



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Umírání a smrt v domovech pro seniory z pohledu
sociálních pracovníků**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Lucie Balíková

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Umírání a smrt v domovech pro seniory z pohledu sociálních pracovníků“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2.5.2023

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Lence Motlové, PhD., za odborné vedení, za čas věnovaný této bakalářské práci a za cenné rady a praktické připomínky, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za jejich podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu studia. Na závěr bych chtěla poděkovat všem komunikačním partnerům, kteří byli ochotni podílet se na mém výzkumu v této bakalářské práci.

Umírání a smrt v domovech pro seniory z pohledu sociálních pracovníků

Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké postoje zaujímají sociální pracovníci v domovech pro seniory k umírání a smrti jejich klientů a jakým způsobem se sociální pracovníci vyrovnávají s tématem umírání a smrti. V praktické části bylo zodpovězeno na hlavní výzkumné otázky: Jaký postoj zaujímají sociální pracovníci k umírání a smrti v domovech pro seniory? Jaké strategie vyrovnávání se se stresem využívají sociální pracovníci v domovech pro seniory při setkání se se smrtí klientů?

Pro naplnění cíle byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie za využití polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo celkem sedm sociálních pracovníků domovů pro seniory na území Jihočeského kraje. Výzkumné soubory byly vybrány pomocí náhodného výběru. K vyhodnocení získaných dat byla použita metoda otevřeného kódování.

Z výzkumu vyplynulo, že postoj sociálních pracovníků v domovech pro seniory k umírání a smrti svých klientů se od počátku jejich dosavadní kariéry značně změnil. Z výzkumu je zřejmé, že se sociální pracovníci před nástupem do praxe s umíráním a smrtí setkali pouze v rodinném kruhu. Proto je pochopitelné, že pro mnohé z nich bylo úmrtí jejich prvního klienta „šok“. Sociální pracovníci, kteří byli zapojeni do výzkumu se za dobu své praxe s tímto tématem postupem času naučili pracovat. Díky formám pomoci od organizací, kde svou profesi vykonávají, se se stresem s tím spojeným již nesetkávají. Nejčastěji uvedené formy byly supervize, neformální podpora a školení paliativní péče.

Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál nejen pro budoucí i současné sociální pracovníky, kteří se s tématem umírání a smrti setkávají, ale i pro širokou veřejnost.

Klíčová slova

Stáří; umírání; smrt; domov pro seniory; sociální pracovník; paliativní péče.

Dying and Death in Nursing Homes from the Perspective of Social Workers

Abstract

The aim of the bachelor's thesis was to find out what attitudes social workers in nursing homes take towards the dying and death of their clients and how social workers deal with the subject of dying and death. In practical part, the main research questions were answered: What attitude do social workers take to dying and death in nursing homes? What stress coping strategies are used by social workers in nursing homes when faced with the death of clients?

A qualitative research strategy using semi-structured interviews has been chosen to achieve the objective. The research set consisted of a total of seven social workers of nursing homes on the territory of the South Bohemia Region. The research files were selected by random selection. An open-coding method was used to evaluate the data obtained.

Research has shown that the attitude of social workers in nursing homes towards the dying and death of their clients has changed considerably since their careers began. It is clear from the research that social workers did not experience dying and death before taking up the practice, only in the family circle. It is therefore understandable that, for many of them, the death of their first client was a "shock." Social workers who have been involved in research have learned to work with this topic over time during their experience. Thanks to forms of help from organisations where they practice their profession, they no longer experience the stress associated with it. The most frequently listed forms were supervision, informal support and palliative care training.

This Bachelor thesis can serve as information material not only for future and current social workers who encounter the subject of dying and death, but also for the general public.

Key words

Old age; Dying; Death; Nursing home; Social worker; Palliative care.

Obsah

1	Umírání a smrt v domově pro seniory	9
1.1	Období stáří v pojetí umírání a smrti	9
1.2	Umírání	12
1.2.1	Fáze vyrovnávání se s náročnou životní situací podle E. Kübler-Ross	13
1.3	Smrt	16
1.4	Tabuizace smrti	18
1.4.1	Domácí model umírání	19
1.4.2	Institucionální model umírání	20
1.5	Paliativní péče	20
1.6	Základní potřeby umírajících	21
2	Umírání a smrt v pobytovém zařízení sociálních služeb.....	22
2.1	Domov pro seniory	22
2.1.1	Umírání a smrt v domově pro seniory	24
2.2	Sociální pracovník.....	24
2.2.1	Sociální pracovník v procesu umírání a smrti	26
3	Cíl práce a výzkumné otázky.....	28
3.1	Cíl práce	28
3.2	Výzkumné otázky.....	28
4	Metodika výzkumu.....	29
4.1	Strategie výzkumu.....	29
4.2	Výzkumný soubor	29
4.3	Realizace výzkumu	30
4.4	Zpracování sběru dat	31
4.5	Etické aspekty výzkumu	31
5	Výsledky výzkumu.....	33
5.1	Charakteristika komunikačních partnerů	33
5.2	Výsledky výzkumného šetření	34
5.3	Shrnutí výsledků.....	46
6	Diskuse.....	48
7	Závěr.....	52
8	Seznam použité literatury	53
9	Seznam tabulek a obrázků.....	58

9.1	Seznam tabulek	58
9.2	Seznam obrázků	58
10	Seznam příloh	59

Úvod

Domovy pro seniory se řadí mezi služby sociální péče a jsou obvykle určené osobám, které potřebují trvalou pomoc druhé osoby z důvodu snížené soběstačnosti. Cílem domova pro seniory je umožnit klientům zapojit se do běžného života v co největší míře. Pracovníci domovů pro seniory se v rámci komplexní zdravotně sociální péče mimo jiné potýkají s úmrtím svých klientů, ať už je smrt zapříčiněna vážným onemocněním či přibývajícím věkem. Tyto situace jsou těžké nejen pro pracovníky přímé péče, kteří se o uživatele starají, ale i pro sociální pracovníky, kteří jsou rovněž v úzkém kontaktu s uživateli a jejich rodinami.

V současné době dochází k velké míře tabuizaci a institucionalizaci smrti. V důsledku toho lidé umírají spíše v institucích, jako například v nemocnicích, hospicích či domovech pro seniory. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla, že na toto téma zpracuji svou bakalářskou práci. Budu se snažit zjistit postoje sociálních pracovníků k umírání a smrti u uživatelů v domovech pro seniory. Dále se budu snažit zjistit, jakým způsobem se sociální pracovníci vyrovnávají s tématem umírání a smrti u uživatelů.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na charakteristiku základních pojmů, které se pojí k tématu, jako je stáří, umírání, smrt, sociální pracovník. Dále se teoretická část zabývá paliativní péčí, základními potřebami umírajícího a v neposlední řadě umíráním a smrtí v domovech pro seniory. V praktické části bude tvořen výzkumný soubor, který je složen ze sedmi komunikačních partnerů pracujících v domovech pro seniory na území Jihočeského kraje. Cílem práce je zjistit postoje sociálních pracovníků k umírání a smrti u uživatelů v domovech pro seniory. Dílčím cílem práce je zjistit, jakým způsobem se sociální pracovníci vyrovnávají s tématem umírání a smrti u uživatelů. V bakalářské práci jsou zvoleny dvě hlavní výzkumné otázky: Jaký postoj zaujímají sociální pracovníci k umírání a smrti v domovech pro seniory? Jaké strategie vyrovnávání se se stresem využívají sociální pracovníci v domovech pro seniory při setkání se smrtí klientů? Pro naplnění cíle této bakalářské práce je zvolena kvalitativní výzkumná strategie za využití polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl vybrán pomocí náhodného výběru. K vyhodnocení získaných dat bude použita metoda otevřeného kódování. V diskusi je literaturou doplněn můj názor na danou oblast a v závěru práce budou shrnuty veškeré získané informace o tomto tématu.

1 Umírání a smrt v domově pro seniory

1.1 *Období stáří v pojetí umírání a smrti*

Stanovit hranici stáří a určit, že po jejím překročení se člověk stává starým je velmi složité (Dvořáčková a Holczerová, 2013). Dle Thorové (2015) se musíme soustředit zejména na to, zdali jde o stárnutí normální či patologické. Stáří je obecným označením pozdních fází individuálního vývoje jedince, v nichž se nápadněji projevuje souhrn involučních změn se zhoršováním odolnosti organismu (Dvořáčková, 2012). V souvislosti s věkem existují termíny kalendářní stáří, jež je dané věkem člověka a stáří biologické, které je podmíněné zdatností, vitalitou a zdravím seniora, přičemž platí, že kalendářní věk vůbec nemusí odpovídat věku biologickému (Mlýnková, 2011). Pojem senior není jednoznačně vymezen, a proto je používán jako ne zcela přesné a zavádějící synonymum pro označení starého člověka, respektive poživatele starobního důchodu (Špatenková a Smékalová, 2015). Ve starších zdrojích demografické statistiky se můžeme setkat s daty definující seniory jako osoby starší 60 let, avšak v současné době je za seniora běžně považována každá osoba ve věku 65 či více let (ČSÚ, 2022).

Thorová (2015) uvádí, že na nástupu dílčích projevů, které se považují za ukazatele stáří, a míry omezování se podílejí faktory, které jsou do značné míry individuálního rázu. Podle této autorky největší podíl má sice dědičnost, ale nejen ta má vliv na podobu našeho stáří. Důležitým faktorem je zajisté i naše chování (Thorová, 2015). Dle této autorky ovlivňuje naši podobu stáří životní styl, tedy strava, tělesný pohyb, přítomnost rizikového chování jako je kouření, alkohol a užívání jiných návykových látek. Sami lidé se začínají považovat za staré ve chvíli, kdy se začínají objevovat zejména zdravotní problémy spojované se stářím, a i když celou řadu obtíží spojených se stářím řeší nejrůznější kompenzační pomůcky a strategie, involuce je postupná a nevyhnutelná (Thorová, 2015).

Venglářová (2007) uvádí, že moderní medicína dokáže prodloužit život mnoha lidem trpícím různými nemocemi až do velmi vysokého věku. V posledních letech se u nás řeší nejen délka života, ale i jeho kvalita a cílem je, aby byli senioři v co nejvyšší možné míře samostatní, finančně zajištění a měli možnost participovat na rozhodování o své osobě (Venglářová, 2007).

Společnost, která klade důraz na mládí a výkon neoceňuje staré lidi a jejich přínos (Thorová, 2015). Mylně se předpokládá, že funkcí stáří je především čekání na konec

života (Haškovcová, 2010). Typickým stereotypním přesvědčením je, že osoby vyššího věku mají pro společnost nižší hodnotu, avšak člověk by měl být posuzován na základě reálného výkonu a celkového přínosu, nikoli jeho chronologického věku (Thorová, 2015). Dle této autorky se věková diskriminace označující negativní postoje vycházející právě z chronologického věku nazývá ageismus. Dvořáčková a Hrozenková (2013) uvádí, že věková diskriminace je ideologie, která se projevuje skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku nebo na jejich příslušnosti k určité generaci. Právě tato věková diskriminace může pro seniory představovat velké nebezpečí, jelikož vychází z předpokladu, že jednotliví zástupci určité věkové kategorie mají odlišné charakteristiky i jinou společenskou hodnotu (Mlýnková, 2011). Ageismus postihuje především staré lidi a může vést k vyčleňování ze společnosti (Arnoldová, 2015). Toto potvrzuje i Johnson a Walker (2018), podle kterých vyšší věk člověka ovlivňuje to, jak s ním je zacházeno. Dle Thorové (2015) si starší lidé hledají práci mnohem obtížněji než mladší generace a mnohdy jsou k odchodu do důchodu donuceni proti své vůli. Pravdou je, že věk ovlivňuje pracovní schopnosti a dovednosti různým způsobem, neexistuje však přesvědčivý důkaz o tom, že starší osoby jsou ve všech profesích pracovní méně kompetentní (Thorová, 2015).

Dle Thorové (2015) sehrává odchod do důchodu v životě člověka významný milník, jelikož se tak mění denní režim, program dne a vzniká tak volný čas, se kterým se člověk musí naučit zacházet. Adaptace na důchodový čas je značně individuální, a tudíž mohou být pocity doprovázející odchod do důchodu nejrůznějšího charakteru (Thorová, 2015). Tato autorka dále zmiňuje, že osoby vyššího věku jsou často považovány za skupinu osob vyznačující se množstvím negativních vlastností bez ohledu na individuální rozdíly. Dle této autorky mezi nejrozšířenější stereotypy patří, že starší osoby jsou unavené, pomalé, protivné, bezmocné a nevykonné. Mezi staršími osobami se jistě nacházejí ti, kteří naplňují stereotypní přesvědčení, ale stejně tak existují staří lidé, kteří jsou produktivní, kreativní, otevření novým myšlenkám i nadšení pro práci (Thorová, 2015).

Podle Haškovcové (2010) je většina společnosti přesvědčena, že každý starý člověk je nešťastný především z toho důvodu, že stojí před branami smrti a na její příchod musí stále myslet. Tato autorka dále zmiňuje fakt, že se staří lidé čas od času zaobírají myšlenkou na konec své existence, ale nebylo by normální, kdyby tak nečinili. Člověk je odjakživa biofilní a tato biofilní orientace přetrvává i ve vysokém věku bez ohledu na

aktuální obtíže, nemoci či blížící se smrt a také proto staří lidé často vzpomínají na své rodiče, sourozence, mládí a idealizují dobu, ve které prožili svůj život, i když ani ona nebyla nikterak jistá či bezbolestná (Haškovcová, 2010).

Každý z nás se rodí s určitými dispozicemi a to, jak bude reagovat na situace ve svém životě je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenostmi i prostředím, ve kterém žije (Dvořáčková, 2012). I když je zřejmé, že každý člověk prožívá svůj život jedinečným způsobem, lze se shodnout na tom, že stáří s sebou přináší významné změny a okamžiky (Venglářová, 2007). Dle této autorky se změny odehrávají nejen v rovině tělesné, ale i v té psychické a sociální. Podle Venglářové (2007) se jedná o propojené systémy jež spolu jdou ruku v ruce – když totiž určité změny nastanou v jedné oblasti, zákonitě to zasáhne i do jiných. Reakce na změny spojené se stářím jsou ovlivněny zejména osobností jedince, reakcemi jeho okolí a možností využití pomoci v oblastech, které senior není schopen zvládnout sám (Venglářová, 2007).

Thorová (2015) v následujících třech větách popisuje demenci, jakožto negativní důsledek stáří. Stáří s sebou přináší nejen radosti, ale i strasti. Typickým příkladem negativních důsledků stáří je demence, jež patří mezi patologické úkazy a netýká se všech starých osob, avšak často stáří doprovází. Vzhledem k tomu, jak roste počet osob vyššího věku, roste tak i počet osob trpící demencí, což zapříčiňuje rostoucí počet osob, které se o sebe nedokážou postarat svépomocí a potřebují trvalou pomoc jiné fyzické osoby.

