

**Univerzita Hradec Králové**

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Vliv úmrtí klientů na sociální pracovníky v domovech pro  
seniory**

*Diplomová práce*

Autor: Bc. Veronika Belza  
Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce  
Forma studia: prezenční  
Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.



## Zadání diplomové práce

**Autor:** Veronika Belza

**Studium:** U18075

**Studijní program:** N6731 Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:** Sociální práce

**Název diplomové práce:** **Vliv úmrtí klientů na sociální pracovníky v domovech pro seniory**

**Název diplomové práce AJ:** The impact of client's deaths on social workers in retirement homes

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

V teoretické části své diplomové práce nejprve definuji základní pojmy, které později budou klíčové v této práci. Bude se jednat například o pojmy: senior, domov pro seniory, domov pro seniory se zvláštním režimem, sociální pracovník v domovech pro seniory aj. Dále poté shrnu dosavadní poznatky v oblasti sociální práce se seniory. Zaměřím se také na četnost úmrtí a nejčastější příčiny úmrtí seniorů v domovech pro seniory. Představím také vybrané domovy pro seniory a domovy pro seniory se zvláštním režimem, ve kterých poté provedu výzkum. Cílem výzkumu praktické části bude zjistit, jaký vliv má úmrtí klienta v domovech pro seniory na sociálního pracovníka. V realizovaném výzkumu bude použita kvalitativní výzkumná strategie, jako metoda sběru dat bude využit polostrukturovaný rozhovor.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4741-383. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

**Garantující pracoviště:** Ústav sociální práce,  
Filozofická fakulta

**Vedoucí práce:** doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

**Oponent:** PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

**Datum zadání závěrečné práce:** 29.6.2018

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce doc. MUDr. Aleny Vosečkové, CSc. a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Kolíně dne.....

.....

Bc. Veronika Belza

## **Poděkování**

Mé poděkování patří zejména doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za její odborné vedení, cenné připomínky a v neposlední řadě také za vstřícnost a trpělivost, se kterými ke mně přistupovala v průběhu psaní mé diplomové práce. Ráda bych také poděkovala všem informantům, kteří byli ochotni se podílet na mém výzkumu, a to i s vědomím, že výzkumné otázky mohou být velmi osobní. Vřelý dík také patří mému manželovi, který mi byl po celou dobu psaní tou nejlepší psychickou oporou.

## **Abstrakt**

BELZA, Veronika. *Vliv úmrtí klientů na sociální pracovníky v domovech pro seniory*. Hradec Králové, 2021, s. 72. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Aleny Vosečkové, CSc.

Diplomová práce nese název *Vliv úmrtí klientů na sociální pracovníky v domovech pro seniory*. Úvod diplomové práce seznamuje s důvodem výběru uvedeného tématu. Teoretická část definuje stěžejní pojmy této práce, jako je senior, smrt, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a sociální pracovník v pobytových zařízeních. Zabývá se činnostmi sociálního pracovníka v domově pro seniory od příjmu nového klienta po ukončení pobytu klienta. Uvádí také některé faktory, které mohou ovlivnit to, jak budou prožívat sociální pracovníci úmrtí svých klientů. Dále hovoří i o vyrovnání se smrtí. Představuje také základní data o úmrtnosti v České republice a uvádí nejčastější příčiny úmrtí. Zabývá se také onemocněním covid-19 a úmrtími, které měly souvislost s tímto onemocněním. V závěru teoretické části jsou stručně popsána všechna konkrétní zařízení, kde proběhl výzkum. Empirická část zkoumá, jak ovlivňuje úmrtí klientů sociální pracovníky v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Pro výzkum byla použita kvalitativní výzkumná strategie. Sběr dat byl realizován za pomoci polostrukturovaného rozhovoru, kterému byli podrobeni sociální pracovníci a vedoucí sociální pracovníci z vybraných zařízení. V závěru diplomové práce jsou shrnuty výsledky výzkumného šetření.

**Klíčová slova:** smrt, senior, stáří, vliv, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, sociální pracovník

## **Abstract**

BELZA, Veronika. *The impact of client's deaths on social workers in retirement homes*. Hradec Králové, 2021. 72 pp. Master Degree Thesis. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty, Institute of Social Work. The leader of master degree thesis: doc. MUDr. Aleny Vosečkové, CSc.

The name of this diploma thesis is: *The impact of client's deaths on social workers in retirement homes*. The introduction of the diploma thesis introduces the reason for choosing this topic. The theoretical part defines the key concepts of this work, such as senior, death, home for the elderly, home with a special regime and a social worker in residential facilities. It deals with the activities of a social worker in a home for the elderly from the admission of a new client to the end of the client's stay. It also lists some factors that may affect how social workers experience their clients' deaths. It also deals with coping with Grief and Loss. It also presents basic data on mortality in the Czech Republic and lists the most common causes of death. There is also mention of covid-19 and deaths that were related to the disease. At the end of the theoretical part are briefly described all the facilities where the research took place. The empirical part examines how the death of clients affects social workers in homes for the elderly and in homes with special regimes. The method of qualitative research strategy was used for the research. A semi-structured interview was used as a method of data collection, to which social workers and senior social workers from selected facilities were subjected. At the end of the diploma thesis, the results of the research survey are summarized.

**Key words:** death, senior citizen, retirement home, retirement home with special regime, social worker

## Obsah

Úvod.....	1
Teoretická část .....	3
1. Vymezení základních pojmů .....	3
1.1. Senior a stáří .....	3
1.2. Smrt .....	5
1.3. Domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem .....	6
1.4. Sociální pracovník v bytových zařízeních .....	7
2. Sociální pracovníci v domově pro seniory .....	9
2.1. Přijímání nových klientů do domova pro seniory .....	9
2.2. Průběh poskytování sociální služby v domově pro seniory .....	10
2.3. Ukončení pobytu klienta v domově pro seniory.....	11
2.4. Vztah sociálního pracovníka s klientem.....	12
3. Vliv úmrtí klientů na sociální pracovníky .....	13
3.1. Faktory ovlivňující prožívání smrti klientů sociálních pracovníků .....	14
3.1.1. Typ smrti .....	14
3.1.2. Věk zemřelého.....	15
3.1.3. Věk truchlícího .....	15
3.1.4. Osobnostní faktory truchlícího .....	15
3.1.5. Pohlaví truchlícího .....	15
3.1.6. Věřící truchlící.....	15
3.1.7. Dřívější zkušenost se smrtí a truchlením .....	16
3.1.8. Sekundární stres .....	16
3.2. Vyrovnání se se smrtí .....	16
3.3. Truchlení.....	17
3.3.1. Fáze procesu truchlení.....	17
3.3.2. Komplikované (patologické) truchlení.....	18
4. Úmrtnost v České republice .....	19
4.1. Základní data o úmrtnosti v České republice.....	19
4.1.1. Úmrtnost v ČR dle věku.....	19
4.1.2. Úmrtnost v ČR dle pohlaví.....	21
4.1.3. Úmrtnost v ČR dle místa úmrtí .....	22
4.2. Nejčastější příčiny úmrtí v ČR .....	24
4.3. Covid-19 jako příčina úmrtí v České republice .....	25

5.	Vybrané domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem .....	28
5.1.	Domov u Biřičky .....	28
5.2.	G-Help .....	28
5.3.	Domov seniorů Fénix .....	29
5.4.	Domov Barbora Kutná Hora.....	29
5.5.	Domov Unhošť .....	30
5.6.	Diakonie Písek.....	30
5.7.	SeneCura SeniorCentrum Havířov .....	31
5.8.	Domov Sluníčko .....	31
6.	Shrnutí teoretické části .....	32
7.	Empirická Část .....	34
7.1.	Předvýzkum .....	34
7.2.	Hlavní cíl výzkumného šetření a jeho dílčí cíle.....	34
7.3.	Vybraná výzkumná strategie .....	35
7.4.	Transformace dílčích výzkumných cílů do doplňujících tazatelských otázek.....	36
7.5.	Charakteristika informantů .....	38
7.6.	Průběh výzkumu .....	40
7.7.	Etické otázky výzkumu.....	40
8.	Interpretace výsledků výzkumu.....	40
8.1.	DC1: Zjistit pohledy sociálních pracovníků v DS a DZR na smrt. ....	41
8.2.	DC 2: Zjistit, jakým způsobem sociální pracovníci v DS a v DZR prožívají úmrtí svých klientů. ....	45
8.3.	DC 3: Zjistit, jak se sociální pracovníci v DS a DZR vyrovnávají s úmrtím svých klientů. ....	51
	Diskuse a závěr .....	57
	Zdroje:.....	61
	Seznam tabulek .....	67
	Seznam grafů.....	68
	Příloha 1: Přepis rozhovoru s informantem I4 .....	I



# Úvod

Za téma mé diplomové práce jsem si zvolila „Vliv úmrtí klientů na sociální pracovníky v domovech pro seniory“, a jelikož spousta těchto domovů vlastní i sekci „zvláštní režim“, rozhodla jsem se, že se má diplomová práce bude zkoumat vliv úmrtí klientů i u sociálních pracovníků v domovech se zvláštním režimem. Před čtyřmi lety v rámci bakalářského studia jsem podstoupila souvislou praxi právě v jednom takovém domově se zvláštním režimem. Velice ráda na tuto praxi vzpomínám. Cílová skupina – senioři s různými formami demence mi od té doby přirostli k srdci. Paradoxně však v období výkonu mé praxe tento domov zaznamenal větší četnost úmrtí klientů než běžně. Pamatuji si ten šok, když mi sociální pracovnice sdělila, že jedna klientka, se kterou jsem strávila předchozí den, nečekaně zemřela. Právě kvůli této zkušenosti jsem se rozhodla pro výběr takového, pro někoho citlivějšího a osobnějšího, tématu.

Hlavním cílem mé práce je tedy zjistit, jak ovlivňuje úmrtí klientů sociální pracovníky v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Domnívám se totiž, že častá úmrtí klientů či úmrtí nějakého konkrétního klienta může sociální pracovníky negativně psychicky ovlivnit, a to by případně mohlo vést ke snížení kvality výkonu práce, nebo dokonce i k syndromu vyhoření sociálního pracovníka.

V teoretické části nejprve vymezím základní pojmy, které budou často skloňovány v mé práci. Další kapitola se bude zabývat činnostmi sociálního pracovníka v domově pro seniory od příjmu nového klienta po ukončení pobytu klienta v tomto zařízení. Zaměří se také na vztah sociálního pracovníka s klientem a zmíní se také o syndromu vyhoření. Kromě vztahu sociálního pracovníka s klientem budou popsány i další faktory, které mohou ovlivnit prožívání úmrtí klienta sociálním pracovníkem, konkrétně se jedná o typ smrti, věk zemřelého, věk truchlícího, víra truchlícího, dřívější zkušenost se smrtí, víra truchlícího a sekundární stres. Diplomová práce se bude také věnovat truchlení a vyrovnání se se smrtí. Celá kapitola bude patřit základním datům o úmrtnosti v České republice, blíže se zaměří na úmrtnost v ČR dle věku, dle pohlaví, dle místa úmrtí a na nejčastější příčiny úmrtí v ČR. Pro větší aktuálnost bude též věnována podkapitola covidu-19 jakožto příčině úmrtí v ČR. Předposlední kapitola teoretické části mé práce bude sloužit ke stručnému popisu každého zařízení, ve kterém bude uskutečněn můj výzkum se sociálním pracovníkem. Poté bude následovat shrnutí celé teoretické části.

Na teoretickou část bude plynule navazovat část empirická, která se bude zabývat již samotným výzkumem. Hlavním cílem výzkumu bude zjistit, jak ovlivňuje úmrtí klientů sociální pracovníci v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním. Hlavní cíl bude rozdělen do tří dílčích cílů. První bude mít za úkol zjistit pohledy sociálních pracovníků na smrt. Druhý bude zkoumat, jakým způsobem sociální pracovníci prožívají úmrtí svých klientů. Třetí se zaměří na to, jak se sociální pracovníci vyrovnávají s úmrtím svých klientů. Pro realizaci výzkumného šetření bude stanovena kvalitativní výzkumná strategie, jako technika sběru dat bude použit polostrukturovaný rozhovor. Bude detailně popsán průběh celého výzkumu a nebudou chybět ani etické otázky výzkumu. Poté dojde již k samotné interpretaci výsledků výzkumu, kde bude za každým dílčím cílem následovat shrnutí zjištěných výpovědí informantů.

Věřím, že tento výzkum přinese spoustu zajímavých a užitečných informací, a to nejen pro sociální pracovníky pracujících ve stejných typech zařízení jako moji informanti.

# Teoretická část

## 1. Vymezení základních pojmů

Vzhledem k tomu, že je má diplomová práce zaměřena na vliv úmrtí klientů v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem na sociální pracovníky, tak v následující kapitole bude nejprve podrobně popsána cílová skupina těchto zařízení, tedy senioři, a další pojmy tomuto tématu blízké. Definovány budou také instituce, ve kterých proběhne můj kvalitativní výzkum, tedy domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Vymezen bude také sociální pracovník vykonávající práci právě v těchto domovech. Stěžejním pojmem mé diplomové práce je „smrt“, jejíž definice též nebude opomenuta.

### 1.1. Senior a stáří

V odborné literatuře i v naší legislativě nemá pojem „senior“ jednoznačné vymezení. Seniozem bývá označován starý člověk nebo také člověk pobírající starobní důchod, což je ovšem nepřesné a zavádějící označení (Špatenková, Smékalová, 2015).

Senior má původ v latinském senex, senis, což znamená starý (Šrámková, 2013).

Dle Saka a Kolesárové je seniozem člověk, který se nachází v završující životní fázi a má specifické postavení ve společnosti (Sak, Kolesárová, 2012).

I když je „senior“ slovem cizího původu, je důležité brát v potaz, že výskyt pojmu „senior“ ve významu takovém, jako je chápán v České republice, není častý. Jsou užívány spojení „senior citizen“, „older people“ či „elderly“. V angličtině slovo „senior“ znamená spíše zkušenější nebo služebně starší (Janiš, Skopalová, 2016).

Obvykle bývají v české společnosti užívány termíny: „senior“, „geront“, „důchodce“, ale i meliorativa jako „babička“, „dědeček“, a to i když nejde o naše příbuzné. Také se často používají pojmy: „stařenka“ a „stařeček“ (Janiš, Skopalová, 2016).

Sak a Kolesárová uvádí výzkum, který se zabývá otázkou: „Co se vám vybaví, když se řekne senior?“

**Tabulka č. 1. Vnímání pojmu „senior“**

39 %	starý, starší člověk
36 %	důchodce (penzista), důchod, pobírá důchod
9 %	babička a dědeček, rodiče, prarodiče
7 %	stáří, stařík, stařec
6 %	zdravotní problémy – zdraví podlomené, nemoci, nemocnice, LDN, stacionář, doktoři, spíše už na lůžku, zdravotní problémy
4 %	nepracuje – nepracuje kvůli věku, neproduktivní/neaktivní věk, po ukončení pracovního poměru, již si své odpracoval
4 %	aktivity, zájmy, záliby, koničky – vitality, tvořivost, cestování, sport, kultura, kulturní akce, jezdí na ryby, zahrádka, chata, zábava, turistika, studium/vzdělávání, četba, TV, užívá si všeho, na co neměl při zaměstnání čas; žije plným životem
3 %	důchodový věk
3 %	já a moji vrstevníci/kamarádi/okoli – už mezi ně patřím, sebe sama
3 %	věk – vyšší/zralý věk – už ne mladý člověk / má již mládí za sebou / za zenitem
3 %	čas, volný čas – více, dostatek, hodně; svoboda
2 %	zkušenosti, znalosti, rozum, moudrost, zodpovědnost; oprostění se od nepodstatného
2 %	ekonomicky slabší část obyvatel – nízký důchod, finančně ne nejlépe, bída, málo peněz / musí šetřit, chudoba; z bytu pod most
2 %	odpočinek, relaxace – zasloužený odpočinek
2 %	spokojenost, klid, pohoda, méně stresu
2 %	nespokojený – nervózní, nevrlý, nerudný, zatrpklý, protivný, špatně naladěný, stěžuje si, poučuje, nadává, bezohledný
2 %	rodina/vnoučata – hlídání vnoučat, láska k vnoučatům; více času na rodinu
2 %	vzhled – šedivé vlasy, vrásky, brýle, protěza, důchodky, hůl, taška RVHP
2 %	negativní postoje – společnost se k němu staví, že je na obtíž; drahý pro společnost – čím dříve umře, tím lépe; příživník, který se živí i z mé výplaty; musíme na ně vydělávat; obtíž pro společnost a rodinu; společností vyhozený na vedlejší kolej, přehlížený, odstrčený, nepotřebný člověk, periferie/okraj zájmu společnosti; nemá žádná práva
2 %	další/poslední etapa/část života, podzim života, život / větší část života většinou za sebou, život bez budoucnosti; smrt, pohřeb, mrtvý člověk
2 %	závislost na jiných/druhých – starostí s jeho zaopatřením, pomoc okolí, bezmocnost, potřebuje péči, postarat se o něj
2 %	únava – unavený člověk, pomalý, nikam nespěchá; pasivní; opotřebovaný, odsloužilý, oddělaný člověk po fyzické stránce, na pokraj síl, neduživost
Všichni respondenti N = 1 014	

*Zdroj: Sak, Kolesárová, 2012*

Jak z tabulky č. 1 lze vidět, tak nejvíce respondentů (39 %) odpovědělo, že se jim pod pojmem „senior“ vybaví „starý člověk“ nebo „starší člověk“, vysoké procento tázaných (36 %) si představí „důchodce“ nebo „důchod“. Naopak poskrovnu se ozývaly odpovědi spojené s únavou, vzhledem, odpočinkem, klidem, zkušenostmi atd (Sak, Kolesárová, 2012).

Mühlpachr uvádí 3 typy seniorů dle věku:

- věk 65–74 roků – **mladí senioři** (převládá zde problematika adaptace na penzionování, aktivit, volného času a problematika seberealizace),
- věk 75–84 roků – **staří senioři** (dochází ke změně funkční zdatnosti, je zde specifická medicínská problematika, neobvyklý průběh nemoci),
- věk 85 a více roků – **velmi staří senioři** (začíná mít větší význam sledování soběstačnosti a zabezpečení) (Mühlpachr ed., 2005).

Poté už se mluví o dlouhověkosti, která je označením pokročilého věku, obvykle nad 90 let. Do této skupiny patří jen nepatrný zlomek populace, avšak počet dlouhověkých stále stoupá (Mühlpachr ed., 2005).

Pro lepší vymezení pojmu „senior“ je také vhodné definovat si pojem „stáří“.

*„Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role.“* (Kalvach, Zadák, Jiráček, 2004, s. 47)

Sak a Kolesárová uvádějí, že stáří je období, ve kterém se člověk vrací myšlenkami do svého dětství a srovnává svůj prožitý život s hodnotami, jež mu byly předávány v dětství (Sak, Kolesárová, 2012).

Stáří se pojí také se změnami, které mohou vést k rozrušování osobních zdrojů, mohou také negativně ovlivnit udržování soběstačnosti a osobní autonomie jedince (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

## 1.2. Smrt

Existuje mnoho definic smrti, a to i přesto, že smrt je společností považována za tabu. Například Kuře ve svém článku uvádí, že smrt je tématem, o kterém se nemluví, případný hovor na toto téma je označován za něco nevhodného (Kuře, 2004).

V této podkapitole smrt stručně definuji, v následujících kapitolách se jí budu totiž věnovat podrobněji.

*„Smrt je individuální zánik organismu, tedy také člověka. V jiném slova smyslu se dá říct, že člověk umírá od narození. Geneze smrti je podmíněna životem a život je umožňován smrtí. Biologové hovoří o programu života, který je střídán smrtí, anebo o programu smrti, k jehož spuštění dojde poté, kdy byl vyčerpán program života“ (Haškovcová, 2007, s. 89).*

Moment umírání nepatří jen srdci. Je to proces, na kterém se podílí každá tkáň těla, každá vlastními prostředky a každá vlastním tempem. Důležité je slovo „proces“, nikoliv akt, okamžik nebo jakýkoliv jiný termín označující zlomek času, kdy duše opouští tělo (Stan Van Hooft, 2004).

