovaných (6%). Žádný z respondentů by neměnil péči o domácnost nebo péči o rodiče a 9 z dotazovaných (9%) využilo možnost neodpovídat.

## Otázka č. 23 Našel(la) jste si v DS kamaráda, kamarádku?

Tabulka č.23: Kamarád v DS

	absolutní počet	relativní počet
Ano	68	70%
Ne	29	30%
Σ	97	100%



Graf č.23: Kamarád v DS

## Komentář

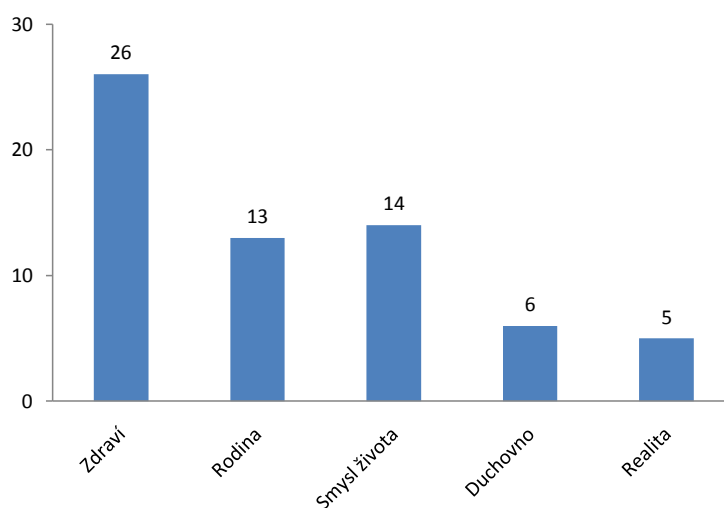
Převážná většina klientů domovů pro seniory netrpí naprostou osamělostí, neboť si najde v zařízení spřízněnou duši, se kterou může trávit alespoň určitou část svého času. Najde si kamaráda 67 osob (69%), což koresponduje s odpověďmi na pocit opuštěnosti v dotazu č. 15 (opuštěnými se necítí 71% dotázaných). Bohužel 28 respondentů (29%) si kamaráda nenajde a 2 respondenti (2%) nám odpověď neudali.

Otevřené otázky č. 24 a č. 25 byly kategorizovány a odpovědi zařazeny do subkategorií. Subkategorie byly interpretovány pomocí tabulek, grafů a komentářů.

## Otázka č. 24 Jaké přání byste si ještě rád(a) v životě splnil(a)?

Tabulka č.24: Zbývá ještě splnit

	Absolutní počet	Relativní počet
Zdraví	26	41%
Rodina	13	20%
Smysl života	14	22%
Duchovno	6	9%
Realita	5	8%
$\Sigma$	64	100%



Graf č.24: Zbývá ještě splnit

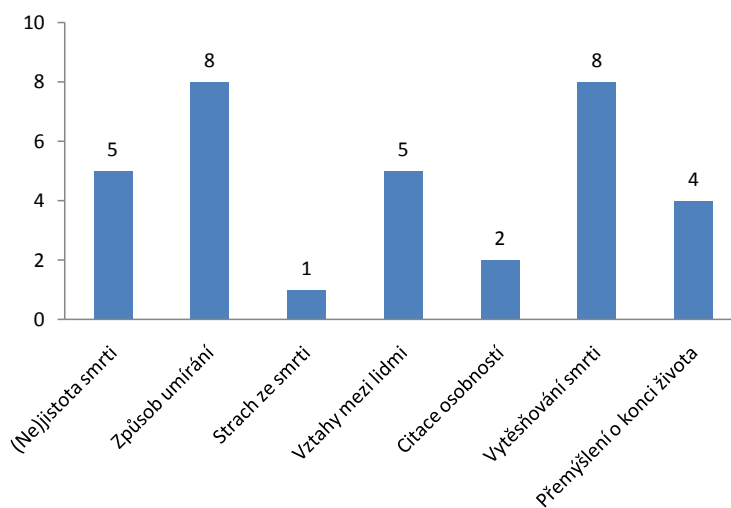
## Komentář

Bylo získáno 64 odpovědí, které byly následně zařazeny do pěti subkategorií. Nejčastější bylo udržení zdraví – 26 osob (41%), ať už svého vlastního nebo pro své nejbližší. Další přání seniorů se vztahovala k rodině, (pra)vnučatům a vzájemnému setkávání – 13 dotázaných (20%). Jiní z respondentů – 14 osob (22%) – si přejí stále udržet smysl svého života. 6 z dotázaných (9%) je zaměřeno ve svém přání na duchovní věci člověka a 5 z nich (8%) zase opačně na věci současné reality, jako *přidat peníze na vlastní potřeby* nebo ještě *sledovat osudy našich politiků*.

Otázka č. 25 Je ještě něco, co byste chtěl(a) na závěr doplnit k tomuto vážnému tématu?

Tabulka č.25: Dodatek

	Absolutní počet	Relativní počet
(Ne)jistota smrti	5	15%
Způsob umírání	8	24%
Strach ze smrti	1	3%
Vztahy mezi lidmi	5	15%
Citace osobností	2	6%
Vytěšňování smrti	8	24%
Přemýšlení o konci života	4	13%
Σ	33	100%



Graf č.25: Dodatek

### Komentář

V poslední otázce využilo možnost doplnit své vlastní myšlenky 33 dotázaných. Protože tyto „vzkazy“ byly velmi různorodé, bylo nakonec zvoleno sedm subkategorií, které tyto různorodé myšlenky obsáhly. Nejčastěji se respondenti vyjadřovali ve smyslu způsobu umírání nebo naopak se snažili smrt vytěšňovat – po 8 dotázaných (24%) u obou subkategorií. Jistotu nebo naopak nejistotu ve smrti spatřuje 5 dotázaných (15%) a stejný počet se zamýšlel nad souvislostí lidských vztahů a umírání. Další 4 respondenti (13%) se zamýšlí

o konci života, ne však až na jeho samotném konci. 2 z dotazovaných (6%) citovali známé osobnosti k zamyšlení nad životem a smrtí a pouze jednou (3%) byla zaznamenána myšlenka týkající se strachu ze smrti.

K zodpovězení některých dílčích výzkumných otázek musí být potvrzeny nebo vyvráceny hypotézy, které se k otázkám vztahují. Ke statistické hypotéze musí být vytvořena nulová hypotéza, která statistickými termíny hovoří o tom, že mezi dokazovanými jevy neexistuje vztah. K vyvrácení nebo dokázání vztahu bylo použito testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku, který byl vypočítán v programu Statistica. Zjištěné testové kritérium  $\chi^2$  bylo následně porovnáváno s kritickou hodnotou testového kritéria uváděnou v tabulkách pro potřebné stupně volnosti a hladinu významnosti 0,05. (Chráška, 2007, s 69 – 78)

### **H1 Senior, který se zúčastňuje aktivit v DS, přemýšlí o vlastní smrtelnosti méně často než senior, který se aktivit neúčastní.**

H01 Mezi četnostmi účasti na aktivitách a přemýšlením o vlastní smrtelnosti není závislost.