Obecně platí, že deprese s věkem roste a stejně jako v dřívějších etapách života je deprese v pozdějším věku častější u žen než u mužů (Ayers a de Visser, 2011). Podle Thorové (2015) nejčastějším důvodem deprese bývá ztráta celoživotního partnera. Tato autorka dále zmiňuje, že tato zásadní životní událost může zásadně narušit duševní rovnováhu člověka. Často mezi partnery bývá tak silné emoční pouto, že ovdovělý partner po ztrátě životního partnera do roka také zemře (Thorová, 2015). Jedná se o závažné, nýbrž léčitelné onemocnění (Venglářová, 2007). Dle této autorky vede deprese k narušení běžných životních funkcí, dochází ke zhoršení stávajících tělesných onemocnění a výrazně tak zhoršuje kvalitu života.

Thorová (2015) uvádí, že senioři mají obecně křehčí kosti než osoby nižšího věku, a tak se zvyšuje riziko úrazů a zlomenin. Ke stárnutí většinou patří pokles tělesné výkonnosti, který však lze výrazně omezit podporou starších lidí v tom, aby si udrželi zdravý životní styl či aby s ním začali (Ayers a de Visser, 2011). Dle těchto autorů může pravidelná

mírná tělesná aktivita u starších mužů vést k významnému zlepšení fungování imunitního systému. Velkým rizikem jsou pro seniory i dopravní nehody, především ty, kdy jsou senioři v roli chodců a cyklistů, méně jako řidičů motorových vozidel, ovšem ani tyto nehody nejsou výjimkou (Thorová, 2015). Starší osoby se taktéž potýkají s alkoholismem, jehož důvodem mohou být situace, kdy se senior nedokáže vyrovnat s odchodem do důchodu a s tím souvisejícím pocitem bezvýznamnosti, ztrátou blízké osoby, zdravotními problémy doprovázející stáří a osamocením (Thorová, 2015). Podle této autorky tvoří senioři taktéž rizikovou skupinu pro potýkání se se špatným zacházením a zneužíváním, ať už v rodinách seniorů nebo v různých zařízeních. Starší osoby často bývají terčem některých zločinců, kteří si seniory vybírají záměrně jako snadnější oběti pro svou trestnou nebo vysoce neetickou činnost (Thorová, 2015).

Nutno ale podotknout, že i přes zhoršující se zdraví a řadu obtíží, které s sebou stárnutí přináší může stáří patřit do šťastných období života, jelikož právě v tomto období života má člověk nejvíce času na aktivity, které mu přináší radost a má možnost naložit se svým volným časem dle svého a zároveň s tím seniorům odpadají starosti související s pracovními povinnostmi (Thorová, 2015). Tato autorka dále uvádí, že různé osoby se na stáří připravují různými způsoby a ve většině případů také platí, že osoby, které byly aktivní v produktivním věku budou ve stejném životním stylu pokračovat i ve stáří, a naopak osoby pasivnějšího typu budou méně aktivní i ve stáří. Autorka dále zmiňuje fakt, že s preventivní přípravou na stáří by člověk měl začít již v období mladé dospělosti, tedy v období ještě, než se objeví první projevy stárnutí. Thorová (2015) poukazuje na to, jak ke spokojenému stáří přispívá zdravý životní styl v průběhu celého života a celoživotní duševní a vzdělávací činnost. Důležitým faktorem korelující s dlouhověkostí je mimo jiné i šťastné manželství, protože partnerský život poskytuje společnost, emoční podporu a pocit bezpečí (Thorová, 2015).

1.2 Umírání

Vytejčková et al. (2013) uvádí, že umírání je definováno jako proces úbytku životních funkcí a síly, dochází při něm k postupnému a nevratnému selhávání životních funkcí a tento proces je pak zakončen smrtí. Tato autorka dále uvádí, že pokud bychom použili medicínskou terminologii, tento proces by byl označen jako terminální stav, jenž je konečnou fází života organismu. Dle Thorové (2015) je umírání většinou doprovázeno různými somatickými obtížemi a psychickými projevy. V této fázi přichází na řadu

paliativní péče, což je druh péče poskytována umírajícím osobám a mimo jiné by měl zahrnovat i podporu blízkým osobám umírajícího (Thorová, 2015). Tato autorka dále uvádí, že paliativní péče se zaměřuje zejména na zlepšení kvality poslední fáze člověka a umírajícím by měla poskytovat úlevu od bolesti a případných úzkostí a v neposlední řadě by měla zajišťovat fyzické, emoční a duchovní potřeby.

Podle Vytejškové et al., (2013) členíme období umírání na období *pre finem*, *in finem* a *post finem*. Období *pre finem* začíná okamžikem, kdy se nemocný dozvídá o své nemoci spojené s její předpovědí nepříznivého vývoje (Vytejšková et al., 2013). Kutnohorská (2007) uvádí, že po celé toto období je potřeba dbát na to, aby došlo ke zmírnění subjektivních potíží nemocného. Podle této autorky musí umírající bezpečně vědět, že o něj nebude postaráno pouze po medicínské stránce, ale i po stránce lidské a psychické, jelikož právě psychická rezignace, beznaděj a zoufalství většinou život zkracují a usnadňují tak vstupu smrti fyzické (Kutnohorská, 2007). Tato fáze může být velice dlouhá, a to nejen v řádu měsíců, ale i let (Vorlíček et al., 2004).

In finem je období umírání, který je v medicíně označován jako terminální stav. Dochází při něm k postupnému selhávání životních funkcí (Vytejšková et al., 2013). Kupka (2014) zdůrazňuje, že žádný člověk by neměl umírat sám. Narození člověka v naší kultuře většinou sociálně sdíleno a podle tohoto autora by tomu tak mělo být i když se život člověka blíží k jeho konci. Kupka (2014) dále uvádí, že převážně se rodíme v nemocnicích, kde také většinou umíráme. Smrti byl totiž odejmut sociální rozměr a člověk nebyl nikdy tak osamělý jako v současnosti (Kupka, 2014). Následující a poslední období umírání se nazývá *post finem* a nastává po zástavě fyziologických funkcí s nevratnými změnami organismu (Vytejšková et al., 2013). V této fázi nastávají procesy, které jsou charakterizované posmrtnými změnami, které se projeví na mrtvole a vyznačuje se především péčí o mrtvé tělo a péčí o pozůstalé (Čáp a Palenčár, 2012).

1.2.1 Fáze vyrovnávání se s náročnou životní situací podle E. Kübler-Ross

Psychologie se snaží prozkoumat jednotlivé fáze vyrovnávání se s náročnou životní situací, aby bylo možné umírajícího lépe pochopit a vhodně ho pak doprovázet jeho posledními chvílemi (Kutnohorská, 2007). Tato autorka dále uvádí, že cílem medicíny je to, aby smrt byla co nejvíce oddálena, což může u některých lidí vyvolat obavy z toho, že právě díky moderní technické medicíně jim bude zabráněno důstojně zemřít a místo

toho budou jen napojeni na přístrojích a úlevu jim bude přinášet chemie, nikoli lidské porozumění a empatie, které jsou mnohdy zapotřebí více.

Elizabeth Kübler-Ross (2015) ve své knize *O smrti a umírání* uvádí několik fází související s vyrovnáváním se s těžkou životní situací, následným přijímáním smrti a mechanismy, které lidem pomáhají vyrovnat se s vlastní situací v čase terminálního onemocnění. Tato autorka dále uvádí, že některé fáze mohou chybět a někdy se některé fáze mohou prolínat nebo dokonce opakovat. V následujících pěti odstavcích budou uvedeny jednotlivá stádia tohoto fázového procesu podle Kübler-Ross (2015).

Jako první stadium Kübler-Ross (2015) uvádí fázi popírání a izolace. Dle této autorky je úzkostné popírání stanovené diagnózy typičtější u pacientů, kteří byli o svém zdravotním stavu informováni buďto stroze a necitlivě anebo předčasně a zároveň nebyl brán zřetel na to, zda pacient je či není zprávu o své nepříznivé diagnóze schopen přijmout. K nějaké formě popírání, i částečného, se uchylují téměř všichni pacienti, a to nejen v prvních fázích nemoci či bezprostředně poté co byli seznámeni s diagnózou, ale najdou se i takové případy, kdy se s popíráním pacienti potýkají i v pozdějších fázích (Kübler-Ross, 2015). Podle této autorky se jen zřídka setkáváme s pacienty, kterým fáze popírání vydrží až do samého konce. Ve svém nevědomí se všichni považujeme za nesmrtelné a nedokážeme si vůbec představit, že bychom i my měli jednou stát tváří v tvář vlastní smrti, a proto první reakcí pacienta na zprávu o terminální povaze jeho onemocnění může být především šok dočasného charakteru a otřes, z něž se postupem času zotavuje. (Kübler-Ross, 2015).

Podle Kübler-Ross (2015) je druhým stadiem zlost, jenž nastupuje ve chvíli, kdy je prvotní popírání déle neudržitelné. Autorka dále uvádí, že pro toto stadium je typické, že se pacienti dívají na lidi kolem sebe a říkají si, proč se to nemohlo stát někomu z nich. Stadium zlosti je na rozdíl od stadia popírání daleko obtížnější jak pro rodinu, tak i pro pečující personál, jelikož se pacientův hněv obrací na všechny strany, vybíjí se takřka na komkoli, kdo se zrovna naskytne (Kübler-Ross, 2015).

Pacient nacházející se ve stadiu třetím, tedy ve stadiu smlouvání, z dosavadních zkušeností ví, že existuje jistá nepatrná naděje na „odměnu za dobré chování“ (Kübler-Ross, 2015). Dle této autorky to znamená, že za mimořádné služby mu někdy může být splněno nějaké přání. Nejčastějším přáním pacientů bývá prodloužení života nebo alespoň prožití několika dnů bez bolesti či jiných obtíží (Kübler-Ross, 2015).

Smlouvání je vlastně pokusem o odklad a mělo by obsahovat odměnu, která by měla přijít „za dobré chování“ a taktéž dobrovolně zvolený koncový termín a zahrnuje také implicitní slib, že pacient nebude žádat víc, bude-li mu tento odklad udělen. Časté ovšem je, že tento svůj slib pacient nedodrží a téměř vždy se dožaduje více (Kübler-Ross, 2015).

Stadium deprese přichází, když smrtelně nemocný pacient dál nemůže svou nemoc popírat, když je nucen podstupovat další operace a hospitalizace, přibývá u něj zjevných příznaků nemoci a ubývá mu sil (Kübler-Ross, 2015). Tato autorka dále podotýká, že pokud je deprese nástrojem, díky němuž se nemocný připravuje na blížící se ztrátu svých milovaných a zároveň mu umožňuje snáze dosáhnout stavu akceptace, pak nějaké povzbuzování není namístě. Jestliže mu dovolíme, aby svůj žal vyjádřil, dospěje tak ke konečnému smíření mnohem snadněji a bude navíc vděčný těm, kteří s ním dokáží být i během této fáze, aniž by ho od smutku stále odrazovali (Kübler-Ross, 2015).

Pátým a posledním stádiem podle Kübler-Ross (2015) je stádium akceptace, jež je vyznačováno tím, že podporu a porozumění potřebuje mnohdy více rodina nežli samotný nemocný. Tato autorka dále podotýká, že pokud měl pacient dostatek času se se svou nepříznivou situací vyrovnat a dostalo se mu určité pomoci při překonávání jednotlivých stádií, dosáhne stavu, kdy v něm právě probíhající okolnosti neprobouzejí ani deprese, ani hněv, nýbrž dosáhne jakéhosi vnitřního pokoje a smíření. Stádium akceptace by však nemělo být považováno za stádium šťastné, jelikož jsou pacienti v této fázi umírání většinu dne unavení a dosti zesláblí a zpravidla nemají náladu na povídání, okruh jejich zájmů se zúží na minimum, dávají přednost samotě (Kübler-Ross, 2015).

Podle Kutnohorské (2007) tyto fáze prožívají nejen umírající, ale i jejich nejbližší okolí. Právě rodina a přátelé trpí společně s nimi a nejen to, očekává se od nich někdy až nadlidský výkon, a právě zde je velice důležitá práce zdravotníků, jejichž etickým cílem je pomoci nemocným a umírajícím a jejich blízkým docílit přijetí nevyhnutelné skutečnosti (Kutnohorská, 2007). Všechna stadia vyrovnávání se s finalitou života jsou doprovázena nadějí na zlepšení stavu (Kupka, 2014). Dle tohoto autora může být tato naděje vystřídána obdobími naprosté beznaděje a smutku. Vytratí-li se ovšem trvale, může to být znamení, že se v blízké době dostaví smrt (Kupka, 2014).

1.3 Smrt

Haškovcová (2007) ve své knize uvádí, že vědním oborem zabývající se smrtí a veškerým fenoménům, které jsou s ní spojené se nazývá thanatologie, jehož název je odvozen od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Tato autorka dále zmiňuje, že Thanatos, bratr Hypnův, je zpravidla zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Z praktického hlediska je však obor thanatologie a jeho obsah rozptýlen do celé řady jiných oborů jako je například filosofie, teologie, medicíny, psychologie atd., a to zejména z toho důvodu, že každý jednotlivý obor přináší ke stejnému problému svůj úhel pohledu prostřednictvím vlastních vědeckých metod (Haškovcová, 2007). Thanatologie se mimo jiné zabývá teorií délky života a problematikou tzv. fyziologické a patologické smrti (Kutnohorská, 2007).

Smrt je individuální zánik organismu, tedy také člověka a čistě teoreticky se dá říci, že člověk umírá už od narození (Haškovcová, 2007). Vytejková et al. (2013) uvádí, že smrt je definována jako konec biologického života neboli existence a tento stav doprovází nevratné změny, jež znemožňují obnovení životních funkcí. V oblasti akutní medicíny je smrt definována z pohledu biologického jako ireverzibilní vymizení veškerých funkcí mozku, včetně mozkového kmene, a to bez přihlídnutí k přetrvávající činnosti jiných orgánů, zejména kardiovaskulárního systému (Vytejková et al., 2013). Thorová (2015) uvádí, že odstraňování opotřebovaných organismů a uvolnění životního prostoru a sociálních funkcí nastupujícím generacím je hlavní biologickou funkcí smrti. Naproti tomu z hlediska psychologického smrt vymezuje člověka v čase (Thorová, 2015).

