

Doprovázení umírajících v domovech pro seniory

Lenka Mlýnková

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Lenka Mlýnková
Osobní číslo:	H17659
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální pedagogika
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Doprovázení umírajících v domovech pro seniory

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociálních služeb pro seniory, umírání a doprovázení umírajících.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.
VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. října 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2020**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 27.3.2020

.....

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 nevydělečně 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, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

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

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

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

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit 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 výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce seznamuje čtenáře s problematikou umírání, smrti a doprovázení umírajících. První polovina teoretické části má čtenáře seznámit se základními pojmy, fázemi a modely umírání. Druhá část je věnována sociálním službám v kontextu této práce. Jako výzkumný soubor byli zvoleni zaměstnanci domovů pro seniory, kteří se při svém zaměstnání, pravidelně setkávají s doprovázením umírajících. Pro tuto práci byl zvolen kvantitativně orientovaný výzkum, který byl realizován pomocí anonymního dotazníku. Výsledky výzkumného šetření jsou zpracovány a vyhodnoceny pomocí tabulek a grafů.

Klíčová slova: Umírání, doprovázení umírajících, smrt, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, domovy pro seniory, eutanázie.

ABSTRACT

The bachelor thesis acquaints readers with the issue of dying, death and accompanying the dying. The first half of the theoretical part describes and explains the basic concepts, phases and models of dying. The second part is devoted to social services in the context of this work. Employees of homes for the elderly, who regularly meet with the dying during their employment, were chosen as the research group. Quantitatively oriented research was chosen for this work, which was carried out using an anonymous questionnaire. The results of the research survey are processed and evaluated using tables and graphs.

Keywords: dying, accompaniment of dying, death, social service workers, social workers, homes for the elderly, euthanasia.

Děkuji PhDr. Zuzaně Hrnčířkové, Ph.D, za odborné vedení této práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří se i přes náročnou situaci zapojili do výzkumného šetření. Také děkuji mé rodině za podporu při studiu. A na závěr posílám jedno velké děkuji svému otci, za všechny ty krásné společně prožité chvíle, které si v srdci uchovám navždy.

Motto: „*Kdo v srdci žije, neumírá.*“

František Hrubín

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH	13
1.1 PALIATIVNÍ PÉČE.....	14
1.2 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO.....	15
1.3 OSOBNOST DOPROVÁZEJÍCÍHO	16
1.4 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ V DOMOVECH PRO SENIORY	17
1.5 MILOSRDNÁ LEŽ	18
2 UMÍRÁNÍ	20
2.1 MODEL KÜBLER – ROSS.....	21
2.2 MODELY UMÍRÁNÍ DLE HAŠKOVCOVÉ.....	23
2.3 OBDOBÍ UMÍRÁNÍ.....	24
2.4 PROJEVY PŘICHÁZEJÍCÍ SMRTI	25
2.5 EUTANÁZIE	26
2.6 SMRT.....	28
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	29
3.1 ČLENĚNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	29
3.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY.....	31
4 DOMOVY PRO SENIORY	33
4.1 SLUŽBY POSKYTOVANÉ V DOMOVECH PRO SENIORY	35
4.2 ZAMĚSTNANCI DOMOVŮ PRO SENIORY.....	36
PRAKTICKÁ ČÁST	39
5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	40
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	40
5.2 CÍLE VÝZKUMU	40
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
5.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	41
5.5 METODA SBĚRU DAT	42
5.6 ZPRACOVÁNÍ DAT:	42
6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT.....	43
7 DISKUZE	67

DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	71
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	73
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	75
SEZNAM GRAFŮ	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	78
PŘÍLOHA PI: DOTAZNÍK.....	79

ÚVOD

Smrt je přirozenou součástí života, týká se každého z nás, a i přesto se o ní raději moc nemluví. Už když jsme se jako malí ptali na věci spojené se smrtí, rodiče nás raději rychle upozornili, že o takových věcech se nemluví. Později, když naši prarodiče a následně také rodiče, začínají mluvit o smrti, raději je umravníme, stejně tak, jako to malé dítě. Kdy je tedy ten správný čas začít mluvit o smrti?

V průběhu let se přístup ke smrti měnil. Generace našich předků umíraly v mladším věku, jelikož medicína nebyla na takové úrovni jako dnes, a díky tomu, měly tyto generace také jiný přístup k umírání a smrti. V dnešní době je možné díky nejrůznějším medikamentům se smrtí bojovat a oddálit ji. Právě kvůli odbornému přístupu lékařů, zdravotních sester a sociálních pracovníků, odevzdáváme osoby na sklonku života do pobytových zařízení, kde o ně bude pravděpodobně lépe postaráno. Můžeme tedy říci, že lidé na počátku minulého století sice umírali dříve, ale za to v přirozeném prostředí, smíření a v kruhu nejbližších. Rozhodně nechceme tvrdit, že v institucionální péči nelze umírat důstojně. Mnohdy jde jen o přístup zaměstnanců těchto zařízení a rodiny. V nejlepším případě tyto dvě skupiny spolupracují na tom, jak dotyčnému jeho závěr života zpříjemnit. Důležitá je komunikace a schopnost vymezit si čas, během kterého se budeme umírajícím věnovat. Právě přítomnost rodinného příslušníka nebo zaměstnance pobytového zařízení, může psychický stav dané osoby zlepšit. Co bychom neměli nikdy dopustit, je nechat odejít člověka dříve psychicky a sociálně než fyzicky.

V lednu tohoto roku nás navždy opustil můj milovaný tatínek. Jsem velmi vděčná, že jsme společně mohli prožít poslední dny jeho života a zároveň i jednu z nejnáročnějších a nejvíce obohacujících událostí v mém životě. Psaní bakalářské práce mne stálo spoustu trápení a slz. Na druhou stranu, jsem možná právě díky publikaci od autorky Kübler Ross, kterou bych nebyť této práce nejspíše neotevřela, dokázala tuto náročnou situaci zvládnout. Setkala jsem se různými přístupy lékařů a sester, k osobám nacházejících se v terminálním stádiu nemoci a k jejich nejbližším. V práci se tedy odráží také vlastní zkušenost.

Touto prací bychom chtěli v praktické části zjistit, jak přistupují zaměstnanci domovů pro seniory k umírajícím a jejich nejbližším. Zda jsou v jejich zaměstnání spokojeni a co si myslí o kvalitě péče o umírající, poskytované v zařízení, kde jsou zaměstnáni.

V teoretické části se věnujeme nejdříve tématu doprovázení umírajících, kam jsme zařadili podkapitolu o paliativní péči, péči o umírající v domovech pro seniory, potřeby umírajícího a osobnost doprovázejícího. V druhé kapitole se zabýváme procesem umírání. Třetí kapitola

pojednává o sociálních službách v kontextu s tématem bakalářské práce a poslední kapitola popisuje celkové dění v domovech pro seniory.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH

V první kapitole se zabýváme stěžejním tématem této bakalářské práce, kterým je doprovázení umírajících. Snažili jsme se jej popsat z pohledu různých autorů a porovnat, jak se lidé stavěli k doprovázení umírajících v minulosti, a jak je tomu dnes. Dále jsme se zaměřili na potřeby umírajících a jednu podkapitulu věnovali osobnosti doprovázejícího.

Péče o osoby v terminální fázi života, je bezpochyby náročná a patří k základním principům lékařské, ošetrovatelské a sociální péče. Každá společnost se zabývá otázkami spojenými s konečností lidské existence, a tak lze vyspělost kultury, mimo jiné, posuzovat dle péče o nevyлéčitelně nemocné a umírající. O doprovázení na poslední cestě, můžeme bez nadsázky mluvit jako o uměleckém výkonu. Pokud má být péče kvalitní, je důležité vědět, jak o umírající pečovat. V tomto případě není řeč pouze o technice ošetrování, ale také o komunikaci, kdy je potřeba velmi citlivý přístup, který se odvíjí od individuality umírajícího. Je potřeba ujasnit si, čeho chceme naší péčí dosáhnout. Přesto, že je dnes medicína na velmi dobré úrovni, je namístě, aby se rodina a lékaři zamysleli nad stavem nemocného a jasně si stanovili cíl, kterým může být:

- *úplné uzdravení,*
- *snášení útrap chronického onemocnění,*
- *důstojné a klidné umírání* (Svatošová, 2011, s. 14-15).

Postoje k tématu smrti a umírání se s generacemi přirozeně mění. Smrt byla pro člověka vždy něčím odpudivým. Několik století nazpět umíralo velké množství dětí a mladých osob. Rodina, která nepřišla ani o jedno dítě, se stávala spíše výjimkou. S pokroky v medicíně, se úmrtnost v mladém, ale i pokročilém věku snižovala, a tím se nám také téma smrti pomyslně vzdalovalo (Kübler-Ross, 2015, s. 10).

Dříve nebyla smrt tabuizována, a tak lidé věděli, jak se k umírajícímu chovat a také umírající věděl, co se od něj očekává, jelikož se většina z nich, již v dětství, setkala s umírající osobou. Umírání bylo v minulosti provázeno rituály, které tuto vypjatou situaci mírně zklidňovaly. Do těchto rituálů byla zahrnuta i duchovní péče, která byla poskytována nejčastěji věřícími, rodinnými příslušníky. Jak to bylo po celý život i v umírání měli mocní a bohatí jistá privilegia. Jedním z nich byla také přítomnost lékaře u lůžka. Většina osob však jeho přítomnost postrádala po celý život (Haškovcová, 2007, s. 26-27).

„Většina lidí dříve umírala doma, jen výjimečně v nemocnici. Dnes je tomu přesně naopak. Budme ale objektivní. Obojí má své výhody i nevýhody a záleží na nás, zda si z obojího dokážeme vybrat to dobré“. Když se spojí lékaři s rodinou, mohou dosáhnout komfortu, který si umírající zaslouží. Otázkou však je, kde by měla péče probíhat. Ideální volbou, v případě instituce, je hospic (Svatošová, 2011, s. 16-17).

1.1 Paliativní péče

Paliativní péči definuje světová zdravotnická organizace jako „*Přístup zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v situaci, kdy čelí život ohrožující nemoci. Jejím cílem je komplexní léčba, řešení či tlášení bolesti a dalších příznaků nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou pacienta a jeho blízké trápit*“ (Světová zdravotnická organizace, 2014).

Jedná se zkrátka o péči, která je poskytována lidem se závažným, neléčitelným onemocněním a jejich rodinám (pokud je péče omezena pouze na pacienta a vynechává jeho příbuzné, nelze ji považovat za komplexní a kvalitní). Obvykle se jedná o pokročilá stádia neléčitelných nemocí, které spějí ke smrti. Je tedy řeč o péči v rádech týdnů či měsíců. Někdy se však pacient dočká paliativní péče až ve fázi bezprostředního umírání. Paliativní péči neboli útěšnou medicínu si mnozí z nás automaticky spojí se zařízením zvaným hospic. Nelze ji však vztahovat pouze na tento typ zařízení, jelikož se jedná spíše o filosofii, která je aplikovatelná v nemocničních či jiných pobytových zařízeních nebo přímo v domácím prostředí.

Paliativní péči dělí Marková na dva typy. Prvním z nich je obecná paliativní péče, která by měla být poskytnuta v každém zdravotnickém zařízení. Cílem této péče je vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení, zda je potřeba další aktivní léčba a celkové poskytnutí péče, která je důležitá pro kvalitu pacientova života. Druhým typem je specializovaná paliativní péče, která je poskytována v takovém zařízení, které se věnuje paliativní péči jako své hlavní činnosti. Tzn. lůžkové hospice, domácí hospice, oddělení paliativní péče, denní stacionáře atd. V takových zařízeních je požadován vyškolený personál, který má vyšší úroveň profesní kvalifikace. Specializované zařízení paliativní péče poskytuje péči nejen pacientům, ale také zdravotníkům, kteří mají nárok na konzultaci a podporu od poskytovatelů paliativní péče (Marková, 2010, 19-21).

1.2 Potřeby umírajícího

Dokud se člověk nedostane do závěrečné životní fáze, jen stěží si dokáže představit, o co všechno umírající přichází. Je tedy přirozené, že se u nich dostavuje deprese, pocit úzkosti či dokonce agrese. Nepřipravené okolí často reaguje negativně, protože danou osobu v této těžké chvíli nepoznává. V tomto období, je pro regulaci negativních projevů, stěžejní dodržování biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb.

Biologické potřeby

Biologické potřeby nemocných osob jsou totožné s potřebami zdravých osob. Jedná se o příjem potravy a tekutin a následné zbavení produktů vlastního metabolismu. Dále je důležité, aby bylo tělo zásobeno dostatečným množstvím kyslíku, což vnímá zdravý člověk jako přirozený proces, který za něj vykonává tělo bez jejich vědomí. Ovšem uspokojení této potřeby u nemocných osob, je podstatně náročnější. Jejich tělo je natolik oslabené, že je čistě v moci pečovatele, postarat se o to, aby byl v oblasti biologických potřeb v co nejvyšší možné míře uspokojen. „*O většinu biologických potřeb, včetně tišení bolesti, bývá dobře a odborně postaráno v nemocnici, jakkoli nemusí tomu tak být vždy. Například podmínky pro nerušený spánek může mít pacient mnohem lepší doma*“ (Svatošová, 2012, s. 22).

Psychologické potřeby

Hlavní podstatou psychologické potřeby, je respektování lidské důstojnosti. Přesto, že se člověk vlivem nemoci změní, neznamená to, že si zaslouží méně. Právě naopak, si v závěrečné životní fázi, zaslouží přístup jako k jedinečné bytosti, víc než kdy dřív. Nemocný potřebuje i přes problémy s vyjadřováním, komunikovat. Velkou nevýhodou je, že většina z nás ani netuší, jak důležitá je komunikace s pacientem v agonii. „*Kdybychom jen tušili, co všechno je možné v těchto hodinách pro umírajícího udělat, nedopouštěli bychom se tak velkých chyb*“ (Svatošová, 2012, s. 22).

Sociální potřeby

V poslední fázi života by lidem mělo být dopřáno setkat se s osobami, které jsou jim blízké. Nemocný většinou o návštěvy stojí, ale měl by mít také právo si korigovat, kdo jej může navštívit a jak dlouho se u něj zdrží. „*Člověk je tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá*“ (Svatošová, 2012, s. 22-23).

Spirituální potřeby

Když je smrt nadosah, začnou lidé přemýšlet o jejich smyslu života a zda dosáhli toho, po čem celý život toužili. Je pro ně také důležité vědět, že jim bylo odpouštěno. Pokud se jim nedostane pocitu, že jejich život měl a stále má smysl, může docházet až k duchovní krizi. Tuto krizi prožívají zpravidla nevěřící, kteří se až v průběhu vážné nemoci, začínají zabývat duchovnem. Až donedávna byly spirituální potřeby pacienta víceméně tabu. Mnoho lidí se tedy domnívalo, že se jedná o jakési uspokojování potřeb věřících. Dnes však uspokojování této potřeby může být záležitostí všech (Svatošová, 2012, s. 23).

1.3 Osobnost doprovázejícího

Každý se může stát doprovázející osobu, na základě dobrovolného rozhodnutí. Jde pouze o to, zdali se jedná o osobu natolik zralou a vyrovnanou se svojí vlastní zranitelností a smrtelností, aby byla schopna spoluúčastnit se na ztrátách a bolesti jiné osoby. „*Doprovázení je možné jen tam, kde je vztah*“ (Hatoková a kol. 2013, s. 101).

Vytváření vztahu mezi doprovázeným a doprovázejícím je proces individuální, který může trvat různou dobu a jeho upevnování může být náročné. Aby bylo dosaženo vztahu plného důvěry, je třeba splňovat určitá kritéria ze strany doprovázejícího.

○ Psychická odolnost

V rámci doprovázení se doprovázející osoby dostávají do tak úzkého kontaktu s umírajícím, že téměř spoluprožívají jeho osud. Proto je důležité znát vlastní hranice a možnosti a v případě, že se doprovázející může nechat pohltit příběhem doprovázeného, je lepší přenechat případ někomu dalšímu.

○ Nenacházení se v procesu smutku

Podmínkou pro kvalitně odvedenou práci ze strany doprovázejícího, je skutečnost, že v období jednoho roku nezažil smrt blízké osoby, a že jakékoli ztráty, jsou již uzavřenou kapitolou, které mu nebudou způsobovat bolest při blízkém kontaktu s umírajícím.

○ Smíření se s vlastní smrtí

Je důležité, aby byl doprovázející smířen se svojí vlastní smrtelností předtím, než přistoupí k doprovázení. Jelikož v té době, kdy se věnuje doprovázenému, odkládá své problémy a myšlenky o vlastní smrti a řeší výhradně problémy doprovázeného (Hatoková a kol., 2013, s. 102).

1.4 Péče o umírající v domovech pro seniory

Dle Českého statistického úřadu a *Vývoje obyvatelstva České republiky*, v roce 2018 zemřelo 112 920 osob, z toho 9 544 v zařízení sociálních služeb, čímž se řadí na třetí místo v počtu úmrtí.

Tabulka 1

Místo úmrtí	Věková skupina					Pohlaví		Celkem
	0–14	15–39	40–59	60–79	80 a více	muži	ženy	
Celkem	454	1 972	9 734	49 904	50 856	57 273	55 647	112 920
Doma	88	529	2 917	12 196	9 281	13 825	11 186	25 011
Zdravotnické zařízení lůžkové péče	312	711	5 127	32 872	32 567	36 247	35 342	71 589
Jiné zdravotnické zařízení	3	15	72	519	599	556	652	1 208
Na ulici, veřejném místě	15	335	553	626	120	1 349	300	1 649
Při převozu	6	16	81	334	183	367	253	620
V zařízení sociálních služeb	0	16	111	2 049	7 368	2 691	6 853	9 544
Jinde	15	226	558	644	182	1 273	352	1 625
Nezjištěno	15	124	315	664	556	965	709	1 674

(ČSÚ, 2018)

„Úroveň paliativní péče je pro pobytové zařízení určené seniorům měřítkem jeho skutečné úrovně služeb. Pečovat o důstojnost svých uživatelů až do jejich posledních dnů, kdy to již obvykle nejsou ti milí a upovídání senioři, a přitom v nich stále vidět to nejlepší, co dokážeme, a dávat jim to najevo, je to, čím se původně na papíře ustanovená instituce stává domovem pro ty, kdo jej potřebují“ (časopis Sociální služby, 2014).