Tabulka č.26: Vliv aktivit na přemýšlení o smrtelnosti

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Sešit3.sta) □ Pearsonův chí-kv. : 10,1845, sv=12, p=,599780							
	Aktivity	Přemýšlení o smrtelnosti (2)	Přemýšlení o smrtelnosti (1)	Přemýšlení o smrtelnosti (4)	Přemýšlení o smrtelnosti (3)	Přemýšlení o smrtelnosti (5)	Rádk. (součty)
	2	14,64948	10,60825	2,525773	9,09278	12,12371	49,00000
	1	11,36082	8,22680	1,958763	7,05155	9,40206	38,00000
	3	0,59794	0,43299	0,103093	0,37113	0,49485	2,00000
	4	2,39175	1,73196	0,412371	1,48454	1,97938	8,00000
	Vš.skup.	29,00000	21,00000	5,000000	18,00000	24,00000	97,00000

$$\chi^2 (12) = 21,026 > 10,1845$$

Vypočítaná hodnota je menší než hodnota kritická, proto je přijata nulová hypotéza. Není prokázána statisticky významná souvislost mezi účastí seniora na aktivitách a jeho přemýšlením o vlastní smrtelnosti.

**H2 Senior, kterého navštěvuje jeho rodina, uvádí obavy ze smrti méně často než senior, kterého rodina nenavštěvuje.**

H02 Mezi četnostmi rodinných návštěv a obavami ze smrti není závislost.

Tabulka č.27: Vliv rodinných návštěv na obavy ze smrti

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Sešit3.sta) □ Pearsonův chí-kv. : 10,0444, sv=12, p=,612063						
	Návštěvy rodiny	Obavy ze smrti (2)	Obavy ze smrti (1)	Obavy ze smrti (4)	Obavy ze smrti (3)	Řádk. (součty)
	2	2,474227	25,15464	0,824742	11,54639	40,00000
	1	3,154639	32,07216	1,051546	14,72165	51,00000
	5	0,123711	1,25773	0,041237	0,57732	2,00000
	3	0,123711	1,25773	0,041237	0,57732	2,00000
	4	0,123711	1,25773	0,041237	0,57732	2,00000
	Vš.skup.	6,000000	61,00000	2,000000	28,00000	97,00000

$$\chi^2 (12) = 21,026 > 10,044$$

Vypočítaná hodnota je menší než hodnota kritická, proto je přijata nulová hypotéza. Mezi četnostmi rodinných návštěv a uváděním obav ze smrti není prokázána statisticky významná souvislost.

**H3 Senior, který si našel v DS přítele/přítelkyni (kamaráda/kamarádku), dokáže o smrti hovořit, považuje ji za součást života a dokáže smrt a umírání přijmout lépe než senior, který je bez přátel.**

H03a Mezi četnostmi kamarádských vztahů a rozhovorů o smrti není závislost.

Tabulka č.28a: Vliv kamarádství na hovory o smrti

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Sešit3.sta) □ Pearsonův chí-kv. : ,056076, sv=2, p=,972351					
	Kamarád	Rozhovory o smrti (2)	Rozhovory o smrti (1)	Rozhovory o smrti (3)	Řádk. (součty)
	2	21,22680	5,08247	2,690722	29,00000
	1	49,77320	11,91753	6,309278	68,00000
	Vš.skup.	71,00000	17,00000	9,000000	97,00000

$$\chi^2 (2) = 5,991 > 0,056$$

Vypočítaná hodnota je menší než hodnota kritická, proto je přijata nulová hypotéza. Není prokázána statisticky významná souvislost mezi navázáním kamarádských vztahů a možností hovořit o smrti.

H03b Mezi četnostmi kamarádkých vztahů a pohledem na smrt jako součást života není závislost.

Tabulka č.28b: Vliv kamarádství na pohled na smrt

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Sešit3.sta) □ Pearsonův chí-kv. : 1,26679, sv=3, p=,737033						
	Kamarád	Patří smrt k životu (2)	Patří smrt k životu (1)	Patří smrt k životu (4)	Patří smrt k životu (3)	Řádk. (součty)
	2	1,195876	26,30928	0,597938	0,896907	29,00000
	1	2,804124	61,69072	1,402062	2,103093	68,00000
	Vš.skup.	4,000000	88,00000	2,000000	3,000000	97,00000

$$\chi^2(3) = 7,815 > 1,267$$

Vypočítaná hodnota je menší než hodnota kritická, proto je přijata nulová hypotéza. Není prokázána statisticky významná souvislost mezi navázáním kamarádkých vztahů a pohledem na smrt jako součást života.

#### H4 Mladší senior (do 75 let) častěji uvádí obavy z umírání než starší senior (nad 75 let).

H04 Mezi věkem seniora a obavami z umírání není souvislost.

Tabulka č.29: Vliv věku na obavy z umírání

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Sešit3.sta) □ Pearsonův chí-kv. : 2,42423, sv=3, p=,489141						
	Věk	Obavy ze smrti (2)	Obavy ze smrti (1)	Obavy ze smrti (4)	Obavy ze smrti (3)	Řádk. (součty)
	2	4,762887	48,42268	1,587629	22,22680	77,00000
	1	1,237113	12,57732	0,412371	5,77320	20,00000
	Vš.skup.	6,000000	61,00000	2,000000	28,00000	97,00000

$$\chi^2(3) = 7,815 > 2,424$$

Vypočítaná hodnota je menší než hodnota kritická, proto je přijata nulová hypotéza. Mezi věkem seniora a uváděním obav z umírání není statisticky významná souvislost.



**H5 Věřící senioři přemýšlí nad vlastní smrtelností častěji než senioři nevěřící**

H05 Mezi vírou seniora a přemýšlením o vlastní smrtelnosti není souvislost.

Tabulka č.30: Vliv víry na přemýšlení o smrtelnosti

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Sešit3.sta) □ Pearsonův chí-kv. : 1,85574, sv=4, p=,762271							
	Věřící	Přemýšlení o smrtelnosti (2)	Přemýšlení o smrtelnosti (1)	Přemýšlení o smrtelnosti (4)	Přemýšlení o smrtelnosti (3)	Přemýšlení o smrtelnosti (5)	Rádk. (součty)
2		2,98969	2,16495	0,515464	1,85567	2,47423	10,00000
1		26,01031	18,83505	4,484536	16,14433	21,52577	87,00000
	Vš.skup.	29,00000	21,00000	5,000000	18,00000	24,00000	97,00000

$$\chi^2 (4) = 9,488 > 1,856$$

Vypočítaná hodnota je menší než hodnota kritická, proto je přijata nulová hypotéza. Mezi vírou seniora a přemýšlením o vlastní smrtelnosti není statisticky významná souvislost.

**H6 Ženy by při umírání chtěly mít u sebe někoho blízkého častěji než muži.**

H06 Mezi pohlavím a přáním mít u sebe blízkého v době umírání není souvislost.