Umírání a smrt jsou fenomény, o kterých je uvažováno z hlediska filozofického, psychologického, sociálního, medicínského a etického (Kutnohorská, 2007). Tato autorka dále podotýká, že na smrt, tedy na konec své existence se připravit nelze a nikdo z nás neví, kolik ještě stráví času mezi svými blízkými. Budoucnost, která stojí před umírajícím, tedy jeho smrt a bezmocnost jakkoli tuto budoucnost změnit, výrazně ovlivňují lidské myšlení a jednání, jelikož je smrt považována za nejvyhrocenější mez lidské existence (Kutnohorská, 2007). Nejedni z nás si přeje, aby smrt přišla, když už musí přijít, za dlouho, pokud možno ve spánku opustit život bez nesnadných útrap žádné nemoci a aby umírání bylo rychlé a bezbolestné (Haškovcová, 2010).

Kübler-Ross (2015) zmiňuje, že při ohlédnutí se do minulosti zjistíme, že smrt byla pro člověka vždy spíše něčím odpuzujícím a z hlediska psychiatrie je to zcela pochopitelné.

Dle této autorky je pro naše nevědomí zcela nepochopitelná představa konce našeho života, ale pokud by však mělo k něčemu takovému dojít, pak konec bývá spojován s nějakou intervencí zvenčí. Pro většinu z nás je naprosto nepochopitelné zemřít z nějaké přirozené příčiny, ba dokonce sešlostí věkem (Kübler-Ross, 2015). Dnešní společnost můžeme charakterizovat jako společnost vytěšňující smrt a důsledkem toho je porušený mechanismus uvědomování si vlastní konečnosti a odpovědnosti za život svůj i ostatních (Svatošová, 2011). Většina lidí má sklon se úvahám o smrti vyhýbat, avšak je překvapivé, že myslet na vlastní smrt nevede k destrukci vlastního života, ale dokonce to život obohacuje (Dvořáčková, 2012). Přestože člověk ví, že zemře, tak si současně dost dobře neuvědomuje, že jednou nebude a dá se říci, že žije, jako by měl žít věčně (Haškovcová, 2010). Toto chování označuje Haškovcová (2010) za zcela logické a přirozené, jelikož tak člověk popírá umírání a smrt ve svém vědomí a bylo by patologické, kdyby se pouze, a především věnoval problematice umírání a smrti. I přesto ale v životě každého jedince nastanou situace, kdy je člověk nejen oprávněn, ale přímo vyzýván, aby se zamyslel nad svým konečným osudem (Haškovcová, 2010).

Je zcela normální, že lidé mají ze smrti strach, má totiž svůj ochranný evoluční význam a obecně platí, že míra a intenzita strachu ze smrti se proměňuje s věkem a s vědomím vlastní smrtelnosti se člověk vyrovnává postupně (Thorová, 2015). Jak lidé dospívají a stárnou, dokážou se s blížící se smrtí lépe vypořádat a akceptovat ji uvádí Thorová (2015). Podle této autorky se jí méně obávají zejména ti, kteří mají pocit, že svůj život prožili smysluplně a splnili své závazky a často přijímají, co jim život ve stáří nabízí a do poslední chvíle žijí aktivním a spokojeným životem. Naopak lidé, kteří jsou se svým prožitým životem nespokojeni, očekávají smrt pasivně a jejich očekávání smrti bývá doprovázeno pocitem bezmoci, hořkosti a ublíženosti (Thorová, 2015).

Haškovcová (2007) uvádí, že v minulých dobách bylo normální, že lidé umírali tzv. přirozenou smrtí a tato smrt byla často označována jako sešlost věkem. Dle této autorky je v současnosti smrt častokrát spíše konečným stadiem nějakého patologického procesu a často bývá označována jako lékařská smrt. Tento pojem se pojí se smrtí, která nastává v důsledku nemoci a ke které, až na výjimky, dochází v nemocnici či jiné instituci (Haškovcová, 2007).

V současné době roste počet starých lidí, a tak vzrůstá i množství těch, kteří trpí zhoubnými nádory a chronickými potížemi, které jsou ve větší míře spojené se stářím

(Kübler-Ross, 2015). Dle Ayers a de Visser (2011) lze smrt v současné době dělit na tři kategorie – postupná smrt, katastrofická smrt, předčasná smrt. Pro postupnou smrt je typický pomalý pokles schopností a zdraví. Katastrofická smrt je chápána jako smrt způsobená náhlou a nečekanou událostí a předčasná smrt se týká dětí a mladých dospělých, kteří zemřeli v důsledku nehody nebo nemoci.

1.4 Tabuizace smrti

Tabu je obecně řečeno striktní sociální zákaz některé z lidských aktivit nebo sociálních zvyků označených za zakázané a jeho porušení je obvykle považováno za nežádoucí (Elichová, 2017). Podle Vytejškové et al. (2013) se vzhledem k tomu, jak se lidstvo vyvíjí, mění i jeho přístup ke smrti. Tato autorka dále uvádí, že ještě v nedávných dobách lidé umírali převážně doma. V dnešní době hovoříme o tzv. dehumanizaci a institucionalizaci smrti, což znamená, že občané v současné době umírají spíše v institucích, jako například v nemocnicích, hospicích či domovech pro seniory (Vytejšková et al., 2013). Lidé v dnešní společnosti přestali být v úzkém kontaktu se smrtí, nemají příležitost si na smrt zvyknout a naučit se s ní patřičně pracovat (Thorová, 2015). Pouze malému procentu seniorů je dnes dopřáno umírat doma za přítomnosti svých blízkých (Funk, 2014). Nutno ale podotknout, že pro seniory, jež žijí v domovech pro seniory či jiných pobytových službách již dlouhá léta může být přirozené prostředí právě pobytové zařízení a pokud si klient přeje strávit poslední chvíle v domově pro seniory a má zde zajištěnou potřebnou péči jež je v souladu s principy paliativní péče tak by mu to mělo být dopřáno (Chrastina et al., 2020).

Kutnohorská (2007) uvádí, že v institucích se člověku sice věnuje značná pozornost, ale tato pozornost je pouze profesionální. Tato autorka také podotýká, že lidé často věří, že když svým blízkým poskytnou co možná nejlepší a nejúčinnější léčebné postupy moderní medicíny, tak svým blízkým nejlépe pomohou, a to vyvolává dojem jako kdyby umírání bylo jen odbornou záležitostí zdravotnických profesionálů. Lidstvo si totiž zvyklo, že se umírá „na něco“, nikoli proto, že jsme smrtelní (Kutnohorská, 2007).

Podle Vytejškové et al. (2013) je smrt sociální událostí, která nezasahuje pouze do života umírajícího, ale i jeho rodiny, přátel a blízkého okolí. Dle těchto autorů dochází v moderní době k velké tabuizaci smrti a většina lidí ji vnímá jako něco negativního. Velice důležité je ovšem uvědomění si, že smrt je součástí našich životů (Vytejšková et al., 2013). Sieberová (2019) uvádí, že se denně setkáváme se smrtí skrze sdělovací prostředky,

a tudíž z nich často slýcháváme a čteme o vraždách, násilí, sebevraždách a teroristických útocích. Dle této autorky je smrt všude kolem nás, avšak společnost klade důraz na výkon a zábavu. Smrt je tabuizované téma, nemluví se o ní (Sieberová, 2019). Lidé se obávají bolesti, nesoběstačnosti, závislosti nebo osamělosti, které nemusí, ale také mohou smrti předcházet (Vytejková et al., 2013).

Funk (2014) poukazuje na velké téma současné doby a tím je umírání v domácím, tedy přirozeném prostředí. Dle tohoto autora se dnešní společnost snaží děti chránit od kontaktu s faktem smrti, ale kdybychom je však nechali v bytě či domě, kde se někdo blízký připravuje na odchod, jak tomu bylo v dřívějších dobách, tak budou vtaženy do společné zodpovědnosti i důstojnosti lidského smutku. Funk (2014) uvádí, že to možná může znít morbidně, ale i pro ně je velkým životním přínosem, mají-li možnost se takto připravit a chápat smrt jako součást života. Tento autor dále uvádí, že tím není myšleno nechat je v těchto starostech samotné, ale hovořit s nimi o této přirozené fázi lidského života, která nikoho nemine. V některých hospicích mají pozůstalí dokonce možnost zapojit se při pomoci oblékání zemřelého (Funk, 2014). Funk (2014) popisuje situaci, kdy v jednom hospici byly zapojeny do oblékání zemřelé maminky i její děti, což pro ně pochopitelně byl velmi silný okamžik, který si budou pamatovat až do smrti. Tehdy se objevovaly diskuze o tom, zda to pro děti nebylo traumatizující, ale ukázalo se, že to bylo přesně naopak, traumatu je to zbavilo a našly tak k zemřelé mamince vztah i po její smrti (Funk, 2014).

1.4.1 Domácí model umírání

Podle Kutnohorské (2007) je tento model umírání taktéž označován jako tradiční právě proto, že dříve byla lidská obeznámenost se smrtí důvěrná, jelikož se doma umíralo častěji než dnes. Zkušenost, jak pečovat o umírajícího přecházela z generace na generaci a lidé vnímali, co umírání a smrt zblízka provází (Kutnohorská, 2007). Haškovcová (2007) uvádí, že dříve každý věděl, jakým způsobem smrt a umírání vypadá zblízka a nebylo neobvyklé, že členové rodiny ovládali laické ošetřovatelské dovednosti a praktikovali je. Tato autorka dále uvádí, že například umírajícímu nabízeli slabý polévkový vývar či pouze bylinné čaje, v době, kdy již umírající odmítal tuhou stravu, nebo své blízké přikrývali vrstvou přikrývek, protože správně vytušili, že vysílený umírající pociťuje zimu především v oblasti končetin, a nejen to. Lidé v dnešní společnosti uvedené znalosti

a dovednosti nemají, dokonce jsou většinou přesvědčeni, že umírající patří především do péče profesionálních zdravotníků (Haškovcová, 2007).

1.4.2 *Institucionální model umírání*

Na druhé straně model institucionální se častěji objevuje v dnešní společnosti a moderní době plné komunikačních technologií, kdy se umírá především v institucích, tzn. v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, domovech pro seniory atd (Kutnohorská, 2007). Autorka dále uvádí, že v těchto a podobných institucích však umírající zůstává sám a ačkoli jim sice je poskytována potřebná péče z hlediska profesionality, ale je potřeba si uvědomit, že člověk na sklonku života potřebuje být především v blízkosti rodiny a svých nejbližších a je důležité, aby i při profesionální péči docházelo k jakémusi polidštění. Proto se volá po nových rituálech, které by byly přijatelné jak pro umírajícího a jeho rodinu tak i pro ošetřující personál (Kutnohorská, 2007).

1.5 *Paliativní péče*

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů definuje paliativní péči jako péči, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyлéčitelnou nemocí (s. 4733). Paliativní péče je komplexní péče o osoby, které se nachází v pokročilém nebo terminálním stádiu onemocnění (FN Motol, 2021). Tato forma péče nevnímá smrt jako prohru, nýbrž se snaží zachovat klientův život v co možná nejvyšší kvalitě a zajistit tak důstojné umírání (Kopecká, 2015).

Dle WHO (2023) je paliativní péče zásadní součástí integrovaných zdravotnických služeb zaměřených na lidi. Tato organizace (2023) dále uvádí, že zmírnění vážného utrpení souvisejícího se zdravím, ať už fyzického, psychického, sociálního či duchovního, je globální etickou zodpovědností a ať už je tedy příčinou utrpení kardiovaskulární onemocnění, rakovina, chronické onemocnění v konečném stádiu nebo extrémní křehkost stáří, paliativní péče může být potřebná a musí být dostupná na všech úrovních péče. Centrum paliativní péče (2023) uvádí, že úkolem paliativní péče není neléčit, ale tišit bolest, mírnit tělesné a duševní utrpení a zachovávat důstojnost pacienta a lze ji poskytovat prostřednictvím mobilního a lůžkového hospice, ovšem s touto formou péče se můžeme setkat i v nemocnicích. Jelikož se jedná o velmi náročnou životní situaci nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu a blízké, a kromě tělesných příznaků nemoci je třeba

zvládnout i psychické a existenciální obtíže, je paliativní péče poskytována multidisciplinárním týmem, jež je složený z paliativního lékaře, sestry, sociálního pracovníka, psychologa či psychoterapeuta, duchovního, popřípadě odlehčovacího asistenta nebo dobrovolníků (Centrum paliativní péče, 2023).

Mezi hlavní zásady paliativní péče patří mírnění bolesti a jiných zatěžujících symptomů, říká ano životu a život podporuje, přičemž zároveň vnímá umírání jako přirozený proces, nesnaží se příchod smrti urychlit, ale ani oddálit a v neposlední řadě usiluje o zlepšení kvality života umírajícího (Pechová a Lejsal, 2020). Dříve se pojetí paliativní péče soustředilo zejména na péči o onkologicky nemocné osoby v terminálním stádiu, ovšem v posledních letech dochází k rozšíření konceptu paliativní péče i na neonkologicky nemocné, to znamená například u chronicky nemocných (Hrdá, Tollarová et al., 2018).

Steinlauf (2022) tvrdí, že v českém prostředí se o péči v závěru života a s tím souvisejících otázkách dlouhodobě nediskutovalo, avšak současná legislativa vychází z toho, že pacient je středobodem všeho dění a lékař je partner v rozhodování a odborný garant, ovšem představa u nás ale neodpovídá praxi a velmi často je realita taková, že lékař dělá většinu rozhodování za pacienta.

Specifickou oblastí se stala geriatrická paliativní péče, jejímž cílem je zajistit léčbu kauzální, symptomatickou a podpůrnou, ovšem jde pouze o jednu z forem péče o seniory a neměla by se stát dominantou přístupu v dlouhodobé péči o ně (Bužgová, 2015). Pechová a Lejsal (2020) zařadili geriatrickou paliativní péči jako péči na pomezí. Jde o oblast, kde křehkost nemocného v důsledku chronických i akutních změn přináší závažná dilemata v oblastech etiky, zdravotnictví, psychologie, sociální a ekonomické sféře (Pechová a Lejsal, 2020). Bužgová (2015) rozděluje paliativní péči na obecnou a specializovanou, přičemž obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností a specializovaná paliativní péče je péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou pro poskytování paliativní péče odborně vzděláni.

1.6 Základní potřeby umírajících

Lidská potřeba je definována jako stav, jež je charakterizován dynamickou silou a vzniká z pocitu přebytku nebo nedostatku v oblasti biologické, sociální, psychologické a duchovní (Šamánková et al., 2011). Členěním lidských potřeb a jejichž systematizací se zabývalo již nespočet autorů (Bužgová, 2015). Jednou z nejznámějších klasifikací je

Maslowova hierarchie potřeb, která je také známá kvůli svému vyobrazení jako Maslowova pyramida potřeb (Mcleod, 2023). Tato teorie zahrnuje pětistupňový model lidských potřeb a představíme-li si obrazec pyramidového tvaru tak právě ve spodní části nalezneme potřeby fyziologické, dále pak výše potřebu bezpečí a jistoty, potřebu lásky, přijetí a sounáležitosti, potřebu uznání a úcty a potřebu seberealizace nacházející se na nejvyšším stupni pyramidy (Mcleod, 2023).

