



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Pohled pracovníků domovů pro seniory na smrt jejich
klientů**

BAKLÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Adéla Pechová

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Pechková

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Pohled pracovníků domovů pro seniory na smrt jejich klientů*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8.8. 2023

Adéla Pechová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce, Mgr. Šárce Pechkové, za trpělivost, cenné a odborné rady a vedení v průběhu psaní mé bakalářské práce. Děkuji také všem, kteří mi v průběhu práce poskytli své rady a pomoc. Mé poděkování patří i komunikačním partnerům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Samozřejmě, největší díky patří mé rodině, za trpělivost, cenné rady a podporu, kterou mi poskytli nejen během psaní bakalářské práce, ale po celou mou studijní cestu.

Pohled pracovníků domovů pro seniory na smrt jejich klientů

Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo zjištění, jak pracovníci domovů pro seniory pohlíží na smrt svých klientů, také se zjišťovalo, jestli se na tuto problematiku liší pohled sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách

Pro nalezení odpovědí bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Jako metoda sběru dat bylo použito dotazování. Jako technika kvalitativního výzkumu byl aplikován polostrukturovaný rozhovor. Výzkumný soubor byl složen z 6 pracovníků domovů pro seniory. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách byli zastoupeny ve stejném poměru. Domovy pro seniory byly vybrány náhodným výběrem z domovů v Jihočeském kraji. Pro vyhodnocení výsledků byla užitá metoda otevřeného kódování.

Výzkum ukázal, že pracovníci domovů pro seniory pohlíží na smrt svých klientů jako na součást své práce. Tento pohled byl ovlivněn praxí v zařízení, z počátku pro ně byla smrt tabu, ale s délkou praxe se jejich pohled změnil a jsou schopni o smrti hovořit s klienty.

Během výzkumu také vyplynulo, že rozdíl v pohledu na smrt sociálním pracovníkem a pracovníkem v sociálních službách je minimální. Také se zjistilo, jaký rozdíl je mezi zařízeními, které poskytují paliativní péči, a zařízeními, které paliativní péči nevyužívá. Pracovníci domovů pro seniory praktikující paliativní péči jsou zvyklí a naučení s umírajícím více komunikovat. Muže tak být pro ně lehčí vypořádat se se smrtí klienta.

Využití této bakalářské práce je různorodé. Lze ji využít jako informační materiál pro vedení domovů pro seniory, kterým může sloužit jako základ pro nalezení pomoci jednotlivých pracovníků domova pro seniory. Dalším využitím této bakalářské práce může být inspirace pro další studenty sociální práce k výzkumu této problematiky.

Klíčová slova

Domov pro seniory; smrt; umírání; paliativní péče; sociální pracovník; pracovník v sociálních službách; vypořádání se se smrtí.

The View of a Worker of Homes for the Elderly on the Death of their Client

Abstract

The aim of the bachelor's thesis was to find out how home for the elderly workers view their client's death, also to see if there is a difference in perspective between the social worker and the social services worker.

A qualitative research investigation was used to find answers. Queries were used as a method of collecting data. The qualitative research technique was applied in a semi-structured interview. The research set was composed with 6 workers of homes for the elderly. Social workers and workers in social services were represented in equal proportions. Homes for the elderly were chosen by random selection from homes in the South Bohemia Region. An open-coding method was used to evaluate the result.

Research has shown that home for the elderly workers view their client's death as part of their job. This view was influenced by practice in arranged initially for them death was taboo, but with the length of practice their perspective changed and they are able to talk about death with clients.

The research also found that the difference in the view of death by a social worker and a worker in social services was minimal. It also found out what the difference is between a facility that provides palliative care and a facility that does not use palliative care. Workers homes for the elderly practicing palliative care are used to and taught to interact more with the dying clients. It can make it easier for them to deal with their death.

The use of this bachelor's thesis is varied. It can be used as information material for the management of homes for the elderly, which it can serve as a basis for finding the help of individual workers of a home for the elderly. Another use of this bachelor's thesis may be to inspire other social work students to research the subject.

Key words

Home for the elderly; death; dying; palliative care; social worker; social services worker; dealing with death

Obsah

1. Teoretická část	- 9 -
1.1. Domovy pro seniory	- 9 -
1.2. Pracovníci domova pro seniory	- 11 -
1.2.1. Sociální pracovník	- 11 -
1.2.2. Pracovník v sociálních službách	- 13 -
1.2.3. Ostatní personál domova pro seniory	- 14 -
1.2.4. Supervize	- 15 -
1.3. Staří a smrt	- 16 -
1.3.1. Staří	- 16 -
1.3.2. Spiritualita seniorů	- 17 -
1.3.3. Komunikace s umírajícím	- 18 -
1.3.4. Umírání	- 19 -
1.1.1. Paliativní péče	- 21 -
1.1.2. Paliativní péče v domovech pro seniory	- 22 -
1.1.3. Eutanazie versus paliativní péče	- 24 -
2. Cíle práce, výzkumné otázky	- 26 -
2.1. Cíle práce	- 26 -
2.2. Výzkumné otázky	- 26 -
3. Metodika výzkumu	- 27 -
3.1. Metoda a technika sběru dat	- 28 -
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	- 28 -
4. Výsledky výzkumného šetření	- 30 -
4.1. Vnímání smrti	- 31 -
4.2. První úmrtí klienta	- 32 -
4.3. Vnímání smrti klienta vzhledem k délce praxe	- 33 -

4.4. Kurzy a školení	- 35 -
4.5. Supervize	- 36 -
4.6. Paliativní péče.....	- 37 -
4.7. Postupy k vyrovnání se se smrtí klienta	- 38 -
4.8. Rituály rozloučení v zařízení	- 40 -
5. Diskuse.....	- 41 -
6. Závěr.....	- 44 -
Seznam použité literatury:	- 45 -
Přílohy.....	- 51 -
Příloha 1 Struktura rozhovoru	- 51 -
Příloha 2 Informovaný souhlas	- 52 -
Seznam obrázků:	- 53 -
Seznam tabulek	- 54 -
Seznam zkratk	- 54 -

Úvod

Téma této bakalářské práce bylo vymyšleno na základě vlastní zkušenosti se smrtí blízké osoby. Smrt mého prarodiče mě velice zasáhla, jelikož jsem se o něj na konci jeho života starala. Zajímalo mě proto, jak na smrt svých klientů pohlížejí pracovníci domovů pro seniory, kteří se o své klienty starají mnohdy i dlouhé roky. A se smrtí se setkávají častěji než lidé pracující mimo domovy pro seniory. Chtěla jsem se také dozvědět, zda mají pracovníci postupy, jak se se smrtí vyrovnat. Cílem bakalářské práce bylo i nalezení odpovědi na otázku, zda sociální pracovníci pohlížení na smrt klienta jinak než pracovníci v sociálních službách.

V současné době dochází k rozšíření povědomí o paliativní péči, mnohdy tedy domovy pro seniory spolupracují s mobilními hospici nebo paliativním lékařem. Proto se také část této bakalářské práce věnuje paliativní péči, spolupráci domovů s paliativním lékařem či hospicem a tomu, zda mají komunikační partneři zkušenosti s touto péčí a případně jak tuto zkušenost hodnotí.

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část a výzkumnou část. V teoretické části se rozebírá fungování a poslání domovů pro seniory, jak se definuje staří a smrt. Práce se také zabývá popisem pracovních pozic sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. Součástí teoretické části je i popis správné komunikace s umírajícím.

Ve výzkumné části se lze dozvědět, jak pracovníci vnímají smrt, jaké bylo jejich první setkání se smrtí klienta, nebo například rituály rozloučení s klientem, které fungují v daných domovech pro seniory.

Předposlední část bakalářské práce je věnována diskusi. Lze v ní nalézt porovnání odpovědí komunikačních partnerů s odbornou literaturou. Také se zde nalézá můj osobní názor na probíranou problematiku.

Poslední část obsahuje závěr, kde dochází ke shrnutí výsledků výzkumu.

1. Teoretická část

1.1. Domovy pro seniory

Domov pro seniory podle § 49 uvedeného v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytuje pobytovou službu lidem, kteří mají sníženou soběstačnost, a to zejména z důvodu věku. Zároveň jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Podle odstavce dvě § 49 výše zmíněného zákona poskytuje domov pro seniory ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Domovy pro seniory poskytují celoroční provoz pobytové služby především seniorům, kteří vzhledem k neschopnosti postarat se sami o sebe, nemohou déle setrvat ve svém přirozeném sociálním prostředí (Malíková, 2011).

Pojem domov pro seniory, dříve domov důchodců, se začal používat až v roce 2006, kdy byl přijat zákon o sociálních službách. V České republice také existují domovy se zvláštním režimem, ve kterých jsou poskytovány zdravotní a sociální služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, osobám se stařeckou a Alzheimerovou demencí (Janečková, 2013).

Domovy pro seniory jsou nejznámějším typem rezidenčních služeb. Jejich vývoj začal po druhé světové válce a byly tehdy zahrnuty do systému sociální péče. Byly koncipovány jako místo, kde mohou senioři prožít klidný konec svého života. Později byl do domovů pro seniory přijímán i zdravotnický personál, protože původně soběstační obyvatelé zestárlí a potřebovali i zdravotnickou péči a noví obyvatelé již do zařízení nastupovali s očekáváním sociální i zdravotní péče (Haškovcová, 2012).

V socialistickém Československu byl značný rozdíl mezi jednotlivými domovy pro seniory. V tehdejší době byl kritizován i špatný technický stav některých domovů, materiální vybavení bylo často nedostatečné a někdy zde byl veden kasárenský způsob života. Ke změně pomohl již zmíněný zákon č. 108/2006 (Malíková, 2020).

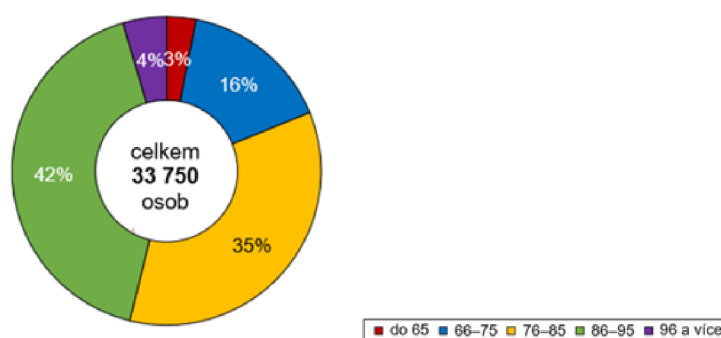
V současné době je snaha, aby bydlení bylo pro seniory co nejzajímavější. Aby poskytovalo nejrůznější služby, které vzhledem ke své životní situaci senioři potřebují. Tyto služby mohou být například úklid, stravování, péče o tělo a vzhled. Dalšími možnými aktivitami je kulturní a sportovní vyžití, duchovní péče či vzdělání. Cílem domovů pro seniory je zachovat a rozvíjet kvalitu života seniorů, jejich soběstačnost, autonomii a začlenění do života společnosti (Janečková, 2013).

Dle §88 zákona 108/2006 je stanovena povinnost poskytovatele sociální služby dodržovat standardy kvality sociálních služeb.

Funkcí standardů je zvyšovat kvalitu poskytované péče, kladou důraz na individuální plánování služby dle osobních cílů, zachování soukromí a aktivní podporu důstojnosti seniorů. Dodržování standardů kvality je kontrolováno inspekcí (Janečková, 2013).

Podle odboru statistiky, trhu práce a rovných příležitostí fungujícího pod záštitou českého statistického úřadu (2022) bylo v roce 2021 v České republice 526 domovů pro seniory s kapacitou 35,8 tis. lůžek. Meziročně se počet domovů pro seniory zvýšil o dva, avšak počet lůžek klesl o 623 míst. V roce 2012 bylo na území České republiky 480 domovů pro seniory a v nich 34 165 lůžek. Mezi roky 2012 a 2021 byl tedy nárůst o 46 domovů pro seniory, ale množství lůžek v nich kleslo o 1635.

Každý rok přibývá počet neuspokojených žádostí o umístění do pobytového zařízení sociálních služeb. Počet žadatelů a žádostí není stejný, protože většina žadatelů si podá žádost do více domovů pro seniory. Pro rok 2021 činní množství zamítnutých žádostí o umístění do domovů pro seniory 61 tisíc (Odbor statistiky trhu práce a rovných příležitostí, 2022).



Obrázek 1-Struktura klientů v domovech pro seniory podle věku k 31. 12. 2021

Zdroj: Odbor statistiky trhu práce a rovných příležitostí, 2022

1.2. Pracovníci domova pro seniory

1.2.1. Sociální pracovník

Sociální pracovník pracující v domově pro seniory musí splňovat určité kvalifikační požadavky, a to:

- úspěšně absolvovat vyšší odborné vzdělání zaměřené na sociální práci nebo na sociální pedagogiku, sociální právní činnost charitativní a sociální činnost ukončené absolutoriem,
- nebo dokončit vysokoškolské vzdělání zaměřené na sociální práci, sociální pedagogiku nebo speciální pedagogiku zakončené úspěšně splněnou statní zkouškou,
- absolvovat akreditovaný kurs v rozsahu nejméně 200 hodin či pětiletou praxi v oboru sociální práce, pokud má jedinec ukončené vysokoškolské vzdělání v jiném oboru (Zákon 108/2006 §110).

Smyslem pracovní pozice sociálního pracovníka v domově pro seniory je podpora kvality života seniorů se sníženou soběstačností (Sociální pracovník domova pro seniory..., 2020).