Tabulka č.31: Vliv pohlaví na přání neumírat opuštěný

Souhrnná tab.: Očekávané četnosti (Sešit3.sta) □ Pearsonův chí-kv. : 1,52539, sv=3, p=,676422						
	Pohlaví	Blízký při umírání (2)	Blízký při umírání (1)	Blízký při umírání (4)	Blízký při umírání (3)	Rádk. (součty)
2		21,39175	33,37113	5,134021	23,10309	83,00000
1		3,60825	5,62887	0,865979	3,89691	14,00000
	Vš.skup.	25,00000	39,00000	6,000000	27,00000	97,00000

$$\chi^2 (3) = 7,815 > 1,525$$

Vypočítaná hodnota je menší než hodnota kritická, proto je přijata nulová hypotéza. Mezi pohlavím a přáním seniora mít u sebe v době umírání někoho blízkého není souvislost.

## 5.6 Diskuse

Po základním zpracování dotazníkových otázek můžeme přistoupit k odpovědím na dílčí výzkumné otázky.

### **Jaké pocity u seniorů vyvolává umírání a smrt?**

K otázce byly přiřazené následující otázky z dotazníku:

Č. 10 Myslíte si, že se lidé při umírání obávají:

Č. 16 Vnímáte smrt jako něco, co patří k životu?

Č. 19 Mají lidé obavy ze smrti?

Č. 21 Trpíte úzkostí?

Umírání a smrt patří k jednomu z okamžiků lidského života, kterého se lidé obávají a často u nich budí úzkost. Nejvíce mají strach z dlouhého trápení při umírání, což ostatně doložili i svými dodatky k tomuto tématu v poslední otázce: „zemřít bez dlouhého trápení“, „usnout a už nevstát“. Mají strach z bezmocnosti, bolesti i osamění. Bolest jako fyzické prožívání umírání byla udávána o polovinu méně často než bezmocnost a osamění, které vystihují psychickou stránku prožívání posledních chvil lidského života. Převážná většina si uvědomuje, že smrt patří přirozeně ke koloběhu života. Ti, kteří ji takto nevnímají nebo váhají daný názor přijmout, mohli zažít předčasnou ztrátu milovaného člověka, jež jim nedovolí vnímat smrt jako přirozenou součást života. Ti, kteří udávají, že lidé nemají obavy ze smrti, mohou být smířeni s Bohem, božím zákonem. Dostatečně si vážili života a žili tak, že neubližovali druhým, konali dobré skutky. Nemusí se bát svého svědomí. Žili tak, že nemusí mít strach ze smrti, jsou vyrovnaní se svým odchodem ze světa.

### **Jsou senioři v DS připraveni na konec života?**

K otázce byly přiřazené následující otázky z dotazníku:

Č. 4 Čeho si nejvíce vážíte na svém životě?

Č. 5 Přemýšlíte o vlastní smrtelnosti?

Č. 6 Pokud o smrtelnosti přemýšlíte, kdy jste začal(a)?

Č. 7 Ovlivnila Vaše přemýšlení o smrtelnosti konkrétní událost?

Č. 11 Svůj život hodnotíte jako:

Č. 20 Máte své poslední přání?

Č. 22 Co byste ve svém životě změnil(a) nebo udělal(a) jinak?

Při pokládání si této otázky jsme přemýšleli nad tím, jak je možné se na konec života připravit? Vyšli jsme z toho, že pro starého člověka je důležité zbilancovat svůj život, připomenout si úspěchy, smířit se s neúspěchy. Pro mnoho lidí je důležité, aby mu bylo splněno jeho poslední přání, kterým beze zbytku naplní svůj život a může v klidu zemřít. Určitou přípravu na konec života představuje i přemýšlení o vlastní smrtelnosti, uvědomování si skutečnosti, že tento okamžik jednou zákonitě nastane. To však ještě neznamená, že pro něj smrt nebude velkou neznámou, o jejímž seznámení se s ní nám již nic neřekne.

Zamýšlení nad vlastním životem nebyl pro respondenty zcela jednoduchý úkol. Bylo pro ně těžké vybírat pouze jednu možnost, čeho si na svém životě váží nejvíce. Většinou jsou hrdí na své děti, starost o domácnost a rodinu. Jsou to záležitosti, které tvoří celoživotní náplň člověka – starat se a pečovat. Můžeme tedy říct, že starost a péče je pro ně důležitá i v posledních okamžicích života, i když už ji nebudou oni rozdávat, ale spíše přijímat.

Polovina respondentů o smrti přemýšlí a další mají tuto otázku již vyjasněnou, takže nemají potřebu se k ní vracet. Jen nepatrná část tyto myšlenky vytěsňuje ze své mysli, ale celá ¼ o vlastní smrtelnosti nepřemýšlí. Přesto všechno si ¾ dotázaných uvědomují svoji smrtelnost, připravují se na konec života. Ve více než polovině případech se takovými myšlenkami zabývali již delší dobu před pobytem v DS. Nelze proto říci, že by je k tomu vedlo umístění do zařízení a život se svými vrstevníky pod jednou střechou. Pouze ¼ dotázaných začala nad smrtelností uvažovat až v DS. Může k tomu vést jejich prožívání pobytu v zařízení jako „poslední štace“ na životní cestě. Ti, kteří o smrtelnosti přemýšlí již delší dobu před pobytem v DS, jsou většinou ovlivněni prožitkem konkrétní události, která je k tomu vedla. Nejčastěji to byla ztráta blízkého člověka nebo těžká nemoc (vlastní či nejbližších). Dalšími důvody bylo prožití vlastní klinické smrti, otevřené rodinné hovory na dané téma, její patřičnost k životu jako narození a *už mám moc roků, tak k ní mám blízko*. Překvapilo mne, že pouze jeden z dotazovaných byl ovlivněn umíráním spolubydlících v domově. Možná je to právě proto, že ve smrti spatřují přirozenost života, zvláště v jejich vysokém věku. Svůj život hodnotí jako plnohodnotný a často i jako těžký. Takové hodnocení může korespondovat s prožitím válečných let, poválečného období a budování komu-

nismu u nás. Domnívám se, že označení života za plnohodnotný v sobě nese všechny radosti i starosti, veselí i smutek, zkrátka pestrost každodenního života. Na svém životě by většinou nic neměnili, a pokud ano, bylo by to nejčastěji povolání. Myslím si, že často museli povolání vybírat podle situace a možností rodiny. Jejich vlastní přání muselo často ustoupit před realitou. Zajímavé bylo zamyšlení nad změnou života u jedné z respondentek: *Jistě bych něco změnila, protože dokud člověk žije, nezbaví se pochybností. V koloběhu povinností je důležité zůstat sám sebou.* Splněním posledního přání si představuje završit životní dráhu třetina dotázaných. Svědčí to o tom, že o smrti a konci života přemýšlí, připravují se a chtějí by svůj život plnohodnotně završit.

### **Jak jsou senioři ochotni hovořit o umírání a smrti?**

K otázce byly přiřazené následující otázky z dotazníku:

Č. 8 Vadí Vám rozhovory o smrti?

Č. 9 Pokud nevadí, s kým si o smrti můžete povídat?