Díky kvalitní zdravotní péči, se senioři dožívají vyššího věku. Tím se také zvyšují nároky na každodenní péči, jelikož osoby ve vyšším věku potřebují péči důkladnější. Otázkou je, zda jsou na paliativní péči připraveni. Domovy pro seniory se pochopitelně primárně nezaměřují na péči o umírající, ale přesto mají seniorům poskytnout domov, kde budou moci kvalitně prožít svůj podzim života, s čím souvisí také umírání. Vzhledem k tomu, že se v roce 2018 umístilo zařízení sociálních služeb na třetím místě v četnosti úmrtí, mělo by být každé zařízení domova pro seniory připraveno na zajištění potřeb umírajících klientů.

Je samozřejmé, že je to zcela individuální, ale po zavedení odborné paliativní péče v sociálních službách, je pravděpodobné, že bude ve snaze poskytovatele a jeho zaměstnanců, umožnit jejich uživatelům důstojně dožít. Problémem v péči o umírající osoby může být v domově pro seniory nedostatek zdravotních sester. O to více se v takových zařízeních nachází pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků, kteří mají jisté znalosti a dovednosti v oblasti uspokojování psychických, sociálních a duchovních potřeb. Zdravotnický personál nezvládá péči o umírající osobu v takovém rozsahu. Péče o umírající v domově pro seniory má své výhody a stejně tak i nevýhody (časopis Sociální služby, 5/2014).

1.5 Milosrdná lež

Milosrdná lež (lat. *pia fraus*) se může týkat různých životních etap. V případě této bakalářské práce, se budeme věnovat milosrdné lži pouze v souvislosti s poslední životní etapou. V zákoně č. 372/ 2011 Sb., O zdravotních službách, v platném znění, je v §31 uvedeno: „*Poskytovatel je povinen zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách (dále jen „informace o zdravotním stavu“)*“ (zákon č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách, v platném znění, §31).

Přesto, že zákon uděluje povinnost sdělit pacientovi pravdu o jeho zdravotním stavu, zůstává otázkou, co lze považovat za již zmíněný dostatečný rozsah informací. Toto nejasné vymezení lze pochopit různě, a to od sdělení kompletně celé pravdy až po naprosté utajení. Dříve se zdravotnický personál ubíral právě cestou *pia fraus*. Dnes je znát posun k pravdě. Než se přístup k této problematice ustálil, probíhali četné diskuze mezi zastánci a odpůrci pravdy na nemocničním lůžku. Odpůrci sdělování pravdy na nemocničním lůžku se obávali reakcí pacientů. Domnívali se, že sdělení diagnózy může vést až k sebevražedným sklonům.

Nutno podotknout, že je zde také možnost obav ze samotného sdělování, které může být zkomplikováno nedostatečnými komunikačními dovednostmi či osobní nevyzrálostí zdravotnického personálu. V diskuzích jim oponovali zastánci pravdy na nemocničním lůžku, kteří se domnívali, že sdílení informací o zdravotním stavu s pacientem může vést k posílení důvěry v lékaře a tím ke zvýšení kvality spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem.

Psychiatřka Elisabeth Kübler Rossová, která se detailně zabývala problematikou umírání a smrti, poukazovala na to, že v době po diagnostikování vážné nemoci, pacient většinou prahne po informacích a chce vědět o jeho zdravotním stavu co nejvíce, aby byl schopen se s danou situací vyrovnat. Období od sdělení diagnózy až po terminální fázi, může trvat i několik let, proto je pro pacienta zásadní vědět o jeho zdravotním stavu dostatek informací, aby byl schopen naučit se žít se závažným onemocněním. Pacient v terminálním stavu, potřebuje být informován o jakýchkoli drobnostech a je pro něj nesmírně důležitá spoluúčasť a naděje, která by neměla být za žádných okolností vzata. V případě sdělování nepříjemných pravd platí pravidlo *sdělování po kapkách* doplněné o velké množství citu a taktu. Mimo umírajícího pacienta jsou příjemcem informací jeho nejbližší. Dříve se zdravotní personál obracel s informacemi o zdravotním stavu pacienta primárně na jeho blízké. Samotný pacient vůbec informován nebyl nebo získal omezené informace. Dnes je tomu přesně naopak. Pacient si vyslechne informace o jeho zdravotním stavu a až poté jsou, po jeho souhlasu, informovány další osoby.

Abychom zjistili, jaký zaujímají pracovníci v sociálních službách, kteří jsou zaměstnaní v domovech pro seniory, postoj k této problematice, věnovali jsme jí jednu položku v dotazníku (Haškovcová, 2007, s. 54-58).

2 UMÍRÁNÍ

V následující kapitole budeme rozebírat problematiku umírání. Nejprve se zaměříme na pět fází smutku, které popsala americká psycholožka Elisabeth Kübler-Ross ve své publikaci O smrti a umírání. Následně se zaměříme na modely umírání dle profesorky Heleny Haškovcové. Mimo to, se budeme věnovat období *pre finem*, *in finem* a *post finem*. A v závěru této kapitoly naleznete podkapitulu o projevech přicházející smrti.

„Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že v určitém čase dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož výsledkem je zánik individua, tedy smrt.“ (Haškovcová, 1989, s. 372). Teoreticky lze říci, že člověk umírá od narození, ale fakticky člověk umírá tehdy, kdy se naplní geneticky podmíněný „program života“. Jedná se tedy o poslední fázi v životě člověka a toto období může být relativně dlouhé. *„Umíráním můžeme označit situaci, kdy vejde v odbornou i laickou veřejnost, že zdravotní stav dotyčného není slučitelný se životem, což může u některých nemocí znamenat i několik let“* (Haškovcová, 2007, s. 373).

Žádný člověk by neměl umírat sám. Rodíme se v nemocnicích a v nemocnicích také převážně umíráme. Smrti byl upřen sociální rozměr a člověk nebyl nikdy v umírání tak osamělý jako v současnosti. Právě tehdy, kdy člověk umírá potřebuje od okolí podporu nejvíce. Pokud je to možné, měl by umírající člověk zůstat co nejdéle v dění, v kruhu svých nejbližších a přátel. Když se to daří, tak nehrozí, aby dotyčný zemřel dříve psychicky a sociálně než fyzicky. To se může stát v případě, kdy se rodina o nemocného odmítá starat, nevěnuje mu svůj čas a naprosto jej vyčlení z jejich rodinného života. Mnohdy se stává, že se dotyčný nemůže obrátit ani na přátele, jelikož už nejsou mezi živými. V takových případech se člověk potýká s psychickými problémy a vysloveně čeká na tu dlouho očekávanou smrt (Haškovcová, 2007, s. 354).

2.1 Model Kübler – Ross

Každá osoba reaguje na těžké životní situace jinak, přesto existují určité zákonitosti, které výstižně popsala dr. Elisabeth Kübler-Rossová, která čerpala ze svých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími. Tyto zákonitosti rozdělila do pěti fází, kterými si neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší, od kterých se očekává, že se o umírajícího náležitě postarají. Vše má své meze, proto by nejbližší měli mít možnost odpočinku a zastoupení v těch oblastech, ve kterých jsou zastupitelní.

První stádium – popírání a izolace

První stádium může mít různou dobu trvání. Někteří lidé se dokonce s nemocí a blížící se smrtí nesmíří nikdy. V některých případech si pacienti myslí, že se jich daná situace netýká nebo že jejich rentgenové snímky lékaři zaměnili se snímky jiného pacienta, a tak žádají nového přezkoumání.

Druhé stádium – zlost

Jakmile přejde první stádium a osoba přijme realitu, přichází zlost, vztek a rozmrzelost. Často si lidé v této fázi pokládají otázku: „Proč zrovna já?“. Období zlosti je především náročné pro osoby, které se nacházejí v blízkosti umírajícího. Často se setkávají s nevděkem až zlostí vůči tomu, co všechno vykonali špatně. Je to velmi demotivující období, kdy se ukáže, zda je pouto mezi umírajícími a jejich blízkými natolik silné, aby se dokázali přes tuto fázi přenést.

Třetí stádium – smlouvání

Fáze smlouvání autorka připodobňuje dětskému pohledu na věc, kdy se toho, oč jim jde, nejprve domáhají a poté o to prosí. Když dítě něco chce a není mu to dovoleno, nejdříve přichází vztek a projev nesouhlasu a poté přichází s jiným plánem, kdy se ujmou např. domácích prací nebo se zaslíbí, že budou už jednou pro vždy hodní. „*Vážně nemocný pacient se uchyluje ke stejným taktikám. Z dosavadních zkušeností ví, že existuje jistá nepatrná naděje na „odměnu za dobré chování“ – že za mimořádné služby mu někdy může být splněno nějaké přání.*“ Přání pacientů v terminálním stádiu nemoci mohou být různá, většinou se však jedná o prodloužení života nebo prožití alespoň několika hodin či dnů bez bolestí. Tzv. smlouvy jsou uzavírány s Bohem a jsou drženy v tajnosti (Kübler-Ross, 2015, s.98-100).

Čtvrté stadium – deprese

Lidé v terminálním stádiu nemoci se musí vyrovnávat s mnohými ztrátami, které mohou být zdrojem deprese. Dr. Kübler-Rossová dělí deprese ve čtvrtém stádiu na dva typy. Prvním z nich je deprese reaktivní, která se odvíjí od daného problému, se kterým pacient bojuje. Druhým typem je deprese přípravná, ke které nedochází následkem deprese minulé, ale vzniká v důsledku ztrát hrozících. Tyto dva typy bychom měli rozlišovat především z důvodu citlivého přístupu k umírajícímu. Pokud chceme pomoci, povzbudit či odvést pozornost od daného problému, je k tomu vhodná chvíle v období první fáze deprese. Jakmile se deprese přehoupne do přípravné fáze, utěšování a povzbuzování již není namístě. „Naopak v období přípravného zármutku není třeba mnoha slov. Daleko víc jde o společně sdílený pocit, který se často nejlépe projeví dotykem ruky, pohlazením vlasů nebo jen tichým posezením pospolu“ (Kübler-Ross, 2015, s.101-103).

Páté stadium – akceptace

V poslední fázi, kdy si umírající prošel všemi předešlými fázemi, přichází období tichého očekávání. Lidé jsou v tomto období velmi unavení a zvyšuje se potřeba spánku, kterou již nelze považovat za únik před realitou, ale jakousi potřebu prodlužování části dne, která je spánku vyhrazena. Akceptace stejně jako předešlé fáze nepatří mezi šťastné období, jedná se o dobu, která je zbavena pocitů.

Zájmy jsou velmi omezené a to, co umírající osoba nejvíce potřebuje, je klid. Návštěvy, probíhají spíše formou neverbální komunikace. Pouhá přítomnost blízké osoby může pro umírajícího znamenat mnoho. Stejně tak pouhý stisk ruky, pohled do očí či jemné gesto ze strany umírajícího, může mnoho znamenat pro osobu doprovázející, které v této závěrečné fázi potřebují podporu a péči ve větší míře než umírající. Toto období se totiž stává náročným především pro blízké osoby a je velmi těžké tuto fázi přijmout a smířit se s ní (Kübler-Ross, 2015, s. 127-130).

2.2 Modely umírání dle Haškovcové

Modely umírání popisuje Haškovcová ve své publikaci *Thanatologie nauka o umírání a smrti* následovně.

Domácí model umírání

Hlavní výhodou domácího modelu umírání je osobní, lidská účast a emocionální podpora, která u institucionálního modelu umírání může chybět. V dnešní době, kdy lidé častěji, než doma umírají v institucích, jsou modely domácího a institucionálního umírání porovnávány. Oba tyto modely mají své výhody i nevýhody.

Umírání dle domácího modelu v minulosti předcházely různé rituály, mezi které patří vyřknutí posledního přání, příchod kněze k umírajícímu za doprovodu zvonění, který ostatním lidem ve vsi dává na vědomost, že někomu z jejich okolí „zvoní hrana“, dále následovala „večeře Páně“, případně příchod lékaře a po tomto rituálu už se jen v tichosti čekalo na smrt. Toto idylické umírání nám je předáváno v knihách či filmech, ale realita byla ve většině případů jiná. Mnoho umírajících rodinu nemělo nebo ji mělo nefunkční. Lékař byl přivoláván zřídka, jelikož rodiny neměly dostatečné finance na zaplacení alespoň minimálního honoráře (Haškovcová, 2007, 27-29).

Institucionální model umírání

Institucionální model umírání se vyvíjel postupně a odehrával se nejdříve v azylových domech neboli chudobincích a později v nemocnicích. Základem péče o umírajícího bylo zpočátku čisté lůžko, teplo, jídlo, pití a základní hygienické zázemí. Nemocniční prostředí se v průběhu let různě měnilo a dnes je na přijatelné úrovni. Nikdy ale nenahradí to, co může umírajícímu poskytnout blízký člověk. „*A tak se stalo to, co důvěrně známe: moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně tak jako on pro ně, cizí lidé*“ (Haškovcová, 2007, s. 29-31).

2.3 Období umírání

Proces umírání se dělí na období: pre finem, in finem, post finem.

Období před umíráním – Pre finem

První období začíná při stanovení vážné diagnózy lékařem nebo při vlastním uvědomění, že je nemoc vážná a neslučitelná se životem. Pacient musí vědět, že o něj bude postaráno nejen po stránce zdravotní, ale také po té sociální. V případě, že tomu tak není, může dojít k tzv. smrti psychické a sociální, která život pomyslně zkracuje a uvolňuje vstup smrti fyzické. „Každý vážně nemocný by měl mít alespoň jednoho člověka, se kterým bude podle potřeby volně hovořit, a který bude respektovat oprávněný nárok na tzv. otevřenou komunikaci“ (Kutnohorská, 2007, s. 75).

„V tomto období si klient prochází pěti stádii smíření se s nevléčitelnou chorobou (stadium šoku, popření, stadium agrese, zloby, stadium smlouvání, stadium deprese a stadium smíření)“ (Andrésová, Slezáková, 2013, s. 170).

Období umírání – In finem

„Klient prochází třemi stádii umírání:

- *agónie (předsmrtný zápas) – jsou zachovány základní životní funkce, dochází k selhávání některých orgánů,*
- *klinická smrt – dochází k zástavě dechu a srdeční činnosti, metabolismus mozkových buněk je zachován, stav je reverzibilní,*
- *biologická smrt – zánik buněk, včetně mozkových, stav je ireverzibilní“ (Andrésová, Slezáková, 2013, s. 170).*

Období po smrti – Post finem

„Začíná smrtí člověka, jedná se o péči o tělo zemřelého a psychickou podporu pozůstalých.“ (Andrésová, Slezáková, 2013, s. 170)

2.4 Projevy přicházející smrti

Umírání je velmi individuální záležitostí, ale přesto můžeme při tomto jevu pozorovat určité zákonitosti. Osoba nacházející se na sklonku života, se pomyslně vzdaluje od vnějšího světa a stahuje do svého nitra, kde rekapituluje svůj život. Vzápětí přichází myšlenky stylu „Jak dlouho to ještě bude trvat?“ jak ze strany umírajících, tak ze strany příbuzných. Tyto myšlenky jsou namísto a jakožto doprovázející osoba, bychom je měli plně respektovat.

Typickým projevem přicházející smrti, je také velmi časté střídání chutí. Tzn. mezitím, co je dané „objednané“ jídlo připraveno, má umírající chuť na úplně něco jiného. Později přichází naprosté nechutenství, což je pro pečující osoby velmi frustrující a často si vyčítají, že osoba, o kterou pečují, zemře právě kvůli nulovému příjmu potravy. „Umírající může jíst skromně, anebo dokonce nemusí jíst vůbec. Musí ale pít. Je málo známo, že dehydratovaný pacient skutečně trpí, a přehlíženo, že umírající o tekutiny nežádá, protože nepocítuje žízeň anebo není schopen svou žádost vyslovit“ (Haškovcová, 2006, s. 81)

K dalším projevům závěru života patří euforie, která je doprovázena energií, kterou pacient v posledních dnech postrádal. Během euforie je umírající mnohdy schopen toho, v co bychom ani v nejlepším nedoufali. Jsou projevovány různá přání a člověk se naposledy chová jako kdysi. Tyto momenty by v nejlepším případě, mely být sdíleny v kruhu nejbližších. Protože po období euforie přichází smrtelné kóma, kdy se osoba stále více vzdaluje životu, který pro ni v tento moment ztrácí smysl. Přesto, že se nám to může zdát jakkoli nemožné, osoba nacházející se ve smrtelném kómatu nás slyší a vnímá. Proto važme slova a vzkažme umírajícímu to, co jsme mu celý život toužili říci, ale měli pocit, že nebyla ta vhodná chvíle. Ta nejvhodnější chvíle je právě nyní.

Proces umírání pokračuje, mění se krevní tlak, tělesná teplota a dech začíná být velmi nepravidelný. V tomto období je cílem zdravotnického personálu, sociálních pracovníků a blízkých osob uchránit umírajícího ukrutné bolesti, zajistit průchodnost dýchacích cest a udržovat ho v teple.

Než člověk opustí svět jednou pro vždy, může přijít na poslední myšlenku, která bývá vyjádřena jedním nebo několika málo slovy a týká se většinou aktuální potřeby. „*Obecně je však třeba konstatovat, že věrohodně zaznamenaných posledních myšlenek je poskrovnu. Zkušený Ladislav Jeništa, který pracoval jako lékař 65 let, poctivě uvedl, že odposlechl pouze sedm posledních myšlenek*“ (Haškovcová, 2006, s. 84).