Vágnerová (2016) uvádí, že základní biologické potřeby, nebo také pudy, jsou vrozené a slouží především ke dvěma základním cílům – zachování sebe sama a zachování rodu. Vzhledem k tomu, že slouží k přežití, mohou mít velký vliv na lidské chování v případě, že dlouhou dobu nedochází k jejich naplnění a za těchto okolností si člověk cestu k naplnění těchto potřeb příliš nevybírá a postupně akceptuje jakoukoli přijatelnou variantu (Vágnerová, 2016).

Ačkoli se obecně hovoří nejdříve o nasycení těch nejnižších biologických potřeb a dále těch vyšších, na konci života je tomu přesně naopak a dochází k takzvanému obrácenému hladovění – umírající často hladoví na té nejvyšší, tedy spirituální rovině (Elichová, 2017). Tuto skutečnost potvrzuje i Hauke (2014), která uvádí, že ve stáří dochází k proměně některých potřeb, a dokonce některé původní potřeby ztrácejí na významu a do popředí se dostávají potřeby zaměřené především na jistotu a bezpečí.

Pokud bychom hovořili o potřebách spirituálních, měli bychom na mysli především potřebu vědomí vlastní důstojnosti a hodnoty, potřebu pocitu smysluplného životního příběhu, potřebu naděje, víry a lásky (Elichová, 2017). Dle Malíkové (2020) se senioři často ohlížejí zpět a hodnotí svůj život a ze všeho nejvíce u sebe potřebují někoho, kdo by je vyslechl a porozuměl jim. Může se stát, že i u seniorů, kteří byli celý život ateisté se pod vlivem řady okolností objeví změna názorové situace a s tím musí pracovníci počítat a popřípadě s tím umět náležitě naložit (Malíková, 2020).

2 Umírání a smrt v pobytovém zařízení sociálních služeb

2.1 Domov pro seniory

Domovy pro seniory se řídí dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Dle § 49 jde o pobytové služby poskytující se osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Podle odstavce 1 obsahuje služba tyto základní činnosti:

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

Jedná se o sociální službu poskytující se za úhradu a dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory činí

- a) 280 Kč celkem za úkony uvedené v odstavci 1 písm. a), včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování,
- b) za úkon uvedený v odstavci 1 písm. b)
 - 1. 235 Kč denně za celodenní stravu,
 - 2. 105 Kč za oběd, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy.

Výše uvedené částky nabyly účinnosti dne 1.1.2023 v rámci řady legislativních novinek z gesce Ministerstva práce a sociálních věcí.

Domovy pro seniory spadají do rezidenčních služeb, jež představují specifický typ soužití určitého počtu osob v jedné instituci, kde je jim pracovníky v pomáhajících profesích poskytována podpora, poradenství a zdravotní a sociální péče (Chrastina et al., 2020). Při zajištění kvality služeb poskytovaných v domovech pro seniory hrají velmi důležitou roli standardy kvality sociálních služeb, které zdůrazňují důležitost dodržování práv klientů, zachování individuálního přístupu, plánování služby podle osobních cílů klienta, zachování soukromí a aktivní podporu důstojnosti seniorů (Matoušek et al., 2013).

2.1.1 Umírání a smrt v domově pro seniory

Malíková (2020) konstatuje, že umírání a smrt se nevyhýbá ani pobytovým zařízením sociálních služeb a jelikož jde o velmi náročnou situaci jak pro samotného umírajícího klienta, tak i pro všechny zúčastněné, tedy pro jeho nejbližší a pro pracovníky, zejména pro ty v přímé péči, lze proto předpokládat že zvyšování kvality poskytované sociální služby automaticky zvýší potřebnou kvalitu péče o umírajícího. Sociální služby poskytované osobám nacházejícím se v terminálním stavu by měly, kromě základních činností, zahrnovat i psychosociální podporu při umírání, pastorační a duchovní péči a měly by být schopny pomoci blízkým osobám s vyrovnáním se s traumatem spojeným se ztrátou blízké osoby (Chrastina et al., 2020). Toto potvrzuje Malíková (2020), která tvrdí, že mezi důležité ukazatele profesionality a etiky v zařízení patří úroveň péče o umírající a jejich doprovázení, podpora blízkých a následná pomoc pozůstalým.

Malíková (2020) dále uvádí, že velice důležitou roli při péči o umírající hraje orientace v celé problematice, a to zejména se zaměřením na geriatrickou paliativní péči. Dle Malíkové (2020) se jedná o samostatně vyčleněný klinický medicínský obor, jehož cílem není léčba příčiny, nýbrž odstranění nebo tišení bolesti a dalších nepříjemných projevů, které s sebou nevyléčitelná nemoc přináší. Pokud mluvíme o paliativní péči poskytované v pobytových zařízeních, jde o paliativní péči obecnou, která se zaměřuje zejména na usnadnění kvality zbývajících života, kdežto specializovanou paliativní péči zajišťuje tým odborníků se speciálním vzděláním (Malíková, 2020).

2.2 Sociální pracovník

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů § 109 sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Dle § 110 odstavce 1 tohoto zákona (s. 1285) je základním předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. K tomu, aby sociální pracovník měl odbornou způsobilost k výkonu svého

povolání je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů odstavce 4 zapotřebí následující:

- a) *vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,*
- b) *vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu,*
- c) *absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b).*

Z důvodu náročnosti této profese však k výkonu profese sociálního pracovníka pouhá odborná způsobilost nestačí (Mátel, 2019). Podle tohoto autora tato práce vyžaduje i jisté osobnostní předpoklady mezi něž patří empatie, sociální citění, emocionální stabilita a v neposlední řadě pozitivní vztah k vykonávané práci. To potvrzuje i Elichová (2017), podle níž jsou tyto vlastnosti jsou pro sociální pracovníky klíčové, jelikož obor sociální práce je profesí náročnou a klade velké nároky na osobnost a měkké dovednosti sociálních pracovníků.

Aby si sociální pracovník zajistil svůj odborný, kvalifikační a osobnostní růst, měl by se aktivně zapojovat do celoživotního vzdělávání (Elichová, 2017). Každý sociální pracovník musí znát svou etickou zodpovědnost, která je v České republice vyhraněna v Etické kodexu sociálních pracovníků, jež v roce 2006 přijala Společnost sociálních pracovníků (Mátel, 2019).

Sociální pracovníci jsou důležitou součástí multidisciplinárního týmu, a ještě v nedávných dobách se zabývali hlavně finančními problémy klientů např. výplatou důchodů nebo třeba vyřizováním příspěvku na péči (Dvořáčková, 2012). Dle této autorky se však postupem času úloha sociálních pracovníků začala rozšiřovat do oblasti individuální práce s klienty, individuálního plánování a aplikace různých druhů terapií. Sociální pracovníci jsou více v kontaktu nejen se samotnými klienty, ale i s jejich

rodinami, koordinují práci dobrovolníků, metodicky vedou a proškolují pracovníky v přímé obslužné péči a mnohdy vedou i praxe studentů (Dvořáčková, 2012). V kontextu péče o seniory se sociální práce uplatňuje včasnou preventivní pomocí a dále pak ve specifických životních situacích (Dvořáčková, 2012). Sociální pracovník by se měl snažit podat potřebným pomocnou ruku a být tím, kdo naslouchá i během poslední etapy lidského života (Elichová, 2017).

2.2.1 Sociální pracovník v procesu umírání a smrti

V současné době je sociální pracovník brán jako hodnotná součást komplexního kvalifikovaného týmu, ale ne vždy tomu tak bylo (Elichová, 2017). Dle této autorky byly začátky vzniku hospiců a paliativní péče spjaty s určitými rozpaky, které se týkaly především otázek, co by měl sociální pracovník vykonávat a zejména byly nastoleny obavy z toho, že sociální pracovník bude zastávat spíše administrativního úředníka, ale sociální pracovníci si svoji práci obhájili tím, že ukazují nejen své odborné, nýbrž své osobnostní přednosti, jež celému týmu a klientům dokáží přinést něco jedinečného. Elichová (2017) dále uvádí, že se ztrátou v souvislosti s umíráním, smrtí a truchlením se sociální pracovníci ve své profesi častokrát setkávají, a proto i tyto fenomény patří do jejich kompetencí. Sociální pracovníci mají jasné úkoly, které jsou spojovány s doprovázením umírajícího a bez patřičného vzdělání není možné s touto cílovou skupinou pracovat, jelikož sociální práce s umírajícími je specifická a k optimálnímu výkonu této profese je zapotřebí mimo osobnostních a povahových rysů mít i specifické znalosti a dovednosti (Elichová, 2017).

U sociálních pracovníků je prevence stresu klíčová, čemuž může dopomoci správná životospráva a psychohygienu zahrnující dostatek odpočinku (Elichová, 2017). To vše je důležité hlavně proto, aby u sociálních pracovníků nedošlo ke vzniku syndromu vyhoření, jež je typický pro profese, které jsou charakterizovány vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a mnohdy neadekvátním ohodnocením (Kopecká, 2015). Duševní zdraví umožňuje člověku bezproblémové fungování ve všech rovinách života a zároveň je osvobozen od pocitů úzkosti a má pozitivní vztah nejen k sobě, ale i ostatním (Nakonečný, 2013). Způsob odpočinku by měl záležet na individuálních potřebách každého pracovníka, ale jelikož je sociální práce profesí vyznačující se především duševní a psychickou námahou, doporučuje se odpočívat s fyzickou aktivizací jako například relaxačními sporty, turistikou nebo prací na zahrádce (Kopecká, 2015).

Mezi hlavní příznaky syndromu vyhoření patří vyčerpání – člověk se cítí být vysílený emočně i fyzicky, odcizení – člověk se syndromem vyhoření má ke své práci a svému okolí skoro až lhostejný postoj a pokles výkonnosti (Stock, 2010). Tento autor dále uvádí, že před vyhořením je třeba se chránit a k tomu nám mohou pomoci opatření, jež mají za cíl uchovat lidské zdraví. V první řadě je dobré si získat odstup a udělat si situační analýzu toho, co nám energii ubírá a co naopak dobíjí, dále pak je dobré si nastavit tzv. time management a zařadit do své rutiny nějakou formu relaxace a cvičení (Stock, 2010).

K tomu, aby mohli sociální pracovníci, a nejen ti, poskytovat efektivní pomoc svým klientům, musí mít k dispozici určité kompetence (Belz a Siegrist, 2015). V kontextu těchto kompetencí, které musí pracovníci splňovat, je velice důležité pracovat s určitými předpoklady (Chrastina et al., 2020). Pro tuto profesi je mimo jiné důležité seznámení se během studia s výukou thanatologie, respektive mít alespoň povědomí o fenoménech smrti, umírání a truchlení, avšak to je u nás bohužel na většině vzdělávacích institucích nedostatečné (Elichová 2017). Tato autorka uvádí výzkum, který ukazuje, že na školách se objevuje pouze malé množství předmětů související s oborem thanatologie a proto je zcela pochopitelné, že se s takovými tématy často neumíme pracovat, přičemž je možné, že vzdělávací instituce poskytují takto nedostatečné vzdělávání v oboru thanatologie ze strachu před konečnými otázkami člověka. Právě proto by měli být všichni pracovníci v sociálních službách důkladně proškoleni v procesech týkajících se umírání, smrti a paliativní péče (Chrastina et al., 2020).

3 Cíl práce a výzkumné otázky

3.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit postoje sociálních pracovníků k umírání a smrti u uživatelů v domovech pro seniory. Dílčím cílem je zjistit, jakým způsobem se sociální pracovníci vyrovnávají s tématem umírání a smrti u uživatelů.

3.2 Výzkumné otázky

Na základě cíle bakalářské práce byla zvolena jedna hlavní a jedna dílčí výzkumná otázka:

HVO₁: Jaký postoj zaujímají sociální pracovníci k umírání a smrti v domovech pro seniory?

HVO₂: Jaké strategie vyrovnávání se se stresem využívají sociální pracovníci v domovech pro seniory při setkání se smrtí klientů?

4 Metodika výzkumu

4.1 Strategie výzkumu

Pro bakalářskou práci byl zvolen kvalitativní výzkum, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkum je dle některých metodologů chápán jako doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií, který v sociálních vědách postupně získal rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu (Hendl, 2016). Hlavním smyslem tohoto výzkumu je prozkoumat určitý jev a získat tak ucelený obraz o zkoumaném problému (Švaříček a Šed'ová, 2014). Za techniku sběru dat byly zvoleny polostrukturované rozhovory, které byly uskutečňovány se sociálními pracovníky pracujícími v domovech pro seniory. Dle Hendla (2016) se polostrukturované rozhovory vyznačují určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací. Jako postup při vyhodnocování bylo zvoleno otevřené kódování. Pro účely výzkumu byl vytvořen záznamový arch pro polostrukturované rozhovory. Tento arch je složen ze čtyř částí. První část polostrukturovaného rozhovoru se týká sociodemografických údajů. Druhá část se zabývá tím, jaké činnosti, metody a techniky jsou využívány při sociální práci v domovech pro seniory. Další část obsahuje otázky týkající se umírání a smrti a část poslední se zaměřuje na oblast psychohygieny. Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor je přiložen v příloze č. 1 této bakalářské práce. Čtyři rozhovory probíhaly při osobním setkání v prostorách organizace a zbývající tři rozhovory byly uskutečněny prostřednictvím MS Teams. Všechny tyto rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a po přepsání do MS Word byly tyto nahrávky smazány.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vytvořen metodou náhodného výběru. Jelikož je výzkum zaměřen na sociální pracovníky domovů pro seniory na území Jihočeského kraje, byl vybrán z jednotlivých okresů tohoto kraje vždy jeden domov pro seniory, kde byl výzkum uskutečněn. Rozhovory proběhly celkem se sedmi sociálními pracovníky ze sedmi různých pracovišť. Všichni sociální pracovníci, kteří se zúčastnili výzkumu působí v sociální sféře minimálně pět let. V tabulce 1 jsou uvedeny základní údaje těchto pracovníků.

Kritéria pro výběr domovů pro seniory:

- a) poskytování této služby podle zákona;
- b) poskytování této služby na území Jihočeského kraje;
- c) jedno zařízení z okresu;
- d) tuto službu poskytuje minimálně jeden rok;
- e) ochota a vstřícnost svolit k uskutečnění rozhovoru.

Komunikační partneři museli splnit následující požadavky:

- a) zaměstnání na pozici sociální pracovník;
- b) zaměstnání v domově pro seniory na území Jihočeského kraje;
- c) ochota poskytnout rozhovor pro účely výzkumu této bakalářské práce.