Téměř ¾ respondentů uvedly, že rozhovory o smrti jim nevadí. Z toho plyne, že senioři jsou na rozhovory na dané téma připraveni. Je však nezbytné k tématu přistupovat velmi citlivě a individuálně. Osobně jsem se o tom přesvědčila při provádění výzkumu v našem zařízení. Téměř všichni oslovení zůstali při seznámení s tématem překvapeni, nevěděli, co mohou očekávat. Většinou následně chtěli vyplňovat dotazník s mojí pomocí. Společně jsme potom diskutovali nad jednotlivými otázkami, klienti se zamýšleli nad svým postojem ke smrti, bilancovali svůj prožitý život. Hovory o smrti nejsou tedy jenom hovory o samotné smrti, ale také zhodnocení života, smíření se s dávnými událostmi, možné zodpovězení si různých otázek. Přestože nejčastěji dotazovaní odpovídali, že si mohou o smrti povídat s rodinou, nebyl v četnosti tak velký náskok před zaměstnanci nebo spolubydlícími. Jsou však dostatečně k těmto hovorům připraveni zaměstnanci? Jeden z dotazovaných ještě v dotazníku doplnil, že si o smrti může povídat *s knězem*, jiný si naopak *přemýšlí jen tak sám, když večer ulehne.*

**Ovlivňuje aktivita seniora vnímání umírání a smrti?**

**H1 Senior, který se zúčastňuje aktivit v DS, přemýšlí o vlastní smrtelnosti méně často než senior, který se aktivit neúčastní.**

Otázky z dotazníku:

Č. 5 Přemýšlíte o vlastní smrtelnosti?

Č. 13 Zúčastňujete se aktivit v domově?

Nebylo potvrzeno, že by seniora, který je v domově více aktivní, méně napadaly myšlenky o vlastní smrtelnosti. Zúčastňovat se různých aktivit tedy neznamena mít méně času na přemýšlení. Pro seniora je důležité se v aktivitách realizovat, být užitečný, udržovat ještě svoje schopnosti, být spokojený se svým životem. To se však nevylučuje se skutečností, že je smrtelný a že se jeho život chýlí ke konci.

**Ovlivňují sociální vztahy seniora vnímání umírání a smrti?**

**H2 Senior, kterého navštěvuje jeho rodina, uvádí obavy ze smrti méně často než senior, kterého rodina nenavštěvuje.**

Otázky z dotazníku:

Č. 12 Navštěvuje Vás rodina?

Č. 19 Mají lidé obavy ze smrti?

**H3 Senior, který si našel v DS přítele/přítelkyni (kamaráda/kamarádku), dokáže o smrti hovořit, považuje ji za součást života a dokáže smrt a umírání přijmout lépe než senior, který je bez přátel.**

Otázky z dotazníku:

Č. 8 Vadí Vám rozhovory o smrti?

Č. 16 Vnímáte smrt jako něco, co patří k životu?

Č. 23 Našel(la) jste si v DS kamaráda, kamarádku?

Ani pěkný vztah s rodinou a časté návštěvy nezaručují, že by se senioři méně obávali smrti. Skutečnost, že si kromě kontaktů s rodinou ještě rozšíří své vztahy o kamarádství s jiným klientem v zařízení, neovlivňuje ochotu hovořit o smrti ani pohled seniora na smrt jako

součástí života. Vztahy seniora obohacují, dávají mu pocit sounáležitosti, ale nepotvrdila se souvislost s vnímáním umírání a smrti. Pohled na smrt snad může ovlivnit celý seniorův prožitý život nebo jeho zdravotní stav, který může jisté obavy ze smrti přinést. Takovou myšlenku vyjádřil v dotazu na obavy ze smrti jeden z respondentů: *Nevím, jak tato myšlenka na každého působí, ale myslím, že každý po určitých zdravotních strastech se oddá do vůle Boží.*

#### **Ovlivňuje věk, pohlaví a víra seniora vnímání umírání a smrti?**

**H4 Mladší senior (do 75 let) častěji uvádí obavy z umírání než starší senior (nad 75 let).**

Otázky z dotazníku:

Č. 2 Kolik je Vám let.

Č. 19 Mají lidé obavy ze smrti?

**H5 Věřící senioři přemýšlí nad vlastní smrtelností častěji než senioři nevěřící**

Otázky z dotazníku:

Č. 3 Jste věřící?

Č. 5 Přemýšlíte o vlastní smrtelnosti?

**H6 Ženy by při umírání chtěly mít u sebe někoho blízkého častěji než muži.**

Otázky z dotazníku:

Č. 1 Jaké je Vaše pohlaví

Č. 17 Přál(a) byste si mít v době umírání vedle sebe někoho blízkého?

Ani v následujících hypotézách nebyly shledány statisticky významné souvislosti, takže může být odpovězeno, že věk, pohlaví ani víra neovlivňují u seniora významně vnímání umírání a smrti. Obavy ze smrti nejsou podmíněné skutečností, že čím se senior dožívá vyššího věku, tím by se mohl smrti častěji obávat. Už bylo uváděno, že určité obavy s sebou může přinášet zhoršující se zdravotní stav, který mnohdy vyšší věk provází. Také se nepotvrdilo, že by přemýšlení o smrtelnosti bylo podmíněno vírou člověka. Víra nejspíš může pouze ovlivnit, jak je o smrtelnosti přemýšleno. Skutečnost, že lidé nechtějí umírat

osamoceni, není podmíněna pohlavím umírajícího. Může vycházet z osobnosti umírajícího, ze zkušenosti rvát se s životem, z osobní zkušenosti doprovázení umírajícího nebo z přání, *aby si rodina zachovala pohled zdravím zlomeného, ale ne umírajícího*. Výsledek může být ovlivněn skutečností, že asi třetina respondentů o tom ještě nepřemýšlela. Vnímání umírání a smrti je individuální záležitostí, kterou mohou ovlivnit životní zkušenosti jedince, jeho životní skutky, celoživotní náhled na události běhu života.

### Co ještě klienti doplnili k tomuto vážnému tématu?

V odpovědích na poslední dotazníkovou otázku mě nejvíc zaujaly odpovědi, ve kterých dávali respondenti do souvislosti strach ze smrti a způsob umírání s prožitým životem, se vztahem k lidem. *Vážit si přírody, nemít strach ze smrti, pokud jsme k ostatním hodní. Umírání snášet statečně, odcházet s pocitem, že jsem nikomu neublížila. Každý se má obrátit k Bohu, dělat dobré skutky, na smrtelné posteli je už pozdě. Těžko říct, jestli se bojí svého svědomí. A na závěr: Jiřina Jirásková: Člověk musí:*

- v něco věřit

- vážit si sám sebe

- včas umřít

Výzkum celkově prokázal, že senioři jsou připraveni o umírání a smrti hovořit, přestože je to velmi citlivé a tabuizované téma. Je však žádoucí přistupovat k tématu citlivě a s dobrou znalostí klienta. Pojmout toto téma jako intimní záležitost, pro kterou není k hovoru třeba mnoho svědků. Hovory o umírání a smrti v sobě nesou především hovory o životě. O tom, jak jej prožili, co by změnili, s čím jsou spokojeni. Potom je určitě snazší ptát se i na poslední okamžik života. Klienti, kteří by v životě nic neměnili, jsou se svým životem spokojení a vyrovnaní. Určitě jsou více vyrovnaní i s otázkou umírání a vlastní smrti.