Ulrichová definuje smrt podle tří úhlů pohledu:

- klinická smrt – zástava krevního oběhu a dýchání, může být zvrácena po provedení úspěšné resuscitace,
- biologická smrt – nezvratný zánik činnosti buněk v různých orgánech, narozdíl od klinické smrti k ní dochází 4-5 minut po zástavě krevního oběhu a dýchání,
- smrt mozku – nenávratně vyhaslá činnost mozkových buněk, ale činnost jiných pro život podstatných funkcí může být stále uměle udržována (Ulrichová, 2009).

### **1.3. Domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem**

Ačkoliv v České republice existuje spousta typů pobytových zařízení pro seniory, tak v mojí práci budou figurovat pouze dva typy zařízení – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem, proto je nyní vymezím.

Pokud seniorovi již nemůže být poskytována pomoc doma, zajistí mu pomoc domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem (Sociální práce, 2014).

Matoušek, Kodymová a Kolářková definují dřívější pojmenování domovy důchodců (nyní domovy pro seniory) jako: *„klasickou formu institucionální péče se seniory nabízející trvalé ubytování a široké spektrum služeb od péče o domácnost klienta, přes nejrůznější programy aktivit až po náročnou ošetrovatelskou i rehabilitační péči o těžce zdravotně postižené seniory a hospicovou péči o umírající“* (Matoušek, Kodymová, Kolářková, 2005, s. 179).

Dle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se v domovech pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu

věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Zatímco domovy se zvláštním režimem jsou specializovaná zařízení (Sociální práce, 2014).

Dle § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se v domovech se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Domovy se zvláštním režimem nemohou pokrýt poptávku po péči o seniory, kteří trpí demencí. Jedná se sice o zařízení pro osoby s chronickým duševním onemocněním, a to i demence, ale nejsou provozovány pouze pro seniory. Poskytují služby i dalším skupinám klientů potřebujícím zvláštní režim např. osoby závislé na alkoholu (Sociální práce, 2014).

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem zajišťují v rozsahu těchto úkonů: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

#### **1.4. Sociální pracovník v pobytových zařízeních**

Vzhledem k tomu, že sociální pracovníci budou mými informanty v praktické části, je důležité si je stručně definovat v teoretické rovině.

Sociální pracovník je osoba, která dosáhla minimálně vyšší odborné kvalifikace v sociálních službách. Jeho nadřízeným je ředitel daného zařízení a případně vedoucí sociální pracovník. V rámci svého zařízení spolupracuje s vrchní sestrou, zdravotními sestrami, aktivizačními pracovníky, pracovníky v sociálních službách, fyzioterapeuty, ergoterapeuty a pokladní (Malíková, 2011).

Aby sociální pracovník mohl vykonávat svou práci, musí být způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, musí mít zdravotní a odbornou způsobilost (Malíková, 2011).

Dle Pikoly a Říhy: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízení poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace*“ (Pikola, Říha, 2010, s. 35).

Sociální pracovník ve své službě zastává hned několik rolí:

- poradensko-terapeutická role (poskytuje služby, podporu a pomoc v soběstačnosti uživatele, dovede rozvíjet účinnou komunikaci, má schopnost orientování se a plánování postupů),
- administrativní role (zvládá administrativní zátěž, dokáže velmi dobře komunikovat s dalšími institucemi a organizacemi),
- metodická role (je schopen využít svých odborných znalostí a dovedností, porozumět postupům, koordinovat pracovní tým při tvoření metodických pravidel služby),
- expertní role (neustále si zvyšuje a doplňuje množství nových znalostí, odborně roste) (Moravskoslezský kraj, 2020).

Sociální pracovník by měl dle Mátela disponovat třemi typy chápání:

- Profesionální chápání – sociální pracovník je specialista, který komplexně posuzuje rozdílné a individuálně specifické okolnosti, které omezují klienta ve zvládnutí jeho interakcí se sociálním prostředím. Výsledky takového posouzení by měly sociálnímu pracovníkovi umožnit v zájmu posílení schopnosti klienta zvládnutí komplikované životní situace, realizování a vyhodnocování účinnosti dlouhodobého pojetí intervence. Pro profesionála je důležitá osobní nezávislost při tvorbě metodických postupů, odbornost získanou studiem a komplexní poznávání individuální situace klienta,
- Filantropické chápání – sociální pracovník je vnímán především jako člověk. Je kladen důraz především na jeho vztah s klientem, také na jeho empatii a vnímání v oblasti velkého množství specifických potřeb každého klienta. Filantropické chápání považuje výrazy „sociální práce“ a „pomáhající práce“ za totožné,



- Aktivistické chápání – sociální pracovník pomáhá znevýhodněným hájit jejich zájmy a cítí se být bojovníkem za jejich práva, čelí sociálním nerovnostem a diskriminaci (Mátel, 2019).

## **2. Sociální pracovníci v domově pro seniory**

Přiblížením tohoto tématu navazuji na předešlou podkapitolu, kde jsem stručně definovala sociálního pracovníka působícího v pobytových zařízeních.

*„V těchto zařízeních je sociální práce velice potřebná. Je součástí přímé konkrétní pomoci seniorům, kteří zde žijí, a sociální pracovníci by se měli uplatnit i při koncepčním uvažování o podobě a funkcích těchto zařízení a o směřování jejich vývoje do budoucnosti“* (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005, s.179).

V následujících podkapitolách se zaměřím na činnosti, které vykonává sociální pracovník v domově pro seniory od příjmu nového klienta po odchod klienta z tohoto zařízení. V závěru této kapitoly se budu věnovat vztahu sociálního pracovníka a jeho klienta, také vymezeným hranicím jejich vztahu, jelikož se domnívám, že právě tento vztah může ovlivnit následné prožívání sociálního pracovníka při umírání a úmrtí klienta. Zmíním se také o syndromu vyhoření, který může být pro sociální pracovníky dopadem prožívání umírání a úmrtí klientů.

### **2.1. Přijímání nových klientů do domova pro seniory**

Jednou z činností sociálního pracovníka v domově pro seniory je přijímání nových klientů. Přijetí nového klienta do domova pro seniory je velice náročný proces, který s sebou nese i určitá rizika a může přinášet spoustu komplikací např. náhlé úmrtí nového klienta krátce po přechodu z domácího prostředí nebo nemocnice do domova pro seniory. Přechod pro klienta je daleko příjemnější, když má klient čas se na něj připravit, sám si vybere dobrovolně zařízení, které má možnost i předem navštívit a podrobně si ho prohlédnout. Správná praxe by tedy měla probíhat tak, že sociální pracovníci se sociálním odborem spolupracují, mají tedy možnost se včasné zkontaktovat s novým žadatelem, provedou v prostředí dosavadního bytí klienta sociální šetření, umožní mu návštěvu domovu pro seniory, komunikují s rodinou klienta, od které zjišťují informace o klientovi

(jeho koníčky, zvyky, způsob života), s klientem vyplní dotazník mentálních schopností a soběstačnosti (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005).

Malíková uvádí některé činnosti sociálního pracovníka při přijetí nového klienta do domova pro seniory:

- Sociální pracovník by se měl osobně účastnit přijetí nového klienta do zařízení.
- Seznámí klienta se všemi náležitostmi, které jsou v zařízení stanoveny pro příjem nového klienta, obstará klientovy podpisy na všechny patřičné dokumenty.
- Opakovaně informuje nového klienta o provozu a chodu zařízení.
- Seznámí klienta se spolubydlícím, pokud nastupuje klient do vícelůžkového pokoje.
- Určí klientovi klíčového pracovníka na adaptační období. Upozorní klienta na to, že svého klíčového pracovníka má právo změnit po konci adaptace.
- Do osobního spisu klienta ukládá smlouvu, žádost o přijetí s doklady přiloženými k žádosti a všechny při přijetí podepsané dokumenty (Malíková, 2011).

## **2.2. Průběh poskytování sociální služby v domově pro seniory**

Malíková uvádí pestré škálu činností, které sociální pracovník v domově pro seniory vykonává:

- Sociální pracovník si hlídá průběh adaptačního období u nových klientů.
- Kontroluje činnost klíčového pracovníka, plnění cíle individuálního plánu. Zjišťuje spokojenost klienta s realizací individuálního plánu. Řeší změnu klíčového pracovníka, pokud si to klient přeje.
- Komunikuje s klientem a jeho příbuznými, případně s jinou jeho blízkou osobou.
- Je sociálním poradcem klienta i jeho rodiny.
- Vede klientovu osobní dokumentaci.
- Má na starosti jednání s pověřeným zástupcem obce s rozšířenou působností.
- Spolupracuje s aktivizačními pracovníky při vytváření programu aktivizačních činností pro klienty, dále také spolupracuje s vrchní sestrou při projednávání problémů a požadavků klienta.

- Zaměřuje se na požadavky a přání klienta a organizuje jejich plnění, pokud je to uskutečnitelné v rámci zařízení. Pokud to není uskutečnitelné, vymýšlí s klientem náhradní řešení.
- Stará se o osobní poštu klienta a nákup osobních potřeb klienta.
- Probírá s klientem kvalitu poskytované služby.
- Vyřizuje a podává žádost klienta o příspěvek na péči, podává klientovi žádost o poskytnutí dávek sociální péče a žádost o přiznání jednorázových příspěvků.
- Poskytuje pomoc klientům při podávání žádostí o přiznání invalidního a starobního důchodu  
(Malíková, 2011).

### 2.3. Ukončení pobytu klienta v domově pro seniory

Jsou uváděny tři způsoby ukončení pobytu klienta v domově pro seniory:

**Ukončení pobytu ze strany poskytovatele sociální služby** – k tomu dochází zpravidla při vážném porušení povinností klienta či jeho zástupce. Tyto povinnosti vyplývají ze smlouvy daného domu (Domov pro seniory Máj České Budějovice, 2020).

**Ukončení pobytu ze strany klienta** – z vlastní praxe mohu říct, že k této situaci dochází zejména přesunem klienta do jiného zařízení, velmi vzácně pak jde o návrat klienta do rodinné péče.

Pokud ukončení pobytu klienta je z důvodu přesunu klienta do jiného pobytového zařízení, sepisuje sociální pracovník překládovou zprávu (Malíková, 2011).

Vzhledem k tématu mé diplomové práce bude nejvíce pozornosti věnováno **ukončení pobytu z důvodu úmrtí klienta**.

Malíková zmiňuje hned několik činností, které vykonává sociální pracovník po úmrtí svého klienta:

- Sociální pracovník předává klientovy osobní věci jeho příbuzným.
- Je sociálním poradcem a psychickou podporou příbuzných při ztrátě klienta.
- Informuje pozůstalé o postupech při vyřizování pohřbu a dalších formalitách o úmrtí klienta.

- Předává podklady pokladnímu, aby bylo provedeno finanční vyrovnání úhrad za poskytovanou sociální službu. Pokladní zpracuje přehled, který sociální pracovník předává notáři.
- Předává cennosti klienta pozůstalým na základě dokumentu, který je opravňuje k převzetí.
- Uzavírá osobní dokumentaci klienta, kompletuje ji dle předpisů a ukládá ji do archivu.

(Malíková, 2011).

## 2.4. Vztah sociálního pracovníka s klientem

Kopřiva dělí pracovníky dle vztahu s klienty na neangažované a na angažované. **Neangažovaný** pracovník vykonává svou práci bez osobního zájmu o klienta, nestojí o to, aby se stal oporou klienta a rodiny, kteří potřebují pomoci. Vztah ke klientovi může být i daleko horší než neutrální, pokud je sociální pracovník arogantní, hrubý či lhostejný k pomoci. Zatímco u **angažovaného pracovníka** jsou popisovány dvě tendence, které narušují vztahy s klientem. Tou první je **nadbytečná kontrola klientů**, kterou pracovník používá v domněnku, že je to v nejlepším zájmu klienta. Problém tkví v tom, že brání v rozvoji autonomie klienta. Podporu má zejména v hierarchické struktuře pomáhající organizace. Tou druhou je **obětování se pro klienty**, kdy se pracovník obětuje pro klienta tak moc, že přímo potlačuje jeho autonomii, a nebere ohledy na svou potřebu odpočinku. Hlavním problémem u angažovaného pracovníka je splývání, kdy pracovník považuje potíže klienta za svoje vlastní. Co se týká splývání založeného na soucitu, lze snadno ztratit hranice, pracovník se totiž může zcela ztotožnit se situací klienta, začne být zaplaven lítostí, je úzkostlivý, nebo bývá i pobouřen (Kopřiva, 1997). Dle Matouška u angažovaných sociálních pracovníků může dojít k vytvoření osobního vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem, a připouštěna je zde i možnost vyhoření sociálního pracovníka (Matoušek, 2013).

Pro moji práci jsou stěžejními zejména ti angažovaní pracovníci. V souvislosti s těmi angažovanými Kopřiva dodává, že v domovech pro seniory se vyskytuje spousta utrpení, které právě může být mimo jiné i z blížících se smrti (Kopřiva, 1997).

Práce s osobou, která umírá, nebo s osobou starou, imobilní, trpící demencí, bývá skutečně náročná. Pracovat s touto cílovou skupinou může být dlouhodobě velmi

zatěžující aktivitou. Nejen práce s umírajícím, ale také práce s rodinou umírajícího klienta může vést k emočnímu vyčerpání, dochází totiž často k vypjatým emočním reakcím, zejména k hněvu a také k různým formám agrese. Osoby vykonávající pomáhající profese jsou tak ohroženy ve všech oblastech zdraví – fyzické, psychické i sociální. Poskytování péče terminálně nemocným přináší dlouhodobou zátěž, která bývá označována jako chronický stres. Chronický stres může pomáhajícího člověka velmi negativně ovlivnit. Výzkumy ukazují, že v pozadí spousty onemocnění se nachází faktory chronické, dlouhodobé zátěže – kardiovaskulární onemocnění, onemocnění trávicího traktu, narušená funkce imunitního systému, nespecifické bolesti zad. Tyto faktory mohou zapříčinit i vznik syndromu vyhoření (Kupka, 2008).

Velice psychicky náročné je uvědomování si bolesti klienta, u kterého ale není v našich silách, abychom mu dokázali pomoci. Psychickou zátěží je i ustavičné projevování empatie a uklidňování klientů (Křivohlavý, 2012).

S touto náročností bývá často spojen výše zmíněný pojem „**syndrom vyhoření**“. Sociální práce je totiž především postavena na pomoci sociálního pracovníka člověku v nouzové situaci. To může sociálnímu pracovníkovi způsobovat uspokojení, nebo naopak mu to může přinášet těžkosti, napětí a frustraci. Kritický vztah mezi pomáhajícím (sociálním pracovníkem) a jeho klientem bývá označován jako důvod vyhoření. Sociální pracovník se často zabývá pouze problémy a utrpením klienta, vynechává však doplňování vlastních zdrojů. Navíc sociální práce nebývá reciproční, zpětná vazba od klientů bývá v lepším případě nulová, v tom horším dokonce i negativní (Maroon, 2012).

### **3. Vliv úmrtí klientů na sociální pracovníky**

V následující kapitole popíšu vybrané faktory, které mohou ovlivnit prožívání smrti klienta sociálním pracovníkem v domově pro seniory nebo v domově se zvláštním režimem, a které budou hrát i velmi důležitou roli v praktické části mé práce. Budu se také věnovat vyrovnání se se smrtí a truchlení. Tyto pojmy jsou také neodmyslitelně spojeny se ztrátou blízké osoby.

### **3.1. Faktory ovlivňující prožívání smrti klientů sociálních pracovníků**

Smrt blízké osoby je citelným zásahem do života pozůstalých a zásadní změnou v jejich životě. Nejen blízcí příbuzní, ale personál a ostatní klienti ze zařízení, které zemřelý obýval, mohou prožívat nejrůznější reakce a pocity zapříčiněné úmrtím klienta (Pešek, 2018).

Tato podkapitola se bude zabývat některými faktory, které mohou ovlivnit prožívání smrti sociálních pracovníků, částečně také navazuje na předchozí podkapitolu, která rozebírala vztah klienta se sociálním pracovníkem.

#### **3.1.1. Typ smrti**

V této podkapitole uvedu dvoje dělení smrti, domnívám se totiž, že i to jakou smrtí zemře daná osoba, může ovlivnit prožívání úmrtí, a to nejen pozůstalého.

Haškovcová uvádí tři typy smrti dle rychlosti nastalého úmrtí:

- Náhlá smrt – neavizuje svůj příchod, bývá častěji spojována s tragickou smrtí (např. s autonehodou či úrazem);
- Rychlá smrt – svůj příchod avizuje nezřetelně nebo v omezeném rozsahu, bývá spojována s nemocí, která zapříčiňuje brzký skon (např. infarkt myokardu);
- Pomalá smrt – bývá také označována jako avizovaná, jelikož se v relativně dlouhém časovém úseku ohlašuje. Příchod smrti se ohlašuje skrze nejrůznější obtíže. Umírající osoba strádá, a tak její příbuzní mají čas a možnost se na ztrátu této osoby připravit (Haškovcová, 2007).

Nuland vytvořil dělení smrti, která byla zapříčiněna poraněním:

- Okamžitá smrt – se dostavuje během několika minut po úrazu. Při necelých 50 % všech smrtelných poranění k této smrti dochází, většinou se jedná o poranění míchy, mozku či srdce;
- Častá smrt – dochází k ní během několika hodin po poranění. Je zapříčiněna poraněním hlavy, orgánů v břišní dutině, plic, provázená krvácením do těchto míst;

- Pozdní smrt – přichází dny nebo týdny po úrazu, zhruba osm z deseti takových případů se jedná o závažné infekce a selhání ledvin, jater nebo plic (Nuland, 1996).

### **3.1.2. Věk zemřelého**

Dalším podstatným faktorem je věk zemřelého. V zařízeních, ve kterých budu provádět výzkum půjde ovšem převážně o smrt starších osob. Dle Kubíčkové je lidmi přijímána asi nejlépe smrt starých lidí, je totiž považována za něco normálního a přirozeného, naopak smrt osoby mladé nebo dítěte je považována za nepřirozenou, tragickou nespravedlnost (Kubíčková, 2001).

### **3.1.3. Věk truchlícího**

Důležitým faktorem může být dokonce i věk truchlícího, jelikož úmrtí člověka blízkého bývá rozdílně prožíváno v jednotlivých vývojových fázích a vyjadřování zármutku bývá také rozdílné v jednotlivých věkových kategoriích (Kubíčková, 2001).

### **3.1.4. Osobnostní faktory truchlícího**

Stěžejními osobnostními faktory jsou charakter, adaptabilita a temperament truchlícího. Velmi důležité je také, jak truchlíci zvládá odolávat zátěži a stresu, a jak dokáže překonávat bolest (Kubíčková, 2001).

### **3.1.5. Pohlaví truchlícího**

Truchlení žen a truchlení mužů je odlišné. Muži mají tendence své pocity neprojevat a skrývají své truchlení. Uklidnění nacházejí v práci, alkoholu či sexu, což u žen není tak časté. Ženy mají potřebu o svých pocitech více mluvit a nebrání se také odborné pomoci. Co se týká doby jejich truchlení, tak bývá zpravidla delší než u opačného pohlaví (Kubíčková, 2001).

### **3.1.6. Věřící truchlíci**

Z náboženského hlediska je smrt považována za přechod do jiného světa, ve kterém budou osoby posuzovány podle toho, jaký vedly život před svým úmrtím (Petrušek et. al, 1996).

### 3.1.7. Dřívější zkušenost se smrtí a truchlením

Dřívější zkušenost se smrtí a truchlením může být při nové ztrátě blízkého pro truchlícího pozitivní nebo negativní (Kubičková, 2001).