V rámci pracovních činností je sociální pracovník podřízen vedoucímu zařízení. Pokud je v zařízení určen i vedoucí sociální pracovník, tak i jemu. Zároveň spolupracuje s vrchní sestrou, všeobecnými sestrami, dalšími pracovníky v sociálních službách a s ostatními zaměstnanci zařízení (Malíková, 2011).

Podle Gullové (2011) patří mezi předpoklady k práci sociálního pracovníka důvěryhodnost, schopnost naslouchat, mít empatii. Klient má z pracovníka cítit vřelost a zaujetí případem. Mezi vlastnosti sociálního pracovníka by měla patřit cílevědomost, iniciativa, samostatnost, nápaditost a sebekritičnost, odolnost k neúspěchu a schopnost nést riziko.

Práce, kterou sociální pracovník vykonává, je rozsáhlá. K jeho povinnostem patří dodržování platných zákonných norem a dodržování vnitřních norem jako jsou předpisy, směrnice nebo metodické pokyny. Dbá také na dodržování standardu kvality sociálních služeb, udržuje mlčenlivost a respektuje přání, potřeby a požadavky klientů a mnoho dalšího (Malíková, 2011).

Sociální pracovník jedná s budoucím klientem a jeho rodinou před uzavřením smlouvy o poskytování služeb, kterou sám později i sepíše. V rámci tohoto sezení poskytuje potenciálním klientům veškeré informace o chodu a fungování zařízení včetně předání informačních materiálů. Umožní zájemci i jeho rodině prohlídku prostor zařízení (Malíková, 2011).

Úkolem sociálního pracovníka je projednání žádosti o přijetí do domova s vedením organizace, vedoucím pracovníkem v přímé péči a v potřebných případech i se zdravotním personálem. V jeho kompetencích je zpracování přehledu o příjmu uživatele, případně asistuje seniorovi a jeho rodině s podáním žádosti o příspěvek na péči (Sociální pracovník domova pro seniory.... , 2020).

Pokud to situace dovolí, je pro klienta přínosné, když je sociální pracovník osobně účasten při přijetí klienta do zařízení. Sociální pracovník tak může klienta seznámit s případným spolubydlícím a s jeho klíčovým pracovníkem. Během přijetí sociální pracovník také zakládá spis klienta a uloží do něj smlouvu, žádost o přijetí spolu s doklady doloženými k žádosti a formuláře, které klient podepsal při přijetí do zařízení (Malíková, 2011).

Během pobytu seniora v zařízení se zabývá jeho finančními záležitostmi tamější sociální pracovník. Pokud si to senior přeje, pracovník zajišťuje platby za služby, úschovu financí a řeší záležitosti spojené s příspěvkem na péči (Sociální pracovník domova pro seniory..., 2020).

Sociální pracovník by se před započítím kariéry v domově pro seniory poskytující paliativní péči měl zamyslet nad svým postojem ke smrti. Zda bude schopen zvládnout své reakce na umírajícího. Zamyslet se nad jeho postojem ke smrti, zda má z ní obavy, a pokud ano, zda zvládne být při práci s klientem přirozený a upřímný. Výhodou je, pokud sociální pracovník v rámci své odborné přípravy projde supervizí, při které odhalí své případné úzkosti související s prací s klienty v terminálním stadiu. Sociální pracovník pracující v zařízení poskytujícím paliativní péči by měl být schopen vyrovnat se s nejistotou a nejednoznačností související s prací s klienty v posledním stadiu života. Důležitým předpokladem k práci sociálního pracovníka v zařízení poskytující

paliativní péči je schopnost rozeznat, zda nemocný skutečně potřebuje aktivní pomoc či asistenci nebo volá jen po rozhovoru, naslouchání či pochopení (Vorlíček et al., 2004).

Při úmrtí klienta sociální pracovník může rodině poskytnout poradenství, obvykle předává informační dokument s návodem a postupy při vyřizování pozůstalosti a pohřbu. Rodině také poskytuje emocionální podporu. Sociální pracovník také musí zkompletovat spis klienta a připravit jej k archivaci (Malíková, 2011).

Za hlavní přínos sociálního pracovníka pro multidisciplinární tým je považováno zaměření na sociální situaci konkrétního klienta. Pro rodinu a klienta představuje emoční podporu, pomoc ve složitých situacích jako je konflikt mezi rodinou a umírajícím (Svatošová, 2010).

Podle zákona č. 108/2006 §111 je zaměstnavatel povinen zajistit sociálnímu pracovníkovi vzdělání v rozsahu nejméně 24 hodin v kalendářním roce, a to formou:

- speciálního vzdělání, které zajišťují vysoké školy nebo vyšší odborné a navazuje na získanou odbornost sociálního pracovníka,
- účasti na akreditovaných kurzech, odborných stážích, účasti na školicích akcích nebo na konferencích.

1.2.2. Pracovník v sociálních službách

K vykonávání pozice pracovníka v sociálních službách je podle zákona č. 108/2006 Sb. potřeba určité vzdělání, a to :

- základní nebo střední vzdělání a absolvování speciálního kurzu trvajícího minimálně 150 hodin,
- střední všeobecné nebo střední odborné vzdělání a absolvování kurzu v délce alespoň 200 hodin,
- základní vzdělání, střední vzdělání, střední odborné vzdělání nebo vyšší odborné vzdělání (Malíková, 2011).

Náplň práce pracovníka v sociálních službách je různorodá. Mezi činnosti, které vykonává během své pracovní doby, může patřit péče o lůžko klienta, udržování jej čisté a upravené. Pracovník v sociálních službách je také nápomocný klientovi při stravování, pomoc může spočívat v naporcování stravy nebo v krmení klienta. Dalšími činnostmi může být pomoc klientovi s polohováním na lůžku, asistence klientovi při udržování

čistoty a upravenosti těla a ochraně pokožky, poskytuje klientovi pomoc s fyziologickými potřebami a aktivitami s nimi spojenými, také provádí péči o tělo zemřelého a následný úklid a dezinfekci jeho lůžka (Malíková, 2020).

Mezi kompetence pracovníka v sociálních službách pracujícího v domově pro seniory, který poskytuje paliativní péči, patří:

- Efektivní komunikace – správné ovládnutí komunikačních technik, aktivní naslouchání, reakce na verbální i neverbální projevy umírajícího a jeho rodinných příslušníků.
- Kooperace – aktivní spolupráce s umírajícím a jeho rodinou, ochota ke spolupráci s týmem, vstřícnost, tolerantnost, respekt představ a názorů ostatních.
- Kreativita a flexibilita – pracovník je otevřený novým přístupům sociální práce k umírajícím, přizpůsobivost k změnám v péči, přináší nové náměty na zlepšení.
- Saturace potřeb umírajícího – správné identifikování a naplnění potřeb umírajících klientů, empatie, schopnost zvládat své emoce ve vypjatých situacích.
- Samostatnost – pracuje samostatně, dodržuje standardy zařízení, řídí se metodickými postupy a etickým kodexem.
- Celoživotní učení – schopný a ochotný přijímat nové informace, zvědavý, motivovaný, zná své silné i slabé stránky.
- Zvládnutí zátěže – při práci s umírajícími klienty ovládá své emoce, je schopen pracovat s emocemi umírajícího, jeho rodiny i členů týmu, schopen ventilovat své problémy, říct si například při supervizích o pomoc (Chratina et al., 2020).

Pracovník v sociálních službách také vykonává funkci garanta neboli klíčového pracovníka. Ten společně s klientem vytváří individuální plán a dohlíží na jeho dodržování (Matoušek, 2008).

1.2.3. Ostatní personál domova pro seniory

V domově pro seniory také působí všeobecné sestry a další zdravotní personál jako je ergoterapeut, fyzioterapeut, nutriční terapeuti. Součástí personálu v některých domovech je i kaplan nebo psycholog (Pechová a Lejsal, 2020).

1.2.4. Supervize

Maroon (2012) společně s mnoha autory uvádí, že pracovníci v pomáhajících povoláních jsou k syndromu vyhoření zranitelnější než pracovníci jiných profesí. Jako prevence syndromu vyhoření probíhá v zařízeních supervize. Ta také může sloužit k tomu, aby se práce nestala rutinní a nedocházelo k necitlivosti vůči klientům (Matoušek, 2008).

Supervize v sobě zahrnuje mnoho různých prvků, jako například poradenství, vzdělání nebo emocionální podporu (Pilát, 2022).

Supervizí je myšlena systematická odborně vedená reflexivní integrace lidí, která směřuje k prohloubení kvality v určité pracovní oblasti. Rozvoj supervize probíhal současně s rozvojem sociální práce koncem 19. století. V České republice je nejčastěji supervizorem externí nezávislý odborník. Funkcí supervizora je formování procesu supervize, od vyjednávání podmínek kontraktu až po vytvoření bezpečné, tvořivé a dynamické atmosféry (Havrdová, 2013).

Pilát (2022) se domnívá, že pokud má být supervize účinným nástrojem kvality v sociálních službách nebo v pomáhajících procesech, je nutné, aby byl poskytnut během supervize bezpečný prostor, ve kterém je mezi supervizorem a supervidovaným laskavý a chápavý vztah.

Supervize nastavují zrcadlo v oblasti kvality a úrovně péče a systematicky zlepšují kvalitu v domovech pro seniory (Malíková, 2011).

Pro pracovníky v domovech pro seniory je velice důležitá podpůrná funkce supervize. Během setkání se supervizorem získávají podporu při těžkých situacích jako je například smrt jejich klienta a získávání ujištění, že na svůj problém nejsou sami (Můj supervizor, 2017).

Se supervizí je také spojeno mnoho mýtů. Příkladem může být, že supervize a audit jsou skoro totožné věci a že obojí má za úkol kontrolovat kvalitu služeb. Zaměstnanci tak nejsou zcela upřímní, zlepšují sice kvalitu jimi poskytované služby, ale nesoustředí se na řešení problémů na pracovišti. Někteří zaměstnanci si myslí, že supervize je určena jen pro zařízení, kde se vyskytuje nějaký problém, což je také mýtus (Malíková, 2011).

1.3. Staří a smrt

1.3.1. Staří

Život je spojený s určitými vývojovými etapami. Jednotlivé etapy mají zákonitosti, které z nich vyplývají a ovlivňují tak způsob, rozsah a kvalitu našeho života. Člověk se musí těmto etapám zásadně přizpůsobit a zohlednit je. Každé z těchto období nás v něčem limituje, ale zároveň nabízí určité možnosti. Výjimkou není ani období stárnutí a staří, které je obecně pojímáno negativně a s obavami. Od osoby ve vysokém věku očekáváme problémy se ztrátou soběstačnosti, omezení kontaktu s okolím, snížení mentálních funkcí a ztrátu možnosti seberealizace. Senioři se mnohdy obávají i strachu z ponížení, ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu při nesoběstačnosti. Ne vždy jsou ale tyto obavy opodstatněné. Při fyziologickém stárnutí a staří nedochází k popsaným problémům automaticky. Vždy to závisí na konkrétním průběhu stárnutí (Malíková, 2020).

Staří má mnoho způsobu dělení:

Dle světové zdravotnické organizace WHO lze staří rozdělit na tři období:

- 60-74 – rané staří,
- 75-89 – vlastní staří a
- 90 a více – dlouhověkost.

Další možností dělení staří je na kalendářní (chronologické), biologické, sociální a funkční.

Kalendářní neboli chronologické lze přesně vymezit díky datumu narození, ale nepostihuje zcela interindividuální rozdíly (Hartl a Hartlová, 2004). Sociální věk souvisí se změnami sociálních rolí, životního stylu, ekonomické situace apod. Jako začátek sociálního staří je obvykle považován odchod do důchodu, respektive vznik nároku na starobní důchod. Biologickým věkem označujeme stárnutí organismu. Tedy involuční, somatické změny, funkční stav a výkonnost. Jako funkční označujeme věk, který odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka (Vosečková, 2014).

Pro praxi je velice důležité členění seniorů do skupin dle funkční zdatnosti, rizikovosti a potřeby zdravotních a sociálních služeb (Kalvach, 2004). První skupinu tvoří tzv. zdatní senioři, kteří mají výbornou výkonnost, nepotřebují geriatrickou péči. Je u nich kladen důraz na podporu aktivního přístupu ke staří v podobě edukace,

volnočasových aktivit a preventivních prohlídek. Další skupinou jsou nezávislí senioři, kteří nepotřebují pečovatelskou ani ošetrovatelskou péči. Ke zhoršení jejich kondice dochází při zátěži jako je operace, zlomenina, infekce či závažné onemocnění. Křehcí senioři jsou poslední skupina, vyznačují se chronickým rizikem pádu, zhoršením kognitivních schopností, psychickou labilitou nebo onemocněním kardiovaskulárního aparátu. Tito senioři z pravidla využívají jak zdravotní, tak i sociální služby (Holmerová, 2006).

Stáří má určité specifické znaky, mezi které patří například polymorbidita. Tímto termínem se značí, když dotyčný jedinec trpí více nemocemi. Poly v řečtině znamená mnoho a morbus je latinský výraz pro nemoc. Senior tak trpí současně například ischemickou chorobou srdeční, diabetem mellitem, osteoporózou či jiným onemocněním kostí a kloubů. Součástí polymorbidity může být i tzv. řetězení chorob, kdy jedno onemocnění vyvolá další nemoc. Nejčastěji je to imobilita, kdy díky ztrátě schopnosti pohybu vznikají dekubity nebo dochází ke snížení svalové síly (Mlýnková, 2011).

1.3.2. Spiritualita seniorů

Senioři ke konci svého života často bilancují, vzpomínají a celkově hodnotí svůj prožitý život. Mnohdy si kladou i otázky ohledně smyslu jejich života. S tímto jim nemůže pomoci nějaký hodnotitel či mentor, který by jim dával rady. Potřebují tichého empatického společníka, který umí naslouchat a pomoci jim k nalezení odpovědi v sobě. Není výjimkou, že celoživotní ateista vlivem okolností změní svůj postoj k víře (Malíková, 2011).