Dále bylo ve výzkumu zaznamenáno, že ani v zařízeních sociálních služeb senioři nečekají pasivně na svůj konec. Většinou si najdou k sobě spřízněnou duši, se kterou mohou sdílet radosti i starosti, navštěvují aktivity, necítí se opuštěni. Chtějí svůj život prožít aktivně až do konce, pokud jim stačí síly. I to přispívá k pocitu plnohodnotnosti života, jak jej hodnotilo nejvíce z dotazovaných.

Domnívám se, že celkově jsou senioři připraveni na konec života. Alespoň co se týká jeho bilancování. Zamýšlí se nad prožitým životem, smrt většinou považují za jeho přirozenou součást. Uvědomují si však, že přesný okamžik ani jeho prožívání nikdo nikdy znát nemůže. To v nich může občas vyvolávat obavy, pocity úzkosti. V takových okamžicích by měli mít vedle sebe osobu, které důvěřují a dokázali by se jí se svými obavami svěřit. V domovech pro seniory by tuto roli měli zastávat pracovníci v přímé péči, kteří by měli dokázat adekvátně s klientem komunikovat, věnovat mu potřebný dostatek času k uspokojení jeho duševních potřeb.

Touto myšlenkou jsme se dostali k podstatě paliativní péče, která je především poskytována v hospicích umírajícím nemocným lidem. Je však potřebná pro všechny umírající, i pro lidi staré, s chronickými chorobami a jinými problémy stáří. Všichni mají stejné potřeby biologické, psychické, sociální i spirituální, které dobře realizovaná paliativní péče dokáže uspokojovat. Vzhledem k budoucímu očekávání stárnutí populace a umírání ve stále vyšším věku má paliativní péče perspektivu. Její myšlenky a principy je potřeba šířit mezi pracovníky, kteří pečují o staré občany, aby dokázali reagovat na potřebu a ochotu těchto jedinců hovořit o umírání a smrti. Vhodným přístupem jim mohou pomoci uzavřít poslední kapitolu života.

Provedený výzkum potvrdil některé skutečnosti z výzkumů, které byly v práci uváděny v kapitole 3.5.2. Shodně senioři uvedli, že se při umírání obávají bolesti, osamění a bezmocnosti (tím závislosti na péči jiné osoby). V našem výzkumu jich myšlenky o smrtelnosti potvrdilo téměř 70%, shodly se na tom, z čeho mají při umírání obavy: z bezmocnosti, kterou budou na obtíž těm, kdo o ně budou pečovat, z bolesti a také z osamění. V době umírání je pro ně důležitý jak blízký člen rodiny, tak přítomnost kněze.



## ZÁVĚR

Práce se věnuje tématu umírání a smrti, názorům a pocitům, jaké umírání a smrt vyvolává u seniorů. Je zaměřena na seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb, kteří v nich prožívají svoji poslední část života, kteří v nich umírají.

V teoretické části jsou předkládány pohledy na smrt v minulosti a současnosti. Jsou popisovány možnosti péče o umírající i jeho blízké v současné společnosti. Je nezbytné seznámení s životem a klienty v zařízeních sociálních služeb. Proto jsou uváděny různé projevy stáří, radosti i strasti života ve stáří, výhody i úskalí života v domovech pro seniory.

Názory obyvatel těchto zařízení na umírání a smrt byly předmětem výzkumného šetření v praktické části diplomové práce.

Výsledky výzkumu ukazují, že senioři si uvědomují existenci smrti jako nedílnou součást a přirozené zakončení života. To jim ale nezabrání, aby neměli z umírání obavy a občasné úzkosti. Obávají se především trápení, bezmocnosti a osamělosti při umírání. I když neznají přesný okamžik smrti, jsou již ve svém věku na ni víceméně připraveni. Přemýšlí nad smrtelností, hodnotí svůj život, mnozí mají promyšlené poslední přání. Převážná většina uvádí, že jim nevadí rozhovory o smrti. Tady spatřují rezervy především na straně ošetřujícího personálu, který od náznaků hovorů směřujících ke smrti spíše odvádí pozornost klienta k jinému tématu. Dále výzkum ukázal, že to, jakým způsobem senior v sociálním zařízení vnímá umírání a smrt, není ovlivněné jeho věkem, pohlavím ani vírou. Jeho pohled neovlivňuje ani aktivita ani dobré vztahy s rodinou nebo navázané v zařízení. Tyto skutečnosti napomáhají dobrému prožívání plnohodnotného života, ke kterému patří i umírání a smrt. Završení svého života by si přáli za přítomnosti blízkého člověka (nejlépe z rodiny) a kněze, který jim udělí poslední pomazání a dovede je k vyrovnání s Bohem.

Doporučení pro praxi? Starat se v zařízení sociálních služeb nejen o pohodlí, čistotu, fyzický komfort jedince, ale ve stejné míře pečovat o jeho duševní prožívání vlastního stáří. Mít prostor zastavit se, věnovat mu čas k povídání, naslouchat. Senior nám tak může otevřít svoje nitro, smířit se s životem a zmenšit svoji úzkost z neznámé smrti, lépe se tak na ni připravit. A možná tak i získá jistotu, že nebude ve svém umírání sám, že někdo bude mít čas být mu v posledních okamžicích nablízku. Je žádoucí vzdělávat personál v paliativní péči a uplatňovat ji i v zařízeních tohoto typu.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4
- [2] BRADLEAY, Stanley, 2005. *O životě a smrti. Existuje posmrtný život?* Praha: Deus. ISBN 80-86215-75-X
- [3] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4
- [4] DIENTSBIER, Jiří a Zdenka PROCHÁZKOVÁ, 2011. *Ó, sladké stáří*. Praha: Radix. ISBN 978-80-87573-00-6
- [5] DIENTSBIER, Zdeněk, 2009. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. Praha: Radix. ISBN 978-80-86013-88-0
- [6] DRAGOMIRECKÁ, 2007 cit. podle ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2
- [7] DRATVA. Miesto a úlohy sociálnej práce v starostlivosti o zomierajúcich starších ľudí. In: HROZENSKÁ, Martina a kolektiv, 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, s. 139 - 147. ISBN 978-80-8063-282-3
- [8] FRANKL, 1997 cit. podle ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2
- [9] GOMES, Barbara a Irene J. HIGGINSON, 2008. Where people die (1974—2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliative Medicine* [online]. 2008, 22.1: s.33-41 [cit. 2014-03-14] Dostupné z: <http://pmj.sagepub.com/content/22/1/33.full.pdf>
- [10] GREGOR, Ota, 1983. *Stárnout to je kumšt*. Praha: Olympia. 27-005-83
- [11] HABARTOVÁ, Světlana. *Názory českých seniorů na eutanazii*. Zlín, 2013. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí diplomové práce Soňa Vávrová
- [12] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0