2.5 Eutanázie

Eutanázie je fenoménem, který v nás zanechává spoustu nezodpovězených otázek a emocí. Názory odborníků i laiků na tuto problematiku mnohdy zachází do extrémů. Představa, že můžeme nakládat se svým životem dle našeho uvážení, se navíc rozchází i s filosoficko-náboženskými principy a zásadami většiny filosofických, duchovních a náboženských směrů světa. Po hlubším zamyšlení si uvědomíme, že definovat tento pojem není vůbec snadné. Co si tedy vlastně pod pojmem eutanázie máme představit?

Pojem eutanázie pochází z řeckého *eu* – dobrý; *thanatos* – smrt. Tento výraz tedy můžeme volně překládat jako dobrá, krásná případně lehká smrt (Vácha, 2019, s. 9).

Světová lékařská asociace (WMA - World Medical Association), která dodržuje zásady lékařské etiky, je zásadně proti eutanázii a definuje ji jako: „*Vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevyléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku*“ (WMA, 2019)

Ve většině publikací se můžeme setkat s dělením eutanázie na aktivní a pasivní. Kdy si pod aktivní eutanázií můžeme představit např. podání smrtelné dávky léků a pod pojmem pasivní eutanázie se skrývá přerušování léčby nebo odepření dalších léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovaly. Dnes se toto dělení setkává s kritikou, jelikož pasivní eutanázie je v souladu s lékařskou etikou, respektuje důstojnost umírajícího člověka a tím pádem ji již nelze považovat za eutanazii (Munzarová, 2008, s. 20).

Haškovcová uvádí v publikaci *Thanatologie – nauka o umírání a smrti* ještě tyto pojmy:

Nevyžádaná eutanázie – probíhá tehdy, kdy pacient není schopen sám požádat o „urychlený vstup smrti“, a tak se pouze předpokládá, že kdyby mohl, s eutanázií by souhlasil. Bohužel v tomto případě nelze potvrdit, že si dotyčný eutanázii doopravdy přeje.

Asistovaná sebevražda – je zvláštní forma eutanázie, kdy pacient trpí nesnesitelnou bolestí, je nevyléčitelně nemocný a jeho prognóza je vážná a žádá lékaře o pomoc, radu či konkrétní prostředek, který urychlí celý proces umírání. Akt, který vede ke smrti však nevykonává lékař, ale pacient sám. Lékař je pouhým asistentem celého procesu.

Sociální eutanázie – dle Haškovcové je ke škodě věci, že se právě tento pojem v České republice používá velmi málo a jeho obsah není prakticky reflektován. Obsah tohoto pojmu koresponduje s ekonomickým a etickým problémem. „*Bylo by mravné, spravedlivé a*

žádoucí, aby každý občan obdržel kdykoli a kdekoli takovou péči, která odpovídá současným poznatkům vědy a špičkové medicíny. Prakticky se však může lidem dostat jen redukováno péče, a to s ohledem na omezené ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje“ (Haškovcová, 2007, s.122).

2.5.1 Eutanázie v České republice

V České republice je eutanázie, stejně tak jako asistovaná sebevražda, nelegální, a v případě jejího provedení bude kvalifikována jako trestný čin. V roce 1996 se šířila laickou i odbornou veřejností vlna emocí, kterou zapříčinily články, které nesly titulky ve stylu *Aktivní eutanázie bude v České republice povolena*. Tyto články se šířily po vyjádření tehdejšího ministra spravedlnosti, který doporučoval převzít Holandský model, kdy je za zákonem stanovených podmínek, eutanázie neboli usmrcení nevyléčitelně nemocného člověka, které provede lékař, beztrestná. V dalších letech, kdy byly medializovány případy nevyléčitelně nemocných osob, které žádaly o ukončení samy nebo tak činili jejich blízcí a příbuzní, začala být problematika eutanázie aktuální také u nás. Přesto, že je téma eutanázie poměrně často probíraným tématem, které má své zastánce i v řadách poslanců a již vzniká nový návrh zákona o eutanázii, je stále trestaná jako vražda. V § 140 Trestního zákoníku, je uvedeno: *„Kdo jiného úmyslně usmrtí s rozmyslem nebo po předchozím uvážení, bude potrestán odnětím svobody na dvanáct až dvacet let“*

2.5.2 Dystanázie neboli zadržaná smrt

„Lidstvu se splnila odvěká touha po signifikantním prodloužení střední délky života a po výrazném zkvalitnění života. Smrt je stále a stále odsouvána a mnozí nabyli dojmu, že zemřít je vždy předčasné a vlastně nevhodné“ (Haškovcová, 2006, s. 32)

Přelomovým rokem v rámci medicíny, byl rok 1920, kdy byly objeveny nové léky a později dokonce antibiotika. Na základě nových medicínských poznatků se tedy prodlužovala střední délka života. Oddalování smrti je sice ušlechtilý čin, ale pouze do té doby, kdy si uvědomujeme konečnost lidského osudu. V dnešní době se můžeme setkat se stavem, kdy je smrt neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována. Tento stav nazývají lékaři dystanázií neboli zadržanou smrtí. V době, kdy nám umírá blízká osoba, očekáváme od lékařů heroické výkony namísto toho, abychom se s touto skutečností smířili a nezatěžovali

umírajícího léčbou, která už přináší víc obtíží než prospěchu. I přes veškeré pokroky v medicíně je dobré si zachovat zdravý rozum a mít na mysli, že tam, kde moc medicíny končí, nastává čas paliativní péče. (Haškovcová, 2007, s. 31-33).

2.6 Smrt

Pojem smrt definovalo poměrně velké množství autorů, tudíž se definice lehce různí. Haškovcová ji ve svém díle „Rub života, líc smrti“ popisuje jako proces zániku živého organismu, k němuž dochází buď přirozeně, v důsledku uplatnění biologických zákonitostí, nebo v důsledku násilného zásahu do živého organismu, který nezvratně poškozuje a rozkládá jeho funkce. Pojednává také o tomto pojmu v souvislosti s civilizací, kulturou, politickým systémem apod. (Haškovcová, 1989, s. 21)

Dle Haškovcové (1989, s. 21), můžeme smrt, z hlediska medicíny rozdělit na několik typů. Smrt psychickou a sociální, kdy se člověk cítí osamocen a vnímá své bytí jako něco, co je druhým pouze na obtíž, jelikož je odpoután od dění ve společnosti a rodině. Ze života už nemá radost a myšlenkami se stále častěji vrací ke smrti, která by pro něj svým způsobem byla vysvobozením. Psychická a sociální smrt často předchází smrti fyzické. Dále můžeme rozlišovat smrt klinickou, která je charakteristická zástavou dechu a srdeční činnosti. Cévní nervový systém je stále funkční, ale činnost dechu a srdce je zastavena. Organismus ještě není považován za mrtvý, neboť při včasném zásahu může být oživen. Mozková smrt je charakterizována úplnou ztrátou mozkových funkcí, zástavou dýchání, nereagujícími zornicemi a absencí kmenových reflexů. Definitivní smrt chápeme jako stav, kdy dochází k neobnovení spontánní činnosti srdce a zástavě dechu (Haškovcová, 1989, s. 21).

Smrt jedince se může dělit podle různých příčin: je to podlehnutí nějaké nemoci, nebo smrt stářím (přirozená smrt), smrt způsobená vlastní vinou (sebevražda, sebezabití), smrt v důsledku podmínek neslučitelných se životem (hladem nebo žízní, smrtelný úraz), smrt způsobená jiným člověkem (zabití, vražda, poprava) či smrt způsobená zvířetem nebo rostlinou (otrava). Stává se, že organismus umírá na kombinaci více příčin. Pokud člověk zemře bez předchozích příznaků a příčin, označuje se jeho smrt jako „náhlá“ (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 122).

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Téma sociálních služeb je velmi obsáhlé. V následující kapitole naleznete pouze výtah informací, které jsou klíčové pro lepší orientaci v oblasti služeb poskytovaných seniorům v kontextu tématu této bakalářské práce.

Vymezení pojmu sociální služby

Dle zákona č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, v platném znění, je sociální službou činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (zákon č. 108/2006 Sb.).

Dle Matouška jsou sociální služby určeny lidem, kteří jsou společensky znevýhodněni a cílem je zlepšení kvality jejich života. Zřizovateli sociálních služeb v rezortním pojetí mohou být v ČR obce, kraje a MPSV, dále to mohou být nestátní a neziskové organizace.

Matoušek ve Slovníku sociální práce popisuje sociální služby jako „*všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti. Základními sociálními službami jsou podle českého návrhu zákona o sociální pomoci: ubytování, stravování, hygiena, pomoc při zajištění chodu domácnosti, kontakt se společenským prostředím, poradenství, pomoc při prosazování práv a zájmů, služby výchovné, vzdělávací a aktivizační a socioterapeutické služby.*“ (Matoušek, 2003, s.214)

3.1 Členění sociálních služeb

Dle zákona č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, v platném znění, dělíme sociální služby na základní **druhy**:

- **sociální poradenství,**
- **služby sociální péče,**
- **služby sociální prevence.**

Rozdělení na druhy vystihuje jednotlivé funkce, které mají sociální služby plnit. Pro seniory jsou stěžejní služby sociální péče.

Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění, rozděluje také **formy** poskytování sociálních služeb na:

- **pobytové,**
- **ambulantní,**
- **terénní.**

Pobytové – do pobytové formy řadíme domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a se zvláštním režimem, chráněné bydlení, týdenní stacionáře a některé typy odlehčovacích pobytových center.

Ambulantní – klienti do zařízení docházejí a není zde možnost ubytování.

Terénní – klient je v přirozeném domácím prostředí, kde ho navštěvuje pověřená osoba (sociální pracovník či zdravotník) a pomáhá mu např. s úklidem, či nákupem, zabezpečuje dovážku jídel apod. (Prudká, 2015, s.20)

„Zařízení sociálních služeb se dělí na:

- *centra denních služeb,*
- *denní stacionáře,*
- *týdenní stacionáře,*
- *domovy pro osoby se zdravotním postižením,*
- *domovy pro seniory,*
- *domovy se zvláštním režimem,*
- *chráněné bydlení,*
- *azylové domy,*
- *domy na půl cesty,*
- *zařízení pro krizovou pomoc,*
- *nízkoprahová denní centra atd.“ (Prudká, 2015, s.20).*

Cíle sociálních služeb:

- „podporovat rozvoj nebo zachování soběstačnosti člověka,
- rozvíjet schopnosti člověka a umožnit mu vést kvalitní život,
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života“ (Nováková, 2011, s. 190).

3.2 Sociální služby pro seniory

Sociální služby pro seniory jsou nabízeny ve všech formách. Pokud to však umožňují schopnosti seniora, je nejlepší variantou setrvání v jeho přirozeném prostředí. V těchto případech mohou pečující osoby využívat možností, které nabízejí:

Terénní služby:

- pečovatelská služba,
- osobní asistence,
- ošetrovatelská péče,
- asistent sociální péče.

Ambulantní služby:

- centra denních služeb,
- denní/týdenní stacionáře.

I přes velkou snahu blízkých osob může nastat chvíle, kdy už není v jejich silách postarat se o osobu blízkou v takové míře, aby byla spokojenost na obou stranách a proto, přichází možnost využití pobytové služby.

Do roku 2006 existovaly tři typy **pobytových služeb** pro seniory – domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy-penziony pro důchodce. Dnes zahrnuje nová legislativa tyto typy služeb do kategorie domov pro seniory.

Domov pro seniory poskytuje péči o osobu ve všech směrech. Od ubytování a stravy přes praní prádla až po různé skupinové programy. Mimo to, je zde poskytována základní zdravotnická a ošetrovatelská péče. Některé domovy pro seniory mají specializovaná oddělení, která se zaměřují například na lidi s demencí nebo na uživatele zdravotně znevýhodněné. (Matoušek, 2007, s.89-91)

4 DOMOVY PRO SENIORY

V předešlé kapitole jsme se věnovali sociálním službám obecně. Nyní se zaměříme přímo na službu sociální péče, v pobytové formě, a to konkrétně na domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. V této kapitole je uvedeno, jak je služba domova pro seniory definována v publikaci od Malíkové a jak obě služby definuje zákon č. 108/2006 Sb. Dále se zaměříme na veškeré služby, které domov pro seniory nabízí.

„Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem určenou pro seniory se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci v komplexní péči. Služba je určena především pro osoby, které vzhledem ke své neschopnosti postarat se o sebe nemohou dále setrávat ve svém přirozeném sociálním prostředí“ (Malíková, 2011, s. 45).

Domovy pro seniory poskytují dva druhy sociálních služeb:

- **domov pro seniory,**
- **domov se zvláštním režimem.**

Domovy pro seniory

Dle § 49 zákona o sociálních službách je služba domova pro seniory určena osobám, které:

mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

- A obsahuje tyto základní činnosti:
 - poskytnutí ubytování,
 - poskytnutí stravy,
 - pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
 - pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
 - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - sociálně terapeutické činnosti,
 - aktivizační činnosti,
 - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon o sociálních službách, § 49).

Domovy se zvláštním režimem

Dle § 50 zákona o sociálních službách, je služba domova se zvláštním režimem určena osobám, které:

Mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

A obsahuje tyto základní činnosti:

- a)** poskytnutí ubytování,
- b)** poskytnutí stravy,
- c)** pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d)** pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e)** zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f)** sociálně terapeutické činnosti,
- g)** aktivizační činnosti,
- h)** pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon o sociálních službách, § 50).

4.1 Služby poskytované v domovech pro seniory

„Každý poskytovatel sociální služby je povinen dodržet rozsah služeb stanovený zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pro konkrétní druh poskytované služby u odpovídajícího typu zařízení“ (Malíková, 2011, s. 114).

Poskytnutí ubytování

Domov pro seniory poskytuje uživatelům trvalý domov do konce jejich života a pomáhá jim při jednotlivých běžných denních činnostech. Domov by měl splňovat určitá kritéria, mezi které patří např. útulné, příjemné a bezpečné prostředí. V interiéru by se mělo nacházet: pojízdné polohovací lůžko, noční stolek, jídelní stůl, dvě židle, šatní skříň atd. Vybavení musí být přizpůsobeno věku uživatelů tzn. dostatečně prostorné koupelny pro hygienickou péči imobilních klientů, výtahy, bezbariérový přístup apod.

Poskytnutí stravy

Uživatelům domova pro seniory je poskytována kvalitní strava přiměřená jejich věku a zdravotnímu stavu. Strava je podávána pětkrát denně, diabetikům šestkrát. Důležité je dbát na to, aby uživatelé přijímali také dostatečné množství tekutin

Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu

Tato pomoc se odvíjí od mobility uživatelů domova pro seniory. Pokud se jedná o osobu upoutanou na lůžko, je u ní pomoc v oblasti zvládání běžných úkonů při péči o vlastní osobu častější než u mobilních osob.

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

Pokud je uživatel mobilní, úkolem pracovníka v sociálních službách je pomoci tehdy, kdy to uživatel potřebuje. U imobilních pacientů se jedná o celkovou péči v oblasti osobní hygieny od vyprazdňování přes koupel až po stříhání nehtů.

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Někteří uživatelé již nejsou schopni udržovat kontakt se společenským prostředím. Pracovníci domova pro seniory se snaží, aby se u klientů vyhnuli sociální izolaci, a proto je

i přes možnou imobilitu přesouvají do společenských prostor či na zahradu, kde mohou společně trávit čas.

Sociálně terapeutické činnosti

Tato činnost je důležitá proto, aby byla podpořena seberealizace jedince a pocit vlastní užitečnosti. Na této činnosti se běžně podílí více pracovníků, mezi které řadíme sociální pracovníky, pracovníky v přímé péči, aktivizační pracovníky, ergoterapeuty či fyzioterapeuty. Hlavním cílem této činnosti je prevence poklesu fyzických, duševních a sociálních funkcí uživatelů domova pro seniory.

Aktivizační činnosti

Aktivizační činnosti navazují na socioterapeutické činnosti. Jedná se o aktivizování a stimulování uživatelů k nalezení jejich zájmů a potřeb. Díky tomu dochází k zachování pocitu vlastní důstojnosti, radosti a uspokojení.

Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Tato pomoc je poskytována především klientům s poruchou vědomí či orientace nebo nekomunikujícím klientům, pro uplatňování jejich práv (Malíková, 2011, s. 114-121).

4.2 Zaměstnanci domovů pro seniory

V domovech pro seniory se můžeme setkat se zaměstnanci na různých pozicích. V rámci tohoto výzkumu jsme se chtěli primárně zaměřit na pracovníky v sociálních službách. Vzhledem k situaci, která vznikla v souvislosti s šířením nákazy koronavirem COVID – 19, jsme byli nuceni rozšířit oblast respondentů na další zaměstnance, kteří pravidelně přichází do kontaktu se seniory. V této podkapitole se budete moci seznámit s pracovní náplní sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách a všeobecné sestry. Do výzkumného šetření se zapojili zástupci všech těchto profesí.

Sociální pracovník

V zákoně o sociálních službách v § 109 je uvedeno: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a*

koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“ (zákon č. 108/2006 Sb.).

Pracovník v sociálních službách

Aby se člověk mohl stát pracovníkem v sociálních službách, musí splňovat určitá kritéria, mezi které patří kvalifikační požadavky (základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v minimálním rozsahu 150 hodin), předpoklady pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách – bezúhonnost, zdravotní způsobilost, odborná způsobilost.

O pracovníku v sociálních službách se v zákoně o sociálních službách v § 116 uvádí:

„Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává

a) přímou obslužnou péčí o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,

b) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,

c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,

d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování

kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“ (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Všeobecná sestra

Činnost všeobecné zdravotní sestry je definována zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Konkrétně v § 5 je uvedeno: „*Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči“ (Zákon č. 96/2004 Sb.).*

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V teoretické části jsme se zabývali problematikou doprovázení umírajících a pozůstalých. Dále jsme se stručně zaměřili na sociální služby v kontextu péče o seniory. Nyní se v praktické části zaměříme na zaměstnance domovů pro seniory a na jejich přístup ke smrti a umírání v tomto zařízení. Pro výzkum bylo zvoleno dotazníkové šetření. Předvýzkum jsme provedli na 6 osobách, kdy byla ověřena srozumitelnost položek

5.1 Výzkumný problém

Protože se zaměstnanci domovů pro seniory, setkávají se smrtí poměrně často, zaměřili jsme se ve výzkumu na jejich pohled na smrt a umírání v domovech pro seniory.