4.3 Realizace výzkumu

Před zahájením samotného výzkumu bylo prostřednictvím e-mailu osloveno sedm domovů pro seniory v Jihočeském kraji. K výběru jednotlivých domovů pro seniory sloužil Registr poskytovatelů sociálních služeb nacházející se na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí. Vyhledávání proběhlo dne 17.3.2023. Do tohoto registru bylo zadáno, jaký druh služby je vyhledáván, dále pak v jakém kraji a okrese. Po zadání jednotlivých údajů bylo registrem nabídnuto 35 organizací poskytujících tento druh služby. Následně bylo náhodně vybráno a prostřednictvím e-mailu osloveno sedm domovů pro seniory, to znamená z každého okresu jeden domov pro seniory. Ředitelé těchto organizací mi k uskutečnění rozhovorů svolili a ochotně podepsali mnou předložené žádosti o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce. V příloze č. 2 bakalářské práce je přiložen vzor této žádosti. Poté jsem byla odkázána na jednotlivé sociální pracovníky. Ty jsem prostřednictvím e-mailu zkontaktovala a po domluvě s nimi rozhovor uskutečnila. Výzkumné šetření bylo realizováno na přelomu měsíce března a dubna 2023. Rozhovory probíhaly s předem domluvenými informanty osobně přímo v prostorách organizace. Některé domovy pro seniory však vzhledem k doznívajícímu chřipkovému období preferovaly rozhovory prostřednictvím on-line formy. Čtyři rozhovory probíhaly při osobním setkání v prostorách organizace a zbývající tři rozhovory byly uskutečněny prostřednictvím MS Teams. Všechny tyto rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon a po přepsání do MS Word byly tyto nahrávky smazány. Pro zachování anonymity a ochrany osobních údajů byli komunikační partneři označeni jako „KP“ (komunikační partner/ka) číslicemi od 1 do 7. Všichni komunikační partneři

obdrželi z mé strany informovaný souhlas, jehož podpisem dali najevo, že byli seznámeni se všemi podmínkami a souhlasí s nahráváním našeho rozhovoru a s účastí na tomto výzkumu. V příloze č. 3 bakalářské práce je přiložen vzor tohoto informovaného souhlasu. Podepsané informované souhlasy, stejně tak jako přepsané rozhovory, má autorka této práce uložené ve svém osobním archivu a nikdo jiný k nim nemá přístup. Limity samotného výzkumu byly takové, že výzkum byl realizován celkem se sedmi komunikačními partnery, kteří byli pouze ženského pohlaví. Komunikační partnery zastupující mužské pohlaví se do výzkumu bohužel nepodařilo sehnat, jelikož ve vybraných domovech pro seniory sociální pracovníci mužského pohlaví nepracují.

4.4 Zpracování sběru dat

Po ukončení rozhovoru byly záznamy přepsány do ucelené písemné podoby. Získaná data byla zpracována metodou otevřeného kódování. Otevřené kódování slouží k lokalizaci témat v textu (Hendl, 2016). Materiálem pro otevřené kódování jsou odpovědi komunikačních partnerů (Reichel, 2009). Tyto kódy lze pak rozdělit do kategorií, které mohou mít libovolný počet (Kajanová et al., 2017). Na základě odpovědí z provedených rozhovorů bylo vytvořeno osm kategorií dat, které jsou uvedeny ve výzkumné části. Z těchto vytvořených kategorií byly pro lepší orientaci utvořeny podkategorie, které jsou taktéž uvedeny ve výzkumné části této bakalářské práce.

4.5 Etické aspekty výzkumu

Dle Hendla (2016) hrají etické otázky velice důležitou roli ve společenských vědách výzkumu. Proto bylo před zahájením samotného výzkumu prostřednictvím e-mailu osloveno sedm domovů pro seniory v Jihočeském kraji. Ředitelé těchto organizací mi k uskutečnění rozhovorů svolili a ochotně podepsali mnou předložené žádosti o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce. V příloze č. 2 bakalářské práce je přiložen vzor této žádosti. Poté jsem byla odkázána na jednotlivé sociální pracovníky. Všichni komunikační partneři zapojeni do výzkumu, byli seznámeni s tématem bakalářské práce, průběhem a účelem výzkumu. Dále byli seznámeni s tím, že tento výzkum je zcela anonymní a v případě, že nějakou otázku vyhodnotí jako jim nepříjemnou, tak na danou otázku nemusí odpovídat nebo mohou okamžitě ukončit svoji účast ve výzkumu. Hendl (2016) zdůrazňuje důležitost zachování anonymity komunikačních partnerů. Toto pravidlo bylo v bakalářské práci řešeno tak, že názvy jednotlivých domovů pro seniory ani jména a příjmení komunikačních partnerů nejsou zveřejněny. Pro zachování ochrany

osobních údajů byly nahrávky rozhovorů po přepsání do písemné podoby smazány z mobilního telefonu. Všichni komunikační partneři obdrželi z mé strany informovaný souhlas, jehož podpisem dali najevo, že byli seznámeni se všemi podmínkami a souhlasí s nahráváním našeho rozhovoru a s účastí na tomto výzkumu. V příloze č. 3 bakalářské práce je přiložen vzor tohoto informovaného souhlasu. Podepsané informované souhlasy, stejně tak jako přepsané rozhovory, má autorka této práce uložené ve svém osobním archivu a nikdo jiný k nim nemá přístup.

5 Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření, které byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky pracujícími v domovech pro seniory v Jihočeském kraji.

5.1 Charakteristika komunikačních partnerů

V tabulce 1 jsou uvedeny základní informace o komunikačních partnerech, kteří mi odpověděli na otázky v polostrukturovaném rozhovoru.

Tabulka 1: Charakteristika komunikačních partnerů

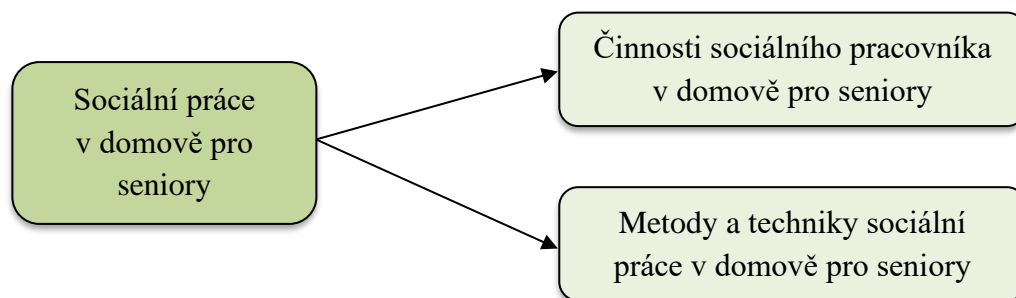
Komunikační partneri	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Pracovní pozice	Délka praxe na této pozici	Předchozí pracovní pozice
KP1	Žena	37	bakalářské	Sociální pracovník	10	Vedoucí sociální služby
KP2	Žena	30	bakalářské	Sociální pracovník	5	Žádná
KP3	Žena	46	vyšší odborné	Sociální pracovník	23	Sociální pracovník
KP4	Žena	44	magisterské	Sociální pracovník	12	Aktivizační pracovník
KP5	Žena	56	vyšší odborné	Sociální pracovník	13	Sociální pracovník
KP6	Žena	40	vyšší odborné	Sociální pracovník	15	Žádná
KP7	Žena	38	magisterské	Sociální pracovník	9	Sociální pracovník

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

5.2 Výsledky výzkumného šetření

Kategorie 1: Sociální práce v domově pro seniory

Tato kategorie se zabývá tím, jaké činnosti vykonávají sociální pracovníci v domově pro seniory a jaké metody a techniky sociální práce využívají sociální pracovníci v domově pro seniory. Tato kategorie je rozdělena na dvě podkategorie viz obrázek 1.



Obrázek 1: Sociální práce v domově pro seniory

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Činnosti sociálního pracovníka v domově pro seniory

Tato podkategorie popisuje, jaké činnosti vykonávají sociální pracovníci v domově pro seniory. Zde se odpovědi komunikačních partnerů moc nelišily. Všichni se shodli na tom, že mezi činnosti sociálního pracovníka patří především administrativa. Například KP1 odpověděl: „Administrativu hlavně, jednání s úřady, zejména příspěvek na péči třeba, žádosti o zvýšení, žádosti nebo nějaké odvolání případně, jednání s rodinami, jednání se žadateli, jednání s klienty, plus já vedu ještě aktivizační úsek.“ KP2: „Stěžejní u nás je příjem nových klientů, sociální šetření se žadateli, kteří si podají žádost a pak taková ta administrativa kolem toho.“ KP3: „Tak je to hlavně vyúčtování úhrad, práce s depozitními účty uživatelů, písemná komunikace s notáři, předávání pozůstalosti a komunikace s úřady.“ KP4: „Spíš se jedná o takové ty administrativní činnosti, ale samozřejmě jednáme i přímo s žadateli, klienty, případně s jejich rodinami.“ Podobně odpověděli i KP5, KP6 a KP7. KP5: „My jako sociální pracovníci máme na starosti hlavně prvotní kontakt s tím zájemcem o naši službu, děláme sociální šetření s těmi zájemci, sepisujeme s ním smlouvu nebo třeba seznamujeme toho klienta s chodem našeho domova a samozřejmě je kolem toho spousta papírování.“ KP6: „Tak my děláme hlavně administrativní činnosti, to znamená, že třeba například jednáme s úřady, patří sem nějaké vyúčtování úhrad nebo pokud klient zemře, tak se staráme o záležitosti spojené s ukončením pobytu nebo vyřízení pozůstalosti.“ KP7: „No, je toho hodně, ale pokud

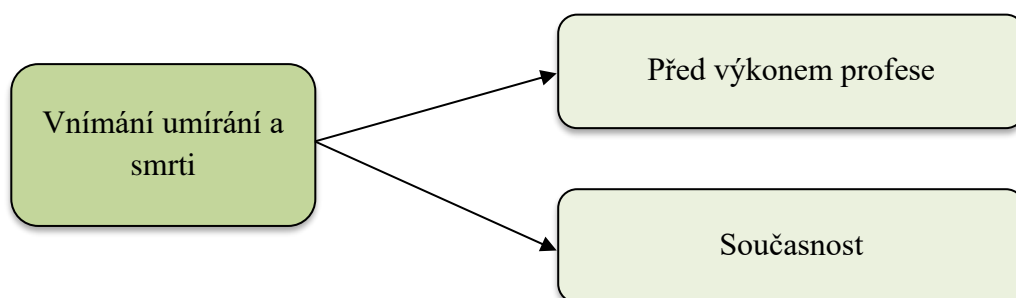
mám být konkrétní, tak se jedná zejména o nějaké jednání s úřady, zabýváme se o takové ty finanční záležitosti klienta jako jsou třeba platby za službu nebo příspěvek na péči. Prostě sem patří veškerá administrativa, která se týká těch klientů.“

Metody a techniky sociální práce v domově pro seniory

Tato podkategorie přináší výsledky toho, jaké metody a techniky sociální práce využívají sociální pracovníci v domově pro seniory. Na tuto otázku odpověděli všichni komunikační partneři velice podobně. KP1: *„Naše cílovka jsou senioři. Máme tu plno lidí s demencemi, takže používáme opravdu krátké a jednoduché věty, žádné složitosti. Zkrátka se snažíme přizpůsobit tu komunikaci potřebám jednotlivých klientů ať už jde o klienty s demencí nebo bez ní.“* KP2: *„Tak určitě individuální práce s klientem a s rodinou formou rozhovoru, ať už při příchodu nebo během služby.“* KP3: *„Asi bych sem zařadila nějakou motivaci toho klienta, podpora porozumění a navození pocitu jistoty a důvěry.“* KP4: *„No tak využíváme rozhovor určitě a pak je to nějaká práce s klienty a jejich rodinami.“* KP5: *„My tady nepoužíváme žádné speciální metody ani techniky. Prostě zdravý selský rozum.“* KP6: *„Určitě individuální práce s klientem a jeho rodinou pomocí rozhovoru a aktivního naslouchání a například při sociálním šetření s klienty třeba i pozorování.“* KP7: *„Pracujeme s klienty a jejich rodinami a jinak používáme takovou tu klasiku, rozhovor a nějaké pozorování.“*

Kategorie 2: Vnímání umírání a smrti

Tato kategorie popisuje, jak sociální pracovníci vnímali umírání a smrt předtím, než se s ní začali setkávat v rámci výkonu své profese a jak umírání a smrt vnímají nyní. Tato kategorie má dvě podkategorie a je znázorněna pomocí obrázku č. 2.