### 3.1.8. Sekundární stres

Proces truchlení může být ovlivněn i jiným stresem, než je právě ztráta někoho blízkého. Mohou to být např. problémy v rodině nebo špatné bytové podmínky (Kubičková, 2001).

## 3.2. Vyrovnání se se smrtí

*Život pracovníků je s životy pacientů velmi spjatý. Vytváří s pacienty autentické vztahy, a proto prožívají autenticky také jejich ztrátu. V některých případech prožívají pracovníci zcela totožné reakce jako je tomu u přímých pozůstalých* (Pešek, 2018, s. 3).

Ulrichová považuje vyrovnání se smrtí za jednu z nejreálnějších věcí, k níž by měl mít každý člověk snahu se dopracovat, jelikož dřív nebo později stejně jednou všichni zemřeme (Ulrichová, 2009).

Je důležité mít člověka na sdílení svých emocí týkajících se smrti. Tímto člověkem může být zkušenější kolega nebo blízká osoba. Spousta pracovníků si vytvářejí různé strategie, jak se vyrovnat se smrtí svých klientů. Jednou z nich je např. nevytváření si příliš blízkého vztahu s klientem (Chrastina, Špatenková, Hudcová, 2020).

Kuře ve svém článku uvádí několik typů vyrovnání se se smrtí:

- Přijetí – patří k němu i smíření. Nejedná se o jednorázový a jednoduchý proces, je to většinou komplikovaná záležitost. Přijetí smrti bývá výsledkem složitého vnitřního zápasu;
- Nebýt se smrtí hotov – člověk zaujímá postoj bezstarostnosti v oblasti smrti. Nepřemýšlí nad smrtí. Neuvědomuje si, že smrt se ho může také týkat;
- Vzдор – bývá doprovodem již zmíněného přijetí, může být také jednou či dokonce vracející se fází z procesu přijetí. Bývá také častým rysem, podle kterého se vyvíjí postoj ke smrti (Kuře, 2004).

Kuře však ještě na závěr této typologie dodává, že je důležité brát v potaz, že každý jednotlivý člověk má svůj individuální život, takže se i individuálně vyrovnává se smrtí. Označuje to termínem „se smrtí hotov po svém“ (Kuře, 2004).



### 3.3. Truchlení

Zármutek je vyvolávačem truchlení, které vyjadřuje žal nad ztrátou, zejména k němu dochází v souvislosti se smrtí blízkého člověka. Truchlení se však nemusí objevit jen až po úmrtí blízké osoby, může k němu totiž dojít již v období očekávané ztráty této osoby např. při terminálním stádiu nemoci (Kubíčková, 2001 in Matoušek, Křišťan, 2013).

Marková období truchlení stručně definuje jako čas pro přijetí opravdového odchodu zemřelého (Marková, 2010).

*„Proces truchlení představuje určitý způsob zpracování této ztráty, proces vyrovnávání se s danou situací. Čím byla vazba jedince ke ztracenému objektu intenzivnější, tím výraznější, intenzivnější a delší jsou projevy smutku a truchlení“* (Špatenková, 2011, s. 56).

Většina pozůstalých je schopna vyrovnat se se smrtí druhého i bez nějaké zvláštní pomoci zdravotnického personálu. Existují však i tací pozůstalí, kteří procházejí tzv. komplikovaným truchlením, pro které je typická intenzivní a velmi dlouhá doba smutku, dochází při něm také např. k příchodům depresí a k projevům psychosomatických poruch (Sláma et. al, 2011). Termínu „komplikované truchlení“ se budeme ještě později věnovat.

*„Členění procesu truchlení na fáze reflektuje všeobecně rozšířenou představu o tom, že truchlení má svůj začátek a konec. Truchlící mohou koncept fázi (nebo stádií) pohlížet jako na něco, čím zákonitě musí projít.“* (Špatenková, 2011, s.70).

#### 3.3.1. Fáze procesu truchlení

Odborná literatura nabízí hned několik fází procesu truchlení od různých autorů, vybrala jsem tedy některé z nich.

Sláma uvádí obvyklé fáze procesu truchlení:

- šok – může trvat minuty, ale někdy může být až týdenní;
- akutní reakce na ztrátu – zahrnuje velmi časté vzpomínání na zemřelého, přichází pocity vzteku, viny, dochází ke ztrátě motivace a cílů a projevují se psychosomatické poruchy. Doba trvání bývá týdny až měsíce;
- restituce a reorganizace – dochází k nalezení nové „rovnováhy“, nové role a nových vztahů. Doba trvání jsou měsíce až roky (Sláma et. al, 2011).

Zatímco Vykopalová uvádí hned čtyři fáze procesu truchlení:

- fáze popření – zahrnuje šok způsobený ztrátou a příchod prázdnoty;
- fáze propukání chaotických emocí – zahrnuje hněv, bolest, vztek, pocity viny aj;
- fáze hledání, nalézání a odpoutávání – pozůstalý shromažďuje předměty, které připomínají zemřelého, zemřelý se nachází v jeho fantazii a ve snech. Dochází u pozůstalého k postupnému odpoutávání a hledání sebe sama;
- fáze vytváření nového vztahu k sobě a ke světu – pozůstalý již přijímá smrt zemřelého, bez výčitek vstupuje do nových vztahů (Vykopalová, 2007).

Do třetice popíšu fáze dle Špatenkové:

- Šok a otřes – v této fázi jsou truchlící zmatení a otupělí, nemohou uvěřit své ztrátě. Dochází k ní hned po ztrátě, trvá několik hodin, někdy až dva dny;
- Fáze sebekontroly – Kvůli přípravě a konání pohřbu truchlící sami sebe hlídají, aby nepropadli zcela svému zármutku, teprve až po skončení pohřbu se u truchlícího zármutek projeví. Doba trvání bývá zpravidla do večera dne pohřbu;
- Regrese – u truchlícího dochází k pláči a k prvkům regrese v chování, k neschopnosti běžného fungování a zařazení se zpátky do pracovního procesu. Přichází vyhýbání se sociálním kontaktům. Někdy truchlící také trpí poruchami spánku a nechutenstvím. Doba trvání je jeden až tři měsíce;
- Adaptace – v této závěrečné fázi truchlící již získávají zpět svou ztracenou sebekontrolu nad sebou, začínají zase fungovat ve společnosti, smiřují se se ztrátou blízkého, nicméně na to nezapomenou (Špatenková, 2011).

### 3.3.2. Komplikované (patologické) truchlení

Špatenková podotýká, že kromě „normálního“ truchlení může být i komplikované (patologické) truchlení. Ve své podstatě se totiž abnormální formy zármutku od normálních reakcí neliší, odlišnost nastává spíše v intenzitě a délce trvání truchlení (Špatenková, 2011).

Tschuschke však vážnost patologického truchlení nezlehčuje. Uvádí, že lidé s patologickým truchlením mají v porovnání s osobami s „normálním“ truchlením zvýšenou úmrtnost. Bývají to zpravidla náhlé příčiny smrti (nehody, sebevraždy) (Tschuschke, 2004).

Existuje několik typů komplikovaného truchlení, které popisuje Sláma. První zmiňuje **chronické reakce** tzn. akutní reakce na ztrátu, jejichž doba trvání je delší než rok. Také

může dojít k **absenci truchlení** nebo **opožděné reakci**. Mezi další typy komplikovaného truchlení se také řadí **přehnaná reakce**. Jako poslední typ uvádí reakci označenou jako **larvovanou**, ve které může dojít k rozvoji potíží jako je alkoholová závislost, panická porucha, hypochondrie či sklony ke spáchání sebevraždy (Sláma et. al, 2011).

## 4. Úmrtnost v České republice

*„Termín úmrtnost označuje proces přirozeného ubývání obyvatelstva úmrtími jednotlivých jeho příslušníků. Tento proces tedy souvisí s populačním růstem a podílí se tudíž na celkové změně počtu obyvatelstva. Tento proces je značně závislý na věkové struktuře“ (Roubíček, 1997, s. 237).*

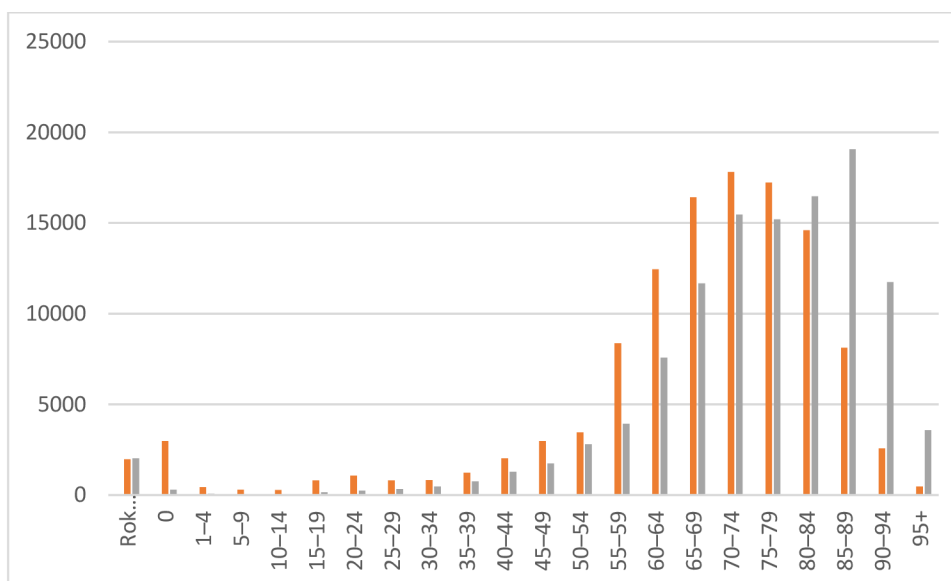
### 4.1. Základní data o úmrtnosti v České republice

Dle Českého statistického úřadu každý rok zemře v ČR průměrně 111 212 lidí. To znamená 2131 zesnulých každý týden. Nejčastější úmrtnost bývá obvykle v prvních třech měsících roku. Vůbec k nejvíce úmrtí dochází v 8. týdnu roku, kdy počty zesnulých převyšují 2500 za týden (ČSÚ, 2020a).

#### 4.1.1. Úmrtnost v ČR dle věku

Zaměříme se také na úmrtnost osob v ČR podle věku. To nám více objasní následující graf č. 1.

**Graf č. 1. Zemřelí podle věku v letech 1968 a 2018**



Pozn. Oranžově je vyznačen rok 1968. Šedě je vyznačen rok 2018.

*Zdroj: ČSÚ, 2019a, vlastní zpracování*

Tento graf porovnává úmrtí roku 1968 podle věku s úmrtím v roce 2018. Ukazuje tedy změny, ke kterým došlo za 50 let. Nutno podotknout, že v obou letech byl podobný počet zemřelých, v roce 1968 to bylo 115195 osob a v roce 2018 zemřelo 112 920 osob. Velice výrazný rozdíl je ve věkové skupině „0 let“, především se jedná o novorozence. V roce 1968 byla o poznání vyšší úmrtnost než v roce 2018 (ČSÚ, 2019a).

Vysvětlením nízké úmrtnosti této věkové kategorie v roce 2018 může být, že k roku 2015 bylo zjištěno, že se ČR může pochlubit nejnižší úmrtností novorozenců do prvního týdne života v Evropě. Velký podíl na tom mají funkční sítě specializovaných center, ve kterých se rodí přes 90 % dětí z rizikových těhotenství a nedonošených dětí, které jsou ohroženy úmrtím nejvíce kvůli jejich nízké hmotnosti (zdravotnickýdeník.cz, 2015).

Dále poté stojí za zmínku, že rok 2018 zaznamenal suverénně nejvyšší úmrtnost ve věkové kategorii 85-89, před 50 lety patřil nejvyšší počet zemřelých věkové kategorii 70-74. Celkově je z grafu zřejmé, že dochází ke stárnutí populace. V roce 2018 je od 80 let člověka vždy vyšší úmrtnost (ČSÚ, 2019a).

Příčinou stárnutí populace je snižování plodnosti a úmrtnosti. Ve vyspělých zemích, do kterých patří i ČR, bývá nízká plodnost, která je důsledkem nevratných změn. Moderní společnost už se zřejmě nikdy nevrátí ke způsobu života běžnému před 20, 50 nebo 100 lety (Palát, Langhamrová, Nevěděl, 2013).

#### 4.1.2. Úmrtnost v ČR dle pohlaví

Jak je to s úmrtností dle pohlaví v ČR ukazuje následující tabulka z roku 2019. Za rok 2019 zemřelo celkem 55023 žen a 57339 mužů, úmrtnost mužů je tedy vyšší (ČSÚ, 2019b).

Tabulka č. 2. Úmrtnost v ČR v roce 2019 dle pohlaví

Věková kategorie	Počet úmrtí žen	Počet úmrtí mužů
0	123	165
1-4	29	33
5-9	25	28
10-14	24	36
15-19	47	101
20-24	60	183
25-29	94	246
30-34	128	328
35-39	235	465
40-44	417	838
45-49	581	1253
50-54	794	1865
55-59	1291	2677
60-64	2396	4794
65-69	3887	7329
70-74	6002	9300
75-79	7427	8697
80-84	8695	7497
85-89	11482	7102
90-94	8326	3561
95+	2960	841

*Zdroj: ČSÚ, 2019b, vlastní zpracování*

V tabulce č. 2 můžeme vidět, že od narození do věkové kategorie 75-79 je úmrtnost vždy vyšší u mužů. Od 0-14 let se sice čísla úmrtnosti žen a mužů nijak diametrálně neliší, avšak ve většině dalších věkových kategoriích do 75-79 je rozdíl počtu úmrtí dokonce více než dvojnásobně vyšší u mužského pohlaví. Naopak od 80. roku roste úmrtnost u žen. Z toho vyplývá, že ženy se dožívají vyššího věku než muži. Stačí se zaměřit na nejvyšší věkovou kategorii 95+, kde dochází k 3x většímu počtu úmrtí u žen než u mužů, zatímco ve většině předchozích kategorií vládla především úmrtnost mužů (ČSÚ, 2019b).

### **4.1.3. Úmrtnost v ČR dle místa úmrtí**

V této podkapitole se zaměřím především na úmrtnost seniorů dle místa úmrtí v roce 2019, zejména budu věnovat pozornost úmrtí v sociálních zařízeních.

Ondrušová uvádí nejběžnější věkovou hranici seniora 60-65 let (Ondrušová, 2011). Následující tabulka tedy bude informovat o úmrtí osob tohoto věkového rozmezí a starších.

**Tabulka č. 3. Úmrtnost v ČR v roce 2019**

Věk	Celkem úmrtí	Doma	Ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče	V jiném zdravotnickém zařízení	Na veřejném místě	Převoz do zdravotnického zařízení	V zařízení sociálních služeb	Jinde	Nezjištěno
60-64	7190	2180	4241	75	204	52	144	184	110
65-69	11216	3158	7071	120	175	82	292	166	152
70-74	15302	3865	10031	183	173	106	645	127	172
75-79	16124	3491	10965	201	102	77	1028	82	178
80-84	16192	3069	10801	224	69	73	1754	64	138
85-89	18584	3320	11915	229	52	73	2782	51	162
90-94	11887	2241	6872	125	17	26	2497	21	88
95+	3801	765	1907	52	1	12	1015	13	36

*Zdroj: ČSÚ, 2019b, vlastní zpracování*

Pokud se zaměříme na místo úmrtí, tak u všech těchto věkových kategorií je nejčastější úmrtí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, mohli bychom spekulovat o tom, kolik seniorů ze sociálních služeb bylo hospitalizováno a poté zemřelo ve zdravotnickém zařízení, stejně tak k úmrtí osoby může dojít při převozu ze sociálního zařízení do zdravotnického zařízení. Ve věkovém rozmezí 60-64 let zemřelo v sociálním zařízení 144 osob, staršími věkovými kategoriemi toto číslo roste. Ve věkovém rozmezí 85-89 dokonce zemřelo v sociálním zařízení 2782, což je jen o 538 méně, než bylo úmrtích v domácím prostředí. Suverénně nejvyššího čísla však dosáhla úmrtí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, bylo to 11915. Zajímavé je porovnání počtu úmrtí v sociálních zařízeních (1015 osob) s lůžkovou péčí ve zdravotnických zařízeních u osob 95+ (1907 osob), počty úmrtí mají totiž v této věkové kategorii k sobě nejbližší (ČSÚ, 2019b).

## 4.2. Nejčastější příčiny úmrtí v ČR

V rámci zachování aktuálnosti se zaměřím především na nejčastější příčiny úmrtí v České republice za rok 2019. V současné době statistiky za rok 2020 ještě nejsou dostupné v relevantních zdrojích.

**Tabulka č. 4. Deset nejčastějších příčin úmrtí v ČR za rok 2019**

<b>Příčina úmrtí</b>	<b>Počet úmrtí za rok 2019</b>
Nemoci oběhové soustavy	47 393
Novotvary	28 869
Nemoci dýchací soustavy	8 192
Vnější příčiny poranění a otrav	5 685
Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	5 160
Nemoci trávicí soustavy	5 023
Nemoci nervové soustavy	3 719
Jiné vnější příčiny náhodných poranění	3 056
Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	1 931
Některé infekční a parazitární nemoci	1 860

*Zdroj: ČSÚ, 2020b, vlastní zpracování*

Vybrala jsem deset nejčastějších příčin úmrtí dle výzkumu Českého statistického úřadu za rok 2019. Bylo zjištěno, že nejčastěji osoby v ČR umírají na nemoci oběhové soustavy, konkrétně jsou velmi četná úmrtí na chronickou ischemickou chorobu srdeční, selhání srdce a akutní infarkt myokardu (ČSÚ, 2020b).

Celá čtvrtina osob postižených infarktem myokardu umírá ještě před vstupem do nemocnice. Pokud se vše včas podaří, tak to ovšem stále neznamená vítězství. Komplikace infarktu, které ohrožují život totiž mohou být srdeční selhání, mozková příhoda, nepravidelnosti srdečního rytmu či vznik srdeční výdutí (kardiochirurgie.cz, 2020).