Výzkumným problémem je tedy problematika doprovázení umírajících a pozůstalých pohledem zaměstnanců domovů pro seniory.

5.2 Cíle výzkumu

Ve výzkumu se zaměřujeme na zaměstnance domovů pro seniory. **Hlavním cílem je zjistit, jak vnímají problematiku doprovázení umírajících a pozůstalých v zařízení domova pro seniory.**

Dílní cíle se budou zaměřovat na kvalitu péče o umírající a jejich blízké v domovech pro seniory z pohledu zaměstnanců. Dále na vyrovnávání se se smrtí klienta a přístup k eutanázii.

Dílní cíle:

DC1: Zjistit, jak vnímají zaměstnanci domovů pro seniory kvalitu péče o umírající v zařízení, ve kterém jsou zaměstnaní.

DC2: Zjistit, jak se zaměstnanci domovů pro seniory vyrovnávají se smrtí klienta.

DC3: Zjistit, zda se věnují zaměstnanci domovů pro seniory také doprovázení pozůstalých.

DC4: Zjistit, jaký zaujímají zaměstnanci domovů pro seniory postoj k jejich povolání obecně.

DC5: Zjistit, jak vnímají zaměstnanci domovů pro seniory eutanázii.

5.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

Jak vnímají zaměstnanci domovů pro seniory problematiku doprovázení umírajících a pozůstalých v zařízení domova pro seniory?

Výzkumná otázka číslo 1.

Jak vnímají zaměstnanci domovů pro seniory kvalitu péče o umírající v zařízení, ve kterém jsou zaměstnáni?

Výzkumná otázka číslo 2.

Jak se vyrovnávají zaměstnanci domovů pro seniory se smrtí klienta?

Výzkumná otázka číslo 3.

Věnují se zaměstnanci domovů pro seniory také doprovázení pozůstalých?

Výzkumná otázka číslo 4.

Jaký postoj zaujímají zaměstnanci domovů pro seniory k jejich povolání v obecné rovině?

Výzkumná otázka č. 5.

Jaký mají zaměstnanci domovů pro seniory názor na eutanázii?

5.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci, kteří jsou zaměstnáni v domovech pro seniory. Původně bylo v plánu výzkum zaměřit pouze na pracovníky v sociálních službách, kteří vykonávají přímou obslužnou péči, a jsou tedy s uživateli domova pro seniory, neustále v kontaktu. Jelikož nám však stávající situace, kterou je šíření nového typu koronaviru COVID-19 mezi zaměstnanci a uživateli domovů pro seniory, znesnadnila získat dostatečné množství vyplněných dotazníků od pracovníků přímé péče, rozšířili jsme výzkumný soubor také na sociální pracovníky. V rámci tohoto výzkumu jsme oslovili formou emailu zaměstnance domovů pro seniory ze všech krajů v České republice. Přesto, že jsme oslovili poměrně velké množství osob, návratnost dotazníků byla, již kvůli výše zmiňované situaci, velmi nízká. Do našeho výzkumu se zapojilo pouze 70 respondentů. Z čehož všichni respondenti splnili kritérium, kterým byla osobní zkušenost s umírajícím klientem.

5.5 Metoda sběru dat

Z důvodu velmi osobních otázek, týkajících se smrti a spokojenosti se zařízením, ve kterém jsou pracovníci domova pro seniory zaměstnáni, jsme zvolili kvantitativní typ výzkumu, konkrétně dotazníkové šetření. Domníváme se, že v případě kvalitativního výzkumu a osobního rozhovoru by se k nám mohly dostat neupřímné odpovědi. Dotazníkové šetření zajišťuje naprostou anonymitu, což jistě mnohým respondentům pomůže být i v intimních otázkách, zcela upřímný. Dotazník je sestaven celkem z 23 položek. Konkrétně se jedná o jednu otevřenou otázku, šestnáct uzavřených otázek a šesti otázek s možností volby odpovědi na Likertově škále od „zcela souhlasím“ po „zcela nesouhlasím“.

5.6 Zpracování dat:

Data, která získáme z vyplněných dotazníků, budeme pomocí programu MS Excel znázorňovat do tabulek a grafů. Hodnoty budou uvedeny v absolutní a relativní četnosti.

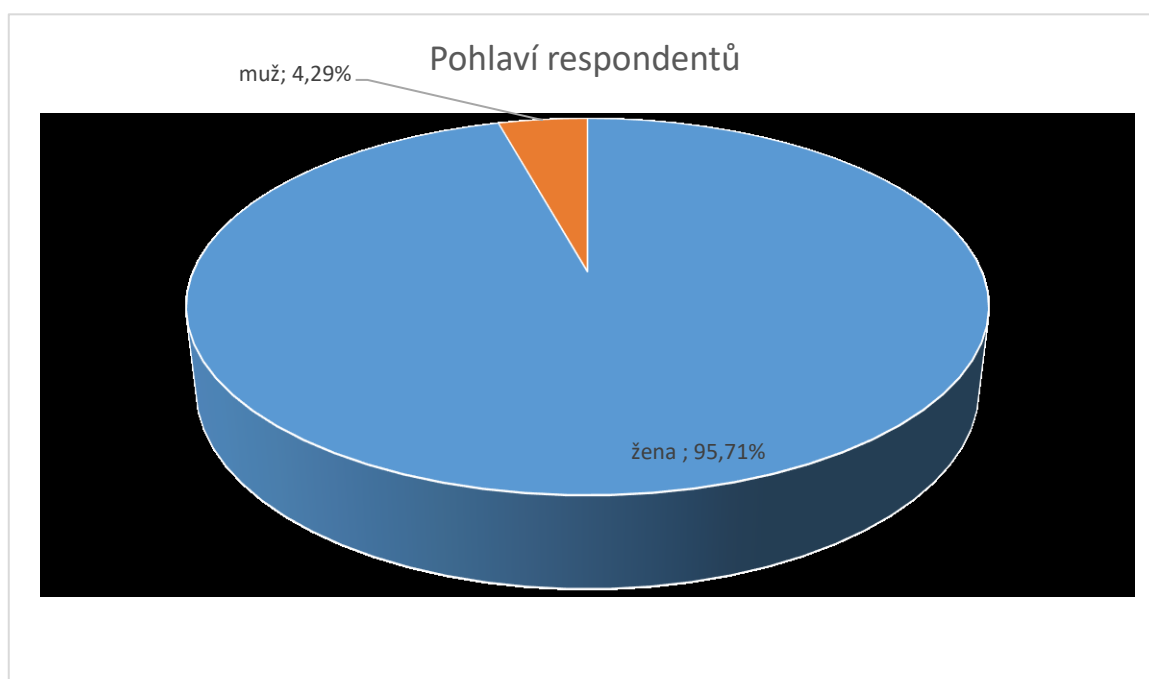
6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V následující kapitole se budeme zabývat analýzou a interpretací dat. Celkem jsme odeslali přes 200 žádostí o vyplnění dotazníku, který byl vytvořen přes internetový portál Survio. Z toho jsme obdrželi 70 vyplněných dotazníků. Všichni respondenti splnili kritérium, kterým byla osobní zkušenost s umírajícím uživatelem zařízení domova pro seniory, tudíž jsme mohli pracovat se všemi získanými dotazníky.

Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Tabulka 2

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Žena	67	95,71 %
Muž	3	4,29 %
Celkem	70	100 %



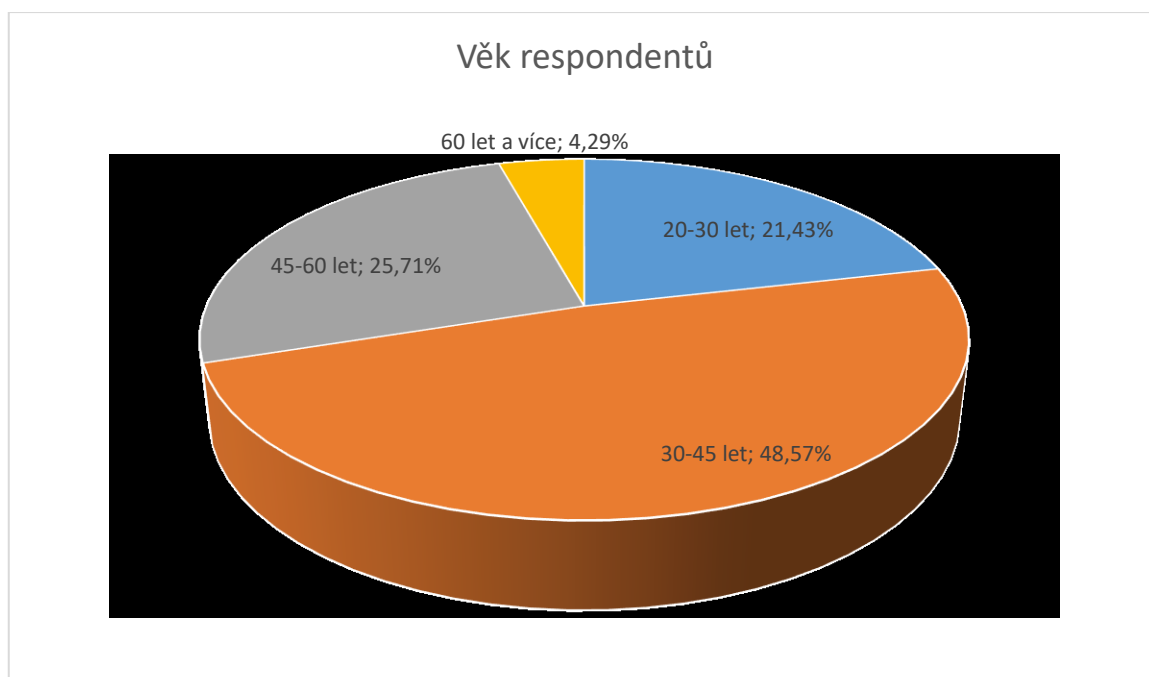
Graf 1

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 70 osob. Z toho se jednalo o 67 žen (95,71 %) a 3 muže (4,29 %).

Otázka č. 2: Věk respondentů

Tabulka 3

odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
20-30 let	15	21,43 %
30-45 let	34	48,57 %
45-60 let	18	25,71 %
60 let a více	3	4,29 %
Celkem	70	100 %



Graf 1

Při vytváření dotazníku jsme vycházeli z vývojových etap dospělého člověka, jak je uvedeno v publikaci *Vývojová psychologie* od Langmeiera a Krečířové (2006, s.167). Tyto etapy se dělí na časnou dospělost (zhruba od 20 do 25-30 let), střední dospělost (asi do 45 let) a pozdní dospělost (tj. asi do 60-65 let). Téměř polovina respondentů spadá do věkové skupiny 30-45 let, tzn. do střední dospělosti. 26 % respondentů spadá do kategorie pozdní dospělosti

tzn. 45-60 let, 21 % respondentů spadá do kategorie časné dospělosti tzn. 20-30 let a zbylé 4 % respondentů jsou starší 60 let.

Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Tabulka 4

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Střední s vyučením	4	5,72 %
Střední s maturitou	15	21,43 %
Vyšší odborné	7	10 %
Vysokoškolské	44	62,86 %
Celkem	70	100 %



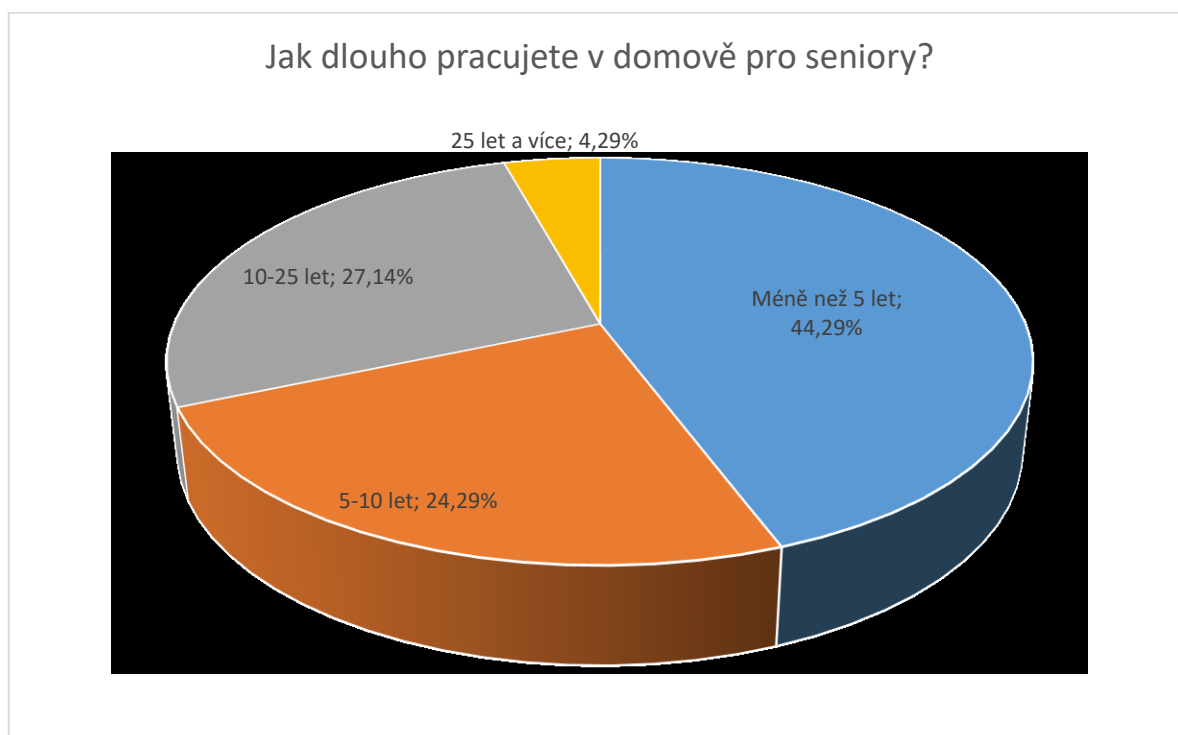
Graf 2

Celkem 44 respondentů získalo vysokoškolský titul. Dalších 19 respondentů jsou absolventy středních škol (4 z nich pouze s vyučením, 15 s maturitou). Zbylých 7 respondentů zvolilo jako nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné.

Otázka č. 4: Jak dlouho pracujete v domově pro seniory?

Tabulka 5

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Méně než 5 let	31	44,29 %
5-10 let	17	24,29 %
10-25 let	19	27,14 %
25 let a více	3	4,29 %
Celkem	70	100 %



Graf 3

Nejpočetnější skupinou, v rámci délky odpracovaných let v domově pro seniory, jsou překvapivě respondenti, kteří zde pracují méně než 5 let. Jedná se o 44,29 % z celkového počtu dotazovaných. 27,14 % respondentů se pohybuje v prostředí domova pro seniory 10-25 let, 24,29 % je zde 5-10 let. Pouze 3 respondenti (4,29 %), strávili jako zaměstnanci v domově pro seniory, více než 25 let.

Otázka č. 5: Setkal/a jste se při svém zaměstnání se smrtí klienta?

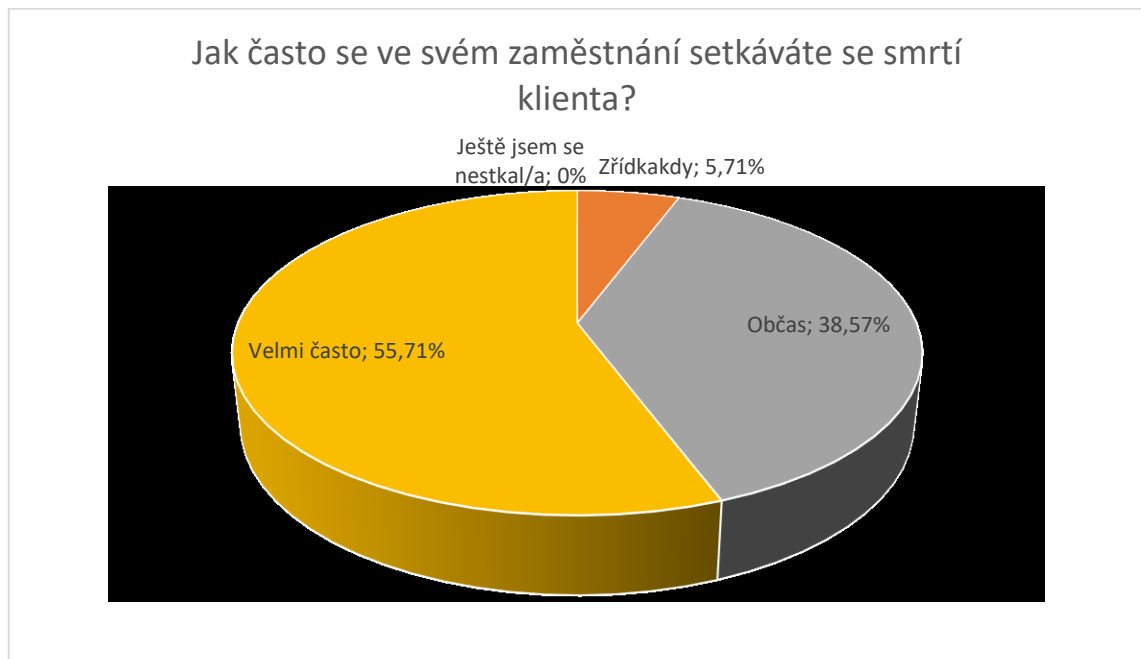
„Filtroční položky se zpravidla zařazují před položky základní a mají za úkol eliminovat ty jedince, kteří pro šetření nemají význam. Pokud respondent neodpoví žádoucím způsobem nejsou jeho další odpovědi již brány v úvahu“ (Chrásková, 2016, s.160).