Pojem spiritualita každému jedinci evokuje různé věci. Nejde však jen o organizované náboženství. Spiritualita je primárně subjektivní, jedinečný a neopakovatelný vztah osoby, který nemusí být k něčemu nebo někomu, ale nejobecněji je to k tomu, co nás přesahuje. To může být například bůh, láska, největší dobro nebo pravda (Neboj se..., 2022).

Spiritualitu lze rozdělit na horizontální a vertikální. Horizontální spiritualita pracuje se smyslem a hodnotou věcí, vztahy a jednáním v našem každodenním životě. Hledá cestu za smyslem úspěchu i neúspěchu. Toho, proč je úspěch v určité době vnímán jako úspěch a jindy jako neúspěch. Vertikální spiritualita je zakotvení vlastní individuální

spirituality ve víře ve vyšší moc, vyšší princip a je výrazně spojena s rituály (Kabelka, 2017).

Spiritualita může znamenat určitý konkrétní způsob duchovního života v rámci katolické církve jako je františkánská, jezuitská a další. Také může znamenat obecně určitý náboženský život nebo způsob, jakým se člověk vztahuje k tomu, co jej přesahuje (Neboj se..., 2022).

Uspokojení duchovních potřeb představuje pro klienta velkou pomoc. Senior, který má naplněné duchovní potřeby, je vyrovnaný, má v sobě vnitřní klid, umí přijmout vše tak, jak je a ví, kde hledat odpovědi na své otázky (Malíková, 2011). Podle Kabelky (2017) by duchovní služba měla být vždy zakomponovaná v multidisciplinárním týmu, který se stará o nevyléčitelně nemocného.

Kněz nabízí specifickou doprovázející službu, jako jsou například svátosti. Pro klienty může být ale vnímán negativně, jako určitá předzvěst smrti. Setkání s knězem by nemělo být posledním setkáním s umírajícím, ale možnost setkání se s člověkem, který doprovází lidi ve spirituální oblasti (Neboj se..., 2022).

Sociální pracovník může být nápomocný v identifikování přání klienta k většímu zapojení do duchovní podpory. V rámci své činnosti může nabídnout klientovi setkání s knězem, duchovním nebo rabínem. Dokáže doporučit příslušný zdroj. Je však potřeba, aby pracovník zůstal neutrální, pokud jde o duchovní zdroj. Také by měl dát klientovi šanci odmítnout jím nabízenou podporu (Beaulieu, 2012).

1.3.3. Komunikace s umírajícím

Základem dobré zdravotně-sociální péče je komunikace s klientem jako se sobě rovným. Pro klienta, jeho rodinu a pečující osoby nastává ke konci klientova života zvláštní čas. Každému jednotlivému úkonu nebo vyslovené větě přikládá umírající velkou váhu. Aby byl tento důležitý čas správně naplněn, je dobré naučit se zásady komunikace s umírajícím (Komunikace s umírajícím a blízkými, 2020).

V minulosti bylo v komunikaci s pacienty v terminálním stádiu nemoci využíváno milosrdné lži. Bohužel i v současnosti je v praxi tendence klientovi zatajovat informace s argumentem, že by pacient pravdivé informace nezvládl. Skutečností ale je, že každý nevyléčitelně nemocný pacient ví, že se jeho život blíží ke konci. Muže tedy nastat

problém, jakým je ztráta důvěry, a tím pádem i možnost otevřené a upřímné komunikace (Ondriová, 2019). Dobrá komunikace s umírajícím může zlepšit kvalitu jeho života i jeho rodiny. Doporučuje se připravovat nemocného i jeho rodinu na změny, které nastanou. Nechat prostor pro vyslovení přání a potřeb všeho druhu a na tyto přání a potřeby reagovat. Během komunikace by mělo docházet k poznávání a respektování hodnot umírajícího i jeho blízkého okolí (Paliativní péče, 2020).

Ke konci života umírající muž přestává poznávat osoby ze své blízkosti, a to může být pro ně velmi bolestné. Je proto důležité, aby si tyto osoby uvědomily, že to není jejich odmítnutí, ale známka toho, že klient ztrácí kontakt s realitou. Klient také může mluvit k bohu, o událostech nebo o lidech, které rodina nebo pečující neznají. Stávají se situace, kdy klient mluví již s lidmi, kteří nežijí a cítí, jak jej odvádí z tohoto světa. Během komunikace je důležité nesnažit se umírajícímu vymlouvat jeho realitu, ale být její součástí (Umírání, 2015).

Komunikace s umírajícím může být ovlivněna fázemi vyrovnání se s nemocí a umíráním, které popsala Elisabeth Kübler-Rossová. Jsou to negace, agrese, smlouvání, deprese a smíření. Ne každý klient musí projít všemi fázemi. Při komunikaci s rodinou a umírajícím je dobré myslet na to, že každý jedinec může být v jiné fázi. Ty zároveň nemusí jít popořadě za sebou, fáze se také mohou cyklit a různě proměňovat (Komunikace s umírajícím a blízkými, 2020).

1.3.4. Umírání

Haškovcová (2012, str. 187) umírání charakterizuje jako „*proces, ve kterém dochází k postupnému a nezvratnému selhávání životních funkcí člověka.*“ Je to zásadní událost v životě každého člověka. Jistota, kterou máme, zkušenost, kterou každý z nás podstoupí. Během našeho života odcházejí naši blízcí, až nakonec před hranicí biologického zániku stojíme sami (Grof, 2009).

Umírání je časově delším úsekem než terminální stadium. Jako počátek umírání osoby můžeme považovat okamžik, kdy vejde v odbornou (tedy lékařovu), ale i laickou (tedy pacientovu a jeho rodinu) povědomost, že nemoc, která je diagnostikována pacientovi, je perspektivně neslučitelná se životem (Vorlíček et al., 2004).

Kübler-Rossová (2015) soudí, že umírání lze rozdělit na tři fáze. Období před umíráním, ve kterém se řeší sdělení diagnózy, pravda na nemocničním lůžku apod. Následuje období

vlastního umírání, jehož bezprostřední hranice je fyzická smrt. Dominuje zde problematika průběhu smrti, hospicové a paliativní péče nebo např. eutanázie. Posledním stadiem je období po smrti. Toto období začíná samostatnou smrtí jedince a následnou péčí o jeho tělesnou schránku.

Kübler-Rossová (2015) také pojmenovala stadia procesu umírání, které se bezprostředně týkají psychického stavu umírajícího nebo jeho blízkého okolí. Prvním stadiem je popírání a izolace, kdy jedinec nevěří konečnému verdiktu. Veškerou snahu vydává na nalezení lékařské či nelékařské autority, která by vyvrátila nepříjemnou diagnózu. Součástí tohoto stádia je i snaha nemocného nebo jeho okolí o izolaci od nepříjemné pravdy. Následuje zlost a agrese, kdy truchlící nebo umírající pociťuje hněv a vztek, který obrací na lékaře, na zdravé lidi v okolí nebo i na boha. Třetím stadiem je smlouvání, umírající jedinec hledá jakoukoliv možnost k uzdravení nebo k prodloužení života. Jako další stadium přichází deprese a smutek, kdy umírající a truchlící začnou přemýšlet nad budoucností a pociťují strach, smutek a obavy. Dojde ke změně zlosti a smlouvání na hluboký pocit ztráty. Konečným stadiem je smíření a akceptace. Umírající nebo jeho okolí přijme smrt a nemoc jako fakt. Nemůžeme ale toto stadium zaměnit za rezignaci.

Podle zahraničních studií hodnotí pracovníci v rezidenčních službách svojí stávající přípravu na smrt klientů jako nedostačující (Ryan et al., 2011). Otázkou zůstává, jestli je vůbec možné se na tuto zkušenost připravit (Wiese et al., 2012).

Ze zahraničních studií také ale vychází, že zaměstnanci vnímají práci s tématem smrti jako dobrou pracovní výzvu. Studie odhalila, že role personálu u umírajícího je rozsáhlejší než jen přítomnost u posledního vydechnutí osoby. Někteří zaměstnanci popisovali svojí funkci jako doprovod přes přechod života k úmrtí, od života k smrti, od fyzické přítomnosti k nepřítomnosti a od toho, aby byl člověk viděn k tomu, aby na něj bylo vzpomínáno (Tood, 2013).

Umírání nemůžeme vnímat jen jako biologickou událost, která vždy probíhá stejně. Proces umírání je ve značné míře ovlivněn i kulturně, a dochází tedy ke změnám v průběhu historie. V současné době ovlivňuje umírání a péči o umírajícího nejen strach ze smrti a neschopnost smrt přijmout, ale také prodlužování života a posun smrti do pozdějšího věku jedince. Strach také vychází z medikace smrti neboli podřízení do oblasti zdravotnictví a ovlivnitelnost umírání, která nás nutí o smrti (spolu) rozhodovat (Pechová a Lejsek, 2020).

V 19. a 20. století došlo k tabuizaci smrti, kdy za správný etický postup byla považovaná tzv. zbožná lež. Umírajícím se o jejich diagnóze a nevléčitelnosti jejich onemocnění lhalo, což mělo sloužit k ochraně umírajícího před úzkostí a stresem spojeným s beznadějí spojenou s diagnózou. Dnes převažuje přístup, který je spojený s pravdou a opravdovostí při sdělování diagnózy (Kalvach, 2013).

Každé zařízení by mělo mít zpracované metodiky, jak postupovat při úmrtí klienta. Ty by měly být vytvořeny pro úmrtí klienta v domově, pro péči o mrtvé tělo, pro oznámení obyvatelům o úmrtí obyvatele a pro vypořádání praktických náležitostí po smrti (Hrdá et al., 2018).

1.1.1. Paliativní péče

Paliativní péče a paliativní medicína jsou rozdílné pojmy. Paliativní medicínu může provádět pouze lékař, kdežto na paliativní péči se podílí nejen zdravotníci a ošetrovatelky v přímé péči, ale z části i rodinní příslušníci (Haškovcová, 2012).

Od prvopočátku je součástí medicíny koncept ulevující péče o těžce nemocného nebo umírajícího. Zahrnoval jednak léčení těla, ale zároveň se staral o „duši“, součástí byla i podpora sociálního prostředí. Se začínajícím rozvojem institucionalizované sociální práce v polovině 19. století dochází ke vzniku specializovaných zařízení pro ošetření a doprovázení umírajících. Tato zařízení, která nesla název hospic, vznikala například v Irsku nebo ve Francii. (Pechová a Lejsal, 2020).

Vymezení termínu paliativní péče se během jejího vývoje měnilo. Přesto v dnešní době neexistuje jednotný pohled odborníků na její vymezení, a to zejména v otázkách komu, kdy a jakým způsobem má být poskytnuta (Bužgová, 2015).

O rozvoj hospicové a paliativní péče se nejvíce zasloužila Cicely Saunders. Byla to zdravotní sestra, sociální pracovníce a lékařka. Ta díky svým zkušenostem z prostředí nemocnice a péče o nevléčitelně nemocné našla závažné nedostatky ohledně přístupu k potřebám umírajících a jejich rodin. Jako řešení viděla a prosazovala celostní péči o pacienta, individuální přístup k potřebám umírajícího o jeho okolí. Podle ní byla také důležitá interdisciplinární týmová spolupráce a přikládala velký význam komunikaci. Své poznatky realizovala v nově založeném zařízení, v Hospici sv. Kryštofa (Pechová a Lejsal, 2020).

Pro rozvoj paliativní péče na území Evropy je důležité založení Evropské asociace paliativní péče, ke kterému došlo v roce 1988. Cílem asociace je propagace paliativní péče na celém kontinentu. V jejím rámci funguje centrum pro jednotlivce a organizace působící v oblasti paliativní péče (Radbruch et al., 2018).

V České republice dochází k rozvoji paliativní péče jako specifického modelu péče o nevléčitelně nemocné až po roce 1989, zaostáváme tak i za vývojem ve vyspělých zemích. První náznaky proběhly v nemocnici v Babicích nad Svitavou, kde v roce 1992 bylo otevřeno první oddělení paliativní péče v nemocnici. Na počátku se paliativní péče v České republice rozšiřuje především jako lůžková hospicová péče zejména pro onkologické pacienty. V roce 1995 bylo založeno občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem *Ecce homo*. Toto sdružení založila Marie Svatošová, která se v České republice také zasloužila o největší rozvoj paliativní péče a hospicového hnutí. Hnutí založilo v roce 1995 v Červeném Kostelci první samostatný lůžkový hospic na území České republiky – Hospic Anežky České (Sláma et al., 2013).

Hospic je zdravotně-sociální zařízení, které se specializuje na paliativní péči. Existují tři typy hospiců a to lůžkový, domácí a denní stacionář, který v České republice zatím neexistuje (Kalvach, 2013).

Mobilní neboli schopný přemístěný či pohyblivý hospic (Internetová jazyková příručka ©, 2023) poskytuje své služby pacientům v posledním stadiu onemocnění, kteří si přejí strávit své poslední okamžiky ve svém domově. Domovem je myšleno místo, kde pacient žije, může to tedy být i domov pro seniory. Pro fungování mobilních hospiců je nutné, aby bylo o umírajícího nepřetržitě pečováno. Personál hospice do místa bydliště umírajícího dojíždí dle potřeby, mimo tuto dobu je personál k dispozici na nepřetržitě pohotovosti na telefonu (O mobilních hospicích, 2022).