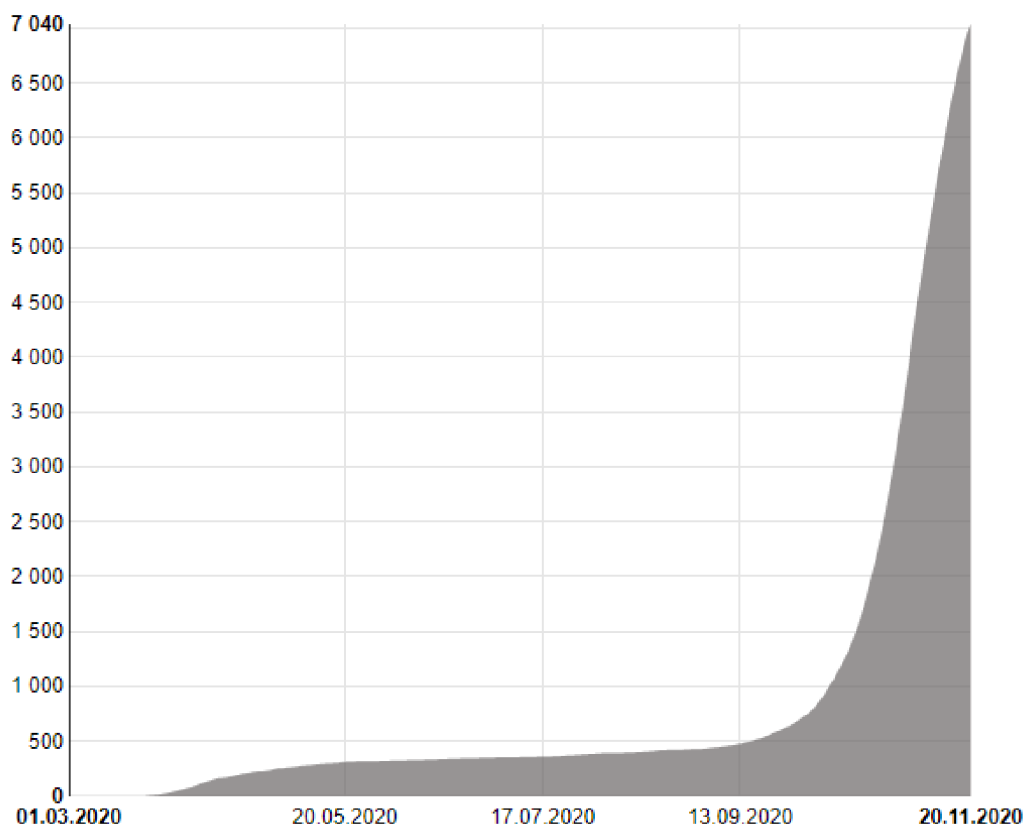
Další příčku nejčastějších příčin úmrtí obsadily novotvary, ze kterých jsou hojně zastoupeny zhoubné nádory průdušek a plic, zhoubné nádory slinivky břišní a zhoubné nádory tlustého střeva. Třetí nejčastější příčinou úmrtí jsou nemoci dýchací soustavy, z těchto nemocí je suverénně největším „zabijákem“ pneumonie. 5685 úmrtí patří vnějším příčinám poranění a otrav. Také více než 5000 úmrtí bylo zapříčiněno endokrinními nemocemi, z nich nejčastější příčinou Diabetes mellitus typu 2, a nemocemi trávicí soustavy, kde má největší zastoupení alkoholické onemocnění jater, fibróza a cirhóza jater nebo paralytický ileus a střevní neprůchodnost bez kýly. V deseti nejčastějších příčinách úmrtí v ČR nechybí ani nemoci nervové soustavy, z těch převládají Alzheimerova nemoc a Parkinsonova nemoc. Přes 3000 obětí mají také jiné příčiny náhodných poranění. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy jako jsou zejména senilita (úmrtí na stáří) a jiné nepřesně určené a neurčené příčiny smrti si vyžádaly za rok 2019 necelých 2000 obětí. „Desítku“ nejčastějších příčin úmrtí dle výzkumu Českého statistického úřadu uzavírají některé infekční a parazitární nemoci, jedná se zejména o různé sepse a o bakteriální střevní infekce (ČSÚ, 2020b).

### **4.3. Covid-19 jako příčina úmrtí v České republice**

Vzhledem k tomu, že byly v předchozí kapitole uvedeny data z roku 2019, pro větší přiblížení aktuální situace bude následující podkapitola věnována dle mého názoru nejvíc probíranému tématu roku 2020 – onemocnění covid-19.

Světová zdravotnická organizace (WHO) úmrtí v důsledku covid-19 pro potřeby epidemiologického sledování vymezuje jako úmrtí v důsledku klinicky odpovídajícího onemocnění u člověka, u kterého byla potvrzena nebo je pravděpodobná nákaza původcem covid-19, pakliže není přítomna jiná příčina úmrtí, která nemá souvislost s covid-19 (např. zranění). Zároveň se však nesmí jednat o úmrtí člověka, který byl mezi onemocněním covid-19 a úmrtím zcela uzdraven. Dále poté úmrtí v důsledku covid-19 nemůžeme připisovat jiné příčině (např. onkologickému onemocnění) a měli bychom ho posuzovat nezávisle na již existujících onemocněních, u nichž je předpoklad, že zapříčinila zhoršení průběhu onemocnění covid-19 (Daňková, 2020).

**Graf č. 2. Počet úmrtí v souvislosti s onemocněním covid-19**



*Zdroj: MZČR, 2020*

(Pozn. Počet úmrtí podle věkových skupin a pohlaví pojímá všechna úmrtí osob, které byly metodou PCR pozitivně testovány na covid-19 bez ohledu na to, jaké byly příčiny jejich úmrtí, a k jejichž úmrtí došlo v rámci hospitalizace či mimo ni.)

Na grafu č. 2 lze vidět, že s příchodem druhé vlny covid-19 začal v ČR strmě růst počet úmrtí. K datu: 21. 11. 2020 v 18.02 h bylo zaznamenáno 7067 obětí covid-19 (MZCR, 2020).

**Tabulka č. 5. Úmrtí osob s onemocněním COVID-19 dle KHS podle věkových skupin a pohlaví k datu 15. 11. 2020 v 23.59 h.**

<b>Věková skupina</b>	<b>Ženy</b>	<b>Muži</b>	<b>Celkový počet úmrtí</b>
0-14	<b>0</b> (0,0 %)	<b>0</b> (0,0 %)	<b>0</b> (0,0 %)
15-24	<b>0</b> (0,0 %)	<b>2</b> (0,1 %)	<b>2</b> (0,0 %)
25-34	<b>4</b> (0,1 %)	<b>7</b> (0,2 %)	<b>11</b> (0,2 %)
35-44	<b>13</b> (0,5 %)	<b>25</b> (0,7 %)	<b>38</b> (0,6 %)
45-54	<b>35</b> (1,3 %)	<b>52</b> (1,4 %)	<b>87</b> (1,4 %)
55-64	<b>99</b> (3,7 %)	<b>255</b> (6,9 %)	<b>354</b> (5,5 %)
65-74	<b>432</b> (15,9 %)	<b>1 015</b> (27,4 %)	<b>1 447</b> (22,6 %)
75-84	<b>1 019</b> (37,6 %)	<b>1 475</b> (39,8 %)	<b>2 494</b> (38,9 %)
85+	<b>1 107</b> (40,9 %)	<b>876</b> (23,6 %)	<b>1 983</b> (30,9 %)
Celkový počet úmrtí	2 709	3 707	6 416

*Zdroj: MZCR, 2020*

(Pozn. Počet úmrtí podle věkových skupin a pohlaví pojímá všechna úmrtí osob, které byly metodou PCR pozitivně testovány na covid-19 bez ohledu na to, jaké byly příčiny jejich úmrtí, a k jejichž úmrtí došlo v rámci hospitalizace či mimo ni.)

Z tabulky můžeme vyčíst že viru covid-19 více podléhají muži než ženy. Pouze ve věkové skupině 85+ bylo zaznamenáno více úmrtí u ženského pohlaví (MZCR, 2020).

Tato odlišnost by mohla být odůvodněna tím, že naděje dožití u žen je podstatně vyšší než naděje dožití mužů, tudíž v této věkové kategorii je více žen než mužů. V letech 2017-2018 byl průměrný věk dožití u mužů v ČR 76,8, u žen to bylo 81,89 (ČSÚ, 2020c).

Dále poté tabulka ukazuje, že nejvíce rizikovou skupinou covid-19 jsou senioři ve věku 75-84 let. Jejich celkový počet úmrtí činí 2494 (38,9%). Druhou věkovou skupinou, která podléhá tomuto viru, jsou senioři 85+, jejich počet se vyšplhal na 1983 (30,9%). Věková skupina 65-74 let skýtá 1447 (22,6%) úmrtí a obsazuje tak třetí příčku nejvyššího počtu

úmrtí. Naopak nejnižší počet úmrtí zaznamenala věková skupina 0-14 let, kde nedošlo k žádnému úmrtí (ČSÚ, 2020c).

## **5. Vybrané domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem**

V následující kapitole popíšu blíže sociální zařízení, ve kterých vykonávají práci sociální pracovníci, se kterými bude uskutečněn výzkum mé diplomové práce. Bude se jednat o domovy pro seniory a o domovy se zvláštním režimem.

### **5.1. Domov u Biřičky**

Domov u Biřičky (dále jen Domov) je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Královehradecký kraj. Nachází se v Hradci Králové, konkrétně v části města s názvem Nový Hradec Králové. Název „Biřička“ nese Domov podle stejnojmenného rybníku, který se nachází v jeho blízkosti. Toto zařízení patří mezi největší poskytovatele sociálních služeb v České republice, funguje již od roku 1965 (Domov u Biřičky, 2020). Domov je tvořen dvěma budovami – Ypsilonka a Křížová, jejichž jména jsou odvozena od specifického půdorysu ve tvaru písmen. Domov poskytuje dva druhy sociální služby: domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Celková kapacita lůžek činí 340, z toho je 282 lůžek domova pro seniory a 58 lůžek domova se zvláštním režimem. Nabízí ubytování v jednolůžkových, dvoulůžkových a vícelůžkových pokojích, většinou s balkonem (Domov u Biřičky, 2020).

Cílovou skupinou Domova jsou senioři, kteří mají bydliště v Královehradeckém kraji, případně senioři, kteří prokazatelně měli většinu svého života bydliště na území Královehradeckého kraje či senioři, jejichž rodinní příslušníci mají bydliště na území Královehradeckého kraje (Domov u Biřičky, 2020).

### **5.2. G-Help**

G-Help je zapsaným ústavem, členem Asociace poskytovatelů ČR a je zapsán v síti poskytovatelů Středočeského kraje. Nachází se poblíž centra města Kouřim. Název G-Help vznikl z původního názvu obecně prospěšné společnosti Geria Help, která fungovala

již od roku 2007. G-Help z.ú. je domovem se zvláštním režimem, který spadá do soukromého sektoru (G-Help z.ú., 2020).

Kapacita domova činí 67 lůžek: 4 jednolůžkové pokoje, 5 dvoulůžkové pokoje, 15 třílůžkových pokojů, 2 čtyřlůžkové pokoje. Všechny pokoje mají své vlastní sociální zařízení, polohovatelné postele, nábytek a televizor (G-Help z.ú., 2020).

Cílovou skupinou G-Help z.ú. jsou senioři se sníženou schopností pohybu, kteří kvůli trvalé změně zdravotního stavu potřebují každodenní pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu. Zejména se jedná o seniory, kteří trpí nějakým duševním onemocněním, Alzheimerovou chorobou a demencí (G-Help z.ú., 2020).

### **5.3. Domov seniorů Fénix**

Domov seniorů Fénix s.r.o. je domov se zvláštním režimem, který je soukromým poskytovatelem sociálních služeb, jenž je registrovaný Magistrátem hlavního města Prahy. Nachází se na periferii Prahy v obci Horoměřice. Toto zařízení funguje od roku 2014 (Domov seniorů Fénix, 2020).

Kapacita domova je 59 lůžek. Ubytování je možné v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích. Každý pokoj je vybaven polohovatelnou postelí s antidekubitní matrací, televizorem, lednicí, stolem a židlemi a šatní skříní (Domov seniorů Fénix, 2020).

Cílovou skupinou jsou senioři ze všech koutů ČR, kteří kvůli svému věku a onemocnění duševní poruchou (stařeckou demencí, vaskulární demencí, Alzheimerovou nemocí atd.), potřebují psychickou a fyzickou pomoc, která jim nemůže být poskytnuta rodinou a ani terénními službami (Domov seniorů Fénix, 2020).

### **5.4. Domov Barbora Kutná Hora**

Domov Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb funguje jako samostatná příspěvková organizace s právní subjektivitou od 1.1. 1994. Zřizovatelem této organizace je od roku 2003 Středočeský kraj (Domov Barbora Kutná Hora, 2020).

Domov Barbora Kutná hora je poskytovatelem čtyř druhů sociálních služeb: Domov pro osoby se zdravotním postižením, Chráněné bydlení, Sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením a Domov pro seniory, ve kterém bude

uskutečněn můj výzkum. Tento Domov pro seniory má kapacitu 76 klientů (Domov Barbora Kutná Hora, 2020).

Cílovou skupinou jsou osoby starší 65 let, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, a které potřebují pravidelnou pomoc od jiné osoby (Domov Barbora Kutná Hora, 2020).

## **5.5. Domov Unhošť**

Domov Unhošť je domov pro seniory a příspěvková organizace, která vznikla v roce 2005, a kterou zřizuje Středočeský kraj. Budova Domova dříve sloužila jako chorobinec.

Kapacita Domova je 130 klientů. Nachází se zde 9 jednolůžkových pokojů, 47 dvoulůžkových pokojů, 4 pokoje třílůžkové a 3 pokoje pětilůžkové (Domov Unhošť, 2020).

Cílová skupinou jsou senioři, kteří jsou ještě soběstační při hlavních úkonech, senioři s poruchou komunikace, vnímání či hybnosti, senioři se zhoršenou fyzickou aktivitou a sebeobsluhou, dalšími patřícími do cílové skupiny jsou manželské páry nebo druh-družka (Domov Unhošť, 2020).

## **5.6. Diakonie Písek**

Středisko Blanka v Písku je jedním ze středisek Diakonie ČCE. Vzniklo 1. května 1992 jako samostatná církevní právnická osoba. Je nestátní neziskovou organizací (Diakonie Písek, 2020).

Poskytuje terénní pečovatelskou službu a také pobytové služby, a to Domov se zvláštním režimem Vážka a Domov pro seniory Domovinka, ve kterém bude mimo jiné také proveden můj výzkum (Diakonie Písek, 2020).

Domov pro seniory Domovinka poskytuje služby osobám starším 60 let, které potřebují pomoc od druhé osoby a z nějakého důvodu nemohou žít doma, pocházejících především z města Písku a následně z obcí jeho územní působnosti. Kapacita Domova je 34 lůžek (Diakonie Písek, 2020).

## **5.7. SeneCura SeniorCentrum Havířov**

SeneCura SeniorCentrum Havířov poskytuje své služby nedaleko centra města. Otevření tohoto nového centra se uskutečnilo v roce 2015 (SeneCura seniorCentrum Havířov, 2020).

Konkrétně nabízí služby Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem. Domov pro seniory má kapacitu 38 lůžek, zatímco v Domově se zvláštním režimem se nachází 111 lůžek. Právě Domov se zvláštním režimem bude místem mého výzkumu (SeneCura seniorCentrum Havířov, 2020).

Cílovou skupinou Domova se zvláštním režimem jsou osoby, které dosáhly 55 let věku nebo věku, který rozhoduje pro přiznání starobního důchodu. Osoby, které potřebují sociální a zdravotní podporu, jelikož kvůli Alzheimerově nemoci, stařecké demenci či jinému typu demence již nezvládají žít ve svém domácím prostředí (SeneCura seniorCentrum Havířov, 2020).

## **5.8. Domov Sluníčko**

Domov Sluníčko je příspěvková organizace nacházející se v Ostravě-Vítkovici. Toto zařízení působilo již od roku 2000 jako Domov důchodců ošetrovatelského typu. Vzniklo rekonstrukcí dvou objektů bývalé krajské nemocnice Ostrava Zábřeh (Domov Sluníčko, 2020).

Od roku 2003 poskytuje Domov Sluníčko dvě pobytové sociální služby: Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem (Domov Sluníčko, 2020).

Domov pro seniory má kapacitu 78 lůžek. Cílovou skupinou tohoto Domova pro seniory jsou osoby od 65 let věku, které mají zhoršenou schopnost zvládat základní životní potřeby, a které potřebují podporu při péči o vlastní osobu, dohled či pomoc jiné osoby z důvodu absence rodiny nebo jiných blízkých, snížené schopnosti rodiny zajistit této osobě péči v dostatečné míře. Dalšími důvody mohou být nedostačující místně, finančně či jinak nedostupné terénní služby (Domov Sluníčko, 2020).

Domov se zvláštním režimem má kapacitu 106 lůžek. Cílovou skupinou jsou osoby od 65 let věku, které kvůli pokročilé ztrátě paměťových a orientačních schopností potřebují podporu, pomoc či péči tak specifickou, že ji jiný typ sociální služby nedokáže poskytnout v potřebné míře (Domov Sluníčko, 2020).

## 6. Shrnutí teoretické části

V teoretické části jsem nejprve definovala pojmy, které jsou stěžejní pro mou celou diplomovou práci. Přiblížila jsem konkrétně pojmy „senior“ a „smrt“, protože právě o úmrtí této cílové skupiny má práce pojednává. Dále poté jsem definovala místa, kde bude výzkum prováděn, tedy domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Nechybí ani definice pracovníků v pobytových zařízeních, tedy mých informantů, bez kterých by se výzkum nemohl uskutečnit.

Další kapitola patří pracovním činnostem sociálního pracovníka v domově pro seniory, a to od příjmu nového klienta po ukončení jeho pobytu. K ukončení pobytu klienta v domově pro seniory může dojít z několika důvodů, vzhledem k tématu mé diplomové práce byly především uvedeny činnosti sociálního pracovníka při ukončení pobytu klienta z důvodu jeho úmrtí. Důležitost příkládám také vztahu sociálního pracovníka a klienta, který jsem v této kapitole vymezila, domnívám se totiž, že právě to, jaký má sociální pracovník vztah s klientem, by mohlo totiž ovlivnit sociálního pracovníka při úmrtí klienta.

Právě vlivu na prožívání úmrtí klientů na sociální pracovníky jsem věnovala celou kapitolu. Popsala jsem několik ovlivňujících faktorů např. typ smrti, věk zemřelého, věk a pohlaví truchlícího, osobnostní faktory truchlícího, zda je truchlící věřící, dřívější zkušenost se smrtí a truchlením či sekundární stres. Tyto zmíněné faktory se stanou základními stavebními kameny pro tvorbu otázek do výzkumu empirické části mé diplomové práce. Uvedla jsem také pojem „vyrovnání se se smrtí“. Je pochopitelné, že každý se smrtí vyrovnává trochu jinak. Kuře popsal tři hlavní typy vyrovnání se smrtí: přijetí, nebytí se smrtí hotov a vzdor. Svě místo v mé teoretické části dostal i pojem „truchlení“, který označuje Špatenková jako proces vyrovnávání se smrtí blízkého člověka, uvedla jsem několik fází truchlení od různých autorů. Zajímavým poznatkem je, že truchlení, které je velmi intenzivní s velkou délkou trvání, je označováno jako patologické, v důsledku takového truchlení může dojít dokonce i k sebevraždě truchlícího.

Zaměřila jsem se také na statistické údaje týkající se úmrtnosti v ČR, konkrétně pak na úmrtnost v ČR dle věku, kde jsem se utvrdila ve své domněnce, že ve vyspělém evropském státě jako je právě ČR, dochází ke stárnutí populace. Dále poté jsem se zaměřila na úmrtnost v ČR dle pohlaví, kde se ukázalo, že ženy se v průměru dožívají



více let než muži, což pro mě také nebylo překvapujícím zjištěním. Nezapomněla jsem ani na úmrtnost v ČR dle místa úmrtí, kde nejčastějším úmrtím bylo to ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, mohli bychom však spekulovat o tom, kolik seniorů ze sociálních služeb bylo hospitalizováno a poté zemřelo ve zdravotnickém zařízení. Zmínila jsem také nejčastější příčiny úmrtí v ČR, dle výzkumu z roku 2019 umírají osoby v ČR nejčastěji na nemoci oběhové soustavy. Nakonec jsem pro větší přiblížení aktuální situace ještě zvolila téma týkající se úmrtnosti vlivem onemocnění covid-19, která v době psaní této práce dramaticky rostla.

Závěrečná kapitola mé teoretické části je věnována stručnému popisu všech organizací, kde bude prováděn můj výzkum. Konkrétně se jedná o Domov u Biřičky, Domov Unhošť, G-Help z.ú., SeneCura SeniorCentrum Havířov, Domov seniorů Fénix, Domov Barbora Kutná Hora a Domov Sluníčko.

## 7. Empirická Část

Následující část mé diplomové práce se bude zabývat výzkumem v oblasti vlivu úmrtí klientů na sociální pracovníky v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Budou rozšířeny teoretické poznatky z první části mé práce o poznatky z praxe, které přinese výzkum. V následujících podkapitolách bude popsán hlavní cíl mého výzkumného šetření a jeho dílčí cíle. Bude také definována výzkumná strategie a technika, díky kterým uskutečním výzkum. Dále bude uvedena charakteristika výzkumného vzorku včetně tabulky informantů a transformační tabulky dílčích cílů. Zmíněna budou též etická rizika výzkumu.