V případě tohoto výzkumu jsme potřebovali získat informace od osob, které se ve svém zaměstnání již setkali se smrtí klienta. **Všichni odpověděli žádoucím způsobem**, tudíž jsme mohli pracovat se všemi získanými dotazníky.

Otázka č. 6: Jak často se ve svém zaměstnání setkáváte se smrtí klienta?

Tabulka 6

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relevantní četnost (R)
Ještě jsem se smrtí klienta nesetkal/a	0	0 %
Zřídka	4	5,71 %
Občas	27	38,57 %
Velmi často	39	55,71 %
Celkem	70	100 %



Graf 4

U položky č. 6: *Jak často se ve svém zaměstnání setkáváte se smrtí klienta?* Měli respondenti na výběr z odpovědí: *Ještě jsem se nesešel/a, zřídka, občas* nebo *velmi často*. Více než polovina, konkrétně 55,71 % dotazovaných, se s úmrtím uživatelů domova pro seniory, setkává často. 38,57 % respondentů se se smrtí klienta setkává občas, 5,71 % zřídka a žádný z nich ne zvolil odpověď, že se ještě se smrtí klienta nesešel, čímž jsme si také ověřili pravdivost předešlé položky.

Otázka č. 7: Jak vnímáte klientovu smrt?

Tabulka 7

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Vyrovnam se s ní naprosto bez problémů	16	22,86 %
Je pro mě velmi náročné se se smrtí klienta vyrovnat	7	10 %
Je to nepříjemné, ale smrt vnímám jinak, než u svých blízkých	47	67,14 %
Celkem	70	100 %



Graf 5

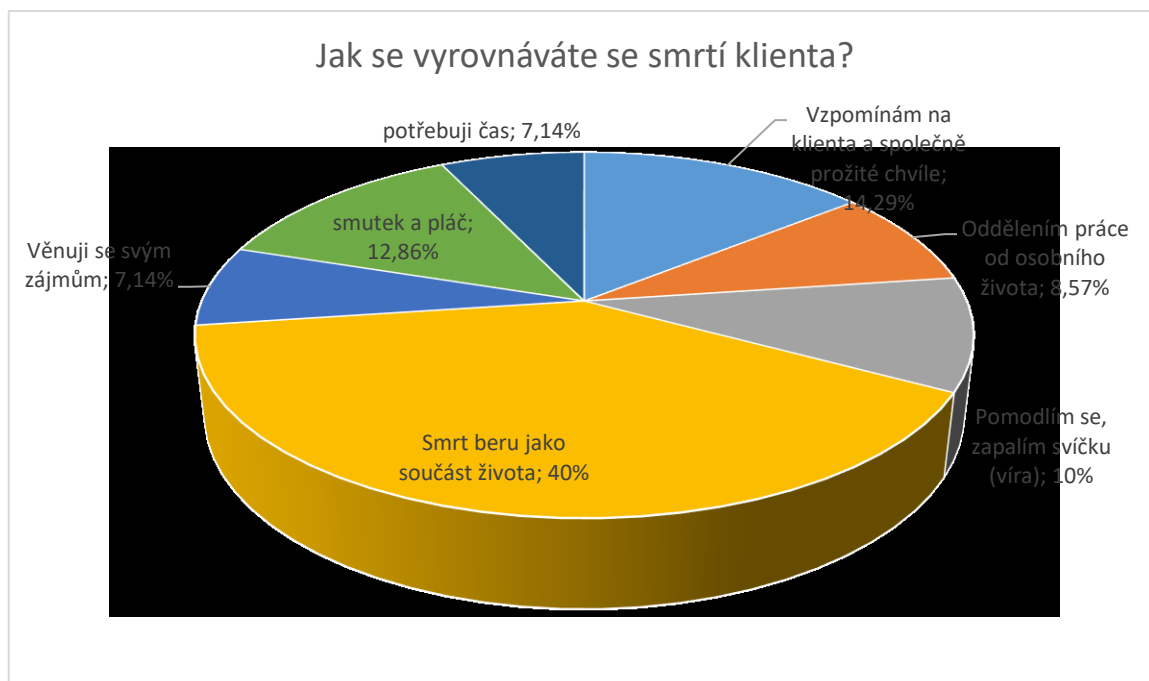
U této otázky měli respondenti opět na výběr ze tří odpovědí. Vždy měli zvolit výrok, se kterým se nejvíce ztotožňují. Na otázku: *Jak vnímáte klientovu smrt?* Zvolilo 47 respondentů (67,14 %) výrok: *Je to nepříjemné, ale smrt vnímám jinak než u svých blízkých.* 16 respondentů (22,86 %) se dle výroku *vyrovnává se smrtí klienta naprosto bez problému.* Zbýlých 7 osob (10 %) zvolilo výrok: *Je pro mě velmi náročné se se smrtí klienta vyrovnat.*

Otázka č. 8: Jak se vyrovnáváte se smrtí klienta?

Tabulka 8

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Vzpomínám na klienta a společně prožité chvíle	10	14,29 %
Oddělením práce od osobního života	6	8,57 %
Pomodlím se, zapálím svíčku. (Víra)	7	10 %
Smrt beru jako součást života	28	40 %
Věnuji se svým zájmům	5	7,14 %

Smutek a pláč	9	12,86 %
Potřebuji čas	5	7,14 %
Celkem	70	100 %



Graf 6

Položka č. 8 obsahovala otevřenou otázku: *Jak se vyrovnáváte se smrtí klienta?* Jelikož byly odpovědi poměrně rozsáhlé, rozhodli jsme se vytvořit 7 kategorií, které s jednotlivými odpověďmi nejvíce korespondují. 40 % respondentů přijímá smrt jako součást života, tudíž nemají problém vyrovnat se se smrtí klienta. Často se opakovaly výroky typu: *Beru to jako součást života, pro mnohé klienty je to vysvobození nebo Nějak si to nepřipouštím. Beru to jako nedílnou součást života.* 14,29 % dotazovaných jsme zařadili do kategorie: *Vzpomínky na klienta a společně prožité chvíle.* Někteří zaměstnanci domova pro seniory vzpomínají společně s kolegy, jiní s rodinnými příslušníky zesnulého a ostatní o samotě. Pro všechny z nich je však důležité nejdříve si zavzpomínat a poté „nechat zesnulého odejít“. Další skupinou (12,56 %) jsou osoby, které se se smrtí klienta vyrovnávají tak, že si dovolí být smutní a popláčou si nad touto nelehkou situací. 10 % z dotazovaných jsou věřící, kteří vnímají smrt pouze jako konec jedné etapy života, tím pádem se se smrtí klienta vyrovnávají snáze. Většinou se jedná o zapálení svíčky a modlitbu. 8,57 % zaměstnanců domova pro seniory, kteří se zapojili do našeho šetření, dokáže oddělit práci od osobního života, z čehož vyplývá, že je pro ně smrt klienta pouze pracovní záležitostí, se kterou se v jejich osobním životě vyrovnávat nemusí. Opakoval se výrok typu: *Práci nechávám za dveřmi Domova.*

Při odchodu domů vše vypouštím a věnuji se rodině. Poslední nejméně volenými kategoriemi jsou: *čas a záliby*. K oběma kategoriím se svým názorem přiklonilo 7,14 % respondentů. Někomu stačí pouze čas, aby se se smrtí klienta vyrovnal, ostatní se věnují svým zálibám, nejčastěji šlo o sport, procházky v přírodě, četbu a poslech hudby.

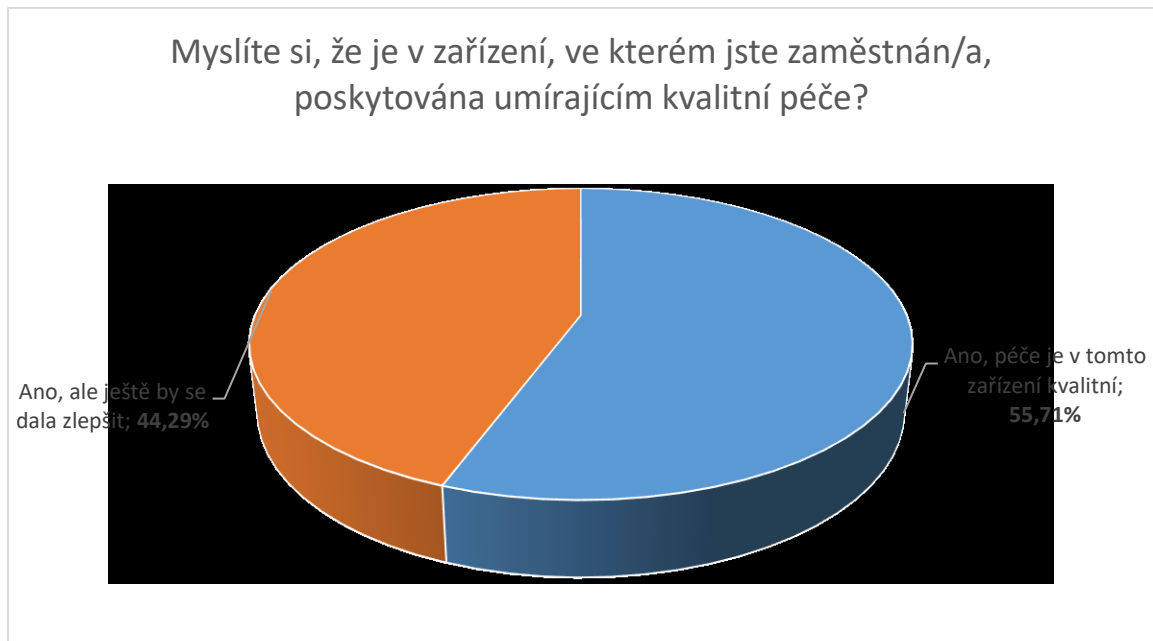
„Sestra, která pečuje o umírající, musí mít, mimo odborných, právních, etických a manažerských znalostí, filozofický nadhled, sociální zralost, musí být psychicky vyrovnaná, musí sama žít smysluplný život, pak je schopna pracovat beze strachu u nemocných v terminálním stádiu“ (Kelnarová, 2007, s. 38).

V publikaci Tanatologie v ošetrovatelství od Kelnarové je uvedeno, jak je důležité pro ošetrovatelskou péči o umírajícího, umět přijímat umírání a smrt jako přirozenou součást života. Pokud to ošetřující osoba nedokáže, může se snadno dostat do stresové situace, která se může negativně projevit v jejím osobním životě. Z výsledků tedy můžeme usoudit, že 40 % dotazovaných se dokáže se smrtí uživatelů domova pro seniory vypořádat bez problémů, které by si s sebou přenášeli do svého osobního života. Stejně tak jako 8, 57 % dotazovaných, kteří dokáží oddělit práci od osobního života.

Otázka č. 9: Myslíte si, že je v zařízení, ve kterém jste zaměstnán/a, poskytována umírajícím kvalitní péče?

Tabulka 9

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Ano, péče v tomto zařízení je kvalitní	39	55,71 %
Ano, ale ještě by se dala zlepšit	31	44,29 %
Celkem	70	100 %



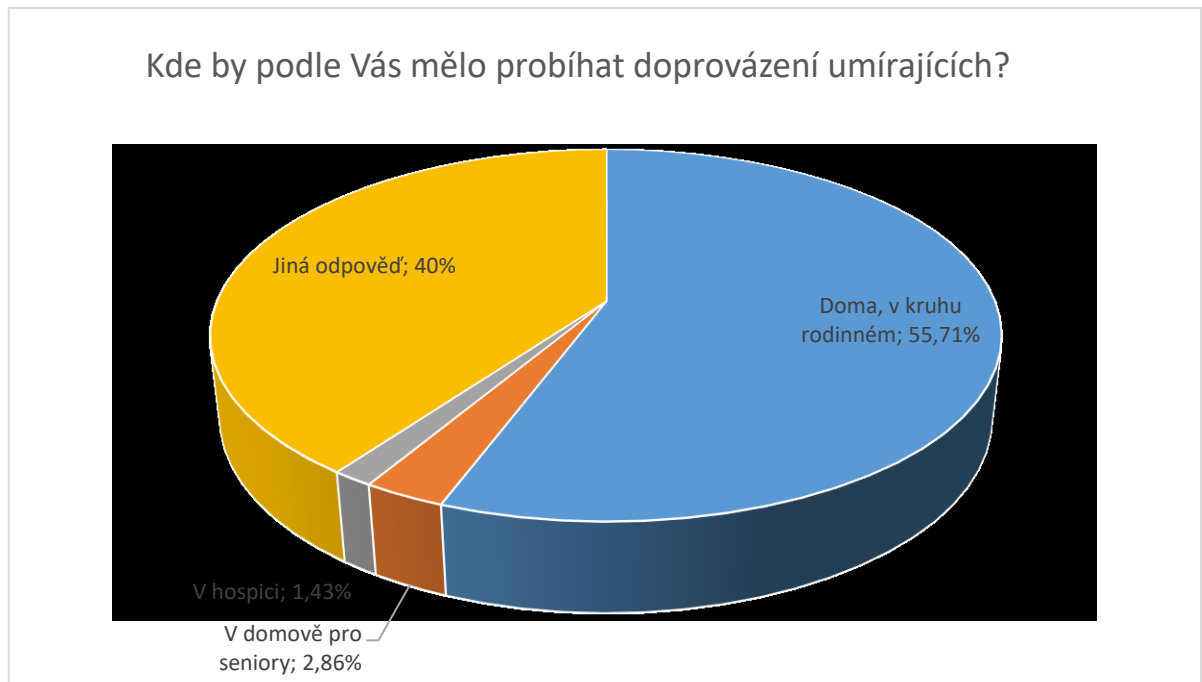
Graf 7

Více než polovina zaměstnanců domovů pro seniory, kteří se zúčastnili tohoto šetření, se domnívají, že péče o umírající v zařízení, ve kterém jsou zaměstnáni, je kvalitní. Konkrétně jde o 55,71 % dotazovaných. Zbýlých 44,29 % si myslí, že péče je kvalitní, ale stále by se dala v jistém směru zlepšit. Pozitivním zjištěním je, že ani jeden z respondentů si nemyslí, že by péče poskytována uživatelům v terminální fázi, byla nekvalitní.

Otázka č. 10: Kde by podle Vás mělo probíhat doprovázení umírajících?

Tabulka 10

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Doma, v kruhu rodinném	39	55,71 %
V domově pro seniory	2	2,86 %
V hospici	1	1,43 %
Jiná odpověď	28	40 %
Celkem	70	100 %



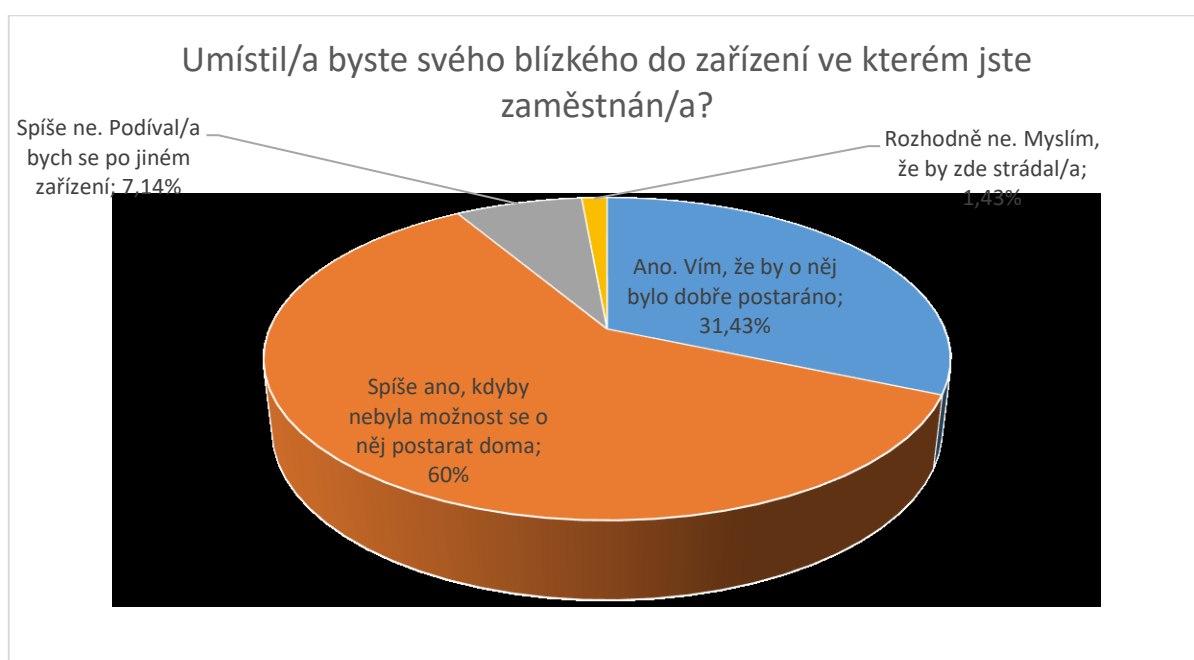
Graf 8

55,71 % respondentů, si dle našeho očekávání myslí, že by lidé měli, v nejlepším případě, umírat v domácím prostředí, v obklopení svých nejbližších osob. 40 % dotazovaných zvolilo možnost: *Jiná odpověď*. V tomto případě se mohl každý respondent vyjádřit individuálně. Jejich dopovědi jsme rozdělili do čtyř skupin. 11 respondentů se přiklání k názoru, že se jedná o velmi individuální věc, která se odvíjí od zdravotního stavu, možností rodinných příslušníků apod. Dalších 11 dotazovaných se k této otázce vyjádřilo, že je pro osobu v terminální fázi, nejlepší umírat tam, kde si to sama přeje. Zbylých 6 respondentů se vyjádřilo, že v nejlepším případě probíhá proces umírání v kruhu nejbližších, když je to možné a pokud tomu tak není, tak v domovech pro seniory.