1.1.2. Paliativní péče v domovech pro seniory

Personál domovů pro seniory by měl zajistit svým klientům co nejkvalitnější závěr života, s tím souvisí i respektování přání klienta ohledně umírání. Mnoho lidí si přeje, aby jejich poslední okamžiky nestrávili na nemocničním lůžku, toto přání se mnoha domovům pro seniory nedaří splnit. Pro to, aby i pacienti s nejkomplicovanějšími diagnózami měli možnost strávit své poslední okamžiky mimo nemocnici, je nutné, aby byla zajištěna mobilní specializovaná paliativní péče (Spolupráce domovů pro seniory..., 2019).

Paliativní péče v domovech pro seniory může být poskytována domovem samotným nebo spolupracujícím hospicem (Pechová a Lejsal, 2020).

Poskytování paliativní péče v organizaci s sebou nese určité nároky. Měly by být vymezené hranice, co všechno je organizace schopna zvládnout. Jsou kladeny nároky na zaměstnance, jejich dovednosti a znalosti, jejich ochotu snášet nejistotu a jejich odvahu a osobní odpovědnost. Také je důležitá otevřenost v tématu umírání a smrti (Hrdá et al., 2018).

Domov pro seniory by měl mít sepsané interní standardy a metodické postupy podle zvyku a potřeb personálu. Jako pomůcka mohou sloužit ilustrativní obrázky nebo výuková videa (Pechová a Lejsal, 2020).

Pro to, aby pracovníci domovů pro seniory mohli adekvátně doprovázet umírající, uspokojit jejich současné životní potřeby a být součástí péče o klienty na konci života, je nezbytné, aby pečující disponovali schopnostmi, znalostmi, dovednostmi, ale i osobními předpoklady k péči o paliativní pacienty. Tyto vlastnosti můžeme chápat jako kompetence (Belz a Siegrist, 2015).

Během paliativní péče poskytované v domovech pro seniory by mělo být pamatováno i na prostředí, ve kterém se klient nachází. Ideální prostředí je v soukromí, tiché nebo se zvukovou kulisou, světlé a mělo by se pracovat i s vůněmi (Pechová a Lejsal, 2020).

Paliativní péče v domovech pro seniory můžeme rozlišit na 4 základní procesy:

- plánování budoucí péče, jejíž součástí je vedení rozhovoru s člověkem a jeho blízkými za účelem zjištění přání a představ o budoucí zdravotní péči a co je pro nemocného kvalita života,
- sestavení plánu péče v závěru života, který slouží k naplnění přání jedince v kontextu progresu jeho zdravotního stavu, s určenými cíli a plánem postupu, a ošetření rizik péče vyplývající ze závěru života. Ke spuštění plánu péče dochází v okamžiku indikace terminální fáze onemocnění lékařem nebo akutní zhoršením zdravotního stavu jedince. Klient se dostává do paliativního režimu,
- vlastní poskytování péče v závěru života, v této fázi je zásadní, aby pracovníci každé odbornosti věděli, jak poskytnout správnou péči,
- péče o pozůstalé, jelikož smrtí klienta by péče končit neměla (Hrdá et al., 2018).

Podle Šourka (2016) existuje pět kritérií, kterým je potřeba věnovat pozornost při důstojném umírání. Těmi jsou umírající člověk a jeho blízcí stojící v centru služby, možnost interdisciplinárního týmu, zapojení dobrovolníků, jejichž úkolem je přinášet

mezilidský kontakt a narušit harmonickou uzavřenost domovů. Předposledním kritériem je dobrá znalost symptomů. Uvádí se, že v zhruba 95 % mohou být bolesti umírajících úspěšně řešeny pomocí metod moderní terapie. Důležitá je taky kontinuita pomoci pro potřebné a jejich blízké. To znamená zajistit dostupnost paliativní péče vždy, kdy je potřebná.

Ve sdílené péči neboli součinnosti domova pro seniory s domácím hospicem spolupracují dva objekty s jinou kulturou organizace a může tedy vznikat nesoulad v představách o péči o klienta (Hrdá et al., 2018). Proto je důležité, aby se vydefinovala spolupráce. Obě strany by měly mít jasně dané, jaký je cíl jejich spolupráce a mezi organizacemi by měla být i jistá empatie. Během jednání o spolupráci by měl personál organizací sdělit své předsudky. Tato fáze nemá za úkol pracovníky předsudků zbavit, ale snažit se je formulovat druhé straně. Jednání může skončit i nespolečností, během jednání je tedy dobré s touto možností počítat. Jednání je tak více uvolněné a může dát prostor pro nečekaná řešení. Při ukončení vyjednávání o spolupráci mohou organizace dojít k závěru, že jedna či obě strany nejsou zatím připraveny na spolupráci, a o spolupráci budou jednat až za určitý čas (Pechová a Lejsal, 2020).

Domovy by měly mít zpracované i postupy pro přespávání a pobyt rodinného příslušníka s klientem. V pobytových zařízeních může nastat problém, pokud má klient spolubydlícího. Je nutné, aby se počítalo s neurčitou délkou umírání klienta, myslet na to, zda rodinní příslušníci neruší ostatní klienty domova (Pechová a Lejsal, 2020).

Průkopníkem v oblasti spolupráce hospice a domova pro seniory se v roce 2014 staly domov Sue Ryder a hospic Cesta domů (*Spolupráce domovů pro seniory...*, 2019).

1.1.3. Eutanazie versus paliativní péče

Eutanazie je úmyslné usmrcení člověka na jeho žádost a je nejčastěji prováděna lékařem. Pojmem asistované suicidium je úmyslné usmrcení člověka jím samotným na jeho žádost. Nejčastěji pomocí doktorem připravených prostředků, které je pacient schopen sám využít. Odstoupení od léčby znamená, že si je pacient a jeho okolí vědomé nevyléčitelnosti jeho onemocnění a odstoupení od lékařských zásahů uměle prodlužující života. Přesto je klientovi dále poskytována péče, a to ošetrovatelská, psychologická nebo spirituální. V této fázi se léčí zejména bolest. Takovýto komplexní přístup je základ pro paliativní péči (Kabelka, 2017).

Evropská asociace paliativní péče v roce 2015 publikovala oficiální stanovisko ohledně eutanazie a asistované sebevraždy. Více než 140 expertů z téměř 50 zemí vyjádřilo svůj postoj, že součástí paliativní péče není eutanázie ani asistovaná sebevražda (Paliativní péče, 2020).

Eutanázie a asistované suicidium je v České republice trestné. Narozdíl od odstoupení od léčby, které je postupem lege artis neboli podle pravidel umění lékařského. Paliativní péče dává prostor pro bilancování nemocného a jeho blízkých a čas vyrovnat se se ztrátou (Kabelka, 2017).

Paliativní péči nemůžeme vnímat jako alternativu k eutanazii, přestože je to odpověď na stejnou situaci. Eutanázie bývá na rozdíl od paliativní péče zkratkový způsob řešení problému. Součástí paliativní péče je naopak pomoc nemocným a jejich rodině k využití zbývajících času (Paliativní péče, 2020).

Zatímco při eutanazii je doktor staven do role přístroje na zabití, v paliativní péči doktor pomáhá od bolesti. Pro mnohé není eutanázie z morálního, lidského a křesťanského hlediska přípustná (Kabelka, 2017).

2. Cíle práce, výzkumné otázky

2.1. Cíle práce

Cílem práce je zjistit, jaké jsou pohledy sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na smrt klientů domovů pro seniory a zda jsou u těchto profesí rozdílné.

2.2. Výzkumné otázky

V souvislosti se stanoveným cílem byly zvoleny následující otázky:

- Jaký je pohled sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na smrt klientů domovů pro seniory?
- Liší se pohled sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách na smrt klientů domovů pro seniory?

3. Metodika výzkumu

K vypracování výzkumné části bakalářské práce na téma „*Pohled pracovníků domovů pro seniory na smrt jejich klientů*“ bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, které proběhlo pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Součástí rozhovoru bylo 14 otázek (viz Příloha č. 1), které byly v případě potřeby doplněny otázkami doplňujícími. Komunikační partneři byli seznámeni s účelem a povahou výzkumu i se zpracováním dat. Každému z komunikačních partnerů byl předložen informovaný souhlas (viz Příloha č. 2), každé účastnické straně po jednom vyhotovení. Rozhovory byly se souhlasem komunikačního partnera nahrávány a později doslovně přepsány. Informovaný souhlas komunikačních partnerů spolu s nahrávkou rozhovoru jsou uloženy u autora bakalářské práce, bez možnosti přístupu cizí osoby.

Během kvalitativního výzkumu probíhá detailní vyhledávání a analýza informací, které byly řečeny v rámci rozhovoru. Mnohdy je tedy práce kvalitativního výzkumníka přirovnávána k práci detektiva (Hendl, 2016).

Zjištění detailních a komplexních informací o studovaném jevu je cílem hloubkového a komplexního polostrukturovaného rozhovoru (Švaříček a Šedřová, 2014).

Na začátku kvalitativního výzkumu je položení si výzkumné otázky. Během rozhovoru lze otázky doplňovat či pozměňovat tak, aby komunikační partner otázce porozuměl. Lze také střídat pořadí otázek. Proto je kvalitativní výzkum považován za pružný (Hendl, 2016).

Kvalitativní výzkum má podstatu v širokém rozprostření dat, aniž by byly na začátku stanoveny hypotézy. Výzkum tak může jít více do hloubky (Švaříček a Šedřová, 2014).

Úkolem polostrukturovaného rozhovoru je objasnění chování komunikačních partnerů v dané situaci nebo prostředí. Také to, proč jednájí určitým způsobem a jak organizují své interakce a aktivity (Hendl, 2016).

Pro tuto práci byl zvolen kvalitativní výzkum z důvodu důkladnějšího prozkoumání vnímání smrti klientů očima jejich pečujících. Dalším, neméně důležitým cílem, je nalezení postupů, které pracovníci využívají k vypořádání se se smrtí.

3.1. Metoda a technika sběru dat

Ke sběru dat došlo během března a dubna 2023. Se souhlasem komunikačních partnerů byly rozhovory nahrávány a následně došlo k doslovnému přepisu celého rozhovoru.

První část otázek je věnována obecným informacím o účastnících výzkumu. Jedná se o otázky na věk, pohlaví a pracovní pozici, kterou zastává v domově pro seniory. V druhé části rozhovoru jsou otázky na smrt a zkušenosti s ní, také na to, zda je podle KP rozdíl mezi smrtí seniora a osoby ve středních letech a mladších. Také se zabývá prvním setkání respondentů se smrtí během jejich praxe.

V další části rozhovoru jsou otázky týkající se kurzů nebo školení na téma smrti. Předposlední část je věnována otázkám na paliativní péči v domovech pro seniory. Závěr rozhovoru je věnován postupům a rituálům, které mají pracovníci domovů pro seniory.

Rozhovory trvaly průměrně 25 minut a probíhaly v rámci osobního setkání v daném zařízení domova pro seniory.

Data byly následně doslovně přepsána pro zachování autentičnosti. Některé výrazy proto nejsou odborně řečeny, ale vyjadřují pocity komunikačních partnerů.

Rozhovory byly následně zakódovány metodou otevřeného kódování. Kódování je operace, která slouží k rozebrání údajů z rozhovoru. V rámci otevřeného kódování se text rozbije na jednotky, kterým jsou přidělena jména a s těmito novými fragmenty je následně pracováno dál (Švaříček a Šed'ová, 2016).

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Žádost o rozhovor byla zaslána do 4 domovů pro seniory. V jednom byl rozhovor z kapacitních důvodů odmítnut. Rozhovoru se tak účastnilo 6 zaměstnanců ze 3 domovů. Poměr mezi sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách byl stejný.

Zásadním kritériem byla pracovní pozice. Rozhovor byl prováděn se sociálními pracovníky a pracovníky v přímé péči. Druhým kritériem byla práce v domově pro seniory. Domovy pro seniory byly vybrány náhodným výběrem z registru poskytovatelů sociálních služeb. Pro zjednodušení setkání s komunikačními partnery byly zvoleny domovy z Jihočeského kraje.

Doslovné přepisy rozhovorů jsou uloženy u autora práce, pro zachování anonymity komunikačních partnerů k rozhovorům nemá přístup žádná osoba kromě autora. K zachování anonymity jsou sociální pracovníce a pracovníci v sociálních službách v práci nazýváni komunikačními partnery a mají přidělená čísla v náhodném pořadí.

4. Výsledky výzkumného šetření

Tato kapitola se bude věnovat výsledkům provedeného výzkumu. Výzkumné šetření probíhalo pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky v sociálních službách a sociálními pracovníky ve vybraných domovech v Jihočeském kraji.

Následující tabulka je věnována souhrnu a charakteristice komunikačních partnerů. Obsahuje údaje o věku komunikačních partnerů a jejich pracovní pozici. Také se z tabulky lze dozvědět délku praxe v daném domově pro seniory.