### 7.1. Předvýzkum

Před samotným výzkumem s vybranými informanty jsem uskutečnila předvýzkum s mou známou a zároveň vedoucí přímé péče jednoho domova pro seniory, abych se ujistila, že mé výzkumné otázky jsou dostatečně srozumitelné, a že budou později při výzkumu sociálními pracovníky skutečně chápány tak, jak byly myšleny. Dostala jsem několik podnětů na drobné úpravy, které jsem provedla. Vedoucí přímé péče se poté mého samotného výzkumu již nezúčastnila.

### 7.2. Hlavní cíl výzkumného šetření a jeho dílčí cíle

Hlavním cílem empirické části diplomové práce je **zjistit, jak ovlivňují úmrtí klientů sociální pracovníky v domovech pro seniory (dále jen DS) a v domovech se zvláštním (dále jen DZR).** Hlavní cíl jsem rozdělila do tří dílčích cílů:

DC1: Zjistit pohledy sociálních pracovníků v DS a DZR na smrt.

DC2: Zjistit, jakým způsobem sociální pracovníci v DS a v DZR prožívají úmrtí svých klientů.

DC3: Zjistit, jak se sociální pracovníci v DS a DZR vyrovnávají s úmrtím svých klientů.

### 7.3. Vybraná výzkumná strategie

Pro účely diplomové práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Tato metoda se mi již několikrát osvědčila v mých předchozích pracích. Také se domnívám, že přinese velmi zajímavá zjištění, jelikož je detailnější než kvantitativní výzkumná strategie.

Creswell označuje kvalitativní výzkum za „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (Creswell, 1998 in Hendl, 2016, s. 46).

Kvalitativní výzkumná strategie dává dle Ryšavého přednost slovům před čísly (Ryšavý, 2002). Gavora dodává, že zastánci tohoto výzkumu označují údaje získané kvantitativní metodou jako hrubé, jelikož v nich dochází ke ztrátě člověka za čísla. Než čísla je zde podstatnější význam, který komunikuje osoba. Dochází ke snaze výzkumníka o sblížení se zkoumanými a o dostání se do situací, ve kterých vystupují, jelikož pouze tímto způsobem jim může porozumět a popsat je (Gavora, 2010).

Výběr výzkumného vzorku u kvalitativní strategie je záměrný nikoliv náhodný. Pro podání bohatého a pravdivého obrazu je totiž důležité, aby osoby výzkumného vzorku měly potřebné zkušenosti a vědomosti z daného prostředí (Gavora, 2010).

Vymětal uvádí, že u kvalitativního výzkumu je upřednostňován především celostní přístup a zkoumání v přirozených podmínkách prostřednictvím pozorování, rozhovorů či analýzy dokumentů (Vymětal, 2004).

Jako vhodnou techniku sběru dat jsem shledala polostrukturovaný rozhovor, který je dle Reichela kombinací výhod nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru, zároveň však také minimalizuje jejich nevýhody (Reichel, 2009).

Většinou má tazatel při výzkumu připravenou osnovu při rozhovoru na papíře, podle které vede rozhovor. Jelikož polostrukturovaný rozhovor často obsahuje otevřené otázky, může vzniknout diskuse, která se oddálí od osnovy. Je vhodné rozhovor nahrávat a později nahrávky pro analýzu sepsat (Cohen, Crabtree, 2006). Tazatel má možnost i při formulaci otázek je zčásti poupravit, důležité je však, aby došlo k probrání všech otázek. Tazatelem mohou být pokládány i doplňující dotazy (Reichel, 2009).

## 7.4. Transformace dílčích výzkumných cílů do doplňujících tazatelských otázek

Tabulka č. 6. Tabulka transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Dílčí cíle	Výzkumný nástroj	Informanti	Tazatelské otázky
<b>DC 1.</b> <b>Zjistit pohledy sociálních pracovníků v DS a DZR na smrt.</b>	Polostrukturovaný rozhovor	Sociální pracovníci a vedoucí sociální pracovníci v DS a DZR	TO1: Co se Vám vybaví, když se řekne smrt?
			TO2: Jak si myslíte, že se liší Váš pohled na smrt od pohledu společnosti na ni?
			TO3: Jak pohlížíte na úmrtí mladého člověka?
			TO4: Jak pohlížíte na úmrtí starého člověka, čím je pro Vás odlišné od úmrtí mladého člověka?
			TO5: Jaký shledáváte rozdíl mezi úmrtím Vašeho klienta a Vámi blízké osoby?
			TO6: Jak zvýšená úmrtnost spojená se současnou epidemií onemocněním covid-19 ovlivnila Váš pohled na smrt?

<p><b>DC 2.</b>  <b>Zjistit,</b>  <b>jakým</b>  <b>způsobem</b>  <b>sociální</b>  <b>pracovníci</b>  <b>v DS</b>  <b>a v DZR</b>  <b>prožívají</b>  <b>úmrť svých</b>  <b>klientů.</b></p>	<p>Polostrukturovaný  rozhovor</p>	<p>Sociální  pracovníci  a vedoucí  sociální  pracovníci  v DS  a DZR</p>	<p>TO7: Vzpomenete si na první úmrtí Vašeho klienta? Jak jste ho prožíval/a?</p>
			<p>TO8: Jak se změnilo Vaše prožívání úmrtí klientů s Vašimi léty praxe v sociální práci?</p>
			<p>TO9: Jakým způsobem se obvykle dozvídáte o úmrtí klienta?</p>
			<p>TO10: Myslíte si, že byste smrt klienta prožíval/a jinak, pokud byste byl/a osobou, která klienta nalezne mrtvého jako první?</p>
			<p>TO11: Jaké emoce ve Vás informace o úmrtí klienta vyvolá?</p>
			<p>TO12: Zemřel ve Vašem zařízení někdy klient, kterého jste považoval/a za blízkého? Pokud ano, jak jste jeho úmrtí prožíval/a?</p>
			<p>TO13: Popište mi, jak vnímáte smrt očekávanou, a jak smrt náhlou?</p>
			<p>TO14: Jaký vliv má stres z Vašeho osobního života na Vaše prožívání úmrtí klienta?</p>
<p>TO15: Prožívají smrt dle Vašeho názoru lépe sociální pracovníci nebo sociální pracovnice? a proč?</p>			

<b>DC 3.</b> <b>Zjistit, jak se sociální pracovníci v DS a DZR vyrovnávají s úmrtím svých klientů.</b>	Polostrukturovaný rozhovor	Sociální pracovníci a vedoucí sociální pracovníci v DS a DZR	TO16: Jak je pro Vás psychicky náročné vyrovnat se s úmrtím klienta?
			TO17: Ovlivňuje Vaše vyrovnávání se se smrtí věk zesnulého klienta? Pokud ano, tak jak?
			TO18: Ovlivňuje Vaše vyrovnávání se se smrtí klienta Váš vztah s tímto klientem? Pokud ano, tak jak?
			TO19: Co děláte pro to, abyste se vyrovnal/a se smrtí klienta? Co Vám pomáhá nejvíce?
			TO20: Jak dlouho obvykle trvá Vaše vyrovnávání se smrtí klienta?
			TO21: Ovlivňuje Vaše vyrovnávání se se smrtí Vaše víra? Pokud ano, tak jak?
			TO22: Jak je pro Vás psychicky náročné jednání s příbuznými zemřelého klienta?

*Zdroj: vlastní zpracování*

## 7.5. Charakteristika informantů

O spolupráci na mém výzkumu jsem požádala sociální pracovníky z DS a z DZR. Spolupráci přijali sociální pracovníci a vedoucí sociální pracovníci ze zařízení hned z několika krajů ČR: Domov u Biřičky, G-Help z.ú., Domov seniorů Fénix, Domov Barbora Kutná Hora, Domov Unhošť, Diakonie Písek, SeneCura SeniorCentrum Havířov a Domov Sluníčko. Mohu tedy říct, že výzkum probíhal dokonce napříč pěti kraji ČR. Můj původní záměr byl mít genderově vyvážený výzkumný vzorek tzn. stejný počet tázaných žen a mužů, avšak při vyhledávání sociálních pracovníků mužského pohlaví v DS a DZR jsem zjistila, že v této oblasti sociální práce drtivě převládají ženy. Nakonec

jsem se tedy uskutečnila výzkum se třemi sociálními pracovníky a pěti sociálními pracovníci.

**Tabulka č. 7. Tabulka informantů**

<b>Informant/ka</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>Doba praxe sociálního pracovníka v DS či DZR</b>	<b>Typ zařízení, část zařízení výkonu informantů</b>
<b>I1 sociální pracovník</b>	muž	35 let	VŠ bakalářské	1 rok	DZR
<b>I2 vedoucí sociální pracovník</b>	žena	32 let	VŠ bakalářské	5 let	DZR
<b>I3 vedoucí sociální pracovník</b>	muž	51 let	VŠ magisterské	11 let	DS
<b>I4 sociální pracovník</b>	muž	26 let	VOŠ diplomovaný specialista	4 roky	DS
<b>I5 vedoucí sociální pracovník, zástupce ředitele</b>	žena	67 let	VOŠ diplomovaný specialista	21 let	DS a DZR
<b>I6 vedoucí sociální pracovník</b>	žena	44 let	VŠ magisterské	8 let	DS
<b>I7 sociální pracovník</b>	žena	41 let	VOŠ diplomovaný specialista	12 let	DZR
<b>I8 sociální pracovník</b>	žena	25 let	VŠ bakalářské	2 roky	DZR

*Zdroj: vlastní zpracování*

## **7.6. Průběh výzkumu**

Výzkum proběhl v průběhu měsíce března 2021. O účast na mém výzkumu jsem poprosila prostřednictvím e-mailu cca dvacet sociálních pracovníků vykonávajících svou profesi v DS nebo v DZR. Dva z nich jsem již znala osobně před výzkumem, další jsem vyhledala na internetu. V každém e-mailu jsem stručně popsala, kdo jsem, čeho se můj výzkum týká, jaké informace by o daném sociálním pracovníkovi byly v mé práci zveřejněny. Ozvalo se nakonec devět sociálních pracovníků ochotných stát se mými informanty, nicméně jeden nakonec ztratil kvůli své časové vytiženosti zájem se podílet.

Z důvodu nouzového stavu zapříčiněným onemocněním covid-19 nepřicházela v úvahu osobní schůzka. S každým informantem jsem se tedy dohodla na termínu telefonního hovoru nebo videohovoru. Proběhlo pět telefonních hovorů a tři videohovory prostřednictvím aplikace WhatsApp. Šest hovorů bylo nahráváno na diktafon, tyto informanti vyjádřili souhlas s nahráváním, poté jsem si rozhovory s nimi doslovně přepsala. Dva informanti si nahrávání nepřáli, dohodla jsem se s nimi tedy na zapisování poznámek v průběhu rozhovoru. Průměrná délka rozhovoru byla cca třicet minut. Všem informantům jsem nabídla zaslání hotového výzkumu, jeden z nich tuto možnost využil.

## **7.7. Etické otázky výzkumu**

Všichni informanti již před uskutečněním rozhovorů věděli, jakého tématu se můj výzkum bude týkat. Souhlasili s realizací výzkumu i po obeznámení s tím, že některé otázky mohou být velmi citlivé a osobní.

Všem informantům byla zaručena anonymita. Domluvila jsem se s nimi na údajích, které mohou být zveřejněny. Konkrétně jsem se se sociálními pracovníky dohodla na zveřejnění jejich pracovní pozice, pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, let praxe a typu zařízení jejich výkonu práce. Příslušný DS nebo DZR u každého informanta v tabulce zveřejněn není, jelikož by tato informace mohla ohrozit jejich anonymitu.

## **8. Interpretace výsledků výzkumu**

Tato kapitola se bude věnovat již samotné interpretaci výsledků mého výzkumného šetření. Pro lepší přehlednost jsou následující podkapitoly rozděleny dle dílčích cílů. Ke každému dílčímu cíli jsou uvedeny tazatelské otázky, které slouží k jeho zodpovězení.



Interpretace zahrnuje také citace informantů z jednotlivých rozhovorů, které jsou vyznačeny kurzívou. V závěru každé interpretace dílčího cíle bude uvedena podkapitola, která shrne zjištěné poznatky v daném dílčím cíli.

## **8.1. DC1: Zjistit pohledy sociálních pracovníků v DS a DZR na smrt.**

Jak již vyplývá z názvu, tak tento dílčí cíl má za úkol zjistit, jak sociální pracovníci v DS a DZR pohlíží na smrt, porovnat pohled na smrt sociálního pracovníka s pohledem společnosti na ni, odtajnit pohledy sociálního pracovníka na smrt mladého a starého člověka. Snaží se přijít na to, jaký rozdíl shledávají sociální pracovníci mezi úmrtím svého klienta a blízkého člověka. Pro větší aktuálnost mé práce zjišťuje také, zdali zvýšená úmrtnost v souvislosti se současnou epidemií onemocněním covid-19 ovlivnila pohled sociálních pracovníků na smrt.

### **TO1: Co se Vám vybaví, když se řekne „smrt“?**

Při odpovědi na tuto otázku se vybavovala informantům spousta různých pojmů. Většinou informantů však bylo uváděno „ukončení života“, „bolest“ a „smutek“. I7 ještě dodal jako jediný z informantů také pojem „karma“. Důvod, proč se mu vybaví zrovna tento pojem, vysvětlil následovně: *„Říká se, že ti lidé, kteří se v průběhu svého života chovali zle, tak poté mívají ošklivou a dlouho táhnoucí se smrt.“* I5 a I8 se shodli na tom, že ačkoliv smrt nepovažují za příjemnou záležitost, tak někdy může znamenat i „vysvobození“. Konkrétně I5 uvedl: *„Pocit takového zmaru a toho, že všechno končí, nicméně pro někoho může být i vysvobozením, smířením a nabytím klidu.“* I4 měl jediný zcela odlišnou myšlenku od ostatních informantů: *„Tak jako úplně první věc, jak už jsem nějaké roky sociální pracovník v domově pro seniory, se mi vybaví klient a práce, protože to je to místo, kde se s tím setkávám nejvíc.“*

### **TO2: Jak myslíte, že se liší Váš pohled na smrt od pohledu společnosti na ni?**

Polovina informantů se domnívá, že smrt vnímají jinak zejména kvůli tomu, že se ve své práci často se smrtí setkávají, takže je pro ně smrt běžnou součástí života s porovnáním vnímání smrti společností. Příkladem může být odpověď I6: *„Tím, že pracuju, kde pracuju, tak ta smrt je vlastně součástí mojí každodenní práce, takže člověk si v sobě usadil ten fakt, že to prostě k životu patří. Běžný člověk se se smrtí nepotkává tak často, maximálně když se to týká jeho rodiny.“* Často bylo také uváděno, že smrt je společností

považována za tabu, tedy „něco, o čem se nemluví“. I5 uvedl: „*Myslím si, že smrt je pro mnohé lidi tabu v dnešní době, ačkoliv by se měla brát jako věc, která k tomu životu neodmyslitelně patří.*“ I7 spatřuje rozdíl svého pohledu na smrt od společnosti ve strachu ze smrti: „*Myslím si, že dřív i v dnešní době se společnost smrti bojí, zatímco já se smrti nebojím. Beru to tak, jak to je. Až to přijde, tak to přijde.*“ I2 podotknul, že se také smrti nebojí, jelikož je věřící, tudíž jeho pohled na smrt od společnosti může být rozdílný také z tohoto důvodu. I3 a I8 nenacházejí rozdíl svého pohledu na smrt od společnosti. I3 se vyjádřil následovně: „*Nijak zvlášť, protože si myslím, že každý člověk má pohled na smrt trochu jiný. Je to podle toho, s čím se setkal v životě, jaký má z ní obavy a tak. Nemyslím si, že bych byl nějak zvlášť mimo průměr, že bych se lišil nějakým jiným pohledem.*“ Jediný I1 uvedl, že nemůže odpovědět, jelikož nezná pohled společnosti na smrt.

### **TO3: Jak pohlížíte na úmrtí mladého člověka?**

Většina informantů považuje úmrtí mladého člověka za velké neštěstí, tragédii, škodu a zbytečnost. Například I8 uvedl: „*Smrt mladého člověka je pro mě zbytečná, mnohdy mě zasáhne mnohem více než smrt někoho, kdo si prožil hezký a dlouhý život. Vždy si říkám, že ten mladý člověk toho měl ještě mnoho před sebou, představím si, co ještě mohl všechno dokázat.*“ I5 a I7 uvedli, že jejich pohled na úmrtí mladé osoby také ovlivňuje zdravotní stav této osoby. Konkrétně I5 je následujícího názoru: „*Samozřejmě je to zase případ od případu, pokud je třeba ten člověk dlouhodobě nemocný, nebo se narodí s nějakým zdravotním postižením, tak to je naopak spíše vysvobození, nejen pro toho člověka, ale i pro jeho rodinu a pečující. U zdravého mladého člověka je to samozřejmě bolestnější, to považuji za nepřírozený jev, který by se neměl dít.*“ Jediný I2 podotknul, že úmrtí mladého člověka vnímá stejně jako úmrtí starého člověka, svou odpověď poté ještě hlouběji rozvinul v následující tazatelské otázce.