Otázka č. 11: Umístil/a byste svého blízkého do zařízení ve kterém jste zaměstnán/a?

Tabulka 11

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Ano. Víím, že by o něj bylo dobře postaráno	22	31,43 %
Spíše ano, kdyby nebyla možnost se o něj postarat doma	42	60 %
Spíše ne. Podíval/a bych se po jiném zařízení	5	7,14 %
Rozhodně ne. Myslím, že by zde strádal/a	1	1,43 %
Celkem	70	100 %



Graf 9

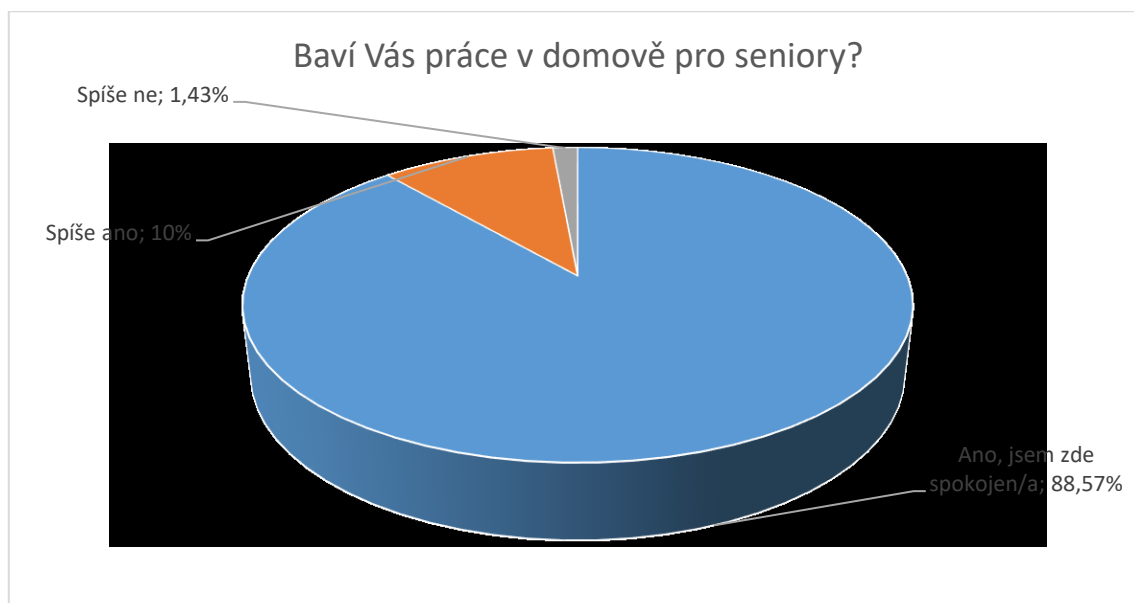
Stejně jako v položce č. 9, se i zde snažíme zjistit, zda je dle názoru zaměstnanců péče o seniory v jejich zařízení kvalitní. Celkem 60 % dotazovaných by si spíše dokázalo představit umístit svého blízkého do zařízení domova pro seniory, ve kterém je zaměstnán v případě, že se o něj nebudou moci postarat doma. Dalších 31,43 % dotazovaných by si určitě dokázalo představit umístit svého blízkého do zařízení, ve kterém jsou zaměstnáni s pocitem, že o něj

bude dobře postaráno. Celkem 5 osob (7,14 %) by spíše volila jiné zařízení domova pro seniory a 1 osoba by v žádném případě neumístila svého blízkého do zařízení ve kterém je zaměstnána.

Otázka č. 12: Baví Vás práce v domově pro seniory?

Tabulka 12

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Ano, jsem zde spokojen/a	62	88,57 %
Spíše ano	7	10 %
Spíše ne	1	1,43 %
Tato práce mě vůbec nebaví	0	0 %
Celkem	70	100 %



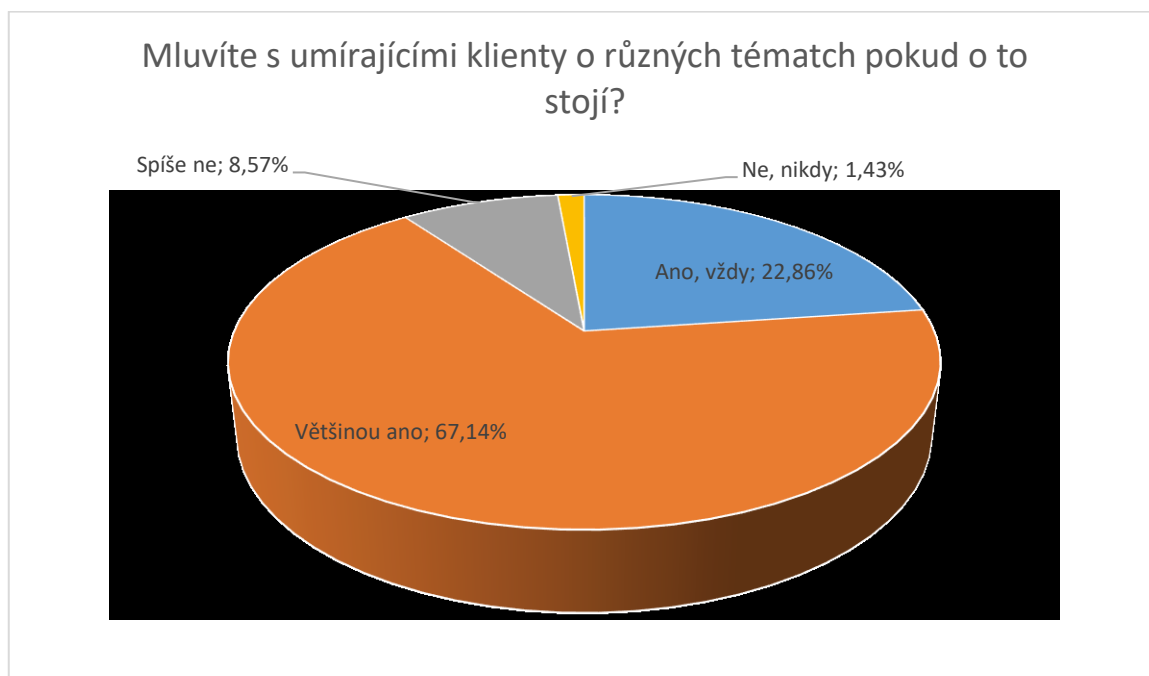
Graf 10

V položce č.12 jsme chtěli zjistit, jaký zaujímají zaměstnanci domovů pro seniory postoj ke svému povolání. 69 dotazovaných (98,57 %) odpovědělo na otázku, zda je baví práce v domově pro seniory kladně. 88,57 % respondentů zvolilo odpověď „ano, jsem zde spokojen/a“, 10 % z nich „spíše ano“. Pouze jedna osoba ze 70 dotazovaných, se vyjádřila k této otázce negativně, z čehož vyplývá, že zaměstnanci domovů pro seniory jsou ve svém zaměstnání spokojeni a práce je baví. Lze tedy očekávat, že se spokojenost bude odrážet na přístupu k uživatelům domova pro seniory a na kvalitě odvedené práce.

Otázka č.13: Mluvíte s umírajícími klienty o různých tématech, pokud o to stojí?

Tabulka 13

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost
Ano, vždy	16	22,86 %
Většinou ano	47	67,14 %
Spíše ne	6	8,57 %
Ne, vyhýbám se tomu	1	1,43 %
Celkem	70	100 %



Graf 11

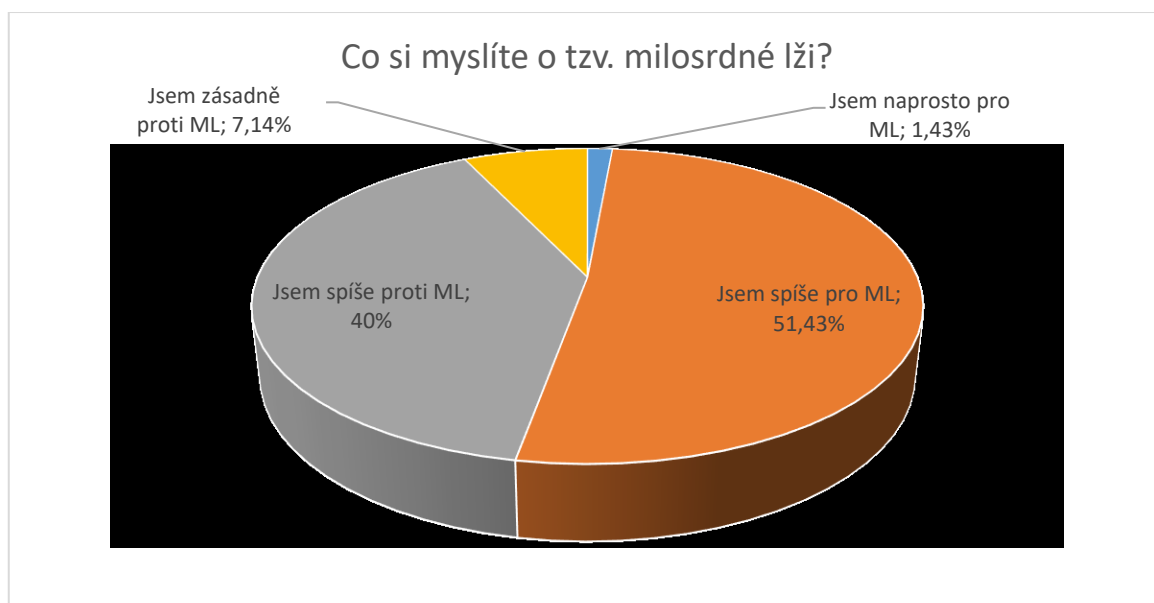
Tato položka spadá do kategorie péče o umírající a pozůstalé. Zajímalo nás, zda zaměstnanci domovů pro seniory mluví o různých věcech, pokud o to klient stojí. Nejvíce respondentů (67,14 %) zvolilo odpověď „většinou ano“, další nejpočetnější skupinou byli respondenti, kteří zvolili odpověď „ano, vždy“. 8,57 % dotazovaných zvolilo odpověď „spíše ne“ a 1,43 % dotazovaných, tedy jeden respondent, se debatám s uživateli domova pro seniory, vyhýbá. Plnění takových přání, jako je rozprava o umírání a smrti, považujeme za jeden ze znaků kvalitní péče o osoby nacházející se v terminální fázi života. Marková (2010, s. 51) ve své knize *Sestra a pacient v paliativní péči* uvádí, že komunikace je stěžejním bodem pro vytvoření kvalitního prostředí pro nemocné a umírající. Do kompletní komunikace spadají kromě slov také gesta, mimika, postoj, doteky apod. Především z neverbální komunikace má

pacient a jeho příbuzní možnost zjistit, jaký postoj k nim zaměstnanec domova pro seniory zaujímá.

Otázka č. 14: Co si myslíte o tzv. milosrdné lži?

Tabulka 14

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Jsem naprosto pro ML	1	1,43 %
Jsem spíše pro ML	36	51,43 %
Jsem spíše proti ML	28	40 %
Jsem zásadně proti ML	5	7,14 %
Celkem	70	100 %



Graf 12

Položka číslo 14 je opět zaměřena na péči o umírající. Zajímalo nás, zda se zaměstnanci domovů pro seniory přiklání spíše k milosrdné lži nebo jsou naopak k uživatelům tohoto zařízení, za jakýchkoliv okolností, upřímní. „V České republice je každému lékaři již od roku 1966 uložena povinnost přiměřeně informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. Ve slově přiměřeně se skrývá velký prostor pro všechny myslitelné varianty, tedy od plného pravdivého sdělení až po úplné zatajení“ (Haškovcová, 2007, s.54). Domníváme se, že téma pravdy je stěžejním bodem, co se kvality péče o umírající týče. Pokud je mezi

uživatelům a zaměstnancům domova pro seniory upřímnost, buduje se vzájemná důvěra, která může i velmi náročnou situaci, jakou je umírání, zjednodušit.

V této položce se názory respondentů značně rozcházejí. 51,43 % respondentů zvolilo odpověď: *Jsem spíše pro milosrdnou lež*, 40 % respondentů se rozhodlo pro odpověď: *Jsem spíše proti milosrdné lži*. 7,14 %, tedy 5 respondentů je zásadně proti milosrdné lži a pouze jeden respondent je naprosto pro milosrdnou lež.

Otázka č. 15: Snažíte se pozůstalým pomoci či poradit jak dál?

Tabulka 15

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Ano, vždy	54	77,14 %
Většinou ano	16	22,86 %
Celkem	70	100 %



Graf 13

Položka č. 15 je zaměřena na pozůstalé. „Jednání s pozůstalými není jen otázkou etickou, ale vyžaduje vysokou úroveň komunikačních schopností. V jednání s pozůstalými bychom měli dbát určitých společenských zásad. Mějme na paměti, že jsou zranitelní, potřebují také

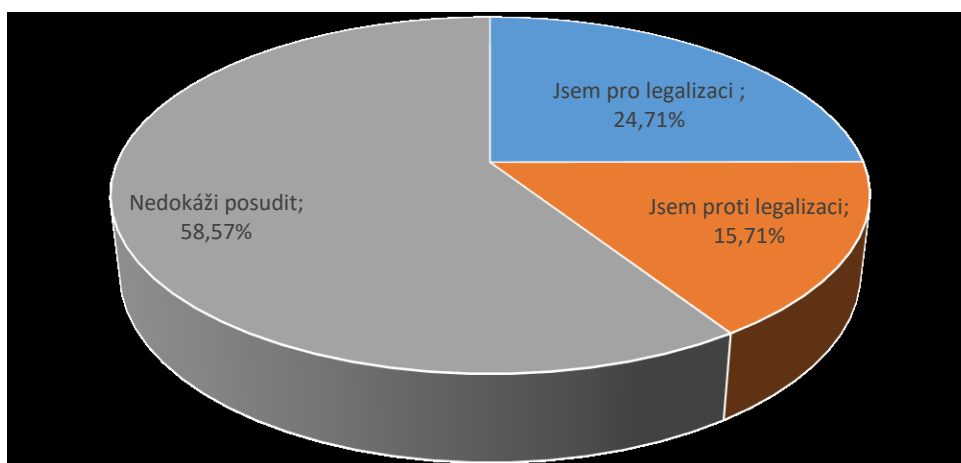
*pomoc, psychickou pomoc. Oznamit někomu skon milovaného člověka je náročná situace. Psychologové okamžik sdělení o úmrtí řadí mezi nejvíce stresové chvíle v životě pozůstalých“ (Kutnohorská, 2007, s.79). Z osobní, nedávné zkušenosti, kdy mi umíral otec, vím, jak krutá mohou být špatně položená slova ze strany ošetřujícího, v období, kdy jste tak velmi zranitelní. Přesto by stačilo pár vlídných slov a celá situace by byla o poznání snazší. Chtěli jsme tedy zjistit, jaký postoj zaujímají pracovníci domovů pro seniory k péči o pozůstalé. Každý z respondentů se k otázce: *Snažíte se pozůstalým pomoci či poradit jak dál?* Vyjádřil kladně. 77,14 % dotazovaných zvolilo odpověď Ano, vždy, zbylých 22,86 % dotazovaných zvolilo odpověď Většinou ano.*

Otázka č. 16: Jaký máte názor na možnost legalizace eutanázie v ČR?

Tabulka 16

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Jsem pro legalizaci eutanázie v ČR	18	25,71 %
Jsem proti legalizaci eutanázie v ČR	11	15,71 %
Nedokáží posoudit	41	58,57 %
Celkem	70	100 %

Jaký máte názor na možnost legalizace eutanázie v ČR?