Obrázek 2: Vnímání umírání a smrti

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Vnímání umírání a smrti před výkonem profese

Zde se odpovědi komunikačních partnerů moc neliší. Šest ze sedmi komunikačních partnerů vnímalo umírání a smrt před výkonem své profese spíše jako součást života a více se nad tím nepozastavovali. KP1: „*Předtím jsem to moc neřešila. Pokud nezemřel někdo z rodiny, tak jsem se nad tímto tématem nijak nepozastavovala.*“ Podobně odpověděl i KP2: „*Předtím to bylo takové, že to člověk moc neřešil. Pokud mi nezemřel někdo v rodině, tak si to člověk spíš vůbec nepřipouštěl.*“ KP3: „*Já smrt vždycky vnímala jako přirozenou součást života.*“ KP4: „*Vnímala jsem to asi jako každý mladý člověk. Nějak se tím člověk nezaobírá, protože prarodiče i rodiče jsou živí a asi jsem to nějakým způsobem neřešila.*“ KP5: „*Předtím než jsem začala vykonávat tuto profesi v domově pro seniory, tak jsem vnímala smrt jako součást života. V podstatě jsem se s ní setkala v přízni vždycky, a to jsem vnímala tedy velice špatně, hodně emocionálně.*“ KP6: „*Předtím jsem se nad tím asi nijak zvlášť nepozastavovala. Brala jsem to jako konečnou fázi života.*“ Pouze KP7 uvedla, že se tohoto tématu z předešlé zkušenosti bála. KP7: „*Já jsem měla umírání vžitě od dětství, kdy jsem viděla svoji babičku v otevřené rakvi a přišlo mi to jako něco šíleného, nepřirozeného a dalo by se říct, že jsem se až bála.*“

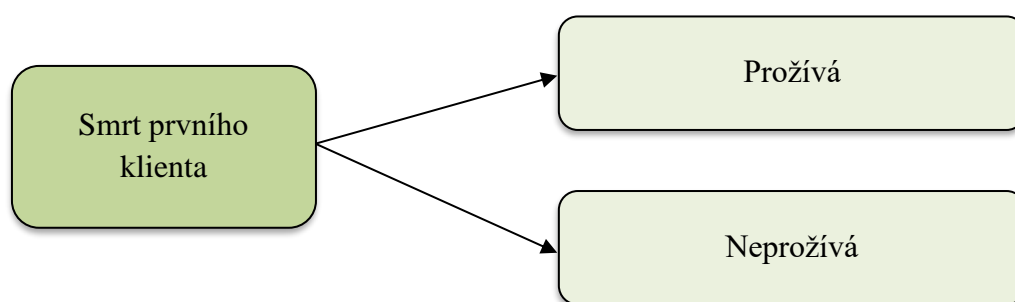
Současné vnímání umírání a smrti

Komunikační partneři se zde shodli na tom, že v současné době vnímají umírání a smrt jako součást života. KP1: „*Já to beru jako přirozenou součást života a říkám si, že ti naši klienti jsou lidi, kteří si odžili svůj život a mají to štěstí, že jim bylo dáno a dalo by se říct, že dokážu ocenit dobrou smrt, když ten člověk odejde v klidu a má okolo sebe lidi, co ho mají rádi a personál, co se o něj v těch posledních chvílích dobře postará.*“ KP3: „*Já to stále vnímám jako součást života.*“ KP5: „*Je to úplně něco jiného, než když jsem v tomto oboru začínala. Beru to jako součást života, ale v každém případě ty emoce tam trochu jsou, protože s těmi klienty jsme v kontaktu, povídáme si s nimi, ale ty emoce tam prostě jsou.*“ KP6: „*Nyní už k tomu přistupuji úplně jinak. Zrovna tak jako porod je přirozená součást života tak i ten konec života. Pokažd' není ten konec života nijak dramatický, tak si myslím, že to prostě k tomu životu patří.*“ KP7: „*Nyní k tomu přistupuji tak, že to zkrátka patří k životu. Tu práci jsem šla dělat vlastně s tím, že prostě se bude pracovat i s touto verzí, že to prostě k tomu patří.*“ KP2 a KP4 rozvedly svůj úhel pohledu dále. KP2: „*Samozřejmě tím, že to člověk zažívá v práci takhle častěji než předtím, tak to vlastně nyní vnímám tak, že už třeba chápu, když někdo z okolí a už je v nějakém věku*

říká, že ještě chce zařídit jistý věci. Člověk, kdo v tom nepracuje většinou toho člověka ujišťuje, že tady bude ještě dlouho a tak dále, ale takhle když to vidím takhle v té práci, tak pak už to člověk chápe, proč oni si chtějí všechno zařídit zavčas a mít všechno vyřízený, aby mohli být v klidu. Takže bych to viděla asi takhle, že si to přenáším do toho svého života.“ KP4: „V některých případech to opravdu vnímám jako vysvobození.“

Kategorie 3: Smrt prvního klienta

Třetí kategorie přináší výsledky toho, jakým způsobem sociální pracovníci prožívají moment, kdy zemře jejich první klient. Tato kategorie má dvě podkategorie, které jsou znázorněny viz obrázek 3.



Obrázek 3: Smrt prvního klienta

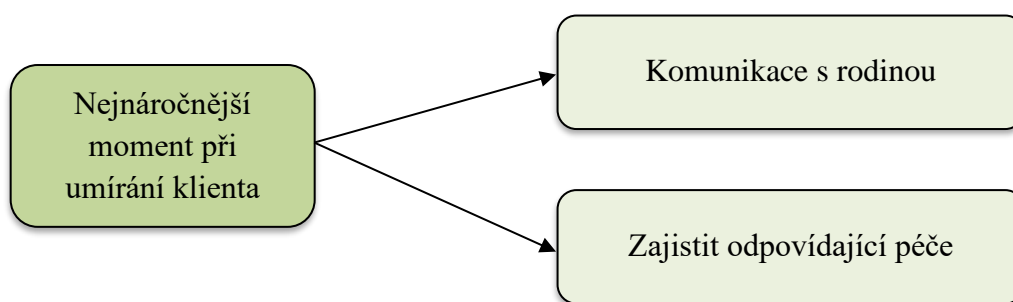
Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Pět ze sedmi komunikačních partnerů se shodlo na tom, že je smrt prvního klienta je velice zasáhla. KP1: „Tak to úplně nevím, jak bych to popsala. Bylo to divné. Takový ten pocit, že už toho člověka nikdy neuvidíte. Možná bych to popsala jako pocit bezmoci.“ KP4: „No tak to už bylo těžší. Když mi umřeli první klienti, tak jsem pořádně nevěděla, jak to uchopit, ale dost mi pomohly kolegyně. Hovořili jsme o tom v rámci týmu vlastně introspekci.“ KP5: „Ten moment si pamatuji docela silně. Protože jednak jsem byla mladá a brala jsem si to hodně do hloubky a bylo mi toho člověka líto a zároveň jsem si uvědomila, že prostě ten život je o tom, že prostě dneska tu jsme a zítra tady být nemusíme a je dost takový hodně emotivní pocit, že prostě někoho znáte s někým se bavíte, někdy i blíž a tak dále a najednou ten člověk není a nikdy už nebude.“ KP6: „Byl to takový divný pocit vzhledem k tomu, že jsem se s tím nikdy předtím takhle pracovně nesečkala, tak to byl opravdu takový divný rozporuplný pocit.“ KP7: „Tak to byl hodně zvláštní pocit. Omlouvám se, toto asi nedokážu blíže specifikovat.“ Naopak KP2 uvedla, že ji smrt prvního klienta příliš nezasáhla, jelikož to má nastavené tak, že se na klienty příliš neváže. KP2: „No, upřímně když umřel první klient, tak jsem to úplně neprožívala, protože to bylo krátkou dobu po tom, co jsem do práce nastoupila, takže jsem toho klienta prakticky moc

neznala. Takže jsem to asi úplně neřešila. Já to nemám nastavené tak, že bych se na ty klienty vyloženě vázala. Ne že by mi to bylo jedno, to ne, ale úplně mě to až jako nezasáhne. Samozřejmě k některému klientovi mám blíž tak je to takový, že to člověka mrzí, ale pořád si říkám, že už jsou v nějakém věku a ten život prožili pěkný.“ KP3 se omluvila, že z důvodu dlouholeté praxe si tento moment nevybavuje.

Kategorie 4: Nejnáročnější moment při umírání klienta

Tato kategorie přináší výsledky toho, co považují sociální pracovníci za nejnáročnější v momentě, když zjistí, že jejich klient umírá. Tato kategorie má dvě podkategorie, které jsou znázorněny v obrázku č. 4.



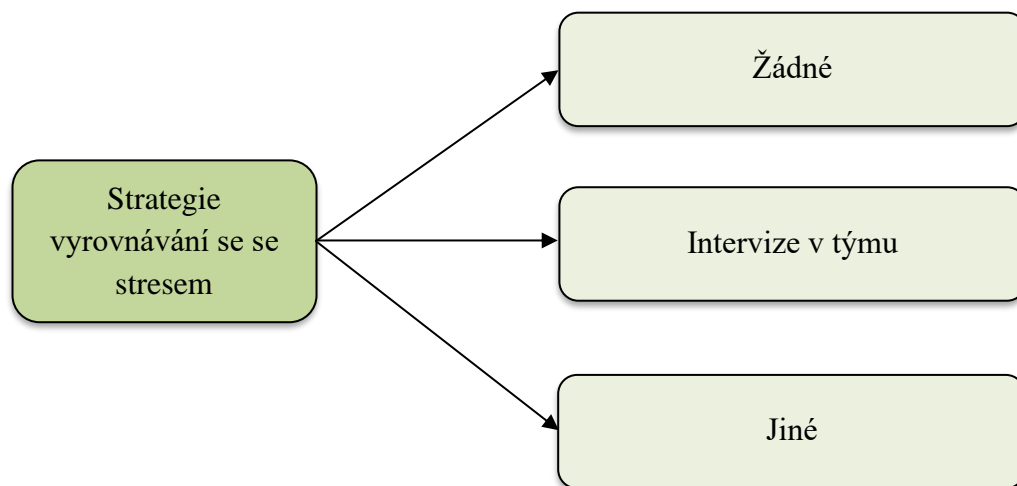
Obrázek 4: Nejnáročnější moment při umírání klienta Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

KP1, KP2, KP5 a KP7 se shodli na tom, že nejnáročnější je pro ně hlavně komunikace s rodinou a oznámení jí, že jejich příbuzný umírá. KP1: „Komunikaci s tou rodinou. Protože ne vždycky je s tím ta rodina smířená a povídat tuhle zprávu přes telefon není úplně příjemný.“ KP2: „Myslím si, že je to asi komunikace s rodinou. Říct jí, že už se to blíží, aby se přišli rozloučit.“ KP5: „Jednoznačně kontaktovat rodinu. Říct, že s tím příbuzným to nevypadá dobře a jestli chtějí tak se mohou přijet rozloučit.“ KP7: „Nedá se říct nejnáročnější, v podstatě nejdřív je to takový pocit čím začít dřív. Ale určitě hodně náročný je oznámit to té rodině.“ KP3 a KP4 se shodují na tom, že je pro ně nejnáročnější a zároveň nejdůležitější, aby byla klientům a jejich rodinám zajištěna odpovídající péče. KP3: „Řekla bych, že asi bezmoc rodinných příslušníků. Je důležité jim poskytnout dostatečnou citovou oporu a dát najevo jakýsi projev účasti na jejich bolesti.“ KP4: „Zajistit tu odpovídající péči. A aby byla dodržována nebo dodržena důstojnost toho klienta. A co asi úplně z mého pohledu je nejhorší přesvědčit personál přímé péče, ať nechají klienta v klidu umřít a nesnaží se ho převážet a zachraňovat úplně zbytečně v nemocnici, protože pokud ten člověk opravdu už vidíme, že zemře, tak takový ty převozy do nemocnice, to je prostě pro mě to nejhorší. Takže nejtěžší je přesvědčit personál

a rodinu, ať nechají klienta v klidu zemřít, pokud už tam není nějaká možnost poskytnout nějakou péči další.“ KP6 odpověděla, že nejnáročnější moment v tomto případě nedokáže specifikovat.

Kategorie 5: Strategie vyrovnávání se se stresem

Pátá kategorie přináší výsledky toho, jaké strategie vyrovnávání se se stresem sociální pracovníci využívají při setkání se se smrtí svých klientů. Tato kategorie je rozdělena na tři podkategorie viz obrázek 5.



Obrázek 5: Strategie vyrovnávání se se stresem

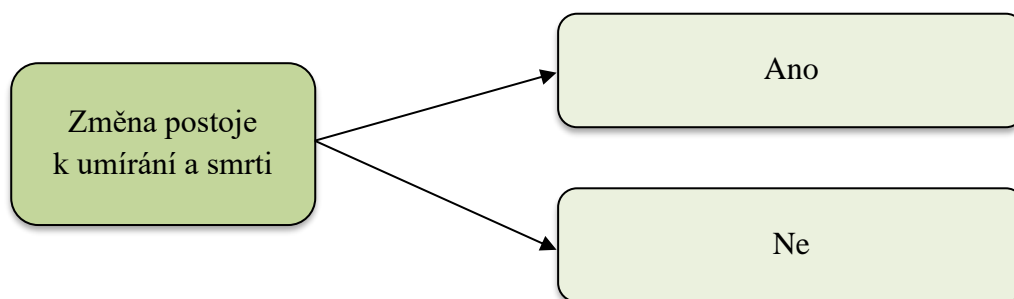
Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Na otázku, jaké strategie vyrovnávání se se stresem sociální pracovníci využívají při setkání se se smrtí svých klientů, byly odpovědi komunikačních partnerů různé. KP1, KP2, KP3 a KP6 uvedli, že žádné strategie vyrovnávání se se stresem v souvislosti s umíráním a smrtí klientů nevyužívají. Tuto skutečnost přisuzují dlouholeté praxi a osobnostnímu nastavení. KP1: „Asi žádnou. Když nějaký klient zemře, tak mi to je líto, kor u klientů, se kterými jsem si byla blíž, ale беру to jako součást života a nijak zvlášť si to neberu. Zkrátka je to něco jiného, než když vám zemře třeba člen rodiny.“ KP2: „To spíš plyne z toho, jak jsem říkala, že tím že já s klienty kontakt navazuji, ale ne natolik blízký, abych ho brala jako člena rodiny třeba u kterého to zasáhne. A hlavně já to mám v sobě nastavené tak, že opravdu práci si domů nenesím, takže vesměs se snažím to, co je potřeba řešit v práci nebo když už takhle nějaký klient zemře, tak o tom třeba mluvíme s kolegyněmi, ale pak už si to domů nenesu.“ KP3: „V podstatě žádné, s těmi pocity se prostě musím vyrovnat sama.“ KP6: „No já už nějak zvlášť vyloženě stres jako takový neprožívám, protože to patří prostě k mojí práci a už to dělám poměrně dost dlouho na

to, abych jako prožívala nějaký vyloženě stres, to říct zas až tak nemůžu.“ KP4 uvedla, že často využívá intervizi v týmu. KP4: „Intervizi v týmu. Povídáme si o tom především třeba s vedoucí sociální pracovníci. Ale ono, když dokážete, že u toho umírajícího klienta je přítomná rodina, která ho doprovází a ti klienti mají zajištěný všechno, co pro ně můžeme udělat, tak je to vlastně hezký. Pak jsou spokojení i ty příbuzní. A i my jako poskytovatelé, jsme rádi, že se to třeba povedlo a ten člověk mohl zemřít s těma nejbližšíma, ale já asi už úplně nemám potřebu se s tím nějak vyrovnávat. Když třeba přijde nějaká smrt, kterou nečekáme, že ty klienti nejsou v nějakém špatném zdravotním stavu a pak zemřou jakoby nečekaně, tak samozřejmě z toho jsme vykořelení. Ale už v tom dělám dlouho, takže si o tom povídáme spíše v rámci toho týmu.“ KP5 a KP7 upřednostňují jinou formu vyrovnávání se se stresem. KP5: „Snažím se k tomu opravdu přistupovat profesionálně, ale jak už jsem říkala, tak ty emoce tam prostě jsou, a i když to vnímám tak, že už je nic nebolí a v některých případech je to spíš vysvobození, tak nějaký relax je určitě třeba. Mě hodně pomáhá trávení času v přírodě. Někdy je ta očista hlavy opravdu potřeba, obzvlášť když zemře klient, se kterým jsem si byla blíž.“ KP7: „Já mám hodně ráda sladké, takže by se dalo říct, že když mě něčí smrt opravdu zasáhne, tak si tím vlastně obalím nervy, jak se říká.“

Kategorie 6: Změna postoje k umírání a smrti

Tato kategorie má za cíl zjistit, zda se u sociálních pracovníků pracujících v domově pro seniory změnila v průběhu let, kdy vykonávají tuto profesi, nějak zásadně postoje ke smrti a umírání. Kategorie je rozdělena na dvě podkategorie viz obrázek 6.