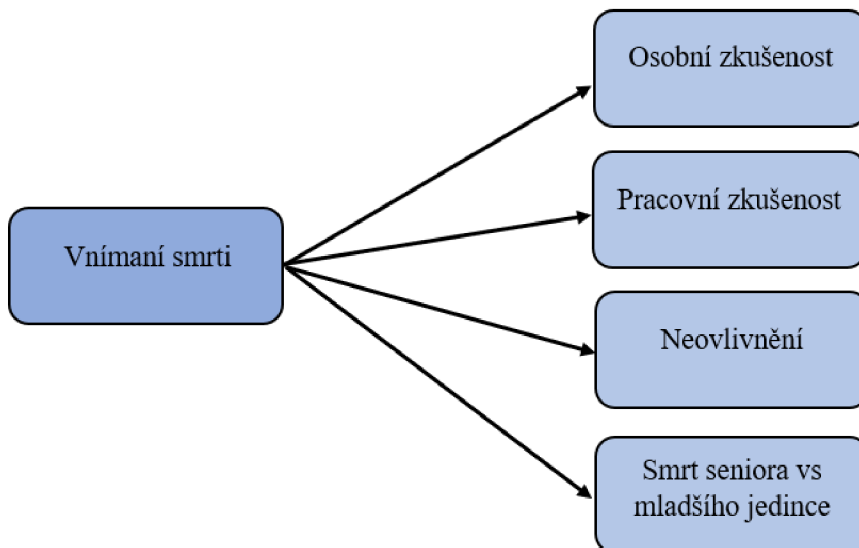
Tabulka 1 – Charakteristika komunikačních partnerů

Komunikační partneri	Pohlaví	Věk	Pracovní pozice	Délka praxe v zařízení (roky)
KP1	Žena	25	Sociální pracovníce	1, 5
KP2	Žena	38	Sociální pracovníce	3
KP3	Žena	43	Sociální pracovníce	12
KP4	Žena	40	Pracovník v sociálních službách	4
KP5	Žena	50	Pracovník v sociálních službách	6
KP6	Žena	24	Pracovník v sociálních službách	2

Zdroj: Vlastní výzkum 2023

4.1. Vnímaní smrti

Tato kapitola je věnována zkušenostem, které měly vliv na vnímání smrti komunikačními partnery. Zda smrt vnímají skrz své osobní zkušenosti, nebo zda smrt začali více vnímat až díky pracovním zkušenostem a také případně díky tomu, že nemají žádný zážitek, který ovlivnil jejich vnímání smrti.



Obrázek 2 - Vnímaní smrti

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Osobní zkušenost měla vliv na vnímání smrti u KP1 a KP2. KP1 uvádí, že smrt začala vnímat jinak po úmrtí svého dědy, jelikož umíral nějaký čas doma a KP1 se o něj starala. V té době si uvědomila, jak důležitou součástí života je smrt. Podle KP2 ovlivnilo její vnímání smrti, potažmo umírání, promeškaní smrti své prababičky. Zprávu o jejím skonu jí zaslali příbuzní pomocí esemesky. Dodává: „*Měla jsem tam jet, ale o den jsme se minul. To mě určitě potom ovlivnilo jako v tom vnímání úmrtí blízkého člověka, ne jako úplně úmrtí, ale to rozloučení se, to mi teď chybí.*“

Komunikačním partnerům 3, 4 a 6 se vnímání smrti změnilo nástupem do práce. KP3 uvádí: „*No, asi celá práce v domově pro seniory, jakoby zkušenost tady. Dřív jsem brala smrt jako to největší zlo.*“ Díky tomu teď považuje smrt mnohdy i za milosrdnou a bere ji jako součást života. Odpověď KP4 na otázku zabývající se vnímáním smrti zněla: „*Smrt pro mě byla tabu, než jsem přišla sem do domova a postupem času si říkám, že to tak musí být.*“ Podobnou zkušenost má i KP6, která uvádí: „*Od doby, co pracuji v domově pro seniory, jsem si uvědomila, že by umírání nemělo být tabu, ale součást*

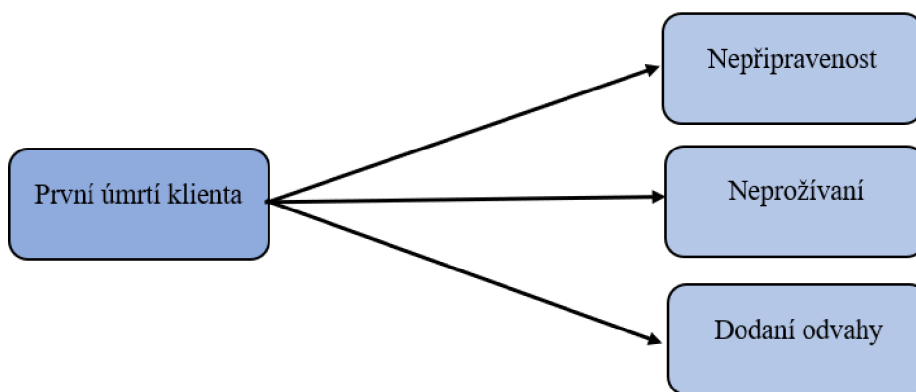
života.“ Ke své odpovědi ještě připojuje poznámku: „*Hlavně by to mělo probíhat v klidu a důstojně v hezkém prostředí.*“

KP5 si nevybavuje žádnou skutečnost, která by měla vliv na vnímání smrti.

Všichni komunikační partneři se shodli na vnímání rozdílu mezi smrtí seniora a jednice ve středních letech a mladších. KP1 ve spojitosti s touto problematikou uvádí: „...*u seniora je to takový spravedlivější, nějaký čas už na světě byl.*“ Podle KP2 spočívá rozdíl ve smíření se se smrtí. Senior je se smrtí ve většině případů smířený a očekává ji, pro některé seniory to může být podle KP2 i určité vysvobození. U 45leté osoby se teoreticky předpokládá, že je v polovině svého života. Prakticky ovšem může zemřít dříve ať už z důvodu onkologického onemocnění či smrtelného úrazu. Rozdíl ve smrti těchto dvou věkových skupin vnímá i KP3 a doplňuje: „...*u těch seniorů je jasný, že ti lidi k té smrti směřují, zatímco ty lidi ve středním věku, u těch je to člověkově víc líto, jelikož si myslím, že by měli mít ještě nějaký život před sebou.*“ Názor KP4 na tuto problematiku zní: „*Tak určitě u seniora se s tím asi nepočítá, ale je to větší samozřejmost, u mladých lidí je to většinou nečekaný.*“ KP5 uvádí, že vnímá rozdíl základní, a to: „...*když umře klient tady, je vám to líto, když ho znáte nějakou delší dobu, ale samozřejmě si říkáte, že má už ten život nějak prožít, než třeba, když umře dítě nebo třeba 25letý člověk, který má ještě život před sebou. To bych řekla, že je to takový větší rozpoložení myšlenkový, že je mu to hodně líto.*“ Přidává i pohled rodiče: „*Kor u mě jako člověka s dětmi, kterým je 19 a 15. Když vidím, že umře takhle dítě, huř to snáším, než kdybych děti neměla.*“ Dle KP6 spočívá rozdíl ve více skutečnostech: „*U starých se to očekává. Také ale záleží na tom, jak je daný jedinec nemocný. Záleží i na tom, v jakém stavu umírající je. Pokud se jeho smrt čeká nebo je překvapením.*“

4.2. První úmrtí klienta

Následující kapitola se bude věnovat pocitům, které prožívali pracovníci při úmrtí jejich prvního klienta. Během rozhovorů jsem došla ke zjištění, že pracovníci tuto událost vnímali třemi způsoby.



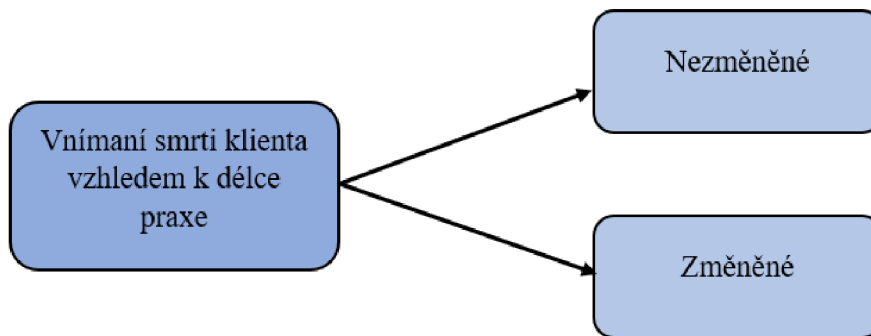
Obrázek 3 - První úmrtí klienta

Zdroj: Vlastní výzkum 2023

Jako ne úplně připravená na setkání se smrtí klienta si připadala KP1. To proběhlo asi půl roku po jejím nástupu do zaměstnání. Dodává: „...bylo zajímavé sledovat postupy při úmrtí klienta, podle mě je to taky hodně strojené.“ Podobně svůj zážitek popisuje i KP4: „To jsem rozdýchávala hodně špatně, to bylo hodně nečekaný, stalo se to asi dva měsíce po mém nástupu do domova.“ Svou odpověď ještě doplňuje: „Nebyla jsem si vůbec jistá, co mám v té situaci dělat. Šla jsem tedy za svou kolegyní, která v zařízení pracovala delší dobu a ta mi pomohla a ukázala, co taková práce o zemřelého obsahuje.“ Pro KP5 bylo setkání se smrtí u klienta náročné také z důvodu předchozí zkušenosti s jinou cílovou skupinou. KP5 to svými slovy popisuje: „...ta paní umřela vlastně přes den asi hned po snídani. Jelikož jsem předtím pracovala ve školce, což je jiná cílová skupina, tak jsem na to nebyla úplně připravená. Hodně mě to vzdalo.“ U KP6 proběhlo první setkání se smrtí klienta již na škole, uvádí: „Zasáhlo mě to. Nyní to беру jako větší součást své práce.“ KP3 má jiné vzpomínky na úmrtí svého prvního klienta: „Se smrtí klienta jsem se setkala během mého pracovního úvazku v mém minulém zaměstnání, ale jelikož jsem tam nepracovala jako sociální pracovníce, vnímala jsem to jen velmi vzdáleně a tolik jsem to neprožívala.“ První úmrtí klienta proběhlo u KP2 asi dva roky zpátky, v současné době své tehdejší pocity popisuje takto: „Sama sobě jsem si tehdy řekla, že když jsem v životě neviděla mrtvého, tak jsem si musela dodat odvahy. Říkala jsem si, že je to zkušenost a šla jsem se rozloučit ke klientovi, který byl již připraven na to, až se přijede rodina rozloučit.“

4.3. Vnímání smrti klienta vzhledem k délce praxe

Následující část bakalářské práce je věnovaná změně vnímání smrti klienta vzhledem k délce praxe komunikačních partnerů.

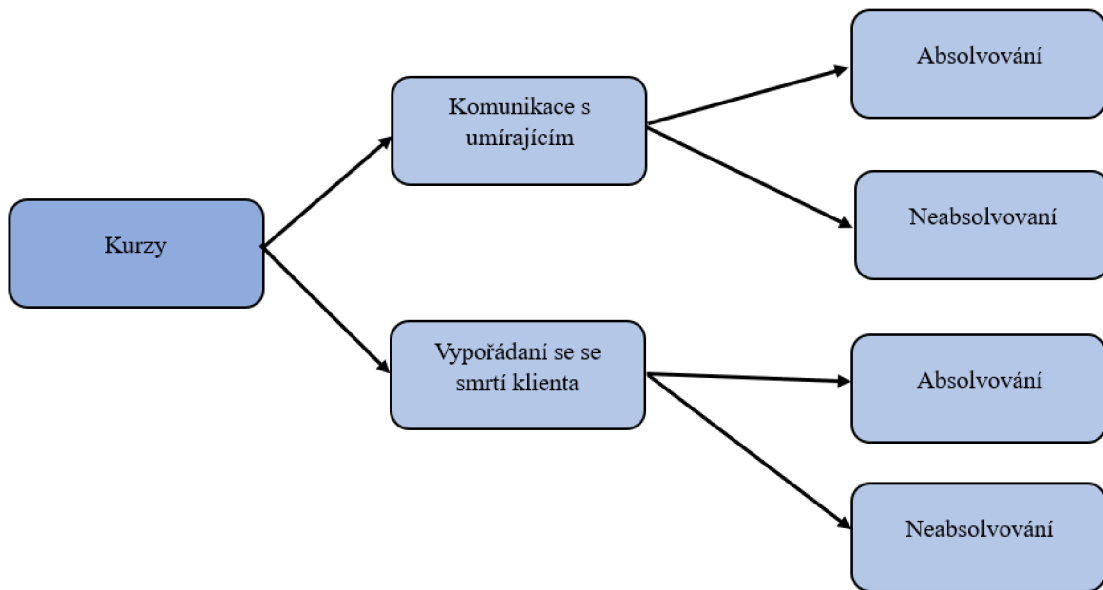


Obrázek 4 - Vnímaní smrti klienta vzhledem k délce praxe

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

K1 v souvislosti se změnou vnímání smrti klienta vzhledem k délce praxe uvádí: „*Asi ne, ještě jsem tady asi krátkou dobu na nějaký hodnocení.*“ Pro KP5 nenastala změna pohledu na smrt klienta, na otázku odpovídá: „*Ano, člověk si řekne pochmurný, každý to asi nevydrží dělat, ale je to práce jak každá jiná.*“ Svou odpověď doplňuje: „*Někdo by nedokázal pracovat v hospici, kde vyloženě umírají lidi, a ještě trpí hodně, tady vám klienti dávají i víc. Někteří jsou tu i deset let. A řekla bych, že tady mají i plnohodnotný život.*“ Zato KP2 změnu vnímání smrti klienta vnímá. Uvědomuje si, že na začátku své praxe se tématu smrti bála, a to se již změnilo. Svými slovy to popisuje: „*Dřív jsem se hodně bála toho tématu smrti. Teď jsem zjistila, že se ho bojíme jen my jako personál, senioři to vnímají jinak.*“ Během své praxe zaregistrovala minimum klientů, kteří nechtějí mluvit o smrti. Také dodává: „*... tím, že je smrt součástí domova pro seniory a stane se, že každý měsíc někdo odejde, klienti se hned ptají, zajímají, chodí se koukat na parte, takže se tady o ní mluví, takže je to přirozená součást jejich života.*“ Určité změny vnímání smrti klientů u sebe pozoruje i KP3 „*...z počátku bych řekla, že jsem to nesla hůř, teď jsem si na to už víc zvykla. Neříkám, že u každého, někdy je člověk bližší, někdy míš. Ale už to беру víc jako součástí života tady.*“ KP4 také vnímá změnu svého pohledu na smrt klienta, sděluje: „*Vnímám to určitě jinak, nebojím se přijít k nim, když smrt přichází, snažím se být s nimi, tedy když si to přeji.*“ V odpovědi také uvádí: „*...když zemřou, tak je to vlastně pro mně taková pocta je umýt, obléknout a připravit je na převoz pohřební službou.*“ KP6 u sebe změnu pohledu na smrt klienta vnímá a hodnotí jako pozitivní skutečnost, že smrt percipuje již méně.