- [13] HROZENSKÁ, Martina a kolektiv, 2008. *Sociální práce so staršími lidmi a její teoreticko-praktické východiska*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3
- [14] HUGHESOVÁ, 1990 cit. podle HROZENSKÁ, Martina a kolektiv, 2008. *Sociální práce so staršími lidmi a její teoreticko-praktické východiska*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3
- [15] CHOVANCOVÁ, Jana. *Paliativní péče a její možnosti v Domě pokojného stáří Zlín*. Zlín, 2010. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí diplomové práce Zuzana Tichá
- [16] CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4
- [17] JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek v práci se seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3
- [18] KABELKA, L. a R. ALEXANDROVÁ. Podpora truchlících pozůstalých. In: SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, s. 315 - 318. ISBN 978-80-7262-505-5
- [19] KABELKA, L., O. SLÁMA a A. MIŠOŇOVÁ. Domácí paliativní péče. In: SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, s. 329 - 332. ISBN 978-80-7262-505-5
- [20] KALVACH, Z. a L. KABELKA. Paliativní péče v geriatрии. In: SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, s. 266 - 273. ISBN 978-80-7262-505-5
- [21] KASTOVÁ, 1996 cit. podle STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: Nakladatelství H & H Vyšehradská. ISBN 80-7319-059-1
- [22] KISVETROVÁ, Helena a Jana KUTNOHORSKÁ, 2010. *Umírání a smrt v historickém vývoji*. Kontakt – odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky [online]. 2010, č. 2, s. 212-219 [cit. 2014-03-12]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120423120621813827.pdf>

- [23] KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, Radana a kol., 2011 *Pečovatelsví II. Učební text pro žáky oboru Sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-531-2
- [24] KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK, 1995. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů. ISBN 80-85495-43-0
- [25] KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabeth, 1992. *O životě po smrti*. Turnov: ARICA. ISBN 80-900134-7-3
- [26] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2
- [27] LESTEROVÁ, J. Reflexe života – narativní terapie u nemocných v terminálním stadiu. In: FIRTHOVÁ, Pam, Gill LUFFOVÁ a David OLIVIERE, ed., 2007. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, s 89 – 102. ISBN 978-80-87029-21-3
- [28] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3
- [29] MOODY, Raymond A., Jr., 2010. *Život po životě*. Vydání čtvrté. Praha: Knižní klub. ISBN 978-80-242-2713-9
- [30] MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2
- [31] MUMFORD, Jonn a Meghan STEVENSOVÁ, 1999. *Smrt – konec, anebo počátek?*. Český Brod: Ivo Železný. ISBN 80-240-1094-1
- [32] MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0
- [33] ONDRAČKA, Lubomír et al., 2010. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-3-6
- [34] ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2

- [35] POLEDNÍKOVÁ, L. Zdravotné aspekty starostlivosti o starších lidí. In: HROZENSKÁ, Martina a kolektiv, 2008. *Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, s. 127 - 138. ISBN 978-80-8063-282-3
- [36] PROKOP, J. M. a L. KABELKA. Duchovní služba u nevléčitelně nemocných. In: SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, s. 340 - 344. ISBN 978-80-7262-505-5
- [37] PROKOP, J. M. a L. KABELKA. Etika paliativní péče. In: SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, s. 319 - 322. ISBN 978-80-7262-505-5
- [38] REICHEL, Jiří, 2008. *Kapitoly systematické sociologie*. Vyd. 2., přepracované a doplněné. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2594-9
- [39] SLÁMA, O. a J. VORLÍČEK. Základní principy paliativní péče. In: SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, s. 25 - 32. ISBN 978-80-7262-505-5
- [40] SLÁMA, O. Konstatování smrti, prohlídka zemřelého, indikace pitvy. In: SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, s. 311 -315. ISBN 978-80-7262-505-5
- [41] SLÁMA, O. Terminální fáze onemocnění – umírání. In: SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK et al., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, s. 301 -310. ISBN 978-80-7262-505-5
- [42] SLAMKOVÁ, A. Ošetrovateľské aspekty v starostlivosti o zomierajúcich starších ľudí. In: HROZENSKÁ, Martina a kolektiv, 2008. *Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, s. 148 – 160. ISBN 978-80-8063-282-3
- [43] STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: Nakladatelství H &H Vyšehradská. ISBN 80-7319-059-1
- [44] ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA, 2006. *Euthanasie. Víme o čem mluvíme?* Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů.

- [45] VORLÍČEK, J. Úvod do problematiky paliativní medicíny. In: VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM, Yvona POSPÍŠILOVÁ a kolektiv, 2004. *Paliativní medicína*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 19 – 29. ISBN 80-247-0279-7
- [46] WEENHOVEN, 2008 cit. podle ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4
- [47] WORDEN, 1987 cit. podle STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: Nakladatelství H & H Vyšehradská. ISBN 80-7319-059-1
- [48] ZEMANOVÁ, Monika, 2009. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-743-0

**SEZNAM GRAFŮ**

GRAF Č.1: POHLAVÍ RESPONDENTŮ.....	51
GRAF Č.2: VĚK RESPONDENTŮ.....	52
GRAF Č.3: VÍRA RESPONDENTŮ.....	53
GRAF Č.4: ČEHO SI VÁŽÍM.....	54
GRAF Č.5: PŘEMÝŠLENÍ O SMRTELNOSTI.....	56
GRAF Č.6: ZAČÁTEK PŘEMÝŠLENÍ.....	57
GRAF Č.6A: JAK DLOUHO.....	58
GRAF Č.7: OVLIVNĚNÍ UDÁLOSTÍ.....	59
GRAF Č.8: HOVORY O SMRTI.....	60
GRAF Č.9: S KÝM.....	61
GRAF Č.10: OBAVY PŘI UMÍRÁNÍ.....	62
GRAF Č.11: HODNOCENÍ ŽIVOTA.....	63
GRAF Č.12: NÁVŠTĚVY RODINY.....	64
GRAF Č.13: ÚČAST NA AKTIVITÁCH.....	65
GRAF Č.14: VÝBĚR AKTIVIT.....	66
GRAF Č.15: POCIT OPUŠTĚNÍ.....	67
GRAF Č.16: SMRT – SOUČÁST ŽIVOTA.....	68
GRAF Č.17: PŘÍTOMNOST BLÍZKÉHO.....	69
GRAF Č.18: ZVOLENÝ BLÍZKÝ.....	70
GRAF Č.19: OBAVY ZE SMRTI.....	71
GRAF Č.20: POSLEDNÍ PŘÁNÍ.....	72
GRAF Č.21: POCIT ÚZKOSTI.....	73
GRAF Č.22: ZMĚNY V ŽIVOTĚ.....	74
GRAF Č.23: KAMARÁD V DS.....	75
GRAF Č.24: ZBÝVÁ JEŠTĚ SPLNIT.....	76
GRAF Č.25: DODATEK.....	77