Obrázek 6: Změna postoje k umírání a smrti

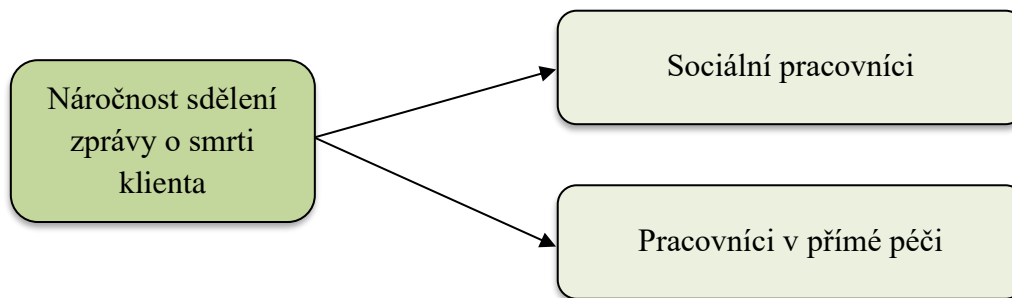
Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

V této kategorii se pět ze sedmi komunikačních partnerů shodlo, že se jejich postoj ke smrti a umírání změnil. KP2: „Já už jsem to tak nějak zmínila. Mám trošku jiný náhled na to, když někdo v okolí řeší a chce si ještě zařídit nějaké věci, dokud je čas. Tak asi v tomhle ohledu se ten pohled změnil.“ KP4: „Ano určitě právě v tom, že za každou cenu

bych se nesnažila toho blízkého zachránit, ale spíš prostě přizpůsobit ty podmínky tomu, aby umřel obklopený těmi nejbližšími, aby měl zajištěné takové ty základní životní potřeby, to znamená nějaké navlhčení rtů, omývání obličeje a takhle a nesnažit se je zachránit za každou cenu.“ KP5: „Řekla bych, že určitě. Jsou to úplně jiné pocity, než když jsem začínala. Vždy jsem to brala jako že to patří k životu, ale ten můj postoj se určitě změnil, jen asi nedokážu úplně říct v čem přesně. Prostě to vnímám jinak.“ KP6: „No já si myslím, že asi jo, protože člověk dozrává. Jako každý člověk postupem věku dozrává, prostě to tak je. Je to součást mojí práce i života.“ KP7: „Ano, člověk to prostě bere jinak než před těmi x lety, to prostě tak je.“ Naopak KP1 a KP3 se shodli na tom, že změnu postoje na sobě nepocítují. KP1: „Nijak zvlášť, vždycky jsem to brala jako přirozenou součást našeho života, a tak to i zůstalo.“ KP3: „Ne, stále to beru jako součást života.“

Kategorie 7: Náročnost sdělení zprávy o smrti klienta

Kategorie s názvem náročnost sdělení zprávy o smrti klienta se snaží zjistit, jak moc je pro sociální pracovníky náročné sdělování zprávy o smrti klienta jeho blízkým. Kategorie obsahuje dvě podkategorie, které jsou zobrazeny v obrázku č. 7.



Obrázek 7: Náročnost sdělení zprávy o smrti klienta

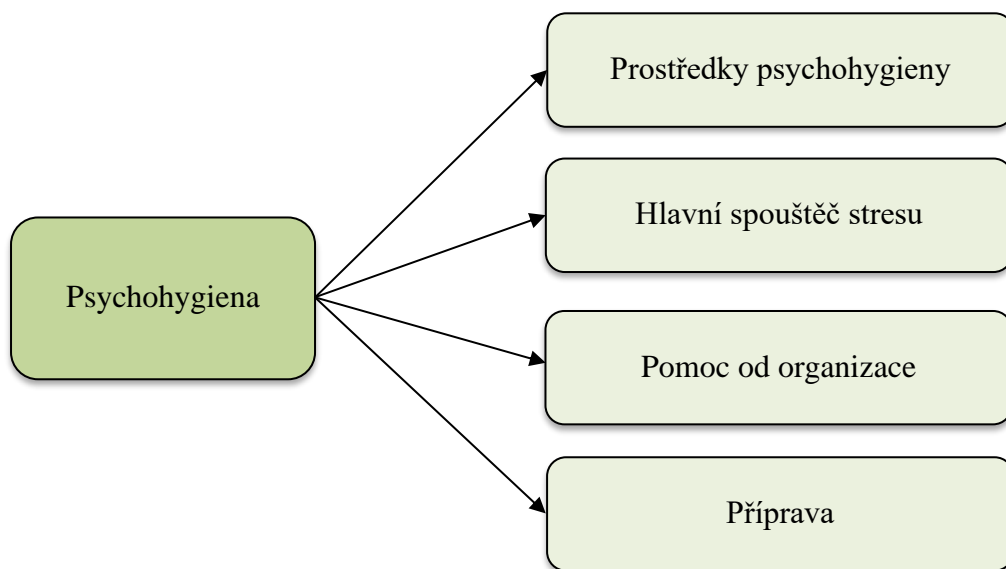
Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

V této kategorii se ukázalo, že pokud zprávu o umírání či smrti klienta sdělují sociální pracovníci, tak je to pro ně velice náročná chvíle především z hlediska způsobu předání této informace. KP1: „No, to je hodně náročný. Není mi ani tak nepříjemné podat těm blízkým tu informaci, ale spíš ta forma. Ve většině případů to musíme těm pozůstalým zavolat po telefonu, a to není příjemné ani pro jednu stranu.“ KP2: „Je to hodně náročné, protože každá rodina je jiná a říkat někomu něco takového po telefonu prostě není opravdu jednoduchý.“ KP5: „To bych řekla, že je poměrně dost náročné, protože každý ten příbuzný to vnímá jinak. Někdo reaguje hodně emotivně, ale taky jsme se párkrát setkali s velice chladným přístupem při sdělení této zprávy. Ale těch je tedy podstatně

méně. “ Někteří komunikační partneři sdělili, že nyní toto zařizují pracovníci v přímé péči, ale v době, kdy toto zařizovali sociální pracovníci, tak to pro ně bylo taktéž poněkud náročné. KP3: „U nás sociální pracovník nesděljuje rodinným příslušníkům zprávu o úmrtí klienta, ale sděluje to vrchní sestra nebo sestra ve službě.“ KP4: „Tak u nás už to my jako sociální pracovníci nesdělujeme. Teď už to u nás sdělují zdravotní sestry, ale nedělá se to tak dlouho, dřív jsme to sdělovali my. Ale je to těžké, záleží na tom, jak to je očekávané vůbec. Mě se kolikrát stalo, že jsem třeba volala, že ten blízký zemřel a ty rodiny reagovali prostě tak, že i pro ně to byla úleva, že s tím počítali, že už je to prostě vysvobození. A když to nečekali, tak třeba pak plakali. Je to zkrátka dost takové nepříjemné myslím pro obě strany.“ KP6: „Toto zařizuje vrchní sestra nebo staniční sestra, takže v podstatě toto jde většinou kolem mě.“ KP7: „S tím prvotním faktem většinou přijdou do kontaktu pracovníci v přímé péči, takže ti to zařizují. My se s tím potýkáme opravdu minimálně.“

Kategorie 8: Psychohygienu

Tato kategorie se zabývá psychohygienou, jaké prostředky psychohygieny sociální pracovníci využívají, co je pro sociální pracovníky v domově pro seniory hlavním spouštěčem stresu, jakou formou poskytují organizace sociálním pracovníkům pomoc či úlevu v souvislosti s tématem umírání a smrti klientů a co by mělo být poskytnuto sociálním pracovníkům, aby byli dostatečně připraveni na výkon své profese v rámci setkávání se smrtí a umíráním svých klientů. Kategorie je rozdělena na čtyři podkategorie viz obrázek 8.



Obrázek 8: Psychohygienu

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Prostředky psychohygieny

První podkategorie zjišťuje, jaké prostředky psychohygieny sociální pracovníci využívají. Zde se odpovědi komunikačních partnerů trochu lišily, poněvadž každý preferuje něco jiného. Pouze KP1 a KP2 uvedly, že se snaží oddělit práci a soukromí, a proto si neuvědomují, že by využívaly nějaké zvláštní prostředky psychohygieny. KP1: „*Práce je práce, ale tím, že mám dvě děti a obě ještě chodí do školy tak to беру tak, že práce je práce a doma je doma. Já nemám moc čas nic rozebírat. To je nejlepší psychohygieny, být furt něčím zaměstnaná. A důležité je pro mě oddělovat práci a soukromí. Dát si ty limity, protože to by člověk vyhořel.*“ KP2: „*Tím, že já se snažím práci domů nenosit, abych doma opravdu nic neřešila, tak ten relax už si dopřávám pouze knihou, filmem nebo jedu někam na výlet, ale opravdu když jsem mimo práci, tak tu práci se snažím vůbec neřešit.*“ KP3: „*Spíš takovou tu klasiku, pohyb, spánek, knihy, zahrádka nebo nějaké relaxační cvičení.*“ KP4: „*Já zatím žádné asi. Takové ty běžné věci prostě, u kterých člověk vypne. Procházky se psem, práce na zahradě, čtení knih a sledování filmů a když přijde na nejhorší, tak si dám víno.*“ KP5: „*Já sama mám hrozně ráda relaxační hudbu, což se mi teda povede hrozně málokdy, protože ve svém volném čase jsem s rodinou ale hrozně ráda si občas zalezu do klidu a pouštím si relaxační hudbu a zavřu si oči a nechám prostě volně plynout myšlenky.*“ KP6: „*Ráda chodím do divadla a jinak si ráda přečtu nějakou vyloženě odpočinkovou knihu, časopisy a tak.*“ KP7: „*Pro mě je největší relax a největší odměnou za vykonanou práci plavání a sauna.*“

Hlavní spouštěč stresu

Zde se většina komunikačních partnerů shodla na tom, že největším spouštěčem stresu je pro ně přílišný objem práce a časový tlak. KP1: „*Časový tlak, když prostě za krátkou chvíli toho musím hodně stihnout. Když se ta práce kupí a musím to udělat rychle.*“ KP3: „*Pro mě je to asi nedostatek času*“ KP4: „*Objem práce.*“ KP5: „*Pro mě je asi největší nával stresu, když přijdu většinou po neděli do práce a teď na mě čeká spousta vyřizování, někdy se to nakoupí. A když do toho přijde třeba ještě nějaké to úmrtí, tak to někdy bývá hektické.*“ KP6: „*Když nestíhám.*“ KP2 uvedla, že pro ni je největší stres, pokud se dostane do nějakého konfliktu s rodinou klienta. KP2: „*Asi když se rodině něco nelíbí a člověk tu situaci musí řešit a jsou fakt třeba i oškliví a křičí, tak to mě asi přivádí do stresu, že člověk přemýšlí, jak to udělat, aby zůstal profesionál a jednal s nimi dobře i když to v člověku vře a tak. Anebo když třeba jedu na sociální šetření do míst, kde na*

člověka nejsou úplně příjemný. “ KP7 ovšem uvedla, že si díky své povaze nepřipadá pod nějakým návaem stresu. KP7: „Tak já nemůžu říct, že bych vyloženě byla pod stresem. Já jsem docela klidný povahy, takže nemůžu říct, že bych byla vyloženě někdy pod nějakým opravdu návaem stresu. “

Pomoc od organizace

U otázky, zda organizace poskytuje sociálním pracovníkům v domově pro seniory nějakým způsobem pomoc či úlevu v souvislosti s tématem umírání a smrti klientů, odpověděli všichni komunikační partneři velice podobně. Shodli se na tom, že jim jednotlivé organizace poskytují supervize a v některých případech i neformální podporu, například v rámci multidisciplinárního týmu. KP1: *„Supervizi a pak jakoby neformální podporu. My si o tom i povídáme mezi sebou. Nebo na ranních poradách s děvčaty, tak to tam jakoby probereme.“* KP2: *„Poskytují nám supervize, takže tam člověk má prostor tohle téma otevřít, pokud by to člověka nějak trápilo. Anebo, když to člověka trápí akutně, tak se to dá řešit i v rámci multidisciplinárního týmu, kde se můžeme všichni sejít a pobavit se o tom.“* KP3: *„Nám organizace poskytuje supervize a školení paliativní péče.“* KP4: *„Máme tady skupinovou i individuální supervizi. Můžeme je využít, ale myslím si, že si vypomůžeme navzájem.“* KP5: *„Určitě supervize, jak skupinové, tak individuální a máme tu i poměrně dost seminářů, kde se právě i tímhle tématem někdy zabýváme.“* KP6: *„Tak třeba na supervizích můžeme tohle téma otevřít a jinak tady máme často různé školení na tohle téma.“* KP7: *„Podpora je nám poskytována hlavně formou supervize.“*

Příprava

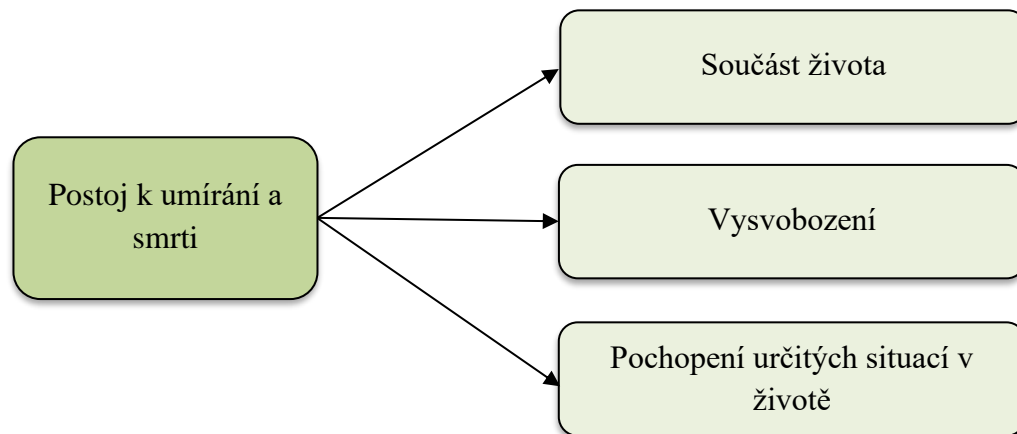
Všichni komunikační partneři se zde shodli, že určitá příprava na téma setkávání se s umíráním a smrtí klientů by byla určitě ku prospěchu. KP1: *„Já si myslím, že určitě nějaký kurz o paliativní péči. Myslím si, že by měli být součástí každé kvalitní služby. Prostě si myslím, že supervize a nějaký školení by měly být základ.“* KP2 doplňuje, že je důležité se na toto téma informovat, jelikož ve škole se člověk nemá příliš možnost na tyto situace připravit. KP2: *„Já si myslím, že tomu pomáhají různé semináře na tohle téma. Ať už na umírání jako takový nebo co se týče třeba paliativní péče, takže tohle jako hodně informuje, protože při škole tohle člověk úplně neprobírá, takže si myslím, že absolvování těchto různých seminářů pomůže. A pak je to stejně praxe, protože jinak si to člověk nezažije.“* KP3: *„Nějaký supervize asi a určitě by nebylo na škodu absolvování*

nějakých školení paliativní péče.“ KP4 zde ještě dodává, že je pro pracovníky důležité vědomí případné podpory v případě potřeby. KP4: „Asi ta případná podpora, aby věděli, na koho se obrátit, aby věděli, s kým si o tom můžou promluvit a případně i klidně právě na toho supervizora, na toho odborníka. Protože jakmile zpočátku nebude ta podpora možná, když jí ten člověk bude potřebovat, tak to ten člověk nezvládne.“ KP5: „Pokud jde o téma umírání a smrti, tak si myslím, že by si každý měl projít nějakým školením na toto téma.“ KP6: „Klienti jsou k nám umístěni proto, protože jsou v pokročilém věku, v podstatě v konečný etapě života, takže by s tím podle mě měli být všichni pracovníci seznámeni a psychicky připraveni. Měli by si projít různými semináři na tohle téma.“ KP7: „Myslím si, že by měli být povinné nějaké semináře nebo školení v rámci toho setkávání se se smrtí těch klientů, aby na to byli lidi prostě připraveni.“

5.3 Shrnutí výsledků

HVO₁: Jaký postoj zaujímají sociální pracovníci k umírání a smrti v domovech pro seniory?