4.4. Kurzy a školení



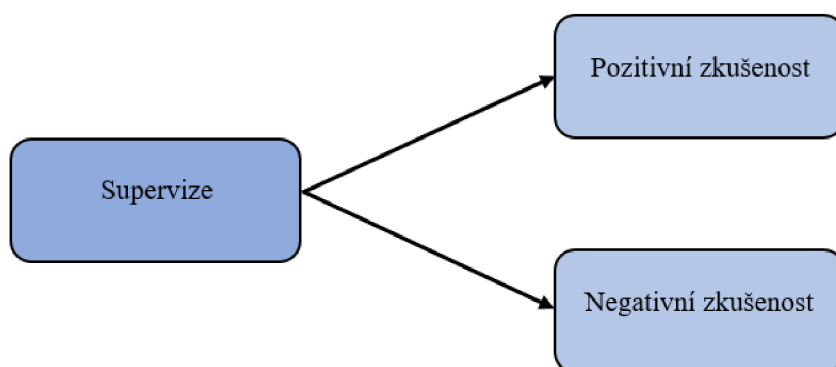
Obrázek 5 - Kurzy a školení

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Část výzkumu byla věnována kurzům zabývajícím se komunikací s umírajícími a technikám vypořádání se se smrtí klienta. První část se věnuje kurzu, který se týká komunikace s umírajícími. KP2 se zúčastnila kurzu ELNEC core a také zařízení, ve kterém pracuje, se zúčastnilo dvouletého projektu zabývajícího se paliativní péčí. Tuto zkušenost popisuje: „V těch kurzech nás učili, jak komunikovat závažná témata, jak už třeba s umírajícím nebo rodinou. Moje zkušenost je, že je složitější komunikace s rodinou klienta než s ním samotným.“ Také dodává: „Já mám na starosti pozůstalý, komunikaci s nimi, ale v podstatě se mi ještě nestalo, že by z toho byl někdo tak špatný, že bych mu dávala kontakt na naši psycholožku.“ Také KP4 si prošla kurzem ohledně komunikace s umírajícím, a to kurzem paliativní péče, bazální stimulace a kurzem, který se jmenoval podle KP4 Snadné umírání. KP1 uvádí: „Zúčastnila jsem se sama za sebe, jelikož mě to zajímá. Domov žádné školení pro personál neuspořádal.“ Zato KP5 na žádném kurzu zabývajícím se převážně komunikací s umírajícím nebyla, svou zkušenost komentuje: „Úplně takhle konkrétně, že bychom rozebírali komunikaci se smrtí, to ne. Máme školení, kde se to lehce probírá, ale vesměs je to ta péče. Ale samozřejmě péče posmrtná, když někdo umře, tak to je v naší naplně práci. Ale jak s někým hovořit o smrti, to nejsme školení.“ KP3 ohledně kurzu odpovídá: „Měla jsem takový školení určitě, ale asi mi to nedalo víc než ta zkušenost tady.“ KP6 se žádného kurzu týkajícího se komunikace s umírajícím nebo technikami vypořádání se se smrtí nezúčastnila. Všechny tyto

informace se dozvěděla během studia. KP1 se dozvěděla více o technikách vypořádání se se smrtí během kurzu paliativní péče. Kurzu orientovaného na techniky vypořádání se se smrtí klienta se nezúčastnila KP2, ale doplňuje: „*Kdyby nastal nějaký problém, tak vím, že se já i ostatní pracovníci DS a rodiny klientů můžou obrátit na naši psycholožku.*“ Žádný podobný kurz neabsolvovala ani KP3. Podobnou zkušenost má i KP4 a KP5, ta dodává „*Je nám spíš hodně doručována psychická hygiena.*“

4.5. Supervize



Obrázek 6 – Supervize

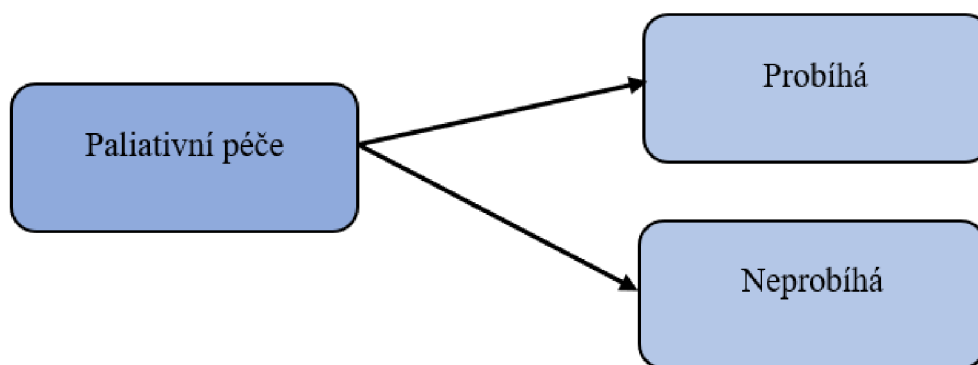
Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Většina komunikačních partnerů má se supervizí pozitivní zkušenost, mnozí také během supervizí řeší i téma smrti a umírání. Zkušenost se supervizí KP2 komentuje následovně: „*Ano probíhají, kdykoliv se něco vyskytne, jako například těžší umírání, řeší se to tam. Je to asi více prospěšný pro pracovníky v přímé péči, kteří se setkávají s umírajícím nebo sledují více denní umírání klientů a opravdu vidí, že tam nejdou tišit ty bolesti. Ne vždy se to povede, a je to prostě těžký pro ten personál, ty to taky prožívají i s rodinou.*“ Dodává: „*...když jsou nějaký signály, že to holky potřebují zpracovat, vypovídat se, vybreče, tak je samozřejmě možnost zavolat supervizorku, která k nám dojíždí z Písku, ty supervize hodnotím určitě kladně.*“ KP4 si nejvíce vybavuje supervizi, kde se probírala převážně osobní zkušenost jednoho zaměstnance. Sděluje: „*Supervize u nás probíhají, téma smrti také řešíme, asi 14 dní před poslední supervizí umřela kolegovi maminka, takže to jsme tam hodně řešili.*“ Své pocity během supervize popsala: „*Přišla jsem si taká hodně uvolněná, uplakaná, ale uvolněná, takže supervize asi splnila účel.*“ Pro KP5 je důležitý pohled jiné osoby na umírání, „*...přináší to jiný určitý náhled, pohled. Člověka někdy něco nenapadne, jako že si řekne, aha, tak tohle by mě třeba nenapadlo. Takže*

vlastně supervize hodnotím docela pozitivně.“ KP6 ohledně supervizí říká: „U nás v zařízení probíhají jen občas, ale vnímám je pozitivně.“

Zato KP1 hodnotí supervize spíše negativně: „Tak supervize tu máme, určitým způsobem tam řešíme i tu smrt. Supervize proběhla za dobu mého působení tady asi dvakrát, popravdě ani jednou jsem z nich neodcházela nadšená. Já mám radši, když se mohu o těchto věcech pobavit jen ve dvou, a ne ve skupině.“ Podobnou zkušenost má i KP3: „Supervize tu probíhaly. Já s nimi nemám úplně dobrou zkušenost. Paní, která supervize vedla, mi úplně nesesdla. Měla jsem z ní pocit, že všechny naše problémy jí přišly hloupé a že jí práce nebavila.“

4.6. Paliativní péče



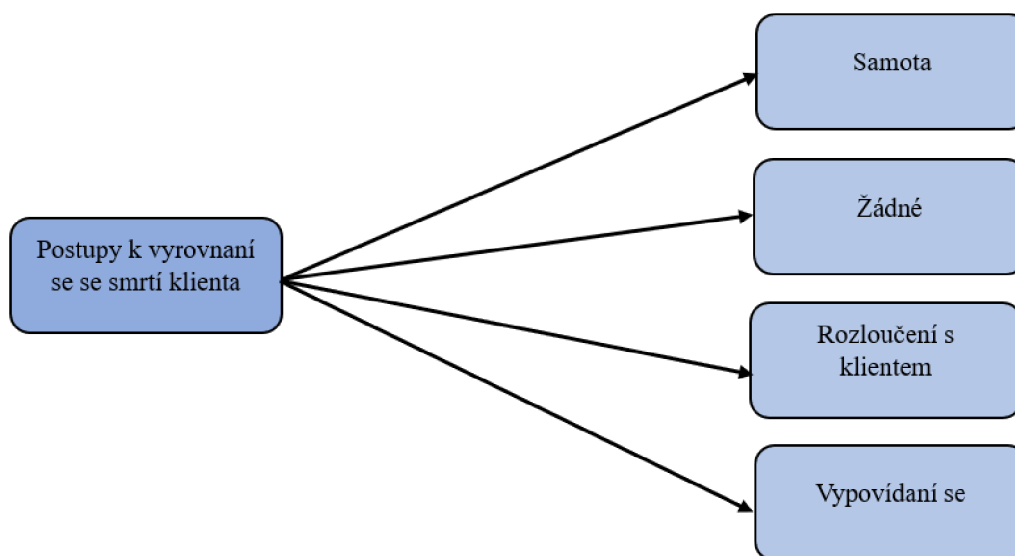
Obrázek 7 - Paliativní péče

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Další část rozhovoru byla věnována paliativní péči, zde se KP rozdělili na dvě stejné skupiny. Zařízení, ve kterém KP 2, 3 a 4 pracují, patřilo k poskytovatelům paliativní péče. KP2 k tomuto sděluje: „Nespolupracujeme s hospicem jako takovým, jelikož má naše organizace i hospicovou péči, ale spolupracujeme s paní doktorku paliatičkou z nemocnice.“ Tuto spolupráci hodnotí velmi kladně: „...to je teda výhra, to nám hrozně pomohlo, protože ta nám i ukazuje, jak vést ten rozhovor s rodinou nebo i s klientem, takže s ní se člověk naučil nejvíc.“ Zkušenost s dojíždějící paliativní doktorkou má i KP4, která paliativní péči v zařízení komentuje: „Paliativní péči si poskytujeme sami, jezdí k nám teda paliativní lékařka. Ale hlavní péči poskytujeme my jako zařízení.“ V odpovědi se zmiňuje i o náročnosti zavedení paliativní péče do zařízení: „Zavádění paliativní péče do domova bylo náročný, ale tak jako nějak jsme se prostě všichni učili, jak klientovi umožnit odcházení, které ho co nejméně bolí, to tedy měli na starost sestřičky a my jako

pečovatelé se staráme hlavně o tu péči, otíráme, umýváme.“ Celkově ale paliativní péči ve svém zařízení hodnotí kladně. Určitých prvků paliativní péče si v domově pro seniory, kde pracuje, všimá i KP3: „Zvládáme to jak v čem, taková ta léčba morfinem, to zas ne. Snažíme se, aby ti lidi důstojně odešli, snažíme se o ně pečovat, ale takový ty léky, co se dávají v posledním stadiu života už tady nejsme úplně schopný.“ KP5 vnímá paliativní péči u nich v zařízení následovně: „No jako relativně je, když je zde někdo do poslední chvíle. Ale správně v těch normách, když to máte ve státních normách, tak paliativní péče je v těch hospicích.“ Její názor je: „Domovy pro seniory jsou pro lidi, kteří jsou více schopnější.“ Vnímá i to, že v některých domovech pro seniory v případě zhoršení stavu klienta je rodina požádána o přesunutí klienta do hospice. Dodává: „Což tady u nás bych řekla, že je náš ředitel benevolentní. Nevytrháváme je z prostředí, na které jsou zvyklí a vlastně dožijí a umřou tady. Ale jako že bychom si sem zavolali hospic a spolupracovali s ním, to úplně ne.“ Zařízení, ve kterých pracují KP1 a KP6, paliativní péči neposkytují. Na otázku, zda by se podle nich paliativní péče v zařízení měla zavést, odpovídá KP6: „Pomalů se o tom začíná uvažovat a jsem ráda.“ Podobnou odpověď má i KP1: „Já myslím, že určitě. Je to něco, co mi v tomhle zařízení chybí. Začíná to ale vypadat, že se s někým spojíme a budeme poskytovat paliativní péči.“