**SEZNAM TABULEK**

TABULKA Č.1: POHLAVÍ RESPONDENTŮ .....	51
TABULKA Č.2: VĚK RESPONDENTŮ.....	52
TABULKA Č.3: VÍRA RESPONDENTŮ .....	53
TABULKA Č.4: ČEHO SI VÁŽÍM .....	54
TABULKA Č.5: PŘEMÝŠLENÍ O SMRTELNOSTI .....	56
TABULKA Č.6: ZAČÁTEK PŘEMÝŠLENÍ .....	57
TABULKA Č.7: OVLIVNĚNÍ UDÁLOSTÍ .....	59
TABULKA Č.8: HOVORY O SMRTI.....	60
TABULKA Č.9: S KÝM .....	61
TABULKA Č.10: OBAVY PŘI UMÍRÁNÍ.....	62
TABULKA Č.11: HODNOCENÍ ŽIVOTA .....	63
TABULKA Č.12: NÁVŠTĚVY RODINY.....	64
TABULKA Č.13: ÚČAST NA AKTIVITÁCH .....	65
TABULKA Č.14: VÝBĚR AKTIVIT .....	66
TABULKA Č.15: POCIT OPUŠTĚNÍ.....	67
TABULKA Č.16: SMRT – SOUČÁST ŽIVOTA.....	68
TABULKA Č.17: PŘÍTOMNOST BLÍZKÉHO .....	69
TABULKA Č.18: ZVOLENÝ BLÍZKÝ.....	70
TABULKA Č.19: OBAVY ZE SMRTI.....	71
TABULKA Č.20: POSLEDNÍ PŘÁNÍ.....	72
TABULKA Č.21: POCIT ÚZKOSTI .....	73
TABULKA Č.22: ZMĚNY V ŽIVOTĚ .....	74
TABULKA Č.23: KAMARÁD V DS .....	75
TABULKA Č.24: ZBÝVÁ JEŠTĚ SPLNIT .....	76
TABULKA Č.25: DODATEK .....	77
TABULKA Č.26: VLIV AKTIVIT NA PŘEMÝŠLENÍ O SMRTELNOSTI .....	78
TABULKA Č.27: VLIV RODINNÝCH NÁVŠTĚV NA OBAVY ZE SMRTI.....	79
TABULKA Č.28A: VLIV KAMARÁDSTVÍ NA HOVORY O SMRTI.....	79
TABULKA Č.28B: VLIV KAMARÁDSTVÍ NA POHLED NA SMRT .....	80
TABULKA Č.29: VLIV VĚKU NA OBAVY Z UMÍRÁNÍ.....	80
TABULKA Č.30: VLIV VÍRY NA PŘEMÝŠLENÍ O SMRTELNOSTI.....	81
TABULKA Č.31: VLIV POHLAVÍ NA PŘÁNÍ NEUMÍRAT OPUŠTĚNÝ .....	81



## SEZNAM PŘÍLOH

P I - Dotazník

P II - Souhlasy

P III - Mapa zařízení

P IV - DS Luhačovice

## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

### **1. Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) Muž
- b) Žena

### **2. Kolik je Vám let?**

- a) 60 – 75
- b) 75 – a více

### **3. Jste věřící?**

- a) Ano
- b) Ne

### **4. Čeho si nejvíce vážíte na svém životě (co jste dokázal(a)):**

- a) Starost o domácnost
- b) Výchova dětí
- c) Péče o rodiče
- d) Úspěchy v práci
- e) Nemám si čeho vážit
- f) Jiné

### **5. Přemýšlíte o vlastní smrtelnosti?**

- a) Ano, přemýšlím o tom často
- b) Přemýšlím o tom občas
- c) Mám již vše ujasněné
- d) Snažím se takové myšlenky vytěsnit
- e) Nepřemýšlím nad tím

### **6. Pokud o smrtelnosti přemýšlíte, kdy jste začal(a):** (pokud ne, přejděte na otázku č. 8)

- a) Před pobytem v DS (dále vyberte) 

delší dobu
kratší dobu
nedovedu určit
- b) Až v DS

### **7. Ovlivnila Vaše přemýšlení o smrtelnosti konkrétní událost?**

- a) Ano, uveďte která.....
- b) Ne

### **8. Vadí Vám rozhovory o smrti?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**9. Pokud nevádí, s kým si o smrti můžete povídat (můžete uvést i více možností):**

- a) S rodinou (dále vyberte)
  - děti
  - vnuci
  - někdo jiný z rodiny – napište
  - kdo.....
- b) Se zaměstnanci (dále vyberte)
  - zdravotní sestry
  - pečovatelky
  - někdo jiný – napište
  - kdo.....
- c) Se spolubydlícími

**10. Myslíte si, že se lidé při umírání obávají (můžete uvést i více možností):**

- a) Bolesti
- b) Osamění
- c) Dlouhého trápení
- d) Bezmocnosti
- e) Ničeho
- f) Nevím

**11. Svůj život hodnotíte jako:**

- a) Těžký
- b) Krásný
- c) Smutný
- d) Radostný
- e) Plnohodnotný
- f) Jinak

**12. Navštěvuje Vás rodina:**

- a) Často
- b) Občas
- c) Nikdy
- d) Nemám žádnou rodinu

**13. Zúčastňujete se aktivit v domově?**

- a) Často
- b) Někdy
- c) Nikdy
- d) Mám své vlastní aktivity

**14. Pokud ano, uveďte kterých:**

- a) Pohybová cvičení
- b) Zpívání
- c) Ruční práce v dílně
- d) Cvičení paměti
- e) Sledování promítaných filmů
- f) Besedy
- g) Koncerty
- h) Jiné

**15. Cítíte se v DS opuštění?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**16. Vnímáte smrt jako něco, co patří k životu?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**17. Přejal(a) byste si mít v době umírání vedle sebe někoho blízkého?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepřemýšlel(a) jsem o tom

**18. Pokud ano uveďte koho:**

- a) Kněze
- b) Blízkého z rodiny
- c) Pečovatele
- d) Jiné

**19. Mají lidé obavy ze smrti?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**20. Máte své poslední přání?**

- a) Mám a rodina o něm ví
- b) Mám a nikdo o něm neví
- c) Žádné nemám
- d) Nepřemýšlel(a) jsem nad tím

**21. Trpíte úzkostí?** (nepříjemné pocity, tíseň, obavy neurčitého obsahu)

- a) Trpím
- b) Netrpím
- c) Nevím

**22. Co byste ve svém životě změnili nebo udělali jinak:**

- a) Výchovu dětí
- b) Péči o domácnost
- c) Péči o rodiče
- d) Volil(a) bych jiné povolání
- e) Neměnil(a) bych nic
- f) Nepřemýšlel(a) jsem o tom

**23. Našel(la) jste si v DS kamaráda, kamarádku?**

- a) Ano
- b) Ne

**24. Jaké přání byste si ještě rád(a) v životě splnil(a)?**

**25. Je ještě něco, co byste chtěl(a) na závěr doplnit k tomuto vážnému tématu?**

## PŘÍLOHA P II: SOUHLASY

Domov pro seniory Loučka, příspěv. org. zastoupený ředitelem PhDr. Františkem Andersem souhlasí s prováděním výzkumného dotazníkového šetření studentkou UTB Zlín Bc. Martinou Málkovou.