### **TO4: Jak pohlížíte na úmrtí starého člověka, čím je pro Vás odlišné od úmrtí mladého člověka?**

Většina informantů se shodla na tom, že na smrt starého člověka pohlížejí více smířeně, je to pro ně přirozenější než úmrtí někoho mladého člověka. I1 definoval úmrtí starého člověka následovně: „*Odešel životní příběh a zkušenosti. Zemřel nositel zážitků.*“ I6 uvedl: „*Žijeme v době dlouhověkosti. V současné době k nám do zařízení často přicházejí devadesátníci, kde opravdu vidíte ten rozdíl, že kolem těch 95 let téměř ke 100 je to tělo už vyčerpané, ti lidi už kolikrát chtějí odejít, už cítí, že jejich čas nadešel, jsou s tím*

*srovnání, takže to je ten hlavní rozdíl. U těch mladých lidí ve věku ve věkovém rozmezí třeba 20-30 let, tam je to většinou nějaká zákeřná nemoc, nehoda. Ty lidi nic neprožili, nenechali tady žádnou stopu. Je to prostě něco jinýho.“ I3 dodal myšlenku: „Řekl bych, že je tedy celkově snazší se smířit se smrtí staršího člověka, než když zemře někdo mladší nebo dítě.“ Jediný I2 má zcela odlišný pohled od ostatních informantů, který již nastínil v odpovědi na předchozí tazatelskou otázku: „Jak říkám, vnímám to asi stejně. Mladý i starý člověk většinou má nějakou rodinu a nějaké blízké, kterým bude chybět. Je to smutné v obou případech.“*

#### **TO5: Jaký shledáváte rozdíl mezi úmrtím klienta a Vámi blízké osoby?**

I v odpovědích na tuto tazatelskou otázku měla většina informantů podobný názor. Považují smrt blízké osoby za něco více emocionálního, protože právě s tím blízkým mají silnější citové vazby. I3 a I7 podotkli, že s klientovo úmrtí je v jejich případě bráno čistě profesionálně. Příkladem může být citace I3: „U klienta mám jakýsi profesionální odstup. Za tu dobu, co jsem tady, už zde zemřelo mnoho lidí, takže vlastně je to součást tady toho zařízení, součást života tady.“ Odpověď I2 se sice také shodovala s odpovědí většiny informantů, avšak I2 se ještě podělil o jednu situaci: „Musím se přiznat, že vzpomínám na jednu svou klientku, se kterou jsem měla tak blízký vztah skoro jako by to byla moje babička. Bylo to velmi bolestivé, doted jsem s její rodinou v kontaktu.“ I4 také sdílel většinový názor informantů, nicméně se mu v souvislosti s touto otázkou vybavila jedna situace ze svého života, o kterou se podělil: „Když jsem začal pracovat v tom prvním domově pro seniory první rok, byl jsem tam tak 3 měsíce, tak pro mě bylo asi nejvíc složité z celých práce právě přijmout to, že ti klienti tam umírají, že já jsem první kontaktní osoba, která třeba to kolikrát i oznamuje tomu rodinnému příslušníkovi, což samo o sobě pro mě za začátku byl obrovské tlak a obrovsky těžká věc, a právě do toho, abych na to navázal, tak v té době mi zemřela teta, tetě bylo něco přes 84, a tím jak já jsem už těch úmrtí v té době měl docela dost za jeden měsíc, tak taková první věc, která mě napadla, když teta zemřela, bylo takové to, že nyní musím zavolat té rodině a nahlásit to na úřad práce a na českou správu a na soud, jakože automaticky jsem začal přemýšlet jako ten sociální pracovník, ne jako rodinný příslušník. Taková ta profesní deformace.“ Velice zajímavou odpověď a zároveň zcela odlišnou od ostatních informantů měl I8: „Tuto otázku pravděpodobně nedokážu adekvátně zhodnotit, protože jsem doposud nebyla v situaci, kdy by mi zemřel někdo z rodiny-díky za to. Nicméně se se smrtí klientů setkávám poměrně často. Občas si i pobřečím, protože mám své klienty ráda.“

## **TO6: Jak zvýšená úmrtnost spojená se současnou epidemií onemocněním covid-19 ovlivnila Váš pohled na smrt?**

Ani v odpovědích na tuto otázku se názory informantů příliš nelišily. Většina informantů odpověděla, že zvýšená úmrtnost spojená se současnou epidemií onemocněním covid-19 neovlivnila jejich pohled na smrt, nicméně z jejich odpovědí byl zřejmý vztek na tuto nemoc, která nás již více než rok sužuje. Například I3 uvedl: *„Nijak zvlášť to neovlivnilo můj pohled na smrt. Jenom byl prostě člověk naštvanej, když to tak řeknu. Nebyla žádná možnost pomoci. Bylo toho zbytečně moc. Kolikrát si to vzalo lidi, kteří sice byli staří, ale ještě tu s námi mohli nějak dobu být. Takže z mojí strany spíš takový vztek z bezmoci.“* I8 vliv pocíťoval: *„Musím říct, že hodně. Můj pohled na smrt se stal více bolestivějším. Více jsem se potýkala s tou zákeřností nemoci. Člověk by si přál už, aby byl konec, aby se nemusel loučit s tolika klienty. Pro některé to sice bylo vysvobození, ale u jiných to bylo bolestivé, a navíc na to ani nebyli připraveni.“* Určitou změnu pohledu na život zaznamenal důsledku „covidové situace“ i I4: *„Najednou vidím, že ten život je takový křehčí. Nezahrnuje to pouze seniory, ale i lidi v mém okolí. Já jsem teď tedy shodou náhod ztratil také během pandemie několik relativně blízkých lidí ze svého okolí právě kvůli nákaze covidem s kombinací s dalšími onemocněními. Fakt, že kvůli této pandemii neumírají jen senioři, mě přiměl k tomu se více bát o své blízké třeba i mé věkové kategorie, mám asi celkově větší strach ze smrti.“*

### **Shrnutí DC1**

Většinou informantů se pod pojmem „smrt“ jako první vybavily pojmy „ukončení života“, „bolest“ a „smutek“. Lze tedy říct, že převážně negativní pojmy. Dva informanti se shodli na tom, že ačkoliv smrt nepovažují za příjemnou záležitost, tak někdy může znamenat i „vysvobození“. Jedinému informantovi se pod pojmem „smrt“ vybavil „klient a práce“. Polovina informantů se domnívá, že jejich pohled na smrt od pohledu společnosti je právě ovlivněn tím, kde vykonávají sociální práci, kvůli své profesi a četnosti viděných úmrtí pohlížejí na smrt jako na běžnou součást života. Čtvrtina tázaných informantů si nemyslí, že by se jejich pohled na smrt nějak zvlášť lišil od pohledu společnosti. Co se týká pohledu na úmrtí mladého a starého člověka, tak většina informantů považuje úmrtí mladého člověka za velké neštěstí, tragédii, škodu a zbytečnost, kdežto úmrtí starého člověka považuje za něco přirozeného, co k životu patří. Při porovnávání úmrtí klienta a blízkého člověka, většina informantů uvedla, že je pro ně emocionálnější úmrtí blízkého člověka, jelikož s nímž jsou více spjatí než s klientem. Vzácná byla výpověď jednoho

informanta, který nemohl adekvátně odpovědět, jelikož mu doposud nikdo blízký nezemřel. Byla zaznamenána i zkušenost jednoho z informantů, kdy po úmrtí jednoho ze svých blízkých začal automaticky smýšlet profesionálně jako sociální pracovník, ne jako rodinný příslušník. Výzkum také ukázal, že zvýšená úmrtnost spojená se současnou epidemií onemocnění covid-19 neovlivnila pohled na smrt u většiny informantů, určitá našťvanost na současnou situaci však z jejich odpovědí byla zřejmá.

## **8.2. DC 2: Zjistit, jakým způsobem sociální pracovníci v DS a v DZR prožívají úmrtí svých klientů.**

Tento dílčí cíl se zaměří na způsob prožívání úmrtí klientů sociálními pracovníky v DS a DZR. Má za úkol přimět sociální pracovníky vzpomenout si na to, jak prožívali první úmrtí svého klienta, zjišťuje k jaké změně dochází v prožívání úmrtí klientů u sociálních pracovníků s rostoucími lety praxe, jakým způsobem se sociální pracovníci obvykle dozívají o úmrtí klienta, jestli by sociální pracovníci prožívali smrt klienta jinak, když by byli prvními osobami, které by našly klienta mrtvého jako první, jaké emoce vyvolá v sociálních pracovnících informace o úmrtí klienta, jestli někdy v jejich zařízení zemřel klient, kterého sociální pracovník považoval za blízkého, jak vnímají sociální pracovníci smrt očekávanou a smrt náhlou, jak ovlivňuje stres z osobního života sociálních pracovníků jejich prožívání úmrtí klienta, a jestli prožívají smrt lépe sociální pracovníci nebo sociální pracovnice.

### **TO7: Vzpomenete si na první úmrtí Vašeho klienta? Jak jste ho prožíval/a?**

V tomto případě se odpovědi informantů více různily. I6 a I3 zodpověděli, že už si přesně na první úmrtí klienta nepamatojí, jelikož už je spousta let zpět. I3 však ještě dodal: *„Opravdu už nevím, ale protože jsem tu byl chvíli, tak mě to asi nijak ani nezasáhlo, dost možná proto, že jsem toho klienta ještě ani neznal.“* I8 si první úmrtí svého klienta pamatoval, měl však velmi podobnou zkušenost s domněnkou I3: *„Bylo to první týden mojí praxe tady. Vzhledem k tomu, že jsem klienty ještě tolik neznala, neměla jsem k nim takové citové pouto, tak mě nezasáhlo tolik, kdo to byl, spíš to, že jsem poprvé takhle stála tváří v tvář smrti, kterou musím řešit. Bylo náročné poprvé jednat s pozůstalými klienta.“* I4, I2 a I1 označují své první úmrtí klienta za velmi nečekané, kvůli čemuž bylo jejich prožívání i intenzivnější, zejména vzpomínali stejně jako I3 na náročnost první komunikace se s rodinou zemřelého klienta. Například konkrétně I5 uvedl: *„Bylo to*

*hodně nečekané a o to víc to bylo bolestivé, mám v hlavě, jak jsem volala synovi zemřelého. Od té doby neříkám frázi „upřímnou soustrast“, ale „je mi to líto“.*“ I7 a I5 si pamatují na „obavu“ ze smrti, jelikož v té době pro ně byla něčím novým v pracovní praxi. I5 dodal ještě konkrétnější vzpomínku: *„Dodnes jsem vděčná velmi zkušené staniční sestře, která mě tím provedla, měla jsem obavu, takový jakýsi odstup a posvátnou úctu k tomu zemřelému.“*

### **TO8: Jak se změnilo Vaše prožívání úmrtí klientů s Vašimi léty praxe v sociální práci?**

Většina informantů si je vědoma změny v prožívání, shodli se, že s rostoucími lety praxe a rostoucím počtem úmrtí klientů prožívají úmrtí klientů lépe. I5 a I2 uvedli se, že se po dobu své praxe vzdělávají v paliativní péči, tato skutečnost jim tedy v prožívání pomohla. I5 ještě podotknul: *„Moje prožívání také poznamenalo to, že mi již odešli i moji nejbližší.“* I6 také uvedl, že nejen praxí v sociální práci bylo ovlivněno jeho prožívání úmrtí: *„Myslím si, že se změnilo podstatně, ale není to přímo tou prací, ale spíše náhledem člověka na život jako takový, na získávání informací kolem, ale i na působení toho okolí na mě. Takže já si myslím, že každý si musí ke smrti najít svoji cestu, jakým způsobem o ní bude přemýšlet, jakým způsobem se s ní bude vyrovnávat.“* I1 a I3 nezaznamenali nějakou změnu v této oblasti s lety praxe, I1 z důvodu, že zatím nemá dostatečně dlouhou praxi, I3 měl důvod následující: *„Já ty klienty nabírám, znám je, ale snažím se zachovat takový ten profesionální odstup, moc nezapojuji nějaké emoce. Chovám se klientům samozřejmě slušně a s respektem, ale nikdy jsem si nikoho neoblíbil jako třeba babičku, takže se u mě nemělo moc, co měnit.“* I8 také zaznamenal změnu v prožívání, ale zcela jinou než ostatní informanti: *„Změnilo se to hodně, jelikož nyní klienty znám, mám je ráda, prožívám s nimi jejich radosti, máme společné aktivity, brečíme spolu, pokud se něco děje. Mimo jiné znám také více rodiny a člověk následně při předání pozůstalosti je ještě více zničen tím, jak je zničena rodina.“*

### **TO9: Jakým způsobem se obvykle dozvídáte o úmrtí klienta?**

Každý z informantů zmínil, že se tuto informaci dozvídá nejčastěji od zdravotnického personálu, ať už osobně nebo telefonicky. Dále poté většina informantů odpověděla, že jim to oznamují pečovatelé, rodiny klientů, či nemocnice, pokud byl klient hospitalizován. I2, I5 a I8 se svěřili s informací, že u úmrtí klienta někdy bývají osobně, bývá to v případech, kdy je smrt očekávána. Konkrétně I2 tvrdil: *“Když je ta smrt*

*očekávaná, tak jsem přímo u toho, držím klienta za ruku, hladím ho po hlavě a snažím se mu ten odchod udělat co nejpříjemnější.“*

**TO10: Myslíte si, že byste smrt klienta prožíval/a jinak, pokud byste byl/a osobou, která klienta nalezne mrtvého jako první?**

U odpovědí na tuto tazatelskou otázku se informanti rozdělili do dvou táborů. Jedna polovina informantů se domnívá, že ano, a to mnohem víc emotivněji. Z toho jeden informant poznamenal, že už se mu to dokonce stalo a popsal celou situaci: *„To se mi vlastně stalo jednou za ta léta. To byl zrovna klient, se kterým jsem neměl nějak zvláště velké sympatie. Já jsem mu nesl na pokoj dopis a našel jsem klienta ležícího na zemi, tak jsem k němu běžel. Ptal jsem se: „Co vám je? Slyšíte mě?“. Klient však nedýchal, tak jsem zavolal sestru. Sestra sice řekla, že musíme počkat na konstatování koronera, ale bylo nám jasné, že je již po smrti. Pro mě to byl vlastně takhle první kontakt přímo se smrtí klienta a musím říct, že mě to ovlivnilo v ten moment, bylo to takové jiné. Byl to divnej pocit, protože já jsem do té doby ještě neviděl nikoho mrtvého na vlastní oči. Byl to pro mě prostě šok.“* I8 tuto situaci ještě osobně nezažil, ale vyjádřil, v čem si myslí, že by to bylo jiné: *„Myslím si, že by to byla mnohem víc psychicky náročná situace. Pokud člověk po smrti klienta nevidí, může si ho uchovat takový, jaký byl. Po smrti už ten člověk nebývá moc hezký, ne vždy vypadá jako jen spící, což může člověka podle mě rozhodit.“* Druhá polovina informantů odpověděla, že by v této situaci smrt neprožívala jinak, jelikož už všichni v této situaci někdy byli, někteří i opakovaně. Je to ovlivněno tím, že všichni z těchto informantů mají za sebou již více let praxe. Příkladem může být odpověď I5: *„V tuto chvíli ne, možná před těmi lety praxe bych se zarazila a lekla. Na tyto situace se u nás školí. Probíhá tu seminář paliativy, všechny pracovníky bereme k tomu, všichni tím procházíme, ať se nezalekneme.“*

**TO11: Jaké emoce ve Vás informace o úmrtí klienta vyvolá?**

Informace o úmrtí klienta vyvolává v informantech mnoho emocí. U většiny informantů však dominoval „smutek“. Často také byla zmiňována „úleva“, I6 se podělil i o příklad úlevové emoce: *„Někdy je to opravdu úleva, když vím, že to klientovo setrvávání tady bylo trápení, že ten člověk chtěl odejít, ale prostě nemohl odejít, medicína je na takové výši, že kolikrát udržuje při životě člověka, který by již chtěl odejít, který už zdravotně i po jiných stránkách na to nemá, ale prostě třeba kardiostimulátor ho udržuje při životě a on nemůže odejít, musí ještě tady setrávat, dokud ho ta medicína nepustí.“* I2 uvedl také

pojmy „soucit, osvobození, šok“. Myšlenky jediného I3 se obracely zcela jiným směrem než ostatních informantů: „*Emoce, jak jsem říkal, žádné, spíš, to je trošku možná blbě řečeno, z pohledu té pracovní stránky, že se uvolnilo další místo a budu muset tedy hledat dalšího. Třeba v současné covidové situaci toho bylo trošku víc, takže bylo problém to všechno umístit, než se to obsadilo. Takže to pro mě znamená spíš další práci navíc, řekněme.*“

**TO12: Zemřel ve Vašem zařízení někdy klient, kterého jste považoval/a za blízkého?**

**Pokud ano, jak jste jeho úmrtí prožíval/a?**

Většina informantů zodpověděla, že se v této situaci již ocitla. Prožívání úmrtí toho daného klienta nesli všichni velmi těžce. I8 se dokonce svěřil následovně: „*Byla to pro mě chvíle šoku, pak přišlo vstřebávání a následně obrovská vlna smutku. Klientka neměla rodinu, proto si myslím, že mě brala také jako blízkou osobu. Bylo pro mě velmi složité zachovat si profesionální přístup při vyřizování všech náležitostí. V jednu chvíli to za mě musela vzít kolegyně. Nyní na ni vzpomínám s úsměvem.*“ I6 popsal následovně své prožívání úmrtí klienta, kterého považoval za blízkého: „*Tak člověk, jak to my ženy máme, si pobřečí, nebo naopak to potlačí místo toho breku, a pak si pobřečí u nějaký úplný blbosti.*“ I5 se podělil ještě o svou zkušenost, když mu umřel blízký klient: „*Z počátku jsme chodily i na pohřby, ale to nebylo nejlepší, protože u nás nedocházelo k takovému vyrovnání, tak jsme si pak s kolegyní pobřečely.*“ I7 podotknul, že v zařízení měl oba své prarodiče, jejichž odchod bolel. Vyloženě blízkého klienta, který by s ním však nebyl pokrevně spojen, nikdy neměl. Přiznal se však, že hůře prožívá úmrtí klientů, které znal už dříve z osobního života: „*Jsmo relativně malé zařízení, tak se mi stává, že některé ty nově přichází klienty již znám z dřívějšího z osobního života, třeba že ten daný pán či paní byli ze stejné vesnice jako já, tam to úmrtí prožívám intenzivně s porovnáním s klienty, které jsem poznala až zde.*“ I1 a I3 nikdy žádného ze svých klientů nepovažovali za blízkého, jelikož si snaží udržovat profesionální odstup.

**TO13: Popište mi, jak vnímáte smrt očekávanou, a jak smrt náhlou?**

Většina informantů vidí očekávanou smrt jako tu, u které je výhoda, že se na ní dá připravit, smrt náhlou má spojenou s momentem překvapení. Zajímavý pohled má I5: „*Na smrt očekávanou jsme připraveni, pomůžeme klientovi ho přepravit na ten druhý břeh a komunikujeme s jeho rodinou. Neočekávaná může být sice překvapující, ale je v podstatě dobrá ve chvíli, kdy třeba člověk zemře v klidu ve spánku, což si třeba i dříve*



*přál. “ Očekávaná smrt je většinou informantů považována také za vysvobození a úlevu. I3 uvedl: „Očekávanou smrt většinou víme z porad. Většinou je ten umírající velmi nemocný člověk. Kolikrát si říkám, že už by bylo dobré, aby ta smrt přišla co nejdříve, když vidím, jak se ten člověk trápi, je vlastně takovým vězňem ve svém těle.“ I1 a I8 nijak zvlášť tyto dva typy smrti nerozlišují. I1 odpověděl: „Když pomínu moment překvapení je to totožné.“ I8 se vyjádřil následovně: „Smrt očekávaná je pro mě stále smrt. Asi v tom moc velký rozdíl ve svém zaměstnání nevidím. Tak nějak se tu s tím, že člověk zemře, počítá, i přestože je to náhlé.“*

#### **TO14: Jaký vliv má stres z Vašeho osobního života na Vaše prožívání úmrtí klienta?**

Všichni informanti se shodli na tom, že si stres z osobního života snaží nepouštět do toho profesního. Většina odpověděla, že žádný. I6 a I7 přiznali, že když už, tak se spíše stres z profesního přesouvá do osobního života, nikoliv naopak. I6 okomentoval situaci následovně: *„Tak já musím říct, že ten stres z mého osobního života není v mém profesním životě tak zásadní. Jednak ho asi umím filtrovat, možná nebyl až tak masivní dosud, spíš je to naopak, že ten stres z toho profesního se promítá do osobního. Myslím, že dokážu ten soukromý život při příchodu do práce zpracovat natolik, že se neprojevuje, maximálně třeba nějaká únava, ale nějaký stres, starosti ne.“* I4 připustil, že k částečnému proniknutí stresu z osobního života může dojít: *„Já jsem se naučil nebo já se to učím furt oddělovat práci a osobní život, vytvořit si nějaký zdi mezitím, co si nechám k sobě pustit z toho osobního do pracovního a naopak. Ne vždy se mi to povede samozřejmě, jsme jenom lidi.“* I8 se stejně jako ostatní informanti snaží oddělovat osobní a profesní život, svěřil se však s tímto: *„Pokud se jakýmkoliv způsobem necítím dobře, mám kolegyni, se kterou si navzájem vypomůžeme.“*

#### **TO15: Prožívají smrt dle Vašeho názoru lépe sociální pracovníci nebo sociální pracovnice? a proč?**

Většina informantů se shodla na tom, že prožívání smrti není o pohlaví, ale o povaze daného člověka. I6 uvedl: *„Když vezmu někoho blízkého, tak si záleží opět, jak s tím člověkem byli spjatí, takže si myslím, že ať je sociální pracovník nebo sociální pracovnice, tak pokud vám ten člověk byl blízký, tak zarmoucení a smutní z toho budou asi stejně, akorát ženská si pobeře a ten chlap nevim, co ten bude dělat, možná si taky pobeře, ale to nedokážu říct. Jsou chlapi, co si taky pobeře, tak doufám, že i jim to třeba pomůže.“* I1 a I3 se shodli na tom, že více emočně prožívají úmrtí sociální pracovnice, tedy ženy.