Graf 14

V souvislosti s tématem doprovázení a umírání nás také zajímal názor respondentů na eutanázii. Zda by se přiklonili k legalizaci nebo jsou naopak zásadně proti. Kalvach (2019, s.24-25) uvádí, že z různých výzkumů vyplývá, že lidé často ani přesně neví, co to eutanázie ve skutečnosti je. Odpůrci a podporovatelé eutanázie směřují tyto záležitosti, které nejsou slučitelné:

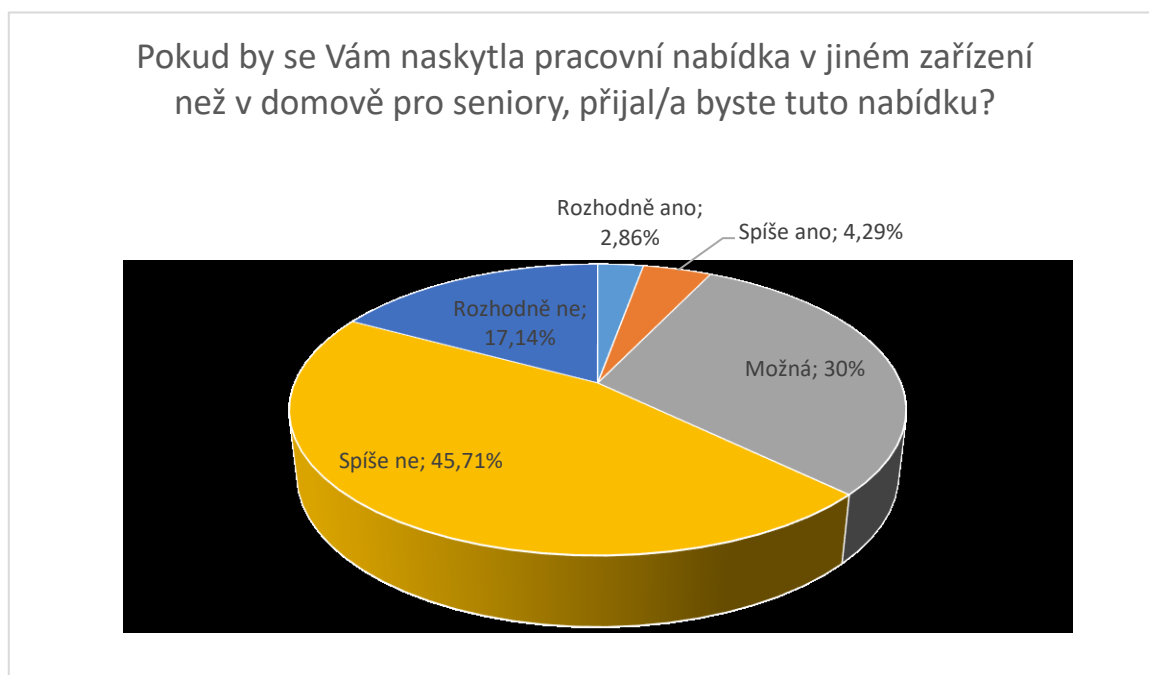
- *Dobrou, tedy milosrdnou, rychlou a bezbolestnou smrt bez utrpení (doslovný překlad slova eutanázie)*
- *Laskavou podporu při umírání, zvláště tlumení obtíží, plnění přání, kontakt s rodinou, domácí ošetřování – tedy paliativní péči*
- *Eutanázii podle výše zmíněné definice – tedy zabití pacienta lékařem na pacientovu žádost podle pravidel*
- *Zabití pacienta na jeho žádost lékařem bez dodržení pravidel*
- *Zabití trpícího člověka na jeho žádost kýmkoliv, ne pouze lékařem, a ne podle uvedených pravidel*
- *Zabití či nechání zemřít pacienta lékařem pro domnělé utrpení či domněle bezcenný život, nikoli však na jeho žádost, jen z úsudku lékaře*
- *Zabití či nechání zemřít člověka kýmkoli jiným než lékařem a nikoli na žádost onoho člověka, jen z pocitu, že nepřiměřeně trpí či že jeho život je nedůstojně bezcenný (Kalvach, 2019, s. 25)*

Více než polovina osob (58,57 %) zvolilo odpověď: *Nedokáží posoudit*. 24,71 % dotazovaných se přiklání k legalizaci eutanázie v ČR. 15,71 % je naopak proti legalizaci eutanázie u nás. Je samozřejmé, že přístup k eutanázii ovlivňuje víra v Boha, nastavení hodnot a jiné okolnosti. Stejně tak se domníváme, že některé z osob, které se k možné legalizaci eutanázie u nás, vyjádřili pozitivně, se během svého života již setkali s náročným a bolestivým odchodem, ať už svého blízkého či uživatele domova pro seniory. Myslíme si, že tak zásadní momenty v životě, změni člověku pohled na věc.

Otázka č. 17: Pokud by se Vám naskytl pracovní nabídka v jiném zařízení než v domově pro seniory, přijal/a byste tuto nabídku?

Tabulka 17

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
Rozhodně ano	2	2,86 %
Spíše ano	3	4,29 %
Možná	21	30 %
Spíše ne	32	45,71 %
Rozhodně ne	12	17,14 %
Celkem	70	100 %



Graf 15

U položky č. 17 jsme se zaměřili, stejně jako u položky č. 12, na postoj zaměstnanců domova pro seniory k jejich povolání. Otázka není položena přímo, ale ve výsledku vypovídá o tom, zda jsou zaměstnanci v zařízení domova pro seniory spokojeni.

V položce č. 12 jsme zjišťovali, zda zaměstnanci domova pro seniory baví jejich práce. Pouze jeden z dotazovaných se k této otázce vyjádřil negativně. Přepokládali jsme tedy, že na otázku: Pokud by se Vám naskytl pracovní nabídka v jiném zařízení než v domově pro

seniory, přijal/a byste tuto nabídku? Se vyjádří pouze velmi nízké procento respondentů pozitivně nebo neutrálně. Přesto 2,86 % dotazovaných by tuto nabídku rozhodně přijalo, 4,29 % dotazovaných by tuto nabídku spíše přijalo a 30 % by nabídku možná přijalo. Zbýlých 62,85 % dotazovaných by tuto nabídku nepřijalo.

Otázka č. 18: Občas přemýšlím nad legalizací eutanazie v ČR.

Tabulka 18

Zcela nesouhlasím	-2	-1	0	1	2	Zcela souhlasím
Absolutní četnost (A)	8	9	13	24	16	Celkem: 70
Relativní četnost (R)	11,43 %	12,86 %	18,57 %	34,29 %	22,86 %	Celkem: 100 %

Tato položka je tzv. kontrolní položkou. „Kontrolní položky mají za úkol prověřit věrohodnost zjišťovaných údajů. Je možno použít několika variant kontrolních položek. Jedna z možností spočívá v tom, že na jednu skutečnost se ptáme respondenta více položkami dotazníku“ (Chráska, 2016, s. 159).

Kontrolovali jsme shodu s položkou č. 16: *Jaký máte názor na možnost legalizace eutanazie v ČR?* V případě položky č. 18 měli respondenti možnost vyjádřit míru souhlasu s výrokem: *Občas přemýšlím nad legalizací eutanazie v ČR.* Více než polovina respondentů se k tomuto výroku vyjádřila kladně. Přesně 22,86 % s výše zmiňovaným výrokiem zcela souhlasí a 34,29 % s ním spíše souhlasí. 18,57 % se vyjádřilo neutrálně. 12,86 % s legalizací eutanazie na našem území spíše nesouhlasí a zbylých 11,43 % dotazovaných s legalizací eutanazie naprosto nesouhlasí.

Položka 16 a 18 spolu úzce souvisí, předpokládali jsme tedy, že zde nebude zásadní rozpor mezi odpověďmi. V obou případech, se více osob vyjádřilo k legalizaci eutanazie u nás, kladně. Jediný rozdíl byl v počtu respondentů, kteří zaujali neutrální postoj. V položce č. 16 jich bylo více než polovina a v případě položky č. 18 jich bylo pouze 15,57 %.

Položka č. 19: Vždy se snažím pomoci pozůstalým. (Poskytnutí útěchy, podpory, rady aj.)

Tabulka 19

Zcela nesouhlasím	-2	-1	0	1	2	Zcela souhlasím
Absolutní četnost (A)	0	0	2	19	49	Celkem: 70
Relativní četnost (R)	0 %	0 %	2,86 %	27,14 %	70 %	Celkem: 100 %

Zde se jedná opět o kontrolní položku. Tentokrát jsme kontrolovali shodu mezi položkou č. 19 a položkou č. 15 (*Snažíte se pozůstalým pomoci či poradit jak dál?*). Zde se vyjádření respondentů nerozchází a můžeme tedy položku přijmout jako věrohodnou. 70 % dotazovaných vyjádřilo nejvyšší míru souhlasu s výrokem *Vždy se snažím pomoci pozůstalým (poskytnutí útěchy, podpory, rady aj.)*. 27,14 % dotazovaných vyjádřilo míru souhlasu na stupnici – 2 až 2, číslem 1. Neutrální postoj k tomuto výroku zaujali dva respondenti (2,86 %). Negativní postoj k výše zmiňovanému výroku nezvolil nikdo z dotazovaných.

Položka č. 20: S umírajícími trávím více času a snažím se jim více naslouchat.

Tabulka 20

Zcela nesouhlasím	-2	-1	0	1	2	Zcela souhlasím
Absolutní četnost (A)	1	4	11	29	25	Celkem: 70
Relativní četnost (R)	1,43 %	5,71 %	15,71 %	41,43 %	35,71 %	Celkem: 100 %

„Je dobré dát pacientovi možnost, aby si ujasnil svá přání, aby hovořil o svých pocitech, aby si ujasnil svůj hodnotový žebříček, aby se sám vyrovnával s problémy, aby hovořil o strachu o obavách“ (Kelnarová, 2007, s. 71).

Položka č. 20 je opět z kategorie péče o umírající a navazuje na položku č. 13 (Mluvíte s umírajícími klienty o smrti, pokud o to stojí?). Zajímalo nás, nakolik se respondenti ztotožňují s výrokem *S umírajícími trávím více času, snažím se jim více naslouchat*. Jak bylo výše uvedeno, v citaci z knihy Thanatologie v ošetrovatelství od Kelnarové, je dobré věnovat umírajícím pacientům prostor a čas, kdy jim budeme naslouchat a vnímat, co se nám snaží říci. 35,71 % z dotazovaných zvolilo stupeň souhlasu č. 2. 41,43 % dotazovaných zvolilo stupeň souhlasu 1. Neutrální postoj zaujmul 15,71 % z celkového počtu dotazovaných, 5,71 % zvolilo stupeň -1 a jeden respondent zvolil jako míru nesouhlasu stupeň -2.

Položka č. 21: Jsem spokojen/a s prací svých kolegů. Vím, že je o klienty dobře postaráno.

Tabulka 21

Zcela nesouhlasím	-2	-1	0	1	2	Zcela souhlasím
Absolutní četnost (A)	0	9	7	26	28	Celkem: 70
Relativní četnost (R)	0 %	12,86 %	10 %	37,14 %	40 %	Celkem: 100 %

Aby mohla být péče v zařízení domova pro seniory kvalitní, musí fungovat spolupráce a vzájemná důvěra mezi kolegy. Od vztahů na pracovišti se odvíjí spokojenost nejen zaměstnanců, ale také klientů. Ve výzkumu pro nás bylo důležité vědět, jak vnímají zaměstnanci domovů pro seniory práci svých kolegů. Věříme, že díky anonymitě v dotazníkovém šetření, se mohli všichni dotazovaní vyjádřit naprosto upřímně.

Nikdo z dotazovaných nezvolil míru nesouhlasu na nejnižším stupni a pouze 9 respondentů (12,86 %) zvolilo míru nesouhlasu s daným výrokem na stupni -1. neutrální postoj k tomuto výroku zaujmul 7 dotazovaných (10 %) a zbylých 54 respondentů (77,14 %) s výrokem (*Jsem spokojen/a s prací svých kolegů. Vím, že je o klienty dobře postaráno*) souhlasí. Na stupni 1 a 2.

Položka č. 22: Vybavení a pomůcky v zařízení, ve kterém pracuji, mi žádným způsobem nebrání v kvalitní péči o klienta.

Tabulka 22

Zcela nesouhlasím	-2	-1	0	1	2	Zcela souhlasím
Absolutní četnost (A)	3	11	7	23	26	Celkem: 70
Relativní četnost (R)	4,29 %	15,71 %	10 %	32,86 %	37,14 %	Celkem: 100 %

Položka č. 22 je zaměřena na kvalitu zařízení. Opět pro nás bylo důležité vědět, v jaké míře jsou zaměstnanci spokojeni s vybavením a veškerými pomůckami v zařízení, kde jsou zaměstnáni. Od spokojenosti zaměstnanců s vybavením se opět odvíjí kvalita odvedené péče o klienta. Celkem 70 % dotazovaných se s výrokem: *Vybavení a pomůcky v zařízení, ve kterém pracuji mi žádným způsobem nebrání v kvalitní péči o klienta*, ztotožňuje na stupnici od -2 do 2 na stupni 1 a 2. Naopak záporný postoj k tomuto výroku zaujalo celkem 14 respondentů (20 %). 7 osob zvolilo na stupnici hodnotu 0, tedy neutrální postoj již zmíněnému výroku.

Položka č. 23: Myslím, že péče v domově pro seniory, ve kterém pracuji, je dostatečná a kvalitní.

Tabulka 23

Zcela nesouhlasím	-2	-1	0	1	2	Zcela souhlasím
Absolutní četnost (A)	0	3	5	29	33	Celkem: 70
Relativní četnost (R)	0 %	4,29 %	7,14 %	41,43 %	47,14 %	Celkem: 100 %

Poslední položka našeho dotazníku navazuje na tu předešlou. Opět jsme zjišťovali názor respondentů na kvalitu zařízení. Tentokrát jsme se však nezajímali o vybavení, ale o kvalitu zařízení obecně. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky vytvořila *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory*, ve kterém jsou zmíněny jednotlivé oblasti: *ubytování, stravování, kultura a volný čas, partnerství a péče*. V těchto oblastech jsou rozepsány jednotlivé služby, nabídky aktivit a veškeré možnosti, které by v zařízení, domovů pro seniory, měli být poskytnuty. Cílem tohoto Doporučeného standardu je:

- *„podporovat a stimulovat poskytovatele sociálních služeb ke zvyšování kvality poskytovaných služeb;*
- *definovat jasné, transparentní a konkrétní znaky kvality domovů pro seniory v ČR;*
- *přinést a ukazovat příklady dobré praxe v sociálních službách a šířit Doporučený standard jako běžný;*
- *vyvinout veškeré úsilí, aby se Doporučený standard stal v blízké budoucnosti standardem minimálním;*
- *posouvat úroveň kvality poskytovaných sociálních služeb směrem k úrovni běžné ve státech s vyspělým systémem sociálních a zdravotních služeb“ (APSS ČR, 2015).*

7 DISKUZE

Pro bakalářskou práci na téma Doprovázení umírajících v domovech pro seniory, jsme zvolili kvantitativní výzkum, který byl prováděn pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl zcela anonymní. Tím pádem bylo pro respondenty snazší, upřímně se vyjádřit i k velmi osobním otázkám, mezi které právě téma umírání a smrti patří. Dotazníky byly rozeslány v elektronické podobě. Oslovili jsme přibližně 200 zaměstnanců domovů pro seniory ze všech krajů v České republice, ale bohužel vzhledem k situaci spojené s koronavirem (COVID-19), se nám podařilo získat pouze 70 respondentů, kteří byli i přes tuto náročnou situaci, která se projevila také v jejich zařízení, ochotni spolupracovat. Hlavním kritériem dotazníku, byla osobní zkušenost se smrtí uživatele domova pro seniory. Všichni dotazovaní tuto podmínku splnili, tudíž jsme mohli pracovat se všemi získanými daty.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak vnímají zaměstnanci domovů pro seniory, problematiku doprovázení umírajících a pozůstalých, v zařízení domova pro seniory. Konkrétně jsme plánovali zjistit, jaká je dle jejich názoru, kvalita péče v zařízení, ve kterém jsou zaměstnáni, jak se vyrovnávají se smrtí uživatelů domova pro seniory a zda se věnují také doprovázení pozůstalých. Naším dalším cílem bylo zjistit, jaký postoj zaujímají ke svému zaměstnání obecně a jaký mají názor na eutanázii, která s touto problematikou úzce souvisí.

Náš výzkumný soubor tvořilo 96 % žen. Nejpočetnější skupinou byly osoby ve věku 30–45 let. 63 % dotazovaných dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Nejvíce respondentů odpracovalo v zařízení domova pro seniory méně než 5 let. Více než polovina dotazovaných se se smrtí v jejich zaměstnání setkává velmi často.

V úvodních položkách nás zajímalo, jak zaměstnanci domova pro seniory, vnímají smrt klienta a jak se s ní později vyrovnávají. Péče o umírající je velmi náročnou a záslužnou prací, které by se měly věnovat pouze natolik psychicky vyrovnané a zralé osoby, které i přesto, co prožijí společně s umírajícími a pozůstalými, dokáží bez potíží fungovat v běžném životě.

„Nejdůležitější v práci sestry je její vlastní postoj k umírání a smrti“ (Kelnarová, 2007, s. 38). V nejlepším případě, je tomu dle publikací věnujících se oboru tanatologie tak, když doprovázející osoba, vnímá smrt jako přirozenou součást života. Celkem 40 % našich respondentů zvolilo právě tuto odpověď. V položce č. 8 (*Jak se vyrovnáváte se smrtí klienta?*) jsme dali respondentům možnost otevřené odpovědi. Jejich názory se pochopitelně lišily, ale základ byl v některých případech, velmi podobný. Roztřídili jsme tedy odpovědi

do několika kategorií. Byli jsme příjemně překvapeni, jak si každý z nich dokáže najít to, co mu v takových chvílích pomáhá. Často se zmiňovala psychohygiena, do které respondenti řadili relaxaci např. při poslechu hudby, četbě, procházce v přírodě apod. Někteří z nich si ke klientům netvoří žádné citové vazby, tudíž jejich odchod snášejí snáze. 10 % respondentů se vyjádřilo, že jsou věřící a smrt je pro ně pouze koncem jedné životní etapy. Někteří z nich naopak potřebují více času a dovolí si být smutní. V této položce se projevila jedinečnost a neopakovatelnost člověka. Domníváme se, že psychicky méně odolné osoby pravděpodobně nedokáží denně snášet blízkost umírajících, aniž by je to do budoucna nepoznamenalo. Proto je důležité, aby se zaměstnavatelé, mimo jiné, zajímali také o psychickou pohodu svých zaměstnanců.

Na kvalitu péče poskytované v zařízení domovů pro seniory jsme se zaměřili v položce č.: 9, 11, 21, 22 a 23. Na otázku: *Myslíte si, že je v zařízení, ve kterém jste zaměstnán/a, poskytována umírajícím kvalitní péče?* Se všichni zaměstnanci vyjádřili pozitivně. 56 % procent zaměstnanců se domnívá, že péče v jejich zařízení je kvalitní a 44 % si myslí, že je kvalitní, ale v některých ohledech by se ještě dala zlepšit. Předpokládali jsme tedy, že na položku č. 11: *Umístil/a byste svého blízkého do zařízení ve kterém jste zaměstnán/a?* Budou reagovat taktéž kladně. Ovšem 5 respondentů by se podívalo po jiném zařízení a jeden se dokonce domnívá, že by zde jeho blízký mohl strádat, což nám 100 % nekoresponduje s položkou č. 9, ale názory se nerozcházejí natolik, abychom údaje nemohli považovat za věrohodné. V posledních třech položkách, týkajících se kvality zařízení, jsme využili škály Likertova typu. „*U těchto škál se prezentuje určité tvrzení a po respondentovi se požaduje, aby vyjádřil stupeň svého souhlasu, respektive nesouhlasu na hodnotící škále*“ (Chrásková, 2016, s. 161). Ve všech třech případech, se respondenti ke kvalitě, ať už vybavení a pomůcek v zařízení, tak k práci svých kolegů, vyjadřovali pozitivně. Z čehož usuzujeme, že zařízení, ve kterém jsou zaměstnání, považují doopravdy za kvalitní.