Jeho záměrem je získat informace o postojích klientů k otázkám umírání a smrti. Získaná data budou sloužit ke zpracování diplomové práce studentky. Vedení zařízení bylo seznámeno s cíli, ke kterým by měla práce přispět.



**DOMOV PRO SENIORY LOUČKA**

příspěvková organizace  
IČO: 708 50 895  
Loučka 128  
763 25 Újezd u Val. Klobouk

Domov pro seniory Luhačovice, příspěv. org. zastoupený ředitelkou Mgr. Martou Ševčíkovou souhlasí s prováděním výzkumného dotazníkového šetření studentkou UTB Zlín Bc. Martinou Málkovou.

Jeho záměrem je získat informace o postojích klientů k otázkám umírání a smrti. Získaná data budou sloužit ke zpracování diplomové práce studentky. Vedení zařízení bylo seznámeno s cíli, ke kterým by měla práce přispět.

Domov pro seniory Luhačovice  
příspěvková organizace  
L. Janáčka 380  
763 26 LUHAČOVICE  
IČO: 70850909

*Mgr. Martou Ševčíkovou*

Domov pro seniory Lukov, příspěv. org. zastoupený ředitelkou Ing. Jiřinou Neischlovou souhlasí s prováděním výzkumného dotazníkového šetření studentkou UTB Zlín Bc. Martinou Málkovou.

Jeho záměrem je získat informace o postojích klientů k otázkám umírání a smrti. Získaná data budou sloužit ke zpracování diplomové práce studentky. Vedení zařízení bylo seznámeno s cíli, ke kterým by měla práce přispět.

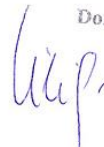
DOMOV PRO SENIORY LUKOV  
příspěvková organizace  
763 17 Lukov, Hradská 82  
IČO 708 50 941 (4)



Domov pro seniory Napajedla, příspěv. org. zastoupený ředitelem Bc. Davidem Libigerem souhlasí s prováděním výzkumného dotazníkového šetření studentkou UTB Zlín Bc. Martinou Málkovou.

Jeho záměrem je získat informace o postojích klientů k otázkám umírání a smrti. Získaná data budou sloužit ke zpracování diplomové práce studentky. Vedení zařízení bylo seznámeno s cíli, ke kterým by měla práce přispět.

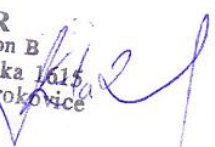
Domov pro seniory Napajedla  
příspěvková organizace  
Husova 1165  
763 61 NAPAJEDLA  
IČO: 70 85 09 76  
-1-



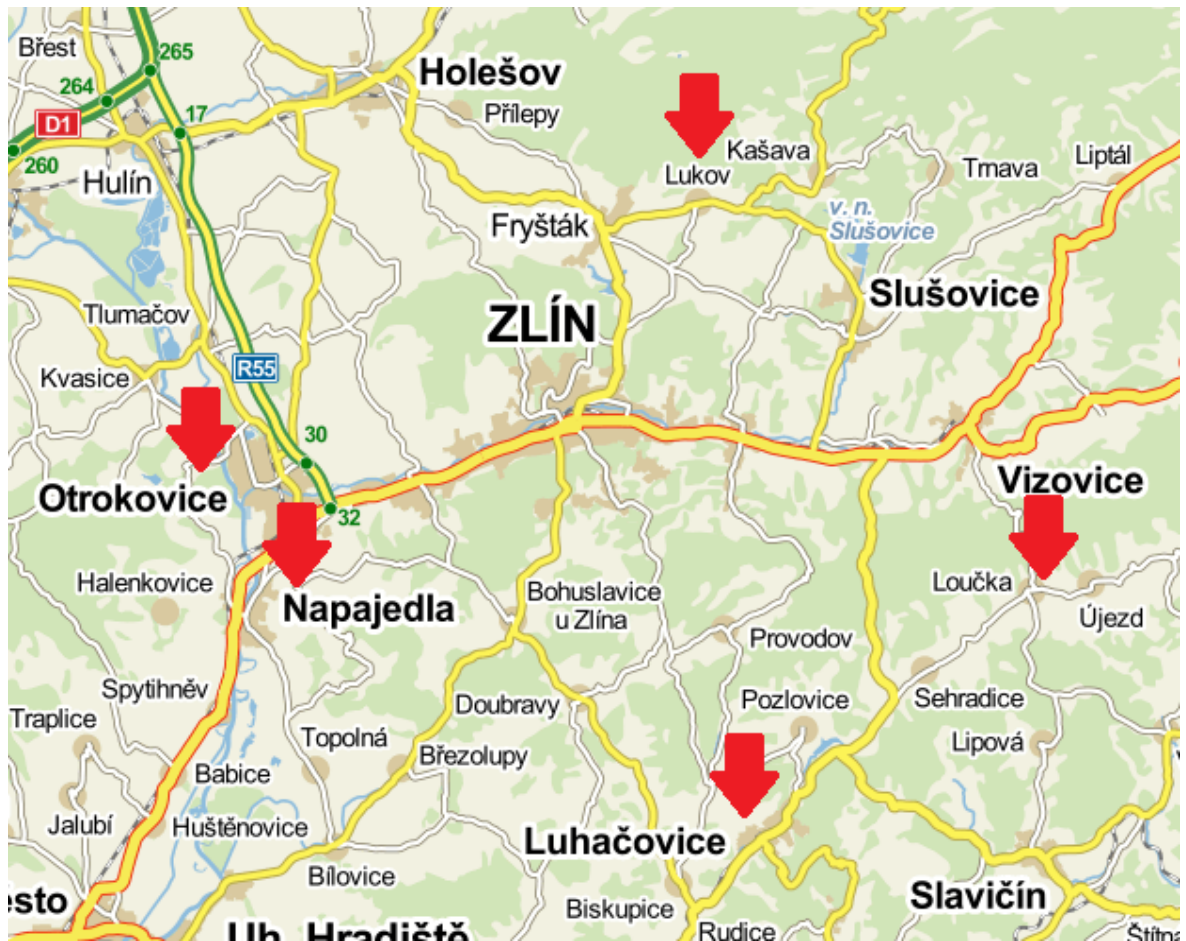
SENIOR Otrokovice, příspěvková organizace Města Otrokovice zastoupená ředitelkou Ing. Ivanou Vardanovou souhlasí s prováděním výzkumného dotazníkového šetření studentkou UTB Zlín Bc. Martinou Málkovou.

Jeho záměrem je získat informace o postojích klientů k otázkám umírání a smrti. Získaná data budou sloužit ke zpracování diplomové práce studentky. Vedení zařízení bylo seznámeno s cíli, ke kterým by měla práce přispět.

SENIOR  
Pavilon B  
ul. K. Čapka 1615  
765 02 Otrokovice



## PŘÍLOHA P III: MAPA ZAŘÍZENÍ





## PŘÍLOHA P IV: DS LUHAČOVICE



Domov pro seniory Luhačovice



Altán