Příkladem může být názor I1: „*Pokud se otázkou ptáte, koho smrt více emočně zasáhne, pak sociální pracovníce. Snad proto, že jsou ovlivněny mateřským pudem, a všeobecně vyšší emoční citlivostí.*“

## **Shrnutí DC2**

Dva z informantů si již po letech praxe první úmrtí svého klienta nepamatují, jeden se však domnívá, že vzhledem k jeho tehdejší krátké době praxe zemřelého klienta ještě dostatečně neznal, takže ho to zřejmě moc nezasáhlo. Jeden informant potvrdil tuto domněnku a uvedl také, že na prvním úmrtí klienta byla psychicky nejnáročnější následná komunikace s jeho pozůstalými. Tři z informantů označili první úmrtí svého klienta za nečekané, vzpomínali na náročnost celé situace, zejména pak také na předchozím informantem zmíněnou psychicky náročnou komunikaci s pozůstalými. Dva informanti si vzpomněli na svou tehdejší obavu ze smrti, jelikož smrt pro ně v profesním světě byla něčím novým. Většina informantů uvedla, že s jejich rostoucími lety praxe smrt svých klientů prožívají lépe, dva informanti za své lepší zvládnutí prožívání úmrtí svých klientů vděčí vzdělávání v oblasti paliativní péče. Jeden informant uvedl, že na jeho vliv prožívání úmrtí má i to, že mu v průběhu praxe sociálního pracovníka již zemřeli jeho nejbližší. Jiný informant zase zmínil, že jeho prožívání úmrtí neovlivnila ani tolik jeho profese, jako spíše měnící se náhled člověka na život s jeho rostoucím věkem. Dva informanti nezaznamenali nějakou změnu s jejich lety praxe, jeden z toho důvodu, že profesi sociálního pracovníka vykonává zatím pouze rok. Jeden informant uvedl, že s přibývajícím lety praxe naopak více prožívá úmrtí svých klientů, jelikož je lépe zná. Informaci o úmrtí klienta se všichni informanti nejčastěji dozvídají od zdravotnického personálu osobně nebo telefonicky. Dále poté většina informantů odpověděla, že jim to oznamují pečovatelé, rodiny klientů, či nemocnice, pokud byl klient hospitalizován. Tři z informantů někdy bývají přímo u úmrtí osobně. Polovina informantů si uvedla, že si myslí, že by jejich prožívání úmrtí klienta bylo jiné, více intenzivní, když by byli prvními lidmi, kteří klienta naleznou mrtvého, jeden informant z této poloviny se dokonce do této situace již dostal. Druhá polovina informantů by v této situaci smrt neprožívala jinak, jelikož už všichni v této situaci někdy byli, někteří i opakovaně. Je to ovlivněno tím, že všichni z těchto informantů mají za sebou již více let praxe. Co se týká emocí, které informace o úmrtí klienta v informantech vyvolá, tak nejčastěji byly zmiňovány „smutek, úlevové emoce“. Jeden z informantů také zodpověděl „soucit, osvobození, šok“. Myšlenka jednoho informanta byla dokonce taková, že informace o úmrtí klienta v něm

spíše než emoce, vyvolá signál pro zaplnění místa v domově novým klientem. Většina informantů odpověděla, že se dostala již do situace, kdy jim zemřel klient, kterého považovali za blízkého. Prožívání úmrtí tohoto daného klienta nesli všichni velmi těžce. Jeden informant se svěřil, že v zařízení měl oba své prarodiče, jejichž odchod bolel. Vloženě blízkého klienta, který by s ním však nebyl pokrevně spojen, nikdy neměl. Přiznal se však, že hůře prožívá úmrtí klientů, které znal už dříve z osobního života. Dva z informantů nikdy žádného ze svých klientů nepovažovali za blízkého, jelikož si snaží udržovat profesionální odstup. Většina informantů vidí očekávanou smrt jako tu, u které je výhoda, že se na ní mohou připravit, smrt náhlá je spojena s momentem překvapení. Jeden informant označil smrt náhlou za dobrou v případě, že klient zemře v klidu ve spánku. Očekávanou smrt většina informantů považuje také za vysvobození a úlevu. Dva z informantů nijak zvláště tyto dva typy smrti neodlišují. Stres z osobního života si všichni tázaní informanti snaží nepřipouštět do života profesního, většina z informantů odpověděl, že jejich stres z osobního života nemá vliv na vnímání úmrtí klienta. Dva připustili, že k tomu může dojít, ale snaží se právě tyto dva světy, profesní a osobní, oddělovat. Dva se svěřili s tím, že to mají spíše naopak, že si spíše pustí věc profesní do osobního života. Na otázku, zdali smrt lépe prožívají sociální pracovníci nebo sociální pracovnice, odpověděla většina informantů tak, že si nemyslí, že je to o pohlaví, ale spíše o povaze daného člověka. Dva z informantů uvedli, že smrt dle nich více emočně zasáhne ženské pohlaví z důvodu vyšší emoční citlivosti.

### **8.3. DC 3: Zjistit, jak se sociální pracovníci v DS a DZR vyrovnávají s úmrtím svých klientů.**

Třetí dílčí cíl má za úkol proniknout do oblasti vyrovnávání se sociálních pracovníků v DS a DZR s úmrtím svých klientů. Konkrétně zkoumá, jak moc je náročné pro sociální pracovníky vyrovnat se s úmrtím klienta, jestli ovlivňuje věk zesnulého klienta a vztah se zesnulým klientem jejich vyrovnání se se smrtí. Zjišťuje, jakým způsobem se sociální pracovníci vyrovnávají se smrtí klienta, a co je pro ně nejučinnější, také dobu vyrovnávání se s úmrtím klienta, jestli toto vyrovnávání je ovlivněno nějak vírou sociálního pracovníka, a otevře se i téma náročnosti jednání s příbuznými zemřelého klienta, které už bylo v jednom z předchozích dílčích cílů nastíněno.

**TO16: Jak je pro Vás psychicky náročné vyrovnat se s úmrtím klienta?**

I1, I3 a I5 uvedli, že to pro ně není náročné. Příkladem může být tvrzení I1: *„Nenáročné, vím, kde pracuji, a že v tomto prostředí lidé umírají.“* I6 a I7 poznamenali, že kvůli rychlosti dnešní doby kolikrát ani není čas na nějaké vyrovnávání se. Příkladem může být vyjádření I6: *„Díky rychlosti dnešní doby je to lehčí. Myslím si, že kdyby všechno bylo rozváznější, pomalejší a člověk měl víc času se vším víc zabývat, svým nitrem a přemýšlet nad věcmi, tak by to bylo horší. Jak všechno letí a rychle se vše mění, jak rychle musíte fungovat, když jeden odejde, tak už chystáte místo pro dalšího a u toho další spousta věcí se děje, tak určitě to nemá takový vliv na vás, protože ta doba vás prostě sebere sebou a nemáte čas se nějak rozjímat.“* K tomuto názoru se částečně přidal i I4, když vzpomínal na rychlost a četnost úmrtí v předchozím zařízení, kde pracoval, nyní však již má více času na to psychicky náročné vyrovnávání. I2 a I8 uvedli, že záleží na několika faktorech, které rozhodují o té náročnosti. I8 uvedl příklad: *„Záleží na tom, jak moc mi ten klient byl blízký a také na okolnostech předání pozůstalosti. Jsou dny, kdy je to pro mne trochu náročnější a jsou dny, kdy mohu říct, že je to v pořádku, a jde se dál.“*

**TO17: Ovlivňuje Vaše vyrovnávání se se smrtí věk zesnulého klienta? Pokud ano, tak jak?**

U většiny informantů věk zemřelého klienta nemá vliv na jejich vyrovnávání se s jeho smrtí. I2 uvedl: *„Ne, moji klienti jsou víceméně všichni staří lidé, ve většině případech jsou i nemocní tou demencí, takže nějaké roky mezi nimi opravdu nerozlišuji.“* Velmi podobný názor s I2 má i I8. I3, I6 a I7 považují za podstatnější faktor při vyrovnávání se se smrtí klienta jeho zdravotní stav než jeho věk. I6 to objasnil následovně: *„Když to berete fyziologicky, tak někdo může být zachovalej po devadesátce, někdo v pětadesátce vypadá jak prostě stařena. Když to vezmete z pohledu zdravotního stavu, tak je to to samé. Jsou čilí devadesátníci a naprosto imobilní a špatní šedesátníci v terminálním stadiu, takže primárně asi ten věk v tomhle u mě nehraje takovou roli. Hůř bych se v tomhle případě vyrovnávala se ztrátou toho devadesátníka zřejmě, u toho mladšího by to bylo vysvobození.“* Pro I1, I4 a I5 věk určitým faktorem ovlivňujícím vyrovnávání se se smrtí je. I4 uvedl: *„Jistě. Jakmile zemře klient, kterému je třeba 65, tak to je prostě škoda. Jakmile zemře člověk, kterému je 95 třeba, tak tam si říkám, že je to přirozené, že je fajn, že se dožil tak vysokého věku.“*

**TO18: Ovlivňuje Vaše vyrovnávání se se smrtí klienta Váš vztah s tímto klientem? Pokud ano, tak jak?**

Polovina informantů odpověděla, že ne, z důvodu takového, že se snaží mít s klienty jen profesionální vztah. I3 uvedl: „*Jak říkám, mám to na té profesionální úrovni. Jsou klienti prostě a já tu smrt stejně nějak nemohu ovlivnit, tak proč bych se tím měl nějak trápit.*“ Jen I7 uvedl, že ačkoliv se snaží udržovat profesionální vztah s klientem, tak když jeho klienty byli jeho prarodiče, tak to vyrovnávání bylo pochopitelně náročnější. Druhá polovina informantů určitý vliv uvědomuje. I4 a I8 jsou si vědomi toho, že vztah s klientem jejich vyrovnávání se s jeho úmrtím ovlivňuje hodně. Když je s tím klientem vztah bližší, tak je to vyrovnávání delší a složitější. I4 ještě podotkl: „*Snažím se na sobě pracovat, abych si líp nastavil ty hranice, kam to pustím a kam nepustím.*“ I2 a I6 dodali, že mimo vztah s klientem je jejich vyrovnávání se s jeho smrtí také ovlivněno odchodem klienta. I6 termín „odchod klienta“ blíže popsal: „*V jakém duchu klient odešel, jestli byl s rodinou, nebo jestli naopak ta rodina vše propásla a nestihla se s ním rozloučit, jestli ten klient měl možnost odejít u nás, nebo byl dlouhodobě hospitalizován. Vyrovnávání je pro mě třeba horší, když se s klientem nestihnu rozloučit.*“

#### **TO19: Co děláte pro to, abyste se vyrovnal/a se smrtí klienta? Co Vám pomáhá nejvíce?**

Polovina informantů uvedla, že jim nejvíce pomáhá relaxování např. oblíbená hudba, sport, četba, procházky přírodou, rodina, přátelé. I5 uvedl dokonce i své dvě kočky, které jsou takové jeho „antistresory“. I3 zmínil i psychohygienu. I2 se vyrovnává se smrtí klienta již ve chvíli, kdy umírá, když je tedy smrt očekávaná, tak se vždy u něj snaží být do poslední chvíle. Své vyrovnávání popsal následovně: „*Potřebuji čas na smíření s jeho odchodem. Tím, že se mu snažím udělat co nejpříjemnější odchod, zajišťuji rozloučení s rodinou, při klientově umírání u něj vždy někdo sedí, necháváme otevřené okno, tím je poté pro mě vyrovnávání příjemnější.*“ I6 a I7 se vyrovnávají se smrtí klienta obdobně, a to příjmem nového klienta. I6 se vyjádřil následovně: „*Tak ta zahlcenost, protože ta zahltní vaše smysly a tolik nad věcma nedumáte. Jako není to vyloženě pozitivní věc, protože v tom celku to není dobrý. Ale prostě se věnujete jiným věcem, adaptujete nové klienty třeba.*“ I7 ještě dodal citaci: „*Na každém konci je hezké, že něco nového začíná.*“ I4 shledává nejlepším způsobem svého vyrovnávání komunikaci s rodinou zemřelého. I4: „*Té rodině řeknu, že jsme toho zemřelého člověka měli rádi, že jsme pro něj udělali vše, co jsme mohli. Tak to je pro mě jakoby takový zadostiučinění v tom jako, kdy se s tím dokážu vyrovnat, protože vim, že já osobně i ty ostatní v té práci jsme udělali, co jsme mohli a snažili jsme se tomu člověku nějak pomoci. Takže to to mi s tím vyrovnáváním se*

*pomáhá, že se ohlídnu zpátky za tou prací, kterou jsem pro toho člověka vykonal a buď mám z toho dobrý pocit, nebo si říkám, že jsem mohl udělat víc. Ale takové momenty, kdy si říkám, že jsem mohl udělat víc, tak těch moc nemívám. Nechci se chválit, ale takové výčitky jsem ještě neměl v rámci své profese. “*

#### **TO20: Jak dlouho obvykle trvá Vaše vyrovnávání se smrtí klienta?**

Co se týká doby vyrovnávání se smrtí klienta, tak časové rozmezí bylo dle odpovědí informantů velmi široké. I3 odpověděl, že se vyrovnávat nemusí, že tedy nemá žádnou dobu. I1 a I7 uvedli 24 hodin. U I5 je to zhruba týden. I4 se vyrovnává se smrtí klienta cca 2 dny. I2 se domnívá, že jeho vyrovnávání bývá velmi rychlé, ale přesný časový údaj říct nedokáže. I4, I8 berou v potaz faktor jejich vztahu s klientem, což samozřejmě mění tu dobu vyrovnávání se. I8 uvedl: *„Opravdu to záleží na mém vztahu s klientem, na tom, jak dlouho jsme se znali, na všech okolnostech, které to úmrtí provázelo, na přístupu rodiny. Obvykle si myslím, že to je tak 2 dny až týden. A pak si na ty klienty vzpomenu při určitých situacích. “*

#### **TO21: Ovlivňuje Vaše vyrovnávání se se smrtí Vaše víra? Pokud ano, tak jak?**

Odpovědi informantů byly zde velice rozdílné. Pouze I2 věří v Boha: *„Víra v Boha mě naučila se smrti nebát. Smrt je přirozená součást života. Člověk, který odejde, neodejde navždy, ale je tu stále se svými blízkými. “* I1, I8 a I3 nejsou věřící, ani si nejsou vědomi nějaké své jiné víry, tudíž se zdrželi odpovědi. I6 se domnívá, že spíše, než víra ho ovlivňuje lidská podstata: *„Spíš asi to ovlivňuje to, jakej jsem člověk, jakou mám podstatu, ale víra vyloženě ne. Jako kdysi jsem četla nějakou knížku o cestování časem, tak jsem si říkala, jestli nemůže něco takovýho existovat, ale to je spíš jenom taková berlička v době, kdy se vyrovnáváte s nějakým těžko srovnatelným faktem, jako je třeba ta smrt. “* I7 uvedl, že věří v posmrtný život: *„Ulehčuje mi to vyrovnávání. Po smrti vždy otevírám okno pro duši. Například věřím, že když zemřelý člověk byl zlý, tak jeho duše letí někam, kde nenajde klid. “* Podobnou myšlenku měl také I5: *„Myslím si, že to moje víra ovlivňuje, vyrovnávání je pak snazší. Spíš to beru jako něco přírodního rázu s tím, že skutečně zůstává ta tělesná schránka, ale otázkou je, co se pak děje s tou energií. “* I4 uvedl, že je jeho vyrovnávání ovlivněno nějakou jeho osobní vírou, kterou je podmaněno i celé jeho vnímání smrti, konkrétně však není schopen udat příklad.

#### **TO22: Jak je pro Vás psychicky náročné jednání s příbuznými zemřelého klienta?**

Všichni informanti se shodli na tom, že to není příjemná situace. Většina informantů považuje tuto činnost za psychicky nejnáročnější ze všech úkonů, co sociální pracovník v DS a DZR vykonává. I4 kvůli tomu dokonce i na začátku své praxe zvažoval, jestli je skutečně tato profese pro něj vhodná. Polovina informantů tvrdí, že ta psychická náročnost se odvíjí od psychického stavu rodiny zemřelého. I3 uvedl: „*Liší se to podle toho, jestli ty rodiny nebo příbuzní reagují hodně emotivně, jak moc mají v sobě stres ty lidi, a třeba i vztek díky bohu stresu, někdy se ten vztek snaží vylejt na nejbližší osobu, se kterou se potkají, i když ta za tu smrt nemůže. Je to opravdu individuální. Ale ve většině případech, když jsou už předem telefonicky informováni, tak z nich nějaké ty emoce vyprchají, takže se to dá zvládnout relativně v klidu.*“ I8 podotýká, že hodně důležitý je také vztah sociálního pracovníka s rodinou klienta již v době běžného pobytu klienta v domově: „*Pokud s tou rodinou běžně jednáme, tak už poté částečně vím, jak na ně, to ulehčuje potom tu komunikaci po úmrtí jejich rodinného příbuzného.*“ I2 se snaží rodiny umírajících informovat předem a připravovat je postupně na to nejhorší, aby poté to jednání po úmrtí klienta již nebylo tak „nadupané“ nezpracovanými emocemi. I5 nepovažuje díky své dlouholeté praxi a sebevzdělávání v oblasti paliativní péče tuto disciplínu za nějak zvláště psychicky náročnou.

### **Shrnutí DC3**

Pro tři z informantů není psychicky náročné vyrovnávání se s úmrtím svého klienta, dva informanti se domnívají, že jejich vyrovnávání je snazší z důvodu rychlosti dnešní doby, zkrátka a dobře, jelikož na nějaké vyrovnávání není dostatek času. Dva informanti uvedli, že psychickou náročnost vyrovnávání smrti klienta ovlivňují různé faktory např. vztah s klientem, komunikace s pozůstalými, těmto faktorům se věnovaly další tazatelské otázky. Co se týká věku zesnulého klienta, tak většina informantů uvedla, že tento faktor neovlivňuje jejich vyrovnávání se s úmrtím daného klienta. Tři informanti považují za podstatnější faktor, který by ovlivnil jejich vyrovnávání, zdravotní stav klienta. S tím, že lépe by se vyrovnávali se ztrátou klienta, který je sice mladší, nicméně se trápí v terminálním stadiu. Tři informanty skutečně vnímají vliv věku zemřelého klienta na jejich vyrovnávání se s jeho smrtí. U mladšího klienta je to považováno za škodu, u staršího za přirozenost. Dále poté polovina informantů uvedla, že jejich vztah se zesnulým klientem neovlivňuje jejich vyrovnávání se s jeho smrtí, jelikož si zakládají na udržování profesionálního vztahu s klientem. Pouze jeden z nich uvedl výjimku, kdy klienty byli jeho vlastní prarodiče, to pochopitelně vyrovnávání informanta bylo

složitější. Druhá polovina informantů uznala, že jejich vztah se zesnulým klientem ovlivňuje jejich vyrovnávání se se smrtí klienta. Dva informanti podotkli, že ten vliv je dokonce hodně veliký. Další dva informanti ještě dodali, že je ovlivňuje také, jakým způsobem, a za jakých okolností je klient opustil, např. nestihnout se rozloučit s klientem může znamenat horší vyrovnávání se s jeho smrtí. Informanti se také podělili o to, jakými způsoby se vyrovnávají se smrtí svého klienta, polovina informantů uvedla, že jim nejvíce pomáhá relaxování např. oblíbená hudba, sport, četba, procházky přírodou, rodina, přátelé. Velice netradiční byl způsob vyrovnávání se dvou informantů, kteří odpověděli, že kvůli rychlosti dnešní doby se vyrovnávají příjmem nového klienta. Na vyrovnávání totiž pak nezbyvá dostatek času. Jeden informant se vyrovnává se smrtí klienta již ve chvíli, kdy klient umírá. Když je tedy smrt očekávaná, tak se vždy u něj snaží být do poslední chvíle. Dalšímu zase pomáhá s vyrovnáváním komunikace s rodinou zemřelého, ujištění rodiny, že pro klienta bylo uděláno maximum. Co se týká doby vyrovnávání se smrtí klienta, tak časové rozmezí bylo dle odpovědí informantů velmi široké. Jeden informant se vyrovnávat nemusí, dva uvedli, že vyrovnávají 24 hodin, jeden informant se vyrovnává s úmrtím svého klienta cca týden, další informant pro změnu 2 dny. Jeden informant podotkl, že jeho vyrovnávání bývá rychlé, nicméně bližší časový údaj neudal. Dva informanti berou v potaz faktor jejich vztahu s klientem, což samozřejmě mění jejich dobu vyrovnávání se. Na otázku týkající se vlivu víry na vyrovnávání se se smrtí klienta informanti odpovídali různě. Tři z informantů se zdrželi odpovědi, jelikož nejsou věřící, a dokonce si nejsou vědomi, že by vyznávali nějakou jinou víru. Pouze jeden informant věří v Boha, díky čemuž se domnívá, že člověk, který odejde, neodejde navždy, ale zůstává tu se svými blízkými. Dalšího informanta spíše než víra, ovlivňuje jeho lidská podstata. Našel se i informant, který cítí vliv své víry v posmrtný život na vyrovnávání se s úmrtím klienta, přičemž ještě podobnou myšlenku posmrtného života měl i jiný informant. Zazněla také myšlenka dalšího informanta o tom, že jeho vyrovnávání je ovlivněno nějakou jeho osobní vírou, kterou je podmaněno i celé jeho vnímání smrti, konkrétně však nebyl schopen udat příklad. Vzávěru byla zkoumána psychická náročnost jednání sociálních pracovníků s pozůstalými. Všichni informanti se shodli na tom, že to není příjemná situace. Většina informantů považují tuto činnost za psychicky nejnáročnější ze všech úkonů, co sociální pracovník v DS a DZR vykonává. Pouze jeden informant nepovažuje kvůli své dlouholeté praxi a sebevzdělávání v oblasti paliativní péče tuto disciplínu za nějak zvláště psychicky náročnou.