To, jaký postoj zaujímají zaměstnanci domovů pro seniory ke svému povolání jsme zjišťovali v položkách č. 12, a 17. Jakmile je zaměstnanec spokojen ve svém zaměstnání, je to znát na přístupu ke klientům, spolupracovníkům a k práci samotné. Proto jsme se respondentů ptali, zda je práce v domově pro seniory baví. Ze všech 70 dotazovaných zvolil pouze jeden z nich odpověď: *spíše ne*. Zbylých 99 % respondentů je ve svém zaměstnání spokojeno. Když přišlo na otázku: *Pokud by se Vám naskytl pracovní nabídka v jiném zařízení než v domově pro seniory, přijal/a byste tuto nabídku?* Odpovědělo více než polovina zaměstnanců negativně, 30 % z nich zvolilo odpověď *možná* a pouze 7 % se k otázce vyjádřilo kladně. Položkou č. 17 jsme potvrdili, že zaměstnanci domovů pro

seniory, které jsme oslovili pro náš výzkum, jsou ve svém zaměstnání opravdu spokojeni, což se doufejme pozitivně odráží na odvedené práci.

„*Uvědomujme si stále, že objektem naší péče není jen nemocný člověk, ale celá rodina, které někdo umírá*“ (Marková, 2010, s. 76). Tuto myšlenku by měl mít na paměti každý, kdo pečuje o osoby, které se nachází na sklonku života. Z vlastní zkušenosti vím, že i pár vlídných slov nebo pouhé pohlázení, dokáže v jedné z nejnáročnějších chvil v životě, udělat mnoho. O to více si dnes vážím lékařů, sester a pečovatelů, kteří umí vnímat náročnost celé situace. Jak přistupují naši respondenti k pozůstalým jsme zjišťovali v položkách: 15 a 19. Na otázku: *Snažíte se pozůstalým pomoci či poradit jak dál?* Odpovědělo 77 % dotazovaných, že se snaží pomoci vždy. Zbýlých 23 % se snaží pomoci většinou. Velmi mile nás překvapilo, že se u této položky nikdo nevyjádřil negativně. Stejně tak v kontrolní položce: *Vždy se snažím pomoci pozůstalým. (Poskytnutí útěchy, podpory, rady aj.)*, s tímto výrokiem 70 % dotazovaných naprosto souhlasí, 27 % spíše a pouze dva dotazovaní zvolili hodnotu 0, což znamená, že ke výše zmiňovanému výroku, zaujímají neutrální postoj. Ze získaných odpovědí usuzujeme, že dotazovaní k péči o umírající přistupují komplexně a snaží se pomoci také příbuzným.

„*V kontextu úvah o umírání a smrti se nelze vyhnout problematice eutanázie, která má právě tak mnoho horlivých zastánců, jako i důsledných odpůrců*“ (Haškovcová, 2007, s. 119). Byli bychom velmi naivní, kdybychom očekávali, že se názory lidí v tématu eutanázie nebudou rozcházet. O legalizaci eutanázie v Česku se hovoří velmi často. Na internetu můžeme dohledat různé články s názory poslanců, které se také velmi často rozcházejí. O uzákonění tzv. dobré smrti, na území České republiky, si pravděpodobně můžeme, v nejbližších letech, nechat jenom zdát. I přesto jsme chtěli, v rámci tohoto výzkumu, znát názory našich respondentů. Položili jsme jim otázku: *Jaký máte názor na možnost legalizace eutanázie v ČR?* Většina z nich (59 %) zvolilo odpověď: *nedokáži posoudit*. Ovšem většina z těch, kdo se jasně vyjádřili, by byli pro legalizaci eutanázie. S výrokiem: *Občas přemýšlím nad legalizací eutanázie v ČR*, opět většina (57 %) souhlasila. Mezi zaměstnanci domovů pro seniory, kteří se podíleli na našem výzkumu, se našlo více zastánců eutanázie, což přisuzujeme také tomu, že jsou denně v kontaktu s osobami, které už kvůli bolesti spíše přežívají ze dne na den a čekají, kdy přijde ten osudný den, kdy už se nebudou muset více trápit. „*Všichni ti, kteří mají zkušenost s těžce nemocnými a umírajícími a kteří mají alespoň představu o jejich duševních pochodech, dosvědčí, že takováto žádost je spíše dožadováním se pomoci a lásky – a nikoliv vyjádřením touhy po zabití*“ (Munzarová, 2008, s. 24).

Výzkumů, které zkoumají problematiku doprovázení umírajících, je poměrně málo. O to méně je výzkumů, které se touto problematikou zabývají ve spojení s domovy pro seniory. V bakalářské práci, studentky Univerzity Palackého v Olomouci, na téma *Doprovázení umírajících v pobytových službách pro seniory* (Jelenová, 2016), bylo cílem práce zjistit, zda je možné v pobytových službách umírajícího seniora doprovázet a jakým způsobem je doprovázení realizováno. Autorka práce uvádí, že otázka, zda je doprovázení umírajících v pobytových sociálních službách pro seniory možné, byla naplněna. Domnívá se, že lze doprovázet v umírání i v takových zařízeních, které ve svých cílech nemají tuto oblast uvedenou. Z rozhovorů s pracovníky zjistila, že doprovázení umírajících probíhá ve všech zařízeních. V některých zařízeních se však na tuto oblast specializují více, v jiných méně. Co se týká péče o rodinné příslušníky umírajícího klienta, jsou dle tohoto výzkumu, *zaměstnanci sociálních služeb vstřícní vůči potřebám rodiny a klienta*. Což koresponduje s výsledky našeho výzkumu. V oblasti komunikace mezi uživateli a zaměstnanci služeb pro seniory se dle autorky odráží hlavní aspekt, kterým je náboženské přesvědčení pracovníka. V případě věřících pracovníků docházelo dle zmiňovaného výzkumu k hlubším rozhovorům s umírajícími klienty. V našem výzkumu se u položky č. 13: *Mluvíte s umírajícími klienty o různých tématech, pokud o to stojí?* Vyjádřilo pouze 10 % dotazovaných negativně. Stejně tak v položce č. 20 *S umírajícími trávím více času a snažím se jim více naslouchat*. Se s tímto výrokiem ztotožnilo 93 % dotazovaných.

V našem výzkumu nebylo zohledňováno, zda je zaměstnanec věřící či ne. Přesto s výrokiem *Jedná-li se o věřícího pracovníka, dochází k hlubším rozhovorům s umírajícím klientem*, nemůžeme vzhledem k počtu věřících osob v ČR souhlasit. Dle Českého statistického úřadu a Sčítání lidu, domů a bytů, které proběhlo v roce 2011, se k věřícím, hlásících se k církvi, přihlásilo pouze 1 463 584 osob, z celkového počtu obyvatel, které v roce 2011 činilo 10 436 560 (Český statistický úřad, 2011).

Jak bylo již výše zmíněno, více než 90 % respondentů našeho výzkumu, přistupuje k rozhovorům s umírajícími, velmi kladně. Vzhledem k počtu věřících osob na území České republiky s tvrzením: *V případě věřícího pracovníka, dochází k hlubším rozhovorům s umírajícím klientem*, nemůžeme souhlasit.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výsledků výzkumu je patrné, že k doprovázení umírajících, v domovech pro seniory, dochází poměrně často. Dle vývoje obyvatelstva, na základě šetření ČSÚ, zemřelo v roce 2018, v zařízení sociálních služeb 9 544 osob. Čímž se řadí na třetí místo v počtu zemřelých. Na základě výzkumu jsme zjistili, že 44 % respondentů vnímá péči o umírající v jejich zařízení jako kvalitní, s tím, že by se dala zlepšit. Vzhledem k tomu, že úmrtí v tomto typu zařízení, je poměrně frekventovanou záležitostí, měly by být jak pro zaměstnance, tak pro umírající připraveny takové podmínky, které jim proces doprovázení usnadní.

Pro některé z našich respondentů (10 %) je smrt klienta psychicky velmi náročnou událostí, se kterou se dlouho a nesnadno vyrovnávají. Proto by bylo vhodné, aby měli všichni zaměstnanci, kteří se na doprovázení podílejí, možnost projít kurzem, který se zabývá právě touto problematikou. Kurz by měl vést k větší spokojenosti na obou stranách, jak u zaměstnanců, tak u osob nacházejících se v procesu umírání a jejich nejbližších. Dále bychom doporučovali rozšířit týmy pracovníků o pozici psychologa, který by zde mohl být zaměstnán pouze na částečný úvazek a být tak k dispozici uživatelům, jejich příbuzným a v neposlední řadě také zaměstnancům.

Přesně 20 % respondentů není spokojeno s vybavením, které pro proces doprovázení využívají. Nedostatečné či nekvalitní vybavení jim brání v kvalitní péči o umírajícího klienta. Pracovníkům na vedoucích pozicích bychom proto doporučili, aby se zajímali o spokojenost zaměstnanců v jejich zařízení a nabízeli jim pravidelně prostor k vyjádření. Pro případ sdělení velmi osobní záležitosti, zřídit tzv. schránku důvěry, kde se bude moci anonymně vyjádřit každý zaměstnanec. Stejně tak by bylo vhodné sjednat tuto schránku i pro uživatele, aby mohli vyjádřit např. nespokojenost s přístupem určitých zaměstnanců apod.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce sestává ze dvou částí, a sice praktické a teoretické. Teoretická část pojednává o problematice doprovázení umírajících, umírání a smrti. Dále se zabývá sociálními službami v kontextu tématu této práce. Praktická část uvádí, jaké postoje zaujímají zaměstnanci domovů pro seniory k problematice doprovázení umírajících. Konkrétně jsme zamýšleli zjistit, jak vnímají kvalitu péče o umírající v jejich zařízení, jak se vyrovnávají se smrtí klienta, zda se věnují také doprovázení pozůstalých, jaký postoj zaujímají ke svému zaměstnání v obecné rovině a na závěr jsme chtěli zjistit, jak vnímají eutanázii, která k problematice umírání a smrti neodmyslitelně patří.

Praktická část byla prováděna formou kvantitativně orientovaného výzkumu. Pro získání dat jsme využili dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 70 respondentů ze všech krajů České republiky. Důvodem, proč se tohoto výzkumu účastnilo poměrně malé množství respondentů, je skutečnost, že se v mnoha zařízeních šířila nákaza koronaviru a zaměstnanci řešili v takových chvílích podstatnější záležitosti než právě vyplňování dotazníku pro účely bakalářské práce.

Tímto tématem jsme se zabývali proto, že je stále velmi aktuální a v souvislosti s domovy pro seniory, poměrně málo zkoumanou problematikou.

Zjistili jsme, že respondenti považují péči o umírající a pozůstalé, v domovech pro seniory, za kvalitní. Někteří však spatřují jisté nedostatky např. v oblasti vybavení a pomůcek. Většina respondentů smrt přijímá jako přirozenou součást života a dokáže se se smrtí klienta poměrně snadno vyrovnat. Téměř všichni dotazovaní se starají také o příbuzné umírajících, snaží se jim pomoci, vyslyšet je a případně jim poradit jak dál. Z toho vyplývá, že doprovázení umírajících můžeme považovat za komplexní. Pouze jeden respondent, z celkového počtu dotazovaných, není ve svém zaměstnání spokojen. Od spokojenosti zaměstnance se odvíjí jeho výkon. Pokud jsou tedy téměř všichni zaměstnanci v zařízeních spokojeni, věříme, že svou práci odvádí dobře a výše zmiňované výsledky se tímto potvrzují.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANDRÉSOVÁ, Martina a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. III, Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada, 2013, 230 s. ISBN 9788024743417.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989, 407s. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 9788072624713.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 9788087109199.

HATOKOVÁ, Mária. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich: dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach*. Košice: Equilibria, 2013, 244 s. ISBN 9788081431258

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2016, 254 s. Pedagogika. ISBN 9788024753263.

JELENOVÁ, Petra. *Doprovázení umírajících v pobytových službách pro seniory*. Olomouc, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce ThLic. Michal Umlauf.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2019, 155 s. ISBN 9788088126546

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, 163 s. Sestra. ISBN 9788024720692.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015, 36 s. ISBN 9788026209119.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché. ISBN 8024712849.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 9788024731483.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2013, 395 s. ISBN 9788026202134.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 8071785490.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, 128 s. Sestra. ISBN 9788024731711.

MUNZAROVÁ, Marta a kol. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, 87 s. ISBN 9788071953043.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2.díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011, 204 s. ISBN 9788024737089.

PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer, 2015, 236 s. ISBN 978807488390.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, 304 s. ISBN 9788024722238

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 9788071955801.

ŠPATÉNKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 9788074921384.

VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026200871.

INTERNETOVÉ ZDROJE

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Sčítání lidu, domů a bytů* [online]. 2011 [cit.2020-03-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/1702201404.pdf/a626c8ab-f39f-48e0-adf3-03da8cc4da79?version=1.0>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vývoj obyvatelstva České republiky, Úmrtnost* [online]. 2018 [cit. 2020-03-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/91917384/1300691906.pdf/2a4365d4-ebb0-41fb-96ed-608846c0fa49?version=1.0>

WMA. *Declaration on Euthanasia and Physician Assisted Suicide*. [online]. 2019 [cit.2020-04-26]. Dostupné z: <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	17
Tabulka 2	43
Tabulka 3	44
Tabulka 4	45
Tabulka 5	46
Tabulka 6	47
Tabulka 7	48
Tabulka 8	49
Tabulka 9	51
Tabulka 10	52
Tabulka 11	54
Tabulka 12	55
Tabulka 13	56
Tabulka 14	57
Tabulka 15	58
Tabulka 16	59
Tabulka 17	61
Tabulka 18	62
Tabulka 19	63
Tabulka 20	63
Tabulka 21	64
Tabulka 22	65
Tabulka 23	65

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	42
Graf 2	44
Graf 3	45
Graf 4	46
Graf 5	48
Graf 6	49
Graf 7	50
Graf 8	52
Graf 9	53
Graf 10	54
Graf 11	55
Graf 12	56
Graf 13	57
Graf 14	58
Graf 15	59
Graf 16	61

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník

PŘÍLOHA PI: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Mlýnková a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Sociální pedagogika. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je anonymní a bude sloužit výhradně pro mou bakalářskou práci na téma: Doprovázení umírajících v domovech pro seniory.

Mnohokrát Vám děkuji za spolupráci.

1.) Pohlaví:

- Muž
- Žena

2.) Věk:

- 20–30 let
- 30–45 let
- 45–60 let
- 60 let a více

3.) Jak dlouho pracujete v domově pro seniory?

- Méně než 5 let
- 5–10 let
- 10–25 let
- 25 let a více

4.) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Vyučen/a
- SŠ s maturitou
- Vysokoškolské

5.) Setkal/a jste se při své profesi se smrtí klienta?

- Ano
- Ne

6.) Jak často se ve svém zaměstnání setkáváte se smrtí?

- Velmi často
- Občas
- Zřídka
- Ještě jsem se smrtí klienta nesetkal/a

7.) Jak vnímáte klientovu smrt?

- Je pro mne náročné se se smrtí klienta vyrovnat
- Je to nepříjemné, ale smrt vnímám jinak než u svých blízkých
- Vyrovnám se s ní naprosto bez problémů

8.) Jak se vyrovnáváte se smrtí klientů?

.....

9.) Myslíte si, že je v zařízení, ve kterém jste zaměstnán/a, poskytována umírajícím kvalitní péče?

- Ano, péče v našem zařízení je kvalitní
- Ano, ale ještě by se dala vylepšit
- Ne, myslím, že péče je zde nedostačující

10.) Kde by podle Vás mělo probíhat doprovázení umírajících?

- Doma v kruhu rodinném
- V hospici
- V domově pro seniory
- Jinde.

Doplňte kde:.....

11.) Umístil/a byste svého blízkého do zařízení ve kterém jste zaměstnán/a?

- Ano, vím, že by o něj bylo dobře postaráno
- Spíše ano, kdyby nebyla možnost se o něj postarat doma
- Spíše ne, podíval/a bych se po jiném zařízení
- Rozhodně ne, myslím, že by zde strádal/a

12.) Baví Vás práce v domově pro seniory?

- Ano, jsem zde spokojen/a
- Spíše ano
- Spíše ne
- Tato práce mě vůbec nebaví.

13.) Mluvíte s umírajícími klienty o různých tématech, pokud o to stojí?

- Ano, vždy
- Většinou ano
- Spíše ne
- Ne, vyhýbám se tomu

13.) Co si myslíte o tzv. „milosrdné lži“?

- Jsem naprosto pro ML
- Jsem spíše pro ML
- Jsem spíše proti ML
- Jsem zásadně proti ML

14.) Snažíte se pozůstalým pomoci či poradit jak dál?

- Ano, vždy
- Většinou ano
- Spíše ne.
- Ne, nikdy

15.) Jaký máte názor na možnost legalizace eutanázie v ČR?

- Jsem pro legalizaci eutanázie v ČR
- Jsem proti legalizaci eutanázie v ČR
- Nedokáži posoudit

17.) Pokud by se Vám naskytla pracovní nabídka v jiném zařízení než v domově pro seniory, přijal/a byste tuto nabídku?

- Rozhodně ne
- Spíše ne
- Možná
- Spíše ano
- Rozhodně ano

Vyjádřete míru souhlasu s následujícími výroky:

	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nemůžu posoudit	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
18.) Občas přemýšlím nad legalizací eutanazie v ČR.					
19.) Vždy se snažím pomoci pozůstalým. (Poskytnutí útěchy, podpory, rady aj.)					
20.) S umírajícími trávím více času a snažím se jim více naslouchat.					
21.) Jsem spokojen/a s prací svých kolegů. Víím, že je o klienty dobře postaráno.					
22.) Vybavení a pomůcky v zařízení, ve kterém pracuji, mi žádným způsobem nebrání v kvalitní péči o klienta.					
23.) Myslím, že péče v domově pro seniory, ve kterém pracuji je dostatečná a kvalitní.					