4.7. Postupy k vyrovnání se se smrtí klienta



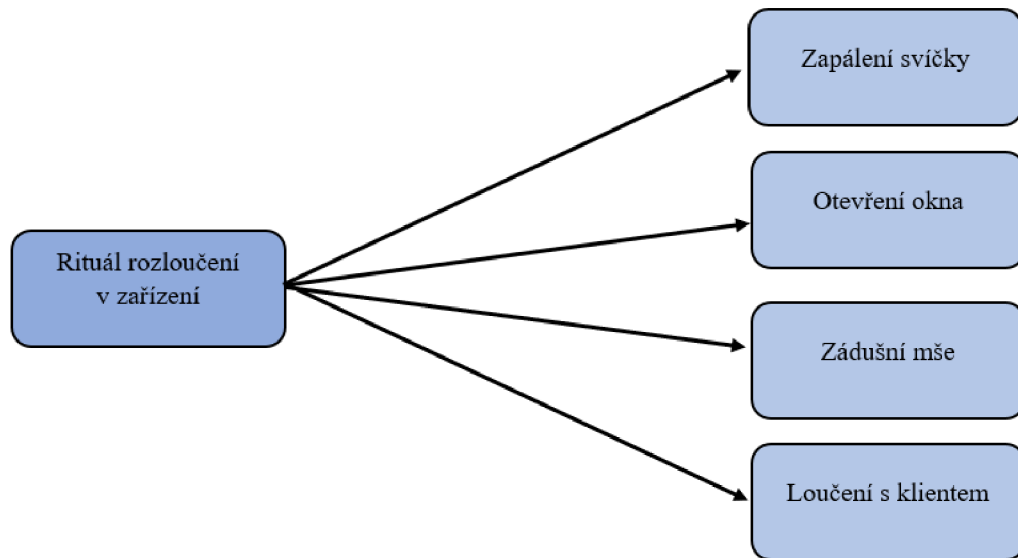
Obrázek 8 - Postupy k vyrovnání se se smrtí klienta

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Pro KP1 je důležité k zvládnutí stresu a pocitů spojených s úmrtím klienta soukromí. Sama to popisuje takto: „Pro mě je důležité si to urovnat sama v sobě a o samotě. Já

hrozně ráda vařím, takže většinou vařím a rovnám si u toho myšlenky.“ KP3 zase pomáhá rozloučit se s klientem. V určitých případech také vyhledává samotu: „Snažím vždy k seniorovi přijít. Pokud je to možný, tak s si ním popovídat. Nebo s jeho rodinou. To mi pak pomáhá se s tím vyrovnat. U mě hodně záleží, u koho smrt nastane. Někdy se potřebuju s tím vyrovnat, jít se projít a vyrovnat se v tom nějak v sobě.“ Při těžším úmrtí pomáhá KP2 zavít se do místnosti, zapnout si hudbu, číst si a vypořádat se s tím sama. Jinak ale vnímá úmrtí seniora v domově, jako příležitost k řešení, jak si ostatní klienti domova přejí umřít: „...když někdo odejde, někdo zemře a teď si o tom klienti povídají, tam je prostředí situace k tomu se zeptat, jak si to představujete vy? Jak to vnímáte vy, když teď tady pán zemřel? To tomu nahrává, to je nejlepší čas to využít pro otevření toho tématu.“ To, že umírání muže být těžké, vnímá KP4, ale postupy k vyrovnávání se s ním si našla: „Někdy je to hodně těžké. Mám dceru, která pracuje ve zdravotnictví, takže si s ní o tom povídáme, a to mi pomáhá.“ Žádné specifické postupy při úmrtí klienta nemají KP6 a KP5. KP5 k tomu dodává: „No tak jako bych řekla, že je mi to líto, ale nesnažím se nad tím nějak zaobírat. Třeba ten den na to člověk myslí, ale jako druhý den si zase řeknu, že se už musím soustředit na tu práci dál. Že už s tím vlastně nic nenadělám. Snažím se, aby mě to nesešlo, abych nebyla vyhořelá.“ Podle jejího názoru by jedinec pracující se seniory a nemocnými lidmi měl mít určité vlastnosti: „Myslím si ale, že tuhle práci musí dělat člověk empatický, to určitě, ale nesmí být nějak citově rozpoložený nebo psychicky labilní, to pak by nedával tuhle práci. Ten člověk si musí v uvozovkách navyknout. Je to hrozný, ale je to tak. Musí to rozlišovat a nepřemýšlet tolik nad tím. Pečovatele by neměl dělat člověk, který to jde dělat jen kvůli tomu, že nemá jinou práci nebo pro peníze. Protože to se potom odráží na péči o ty klienty.“

4.8. Rituály rozloučení v zařízení



Obrázek 9 - Rituály rozloučení v zařízení

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Na otázku zabývající se rituálem rozloučení v zařízení odpověděla KP1: „*To asi úplně ne, zapaluje se svíčka. A dává se do vestibulu parte, ale že bychom se nějak sešli s klienty nebo personál a rozloučili se s mrtvým, to ne.*“ Svíčka se také zapaluje v zařízení, ve kterém pracuje KP2, snaží se tam i o důstojné zacházení s mrtvým: „*Určitě máme, jednak příprava těla, aby to bylo důstojný. Žádný černý pytle, ale máme papírové krabice barevně sladěné, dáváme hned parte, než dostaneme oficiální, zapálíme svíčku ve vestibulu, ta svíčka svítí do doby pohřbu klienta.*“ Ještě svou odpověď doplňuje: „*Jednou za čtvrt roku je ve zdejší kostele zádušní mše, slouží ji zdejší farář.*“ V domově pro seniory, ve kterém pracuje KP3 se také pořádají zádušní mše a i tam zapalují svíčku. V pracovním kolektivu ale žádné společné rituály nemají. Po úmrtí klienta v zařízení, kde pracuje KP4, pořádá domov rozloučení s mrtvými. „*Loučíme se s nimi v jídelně, přijdou i klienti z domova. Není to pohřeb, ale jen takové rozloučení se zemřelým.*“ KP 5 k tomuto tématu sděluje: „*Vždy se snažíme, aby každý z pečovateli a pracovníků, kteří přijdou do častého kontaktu se seniorem a jsou ten den v práci, navštívili mrtvého a rozloučili se s ním. Také se za něj zapaluje svíčka na patře, kde umřel.*“ Jako rituál rozloučení s klientem funguje v domově pro seniory, kde pracuje KP6 otevření okna.

5. Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak pohlíží na smrt svých klientů pracovníci domovů pro seniory. Byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První zní: *Jaký je pohled sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na smrt klientů domova pro seniory?* Druhá výzkumná otázka je věnována rozdílům vnímání smrti klienta. Zní následovně: *Liší se pohled sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách na smrt klientů domova pro seniory?*

Odpověď na tyto otázky byla nalezena pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Ten byl využit pro jeho variabilitu.

Z výzkumu vyplývá, že pohled komunikačních partnerů na smrt klientů většinou ovlivnila praxe v domově pro seniory. Před svým nástupem do zaměstnání byla pro většinu komunikačních partnerů smrt tabu. Na vnímání smrti klienta i smrti jako takové měla vliv například i osobní zkušenost. Pro KP1 a KP2 to byla smrt příbuzného. Většina komunikačních partnerů vnímá i to, že se jejich pohled na smrt klienta změnil délkou praxe v domově pro seniory. To ale není případ KP5, dle jejího názoru je její pohled na smrt klienta stejný jako při nástupu do zaměstnání. Tuto skutečnost přisuzuje svým vlastnostem, a to empatii a její psychické vyrovnanosti. Jak už bylo řečeno, většina komunikačních partnerů vnímala smrt svého prvního klienta jinak, než vnímá smrt klienta v současné době. Například KP2 si po úmrtí prvního klienta musela dodat odvalu na to, aby se šla podívat na mrtvého a vůbec o smrti s klienty mluvit. V současné době si uvědomuje, že strach ze smrti má převážně personál. KP6 se se smrtí klienta setkala již během studií, kdy jí to hodně zasáhlo, ale teď díky pracovním zkušenostem smrt vnímá jako součást práce a bere si jí méně k srdci.

Všichni komunikační partneři se shodli na tom, že je rozdíl mezi smrtí seniora, tedy jejich klienta, a jedince v produktivním věku. Po KP1 je smrt seniora spravedlivější, jelikož měl na prožití svého života dostatek času. Dle KP3, KP4 i KP5 je smrt u seniora větší samozřejmost než u mladé osoby. Dle mého názoru jsou pracovníci domova pro seniory smíření se smrtí svých klientů.

Ani jeden z komunikačních pracovníků nevedl, že je pro něj v současné době smrt tabu, naopak o smrti s klienty mluví. Dle Bednařika a Andrášiové (2020) je ale nejdříve potřeba vhodnými otázkami zjistit zájem klientů o tomto tématu mluvit. Pokud klient neotevře téma smrti sám od sebe, tak by měl být přesto informovaný o jeho reálném

zdravotním stavu. O potřebě předat klientovi pravdivé informace píše i Marková (2010), dle jejího názoru nesdělením pravdy o zdravotním stavu klienta jej pracovníci domovů pro seniory obírají o čas na duševní přípravu k poslední etapě života. Příprava na tuto komunikaci je součástí kurzu paliativní péče, jak uvádí KP2 a KP4.

Paliativní péči se zčásti zaobíral i výzkum, z něho vyplynulo, že paliativní péči poskytuje pouze jedno ze zařízení zaměstnávající komunikační partnery. Jeden z komunikačních partnerů uvedl, že v domově pro seniory, kde pracuje, provozují prvky paliativní péče. Ale během rozhovoru nebyl zmíněn žádný kurz paliativní péče, který zaměstnanec absolvoval. Z odpovědí KP5 vyplynul názor, že paliativní péče není potřeba v domovech pro seniory, ale patří spíše do hospiců. Zato pro KP1 a KP6, kteří pracují v domovech pro seniory, jejíž součástí není paliativní péče, je paliativní péče důležitá a měla by se podle nich do zařízení zavést. Dle Matěje Lejsala (2023) paliativní péče v domovech pro seniory přispívá ke zvýšení kvality života klienta. A to nejen díky specializované péči, ale i díky celkovému přístupu ke konečnosti lidského života (Paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory, 2023).

Složkou výzkumu byly i otázky na kurzy zaobírající se komunikací s umírajícím a vypořádáním se se smrtí klienta. Nějakou zkušenost s kurzem, který řeší, jak má vypadat komunikace s umírajícím, se zúčastnila nadpoloviční většina komunikačních partnerů. Zkušenosti ukazují, že otevřený hovor o onemocnění, ukončení léčby a smrti je pro klienty důležitý. Pečující osoby by se měly řídit pravidlem, že téma rozhovoru si udává klient sám. Také by se během rozhovoru neměly vyskytovat fráze typu „To bude dobré.“ nebo „Určitě se uzdravíte.“ (Pečuji o umírajícího člověka, 2023)

KP1, KP2 a KP4 se učili, jak komunikovat s umírajícím v rámci kurzu paliativní péče. KP3 se sice kurzu komunikace zúčastnila, ale jak uvádí, praxe jí dala více. Dle Dubcové (2011) je důležité, aby si pečující vyjasnil své osobní postoje k úmrtí a smrti. Poté je schopen kvalitní komunikace s umírajícím i zvládnutí smrti klienta. Žádné školení týkající se komunikace s umírajícím se nezúčastnila KP5 ani KP6, což si myslím, že by se mělo v budoucnu napravit. Jak uvádí Hauke (2014), schopností efektivně komunikovat by měl být vybaven každý pečující, jelikož může takto ovlivnit řádu situací. Jak uvádí Špatenková (2013), správná komunikace je z části umění, ale i dovednost, kterou se lze naučit.

Pouze jeden z šesti komunikačních partnerů uvádí, že se zúčastnil kurzu, ve kterém se řešily techniky vypořádání se se smrtí klienta. Dle mého názoru jsou tyto kurzy potřebné. Pokud je na pracovníkovi vidět, že si velmi připouští úmrtí klientů a není schopen najít si vlastní techniku vypořádání se se smrtí klienta, pak by v těchto případech měl následovat kurz, kde dostane inspiraci k technikám, které může využít ke zlepšení zvadání těchto krizových situací. Vyrovnávání se se smrtí klienta může být obtížné i kvůli profesionálním hranicím, jež překážejí truchlícím rituálům, které pracovník využívá v osobním životě. Příkladem může být účast na smutečním obřadu a podobně. V takovém případě by si jedinec měl přisvojit nové techniky vypořádání se se smrtí. Důležitá je také vědomost toho, že neexistuje správný ani špatný způsob truchlení (Martin, 2016).

Během výzkumu se zjišťovaly i postupy vyrovnání se se smrtí klienta, které mají pracovníci z vybraných domovů pro seniory. Tyto postupy má každý jedinec vlastní, ale lze pozorovat určité podobnosti. Časté je vypořádání se s tím o samotě, vyskytuje se potřeba rozloučení se se seniorem, nebo vypovídání se jiné osobě. Martin (2016) píše o tendenci pracovníků v sociálních službách mít vše ve svých rukách a pracovat ve stresovém prostředí. Při vyrovnání se se smrtí klienta je péče o sebe velmi důležitá.

Výzkum se zabíral i rituály rozloučení v zařízení. To má různé podoby, někde se otevírá jen okno či se zapaluje svíčka a někde se koná rozloučení v jídelně nebo zádušní mše. Součástí těchto rituálů by dle mého názoru měli být i obyvatelé domova pro seniory, ne všude se myslí na jejich potřebu rozloučení se s mrtvým spolubydlícím. Jak uvádí Niedermann et. al. (2016), je důležité, aby se rozloučili kromě blízkých s mrtvým jedincem přiměřeným způsobem i spolubydlící a pečující personál. K tomu by měly sloužit postupy a rituály, které vznikly spoluprací s klienty a pečujícími.

Druhá výzkumná otázka se zabývala rozdílem mezi pohledem na smrt klienta sociálním pracovníkem a pracovníkem v sociálních službách. Z výzkumu vyplynulo, že rozdíl je minimální. Všichni komunikační partneři vnímají smrt jako součást života i jejich práce. Dle mého spočívá rozdíl jen v náplni práce po úmrtí klienta. Pracovníci v sociálních službách se zabývají péčí o tělo a sociální pracovníci více řeší administrativu a jednání s rodinou.