# Diskuse a závěr

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jak ovlivňuje úmrtí klientů sociální pracovníky v DS a DZR za pomoci tří dílčích cílů, které měly za úkol vyzkoumat pohledy sociálních pracovníků v DS a DZR na smrt, jakým způsobem tito sociální pracovníci prožívají smrt svých klientů, a jak se vyrovnávají s úmrtím svých klientů.

Teoretickou část jsem rozdělila do šesti kapitol. První kapitola se věnovala definicím pojmů „senior“, „smrt“, „domov pro seniory“, „domov se zvláštním režimem“ a „sociální pracovník v pobytových zařízeních“, všechny tyto pojmy poté provázely čtenáře celou prací. Druhá kapitola se věnovala již konkrétním činnostem sociálního pracovníka v DS. Následovaly výčty činností sociálního pracovníka při příjmu nového klienta, v průběhu poskytování sociální služby a při ukončení pobytu klienta v DS. Celá podkapitola byla zasvěcena vztahu sociálního pracovníka s klientem, jelikož to je jeden z faktorů, který ovlivňuje prožívání smrti klientů sociálním pracovníkem, to nakonec potvrdil i můj výzkum. Třetí kapitola zmínila další možné faktory, a to typ smrti, věk zemřelého a truchlícího, osobnostní faktory, pohlaví truchlícího, víru truchlícího, sekundární stres a dřívější zkušenost se smrtí a truchlením. Dále bylo vymezeno vyrovnání se se smrtí a uvedeno jeho několik jeho typů. Své místo v mé práci také našlo truchlení, uvedeno bylo několik typů a fází truchlení, jako například šok a otřes, sebekontrola, regrese či adaptace. Kromě „normálního“ truchlení může dojít i ke komplikovanému neboli patologickému truchlení. Čtvrtá kapitola byla čistě statistického rázu. Seznámila s úmrtností v ČR dle věku, dle pohlaví, dle místa úmrtí. Věk nejčastěji umírajících osob se v ČR za posledních 50 let zvedl z 70-74 let na 85-89 let. Nižšího věku se dožívají muži. Přímo v sociálních zařízeních nebývají úmrtí tak častá. Domnívám se, že značná část klientů těchto sociálních zařízení zemře v nemocnicích, které jsou nejčastějším místem úmrtí. Toto poznání by souhlasilo i se zjištěním z empirické části, jelikož pouze informanti z dvou domovů uvedli, že přikládají značnou důležitost paliativní péči, a tak hospitalizují své klienty jen v ojedinělých případech. Tato kapitola se zabývala i nejčastějšími příčinami úmrtí v ČR. Za velice překvapivé považuji, že nemoci oběhové soustavy jsou častější příčinou úmrtí než novotvary. Kapitulu ukončila podkapitola týkající se covidu-19 jakožto příčiny úmrtí v ČR. V době psaní této práce se nemoc covid-19 zařadila mezi nejčastější příčiny úmrtí a počet obětí dále dramaticky rostl. Pátá kapitola stručně popsala vybrané DS a DZR, ve kterých proběhl výzkum se sociálními

pracovníky. Jednalo se konkrétně o Domov u Biřičky, Domov Unhošť, G-Help z.ú., SeneCura SeniorCentrum Havířov, Diakonii Písek, Domov seniorů Fénix, Domov Barbora Kutná Hora a Domov Sluníčko. V závěrečné kapitole byly shrnuty veškeré poznatky z celé teoretické části.

Druhou částí byla část empirická, která měla za úkol rozšířit poznatky z teorie o poznatky z praxe. Jak už jsem zmínila, hlavní cíl byl rozdělen do tří dílčích cílů, tyto cíle byly pak zjišťovány za pomoci 22 tazatelských otázek. Transformaci dílčích cílů do tazatelských otázek byla věnována přehledná tabulka. Data jsem sbírala kvalitativní výzkumnou strategií, jako techniku jsem využila polostrukturovaný rozhovor. Dále jsem charakterizovala výzkumný vzorek, který byl záměrný. Jednalo se o osmici sociálních pracovníků a pracovníc z pěti krajů ČR se zastoupením tří mužů a pěti žen. Věkové rozmezí informantů bylo 25–67 let. Nejzkušenější informant pracoval v oboru již 21 let, naopak nejkratší praxe informanta byla pouze roční. Všem byla zaručena anonymita. Podrobně jsem také popsala průběh výzkumu a uvedla etické otázky výzkumu. Poslední kapitola empirické části patřila již interpretaci výsledků výzkumného šetření, která byla prokládána vybranými citacemi informantů. Interpretaci každého dílčího cíle uzavřelo shrnutí zjištěných údajů.

V rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že většina informantů si pod pojmem „smrt“ vybaví vesměs negativní záležitosti, což částečně položilo základ k domněnce, že vliv úmrtí klientů na sociální pracovníky by mohl být nepříznivý. Avšak polovina informantů došla k názoru, že jejich pohled na smrt je kvůli jejich profesi odlišný od pohledu společnosti, smrt totiž považují za běžnější a nebojí se o ní mluvit. Většina informantů shledává smrt starého člověka více přirozenou než smrt člověka mladého, se smrtí starého jsou smířenější. Toto zjištění koresponduje právě s tvrzením Kubíčkové, že je lidmi přijímána asi nejlépe smrt starých lidí, je totiž považována za něco normálního a přirozeného, naopak smrt osoby mladé nebo dítěte je považována za nepřirozenou, tragickou nespravedlnost (Kubíčková, 2001). Pouze jeden informant tyto obě tyto úmrtí vnímá stejně. V teoretické části zaznělo také tvrzení, že muži mají tendence své pocity neprojevat a skrývat své truchlení, to se ovšem v mém výzkumu nepotvrdilo. Nicméně zrovna dva informanti mužského pohlaví určili ženy jako ty, co složitěji prožívají smrt a dávají více najevo své emoce. Při shledávání rozdílu mezi úmrtím klienta a blízké osoby se většina informantů shodla na tom, že úmrtí blízké osoby je více emocionálně zasáhne.

Zvýšená úmrtnost spojená s onemocněním covid-19 pohled na smrt u většiny informantů neovlivnila.

Při vzpomínání na úmrtí prvního klienta má většina informantů v paměti spíše psychickou náročnost první komunikace s rodinou zemřelého. Informanti považují tuto činnost za psychicky nejnáročnější ze všech úkonů sociálního pracovníka. Vliv úmrtí na sociálního pracovníka je tak největší právě při této fázi. Většina informantů prožívá smrt klientů s přibývajícím lety praxe snáze. Lišily se pouze názory informantů, kteří praxi ještě nemají příliš dlouhou. Polovina informantů uvedla, že si myslí, že by jejich prožívání úmrtí klienta bylo více intenzivní, když by byli prvními lidmi, kteří klienta naleznou mrtvého, ale pouze jeden informant z této poloviny se do této situace již dostal. Zajímavé je, že z druhé poloviny informantů, která si nemyslí, že by je tato situace nějak více ovlivnila, se každý z informantů se v této situaci již ocitl, ba dokonce někteří i několikrát. Zde se jasně ukázal vliv praxe.

Většina informantů odpověděla, že se dostala již do situace, kdy jí zemřel klient, kterého považovala za blízkého. Prožívání úmrtí tohoto daného klienta nesli tito informanti velmi těžce. Zaznamenán byl také vliv rychlosti smrti, přičemž očekávaná smrt je většinou informantů považována za vysvobození a úlevu, zatímco ta náhlá v nich spíše vyvolá šok. Vliv stresu z osobního života se neprojevil, avšak někteří informanti přiznali, že zde spíše dochází k opačné korelaci. Stres z práce, který může být vyvolaný i úmrtím klientů, se jim přenáší do osobního života.

Vyrovnávání se se smrtí je u informantů značně rozličné. Pro tři z informantů není psychicky náročné. Jednalo se o tři informanty s naprosto odlišným počtem let praxe, konkrétně se jednalo o informanty s roční praxí, 11 lety praxe a s 22 lety praxe. Pro zbytek informantů má vliv na vyrovnávání mnoho dalších faktorů, jako je např. vztah s klientem či náročnost komunikace s pozůstalými. Co se týká věku zesnulého klienta, tak většina informantů uvedla, že tento faktor neovlivňuje jejich vyrovnávání se s úmrtím daného klienta, avšak tři informanti považují za podstatnější faktor při vyrovnávání se se smrtí zdravotní stav klienta. Vztah sociálního pracovníka s klientem má vliv na vyrovnávání se se smrtí klienta u poloviny informantů, zatímco druhá polovina to vyvrací, jelikož se snaží udržovat profesionální vztah s každým klientem. Vliv na toto vyrovnávání má také způsob odchodu a okolnosti úmrtí klienta. Způsobů, jakými se informanti vyrovnávají se smrtí klienta zaznělo mnoho, většinou to bylo klasické relaxování. Někteří informanti vyrovnávání nedávají prostor, protože jsou zaneprázdněni příjmem nových klientů. Doba

vyrovnávání se se smrtí klientů byla uvedena různá, pouze dva informanti se shodli, že jejich doba vyrovnávání činí v průměru jeden den. Pokud bych se měla zaměřit na vliv víry na vyrovnávání se sociálních pracovníků se smrtí klientů, tak jsem bohužel měla ve výzkumu pouze jednoho informanta hlásícího se k církvi. Je ovšem přesvědčen, že ho jeho víra ovlivňuje, se smrtí se vyrovnává lépe, poněvadž se domnívá, že člověk, který odejde, neodejde navždy, ale zůstává tu se svými blízkými.

Práce přinesla mnohé poznatky ohledně vlivu úmrtí klientů na sociální pracovníky. Spíše než věk či pohlaví sociálních pracovníků se ukázalo, že větší vliv na vnímání úmrtí klientů mají osobnostní faktory a rozmanitost prožité praxe sociálních pracovníků, což ne zcela odpovídá teorii. Za největší nedostatek považuji nedořešení otázky vlivu víry. Bohužel jsem neměla dostatek věřících informantů, avšak právě u vlivu víry na vnímání úmrtí klientů sociálních pracovníků vidím zajímavou možnost pro další práce. Pro takovou práci by byl ovšem potřeba dostatečný počet aktivně věřících informantů.

Má práce by mohla sloužit částečně jako podpora sociálním pracovníkům v podobných zařízeních, kteří se nevyhnutelně také setkávají se smrtí svých klientů. O tomto tématu se v naší společnosti stále příliš nemluví, a tak si myslím, že v této práci mohou sociální pracovníci nalézt zkušenosti a pohledy jejich kolegů z praxe, a podpořit je v tom, že nejsou sami, kteří se musí vyrovnávat s těmito situacemi.

# Zdroje:

## Knižní zdroje

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 78-80-262-0982-9.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5

CHRASTINA, Jan, Naděžda ŠPATENKOVÁ a Bianka HUDCOVÁ. *Náročné, krizové a mimořádné situace v kontextu rezidenčních služeb: umírání, doprovázení a smrt uživatelů se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-244-5725-3.

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5535-9.

KALVACH Zdeněk, ZADÁK Zdeněk, JIRÁK Roman, ZAVÁZALOVÁ Helena, SUCHARDA Petr. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0548-6.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3.

KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: Sociologie (ISV), 2001. ISBN 80-85866-82-x.

KUPKA, Martin (2008). *Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření*. E-psychologie [online]. 2(1), 23-35, [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf> >. ISSN 1802-8853.

- KUŘE, Josef (2004). *Filozofické poznámky k legislativě paliativní péče*. Zdravotnické právo v praxi 4 [online], s. 80–82. [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: <https://pravo.solen.cz/pdfs/pr/2004/04/04.pdf>
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
- MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.
- MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MÜHLPACHR, Pavel, ed. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
- NULAND, Sherwin B. *Jak lidé umírají: úvahy o závěrečné kapitole života*. Praha: Knižní klub, 1996. ISBN 80-7176-264-4.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.
- PALÁT, Milan, Jitka LANGHAMROVÁ a Lukáš NEVĚDĚL. *Socioekonomická demografie*. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2013. ISBN 978-80-7375-857-8.
- PEŠEK, Martin (2018). *Úmrtí pacienta v režimu paliativní péče*. Luctus - psychosociální péče o pozůstalé [online], s. 1-4. [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: [http://www.luctus.cz/downloads/Pesek\\_-\\_FN\\_Motol\\_2017\\_sbornik.pdf](http://www.luctus.cz/downloads/Pesek_-_FN_Motol_2017_sbornik.pdf)
- PETRUSEK, Miloslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5.

- PIKOLA, Pavel a Milan ŘÍHA. *Služby sociální péče v domovech pro seniory*. Praha: Námořní akademie České republiky, 2010. ISBN 978-80-87103-29-6.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- ROUBÍČEK, Vladimír. *Úvod do demografie*. Praha: Codex Bohemia, 1997. ISBN 80-85963-43-4.
- RYŠAVÝ, Dan. *Metody a techniky sociálního výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. Studijní texty pro distanční studium. ISBN 80-244-0577-6.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- STAN VAN HOOFT. *Life, Death, and Subjectivity: Moral Sources in Bioethics*. Rodopi, 2004. ISBN 90-420-1912-3.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2624-3.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5446-8.
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4453-7.
- TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.
- ULRICOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie: [monografie]*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.
- VYKOPALOVÁ, Hana. *Krize a psychosociální pomoc*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2007. ISBN 978-80-7318-621-0.
- VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3.

## Internetové zdroje

COHEN, D.; CRABTREE, B. (2006) Semi-structured Interviews. *Qualitative Reasearch Guidelines Project* [online]. July 2006, [cit. 2020-11-12] Dostupné z: <http://www.qualres.org/HomeSemi-3629.html>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2019a). *Zemřeli podle pohlaví a věku v letech 1919–2018* [online] [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/91917302/130055190801.pdf/bbab6ca4-2d8c-4d23-b54f-e9111cecf00?version=1.1>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2019b). *Zemřeli podle pohlaví, věku a místa úmrtí* [online] [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/121768536/13006720rf06.xlsx/c58f66cd-214f-4b54-9ffa-dad4d6dde10e?version=1.1>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2020a). *Počet zemřelých celkem podle čísla týdne v letech 2011–2020* [online] [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/138290016/obypzcr111820.xlsx/c991eba6-0568-4ffe-9d2b-4f77ffc03658?version=1.1>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2020b). *Česká republika podle pohlaví a věku (2010 - 2019)* [online] [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/121739358/130065200001.xlsx/97bde788-411a-48d2-a011-525552bbf15a?version=1.1>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2020c). *Naděje dožití aneb kolika let se můžeme dožít v našem kraji?* [online] [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xu/nadeje-dozeni-aneb-kolika-let-se-muzeme-doazit-v-nasem-kraji?fbclid=IwAR03ECrOhWuQbcUJN4NGGnUewovEAqGJ3aMqQd1QJCz3eZjy2Qkfs12ydjU>

DAŇKOVÁ, Šárka (2020). *Covid-19 a úmrtnost*, statistikaamy.cz [online] [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2020/08/24/covid-19-a-umrtnost>

DIAKONIE PÍSEK (2020) [online], [cit. 2020 -11-21] Dostupné z: <https://www.diakoniepisek.cz/>

DOMOV BARBORA KUTNÁ HORA (2020) [online], [cit. 2020 -11-21] Dostupné z: <https://www.domov-barbora.cz/>



DOMOV PRO SENIORY MÁJ ČESKÉ BUDĚJOVICE (2020). *Informace pro zájemcem*. [online] [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: <https://www.ddmajcb.cz/vetna-731-13/informace-pro-zajemce>

DOMOV SENIORŮ FÉNIX. (2020) [online], [cit. 2020 -11-21] Dostupné z : <https://www.domovfenix.cz/>

DOMOV SLUNÍČKO (2020) [online], [cit. 2020 -11-21] Dostupné z: <https://domovslunicko.ostrava.cz/>

DOMOV U BIŘIČKY (2020) [online], [cit. 2020 -11-21] Dostupné z: <https://www.ddhk.cz>

DOMOV UNHOŠŤ (2020) [online], [cit. 2020 -11-21] Dostupné z: <https://www.ddunhost.cz/>

G-HELP Z.Ú. (2020) [online], [cit. 2020 -11-21] Dostupné z: <https://ghelp.cz/>

KARDIOCHIRURGIE.CZ (2020). [online] [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: <https://www.kardiochirurgie.cz/ichs>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (2020). *COVID-19: Přehled aktuální situace v ČR* [online] [cit. 2020 -11-21] Dostupné z: <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19>

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ (2020) Model sociální služby, Domov pro seniory [online] [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: [https://koronavirus.msk.cz/assets/temata/eu/model\\_9\\_domov-pro-seniory.pdf](https://koronavirus.msk.cz/assets/temata/eu/model_9_domov-pro-seniory.pdf)

SENECURA SENIORCENTRUM HAVÍŘOV (2020) [online], [cit. 2020 -11-21] Dostupné z: <https://havirov.senecura.cz/>

SOCIÁLNÍ PRÁCE (2014). Zaostřeno na péči o seniory [online] Praha: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2014. [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=0&clanek=83>.

ZDRAVOTNICKYDENIK.CZ (2015). *Česko má nejnižší úmrtnost novorozenců do týdne života v Evropě* [online] [cit. 2020 -11-12] Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/04/cesko-ma-nejnizsi-umrtnost-novorozencu-do-tydne-zivota-v-evrope/>

## **Legislativní zdroje**

ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 505/2006 Sb.: Vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz*, 2020, ročník 2020, 164/2006. [cit. 2020-11-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz*, 2020, ročník 2020, 37/2006. [cit. 2020-11-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

# Seznam tabulek

Tabulka č.1. Vnímaní pojmu „senior“ .....	4
Tabulka č.2. Úmrtnost v ČR v roce 2019 dle pohlaví .....	21
Tabulka č.3. Úmrtnost v ČR v roce 2019 .....	23
Tabulka č.4. Deset nejčastějších příčin úmrtí v ČR za rok 2019.....	24
Tabulka č.5. Úmrtí osob s onemocněním COVID-19 dle KHS podle věkových skupin a pohlaví k datu 15. 11. 2020 v 23.59 h.....	27
Tabulka č.6. Tabulka transformace dílčích cílů do tazatelských otázek .....	36
Tabulka č.7. Tabulka informantů.....	39

# Seznam grafů

Graf č. 1.	Zemřelí podle věku v letech 1968 a 2018.....	20
Graf č. 2.	Počet úmrtí v souvislosti s onemocněním covid-19 .....	26