6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak pohlíží pracovníci domovů pro seniory na smrt jejich klientů. Také se zaměřila na to, zda je rozdíl mezi vnímáním smrti klientů sociálním pracovníkem a pracovníkem v sociálních službách. Výzkumný soubor tvořilo 6 zaměstnanců z domovů pro seniory. Domovy pro seniory byly vybrány náhodným výběrem.

K zjištění cíle byly využity dvě výzkumné otázky, první otázka zní: *Jaký je pohled sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na smrt klientů domovů pro seniory?* Výzkum ukázal že pracovníci domovů pro seniory pohlíží na smrt svých klientu jako na součást života. Tuto skutečnost ovlivnila převážně praxe v domově. Na počátku jejich praxe v domově pro seniory většina z nich vnímala smrt jako tabu. Jejich pohled na smrt se postupem času změnil. V současné době tak často s klienty na téma smrt diskutují a již nemají strach o smrti mluvit.

Druhá výzkumné otázka měla za úkol zjistit rozdíly v pohledu na smrt. Její znění je následující : *Liší se pohled sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách na smrt klientů domovů pro seniory?* Z výzkumu vyplynulo, že rozdíl mezi vnímáním smrti sociálním pracovníkem a pracovníkem v sociálních službách je minimální. Pohled na smrt klientů závisí spíše na osobnosti než na pracovní pozici.

Z výzkumu také vyplynuly výhody paliativní péče v domově pro seniory. Zaměstnanci se během školení paliativní péče dozvědí, jak s umírajícím komunikovat, což je velmi důležité. Mnoho zaměstnanců se ale nezúčastnilo kurzu zabývajícího se postupy vypořádání se se smrtí klienta. Výzkum také ukázal častější propojení paliativní péče a domova pro seniory. Také vyšlo najevo, že domovy pro seniory se snaží zaměstnancům pomoci s vypořádáním se se smrtí klienta, například formou supervize. To ale ne vždy platí u klientů domova pro seniory, domovy obvykle nepořádají rozloučení s klientem v domově, kde strávil poslední chvíle svého života.

Tato bakalářská práce může posloužit jako informační materiál pro vedení domovů pro seniory, například jako základ pro nalezení správné pomoci jednotlivým pracovníkům domova pro seniory. Neméně důležitým využitím této bakalářské práce je inspirace pro další studenty oboru sociální práce k výzkumu této problematiky.

Seznam požité literatury:

1. BEAULIEU, E., 2012. *A Guide for Nursing Home Social Workers*. 2. issue. New York: Springer Publishing Company. 410p., ISBN 9780826193490.
2. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing. 232 s., ISBN 978-80-271-2288-2.
3. BELZ, H., SIEGRIST, M., 2015. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. 3. vydání. Praha: Portál. 376 s. ISBN 978-80-262-0846-4.
4. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Sestra. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
5. DUBCOVÁ, I., 2011. *ETIKA UMÍRÁNÍ A SMRTI*. [online]. Praha: Zdraví Euro.cz . [cit. 2023-06-02]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/etika-umirani-a-smrti/>
6. GROF, S., 2017. *Lidské vědomí a tajemství smrti*. 2. vydání. Praha: Argo. 398 s. ISBN 978-80-257-2214-5.
7. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada Pedagogika. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
8. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2004 *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
9. HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
10. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. 128 s., ISBN 978-80-247-5216-7.
11. HAVRDOVÁ, Z., 2013. Supervize. In: MATOUŠEK, O., et al., *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 514-516. ISBN 978-80-262-0366-7.
12. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

13. HOLMEROVÁ, B., JURAŠKOVÁ, M., ROKOSOVÁ, M., 2006, Aktivní stárnutí. Česká geriatrická revue, 4 (3), s. 163-168. ISSN 1214-0732.
14. HRDÁ, K., TOLLAROVÁ B., et al. 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory* [online] Praha, Domov Sue Ryder]. 206 s., [cit 2023-07-03] ISBN 978-80-907190-2-6. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf
15. CHRASTINA J., ŠPATENKOVÁ N., HUDCOVÁ B., 2020. *Náročné, krizové a mimořádné situace v kontextu rezidenčních služeb*: Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 160 s. ISBN 978-80-244-5725-3.
16. *Internetová jazyková příručka* © 2023. [online] Praha: Ústav pro jazyk český AV ČR, [cit. 2023-03-26] Dostupné z: <https://prirucka.ujc.cas.cz/>
17. JANEČKOVÁ, H., 2013. Domovy pro seniory In: MATOUŠEK, O., *Encyklopedie sociální práce*. 1. Praha: Portál, s. 434-437. ISBN 978-80-262-0366-7.
18. KABELKA, L., 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. 320 s. ISBN 9788026203667.
19. KALVACH, Z., 2004. *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
20. KALVACH, Z., Paliativní péče In: MATOUŠEK, O., *Encyklopedie sociální práce*. 1. Praha: Portál, 2013, s. 144-145. ISBN 978-80-262-0366-7.
21. *Komunikace s umírajícím a blízkými*, 2020. [online] Praha, Cesta domů. [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psycho-socialni-pracovniky/komunikace-s-umirajicim-a-blizkymi/>
22. *Komunikace s umírajícím*, 2015 [online] [cit. 2023-03-10]. Praha, Cesta domů. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/komunikace-s-umirajicim>
23. KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2. vydání. Praha: Portál. 320 s, ISBN 978-80-262-0234-9.

24. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
25. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
26. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
27. MAROON, I., 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
28. MARTIN, S., 2016. *Coping With the Emotional Aspects of a Client's Death. The New Social Worker* [online]. Harrisburg [cit. 2023-06-03]. Dostupné z: <https://www.socialworker.com/feature-articles/practice/coping-with-the-emotional-aspects-of-a-clients-death/>
29. MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál. 271 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
30. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
31. *Můj supervizor* [online]. Brno 2017 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <http://www.mujsupervisor.cz/slovník-supervize#TOC-Jak-funkce-supervize-pln->
32. *Neboj se: Jak hovořit o spiritualitě s vážně nemocnými* [online]. České Budějovice [cit. 2023-02-12]. Dostupné z: <https://nebojse.eu/>
33. NIEDERMANN, E., PFLUGSHAUPT C., RÜEGGER H., SCHÄR, B., 2016. *Paliativní péče: úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-906320-3-5.
34. *O mobilních hospicích* [online]. Praha: Fórum mobilních hospiců, 2022 [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://www.mobilnihospice.cz/o-mobilnich-hospicich#odborne-dokumenty>

35. *Senioři v ČR v datech*, © 2022 [online] Odbor statistiky trhu práce a rovných příležitostí, Český statistický úřad, [cit. 2023-07-04] Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/165397788/31003422.pdf/7e1fd9c7-e5fb-4155-9e88-882ba3cb1712?version=1.7>
36. ONDRIOVÁ, Iveta, 2019 *Zásady komunikace s umírajícím*. [online]. Praha: Senior zone, [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/zasady-komunikace-s-umirajicim-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Er0GQgsOusWMjPbT5GkW9f8/>
37. *Paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*. 2023 [online], Praha: Centrum paliativní péče, z. ú. [cit. 2023-06-01]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/projekty/paliativni-pece-v-pobytovych-socialnich-sluzbach-pro-seniory>
38. *Paliativní péče* [online]. Praha: Cesta domů, 2020 [cit. 2023-02-21]. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-verejnost/eutanazie/6-paliativni-pece/>
39. *Pecuji o umírajícího člověka* 2023 [online], 2023. Březová, Domácí hospic Motýl [cit. 2023-06-02]. Dostupné z: <http://www.hospicmotyl.cz/pecuji-o-umirajiciho-cloveka/>
40. PECHOVÁ, K., LEJSAL M., 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 206 s. ISBN 978-80-88361-01-5.
41. PILÁT, M., 2022. *Supervize: Distanční studijní text*. Opava: Slezská univerzita. 149 s.
42. RADBRUCH, L., LING J., HEGEDUS K., LARKIN P., 2018. European Association for Palliative Care: Forging a Vision of Excellence in Palliative Care in Central and Eastern European and Former Soviet Union Countries. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. **55**(2), 117-120 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.022>
43. RYAN, K., GUERIN S., DODD P., MCEVOY J., 2011. Communication contexts about illness, death and dying for people with intellectual disabilities and life-

limiting illness. *Palliative and Supportive Care*. **9**(2), 201-208. ISSN 1478-9515.
Dostupné z: doi:10.1017/S1478951511000137

44. SLÁMA, O. et. al., Paliativní péče v ČR v roce 2013. Praha a Brno: Perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, 2013
45. *Sociální pracovník domova pro seniory, domova pro osoby s mentálním postižením, domova se zvláštním režimem* [online]. 5.10.2020 [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-domova-pro-seniory-domova-pro-osoby-s-mentalnim-postizenim-domova-se-zvlastnim-rezimem/>
46. SOKOL, R., TREFILOVÁ, V., 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI. Meritum. 444 s. ISBN 978-80-7357-316-4.
47. *Spolupráce domovů pro seniory s domácími hospici? Jak na ní poradí vznikající metodika*. 2019 [online]. Praha: Zdravotnický deník [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/05/spoluprace-domovu-seniory-domacimi-hospici-ni-poradi-vznikajici-metodika/>
48. SVATOŠOVÁ, M., 2010. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In: MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. Praha: Portál, s. 195-210. ISBN 80-7367-002-X.
49. ŠOUREK, D., Doprovázení umírajících v pobytových službách. *Sociální služby*. Tábor: APSS ČR, 2016, **18**(2), 20-21. ISSN 1803-7348.
50. ŠPATENKOVÁ, N., 2013. Komunikace ve zdravotnictví. In: *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 65-76. ISBN 978-80-247-4732-3.
51. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 386 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
52. TODD, S., 'Being there': the Experiences of Staff in Dealing with Matters of Dying and Death in Services for People with Intellectual Disabilities. *Journal of*

- Applied Research in Intellectual Disabilities* [online]. 2013, **26**(3), 215-230 [cit. 2023-02-15]. ISSN 13602322. Dostupné z: doi:10.1111/jar.12024
53. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ Y., et al., 2004. *Paliativní medicína*: 2. vydání. Praha: Grada. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
54. VOSEČKOVÁ, A., 2014. *Kapitoly z psychologie stáří pro studenty sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus. Skripta.
55. WIESE, M., STANCLIFFE R.J., BALANDIN S., HOWARTH G., DEW, A., End-of-Life Care and Dying: Issues Raised by Staff Supporting Older People with Intellectual Disability in Community Living Services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2012, **25**(6), 571-583. ISSN 13602322. Dostupné z: doi:10.1111/jar.12000
56. *World Health Organization* [online], 2023. Geneva [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://www.who.int/>
57. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2023-03-24]. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006

Přílohy

Příloha 1 Struktura rozhovoru

- 1) Jaký je váš věk a pohlaví ?
- 2) Jaká je vaše pracovní pozice v domově pro seniory ?
- 3) Je nějaká zkušenost, která ovlivnila vaše vnímání smrti ?
- 4) Vnímáte smrt seniora jinak než smrt u lidí ve středních letech a mladších ?
- 5) Kdy a jaké bylo vaše první setkání se smrtí klienta ?
- 6) Pozorujete změny v pohledu na smrt vašich klientů, vzhledem k délce vaší praxe ?
- 7) Zúčastnil / a jste se nějakých kurzů zabývajících se komunikací s klientem o smrti ?
- 8) Zúčastnil / a jste se nějakých kurzů zabývajících se vypořádání se smrtí klientu ?
- 9) Probíhají ve vašem zařízení supervize ? Řeší se při nich umírání a smrt klientů ?
- 10) Je součástí vašich služeb i paliativní péče ?
- 11) Pokud ne – Myslíte si, že by se měla zavést ?
- 12) Máte nějaké osvědčené postupy k vyrovnávání se se smrtí klienta ?
- 13) Máte v pracovním kolektivu společný rituál k rozloučení s klientem a vypořádání se s jeho smrtí ?
- 14) Je něco, na co jsme během rozhovoru zapomněli a Vám to připadá důležité ?

Příloha 2 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výzkumu k bakalářské práci „*Pohled pracovníků domovů pro seniory na smrt jejich klientů*“. Studentka mě podrobně seznámila s podstatou výzkumu, cíli a metodami a postupy, které budou využity při výzkumu. Měl/a jsem možnost se zeptat na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu. Byl/a jsem poučena o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoliv odvolat.

Souhlasím s tím, že získané údaje budou anonymně zpravovány a využity k účelu zpracování závěrečné práce studentky.

Prohlašuji že, jsem porozuměl/a informacím obsažených v tomto informovaném souhlasu a že souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníku výzkumu za účelem zpracování výzkumné části bakalářské práce.

Tento informovaný souhlas je vystaven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, jeden obdrží účastník výzkumu a druhý studentka.

Jméno a příjmení účastníka výzkumu

Podpis účastníka výzkumu

Jména a příjmení studentky

Podpis studentky

V

dne:

Seznam obrázků:

Obrázek 1-Struktura klientů v domovech pro seniory podle věku k 31.12. 2021...	- 10 -
Obrázek 2 - Vnímání smrti.....	- 31 -
Obrázek 3 - První úmrtí klienta.....	- 33 -
Obrázek 4 - Vnímání smrti klienta vzhledem k délce praxe	- 34 -
Obrázek 5 - Kurzy a školení	- 35 -
Obrázek 6 – Supervize.....	- 36 -
Obrázek 7 - Paliativní péče.....	- 37 -
Obrázek 8 - Postupy k vyrovnání se se smrtí klienta	- 38 -
Obrázek 9 - Rituály rozloučení v zařízení.....	- 40 -

Seznam tabulek

Tabulka 1- Charakteristika komunikačních partnerů.....-30-

Seznam zkratek

KP – Komunikační partner/ka