Shrnutí výsledků HVO₁ je znázorněno viz obrázek 9.



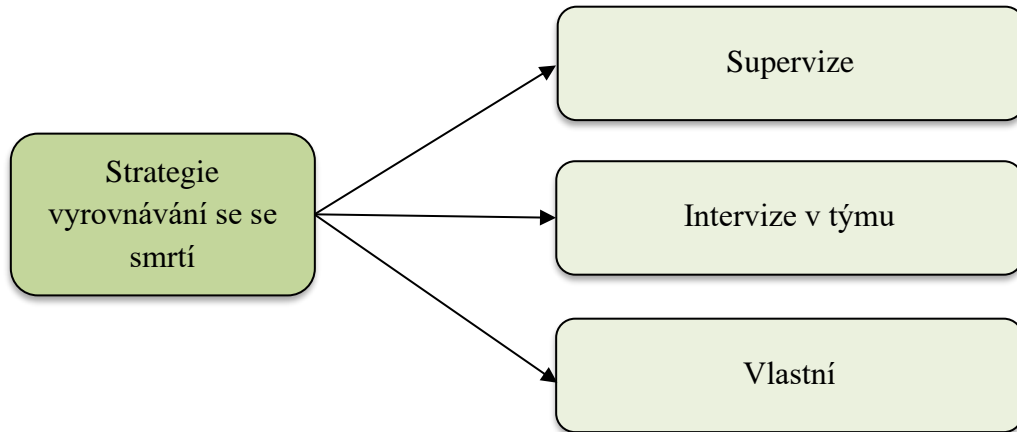
Obrázek 9: Postoj k umírání a smrti

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Výzkum ukázal, že v současné době vnímají dotázaní sociální pracovníci v domovech pro seniory umírání a smrt spíše jako přirozenou součást života, jež je odjakživa součástí našich životů podobně jako porod. Ovšem pokud tedy není závěr života nijak dramatický, v opačném případě vnímají smrt jako vysvobození. Z výzkumu lze usuzovat, že sociální pracovníci nyní chápou některé situace, které s sebou závěr života přináší, lépe než před výkonem své profese a zároveň by se za každou cenu nesnažili člověka zachránit, pokud jeho stav již nemá příznivé vyhlídky. V každém případě sociální pracovníci účastnění výzkumu vždy nějaké emoce cítí, tudíž jim tato problematika není lhostejná. Kdežto před výkonem této profese, jak vyplynulo z výzkumu, se tito sociální pracovníci nad tímto tématem příliš nepozastavovali a nijak jej neřešili, pokud nezemřel někdo z jejich rodiny a blízkého okolí. Z výzkumu je dále zřejmé, že se u dotazovaných před výkonem této profese objevil i strach z umírání a smrti. Z výzkumu lze tedy usuzovat, že se postoj účastníků výzkumu k umírání a smrti značně změnil. Vyplývá to z faktu, že člověk postupem času dozrává a chápe některé věci lépe než dříve. Ovšem mezi dotazovanými se vyskytli i tací, kteří vnímají umírání a smrt stále jako přirozenou součást života a jejich postoj je tedy beze změny.

HVO₂: Jaké strategie vyrovnávání se se stresem využívají sociální pracovníci v domovech pro seniory při setkání se smrtí klientů?

Shrnutí výsledků HVO₂ je znázorněno viz obrázek 10.



Obrázek 10: Strategie vyrovnávání se se smrtí

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Z výzkumu vyplynulo, že mezi nejčastěji využívané strategie vyrovnávání se se stresem, které dotazovaní v domovech pro seniory aplikují, jsou zejména supervize, kde toto téma mohou probrat jak s kolegy, tak s kvalifikovaným supervizorem. Dále pak intervize v týmu a podpora, která je poskytována spíše neformální cestou. Výzkum taktéž ukázal, že mezi dotazovanými jsou i tací, kteří se snaží k této problematice přistupovat profesionálně a více si smrt svých klientů nepřipouští. Když tyto pracovníky ovšem smrt některého z klientů přece jen zasáhne, uvedli, že se s tím musí vyrovnat sami. Další strategií vyplývající z výzkumu je nenavazovat příliš blízký kontakt s klienty a brát umírání a smrt jako součástí této profese. Dále byly uvedeny jednotlivé relaxační techniky, které jsou pro tzv. očistu hlavy neodmyslitelné. Šlo o široké spektrum činností od trávení času v přírodě po využití volného času pro výlet s rodinou.

6 Diskuse

Bakalářská práce se zabývá tématem umírání a smrti v domovech pro seniory z pohledu sociálních pracovníků. Byl stanoven jeden hlavní výzkumný cíl a jeden dílčí výzkumný cíl. Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaké postoje zaujímají sociální pracovníci v domovech pro seniory k umírání a smrti jejich klientů. Dílčím cílem bylo zjistit, jakým způsobem se sociální pracovníci vyrovnávají s tématem umírání a smrti u klientů.

Kvalitativní šetření bylo provedeno formou polostrukturovaného rozhovoru. Ke zpracování získaných dat byla použita metoda otevřeného kódování. Pro lepší orientaci byla získaná data rozdělena do osmi kategorií. Každá kategorie obsahuje několik podkategorií, které se dané části týkají. Výzkumný soubor byl tvořen celkem sedmi sociálními pracovníky. Jelikož byl výzkum zaměřen na sociální pracovníky domovů pro seniory na území Jihočeského kraje, byl vybrán z jednotlivých okresů tohoto kraje vždy jeden domov pro seniory, kde byl výzkum uskutečněn. Sociální pracovníci byli velice ochotní a zodpověděli všechny položené dotazy. K dosažení stanovených cílů byly stanoveny celkem dvě výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zní: „Jaký postoj zaujímají sociální pracovníci k umírání a smrti v domovech pro seniory?“ Z výzkumu je patrné, že před výkonem této profese se sociální pracovníci nad tímto tématem příliš nepozastavovali a nijak jej neřešili, pokud nezemřel někdo z jejich rodiny a blízkého okolí. Z výpovědí komunikačních partnerů je tedy zřejmé, že se před nástupem do této profese se smrtí setkali pouze v rodinném kruhu. Z výzkumu dále vyplynulo, že se u některých sociálních pracovníků před výkonem této profese objevil i strach z umírání a smrti. Tento strach dále doprovázely pocity nepřirozenosti. Tento stav zapříčinila nepříjemná zkušenost z dětství.

V návaznosti na to, bylo od komunikačních partnerů zjišťováno, zda se jejich postoj k umírání a smrti v průběhu let, kdy vykonávají tuto profesi změnil. Pět ze sedmi komunikačních partnerů uvedlo, že se jejich postoj ke smrti a umírání změnil. Někteří z komunikačních partnerů to přisuzují tomu, že člověk s věkem dozrává. KP2 uvedla, že se její postoj změnil v tom ohledu, že má trochu jiný náhled na to, když má někdo v okolí potřebu si zařídit určité věci, dokud je toho ještě schopný. KP4 více rozvedla změnu svého postoje a uvedla, že by se za každou cenu nesnažila toho umírajícího zachránit, ale spíš považuje za důležitější uzpůsobit umírajícímu podmínky, aby zemřel obklopený svými nejbližšími a aby měl zajištěné základní potřeby. Totéž je důležité i dle Markové (2010),

kteřá dále uvádí, že je důležité, aby bylo rodině umožněno chvíli setrvat u zemřelého o samotě. Ovšem mezi dotazovanými se vyskytli i tací, kteří vnímají umírání a smrt stále jako přirozenou součást života a jejich postoj je tedy beze změny. Domnívám se, že je to dané osobnostním nastavením daných sociálních pracovníků.

Z výzkumu je zřejmé, že v současné době je náhled u sociálních pracovníků na umírání a smrt takový, že jde o přirozenou součást života. Takto odpověděli všichni zúčastnění výzkumu. KP4 ještě dodala, že v některých případech to opravdu bere jako vysvobození. Někteří k tomu ještě doplnili svůj úhel pohledu o určité informace. Například KP1 dodala, že smrt bere jako přirozenou součást života a zároveň si vždy říká, že si ti klienti odžili svůj život a mají to štěstí, že jim bylo dáno. Tato komunikační partnerka svou odpověď dále rozvedla o informaci, že dokáže ocenit dobrou smrt, to znamená, když ten člověk odejde v klidu a má okolo sebe lidi, co ho mají rádi a personál, co se o něj v těch posledních chvílích života dobře postará.

Z výzkumu lze tedy usuzovat, že se postoj sociálních pracovníků k umírání a smrti značně změnil. Avšak jedna situace zůstává u sociálních pracovníků stále stejná jako na začátku jejich kariéry. Jde o komunikaci s rodinou a následné sdělení zprávy o umírání či smrti jejich blízkého. Zároveň nerozlišují, zda jde o komunikaci osobní či telefonickou, náročná je tato situace vždy a v kterékoli formě. S tímto se ztotožňuje i Kupka (2014), který taktéž považuje sdělení této zprávy rodině za náročnou, ale zároveň i velmi důležitou. Někteří komunikační partneři ještě zmínili fakt, že je pro ně nejnáročnější a zároveň nejdůležitější, aby byla klientovi i jeho rodině zajištěna odpovídající péče.

Druhá výzkumná otázka zní: „Jaké strategie vyrovnávání se se stresem využívají sociální pracovníci v domovech pro seniory při setkání se smrtí klientů?“ Čtyři ze sedmi dotazovaných odpovědělo, že žádné strategie vyrovnávání se se stresem v souvislosti s umíráním a smrtí klientů nevyužívají, což přisuzují dlouholeté praxi a osobnostnímu nastavení. Výzkum taktéž ukázal, že mezi dotazovanými jsou i tací, kteří se snaží k této problematice přistupovat profesionálně a více si smrt svých klientů nepřipouští. Podle Chrastiny et al. (2020) je zachování profesionálního přístupu při umírání či smrti klienta složité, jelikož se při poskytování péče mezi klientem a pracovníkem utváří pouto. Autoři dále uvádějí, že tímto se pracovník dostává do složité situace, kdy je zapotřebí poskytnout láskyplnou péči a zároveň si udržet emoční odstup. Když pracovníky ovšem smrt některého z klientů přece jen zasáhne, uvedli, že se s tím

musí vyrovnat sami. Ostatní komunikační partneři uvedli, že často využívají intervizi v týmu a probírají to například s vedoucí sociální pracovnící. KP4 uvedla, že pokud se povede, aby u umírajícího klienta byla rodina, která ho doprovází a má zajištěné vše, co je potřeba, tak to vnímá jako hezké, a tudíž nemá potřebu se s tím nijak vyrovnávat. Další strategií vyplývající z výzkumu je nenavazovat příliš blízký kontakt s klienty a brát umírání a smrt jako součást této profese. Dva ze sedmi komunikačních partnerů uvedlo, že k tomu, aby se s tímto faktem vyrovnali, potřebují určitý odpočinek a psychohygienu, jelikož emoce spojené s těmito událostmi tam jsou, obzvláště, když odejde některý z klientů, se kterým si byli blíží. Problémem však je, že pokud se sociální pracovníci potřebují s úmrtím některého klienta vyrovnat, musí to zvládnout rychle, jelikož jsou nuceni pracovat dále. Je to z toho důvodu, že nemají k dispozici dostatek času na zpracování této situace a dostatečně se s ní vyrovnat. Tento nezvládnutý stres na pracovišti může zapříčinit vznik syndromu vyhoření (Abramson, 2022).

S tímto souvisí i nutnost duševní hygieny, která je třeba k tomu, aby u pracovníků k syndromu vyhoření nedošlo. Venglářová (2011) uvádí, že podkladem pro vznik syndromu vyhoření slouží osobnostní nastavení pracovníka a zatěžující charakter práce, což práce s umírajícími seniory bezpochyby je. Ačkoli se sociální pracovníci snaží oddělit práci a soukromí, člověk si s sebou nese jisté věci, které ho při odchodu z práce jen tak neopustí. Proto považují za důležité, aby organizace poskytovala nejen sociálním pracovníkům v domovech pro seniory určitou pomoc či úlevu v souvislosti s tématem umírání a smrti klientů. Toto tvrzení potvrdilo sedm ze sedmi dotazovaných. Komunikační partneři se shodli na tom, že jim organizace poskytuje individuální a skupinové supervize, kde mají možnost toto téma otevřít a probrat ho jak s kolegy, tak s kvalifikovaným supervizorem. Toto potvrzuje i Kuňáková (2021), podle které supervize slouží jako prevence proti stresu a syndromu vyhoření. Jako další forma podpory byla zmíněna intervize v týmu a neformální podpora v rámci multidisciplinárního týmu.

Výzkum ukázal, že tři ze sedmi domovů pro seniory, kde byl výzkum uskutečněn, poskytují svým pracovníkům školení paliativní péče, které slouží k tomu, aby byli pracovníci dostatečně připraveni na setkávání se se smrtí klientů. Chrastina et al. (2020) poukazují na to, že pracovníci hodnotí připravenost v tomto ohledu za nedostačující. Nejen sociální pracovníci potřebují adekvátní podporu v oblasti témat smrti, umírání a truchlení (Chrastina et al., 2020). Bohužel takto to nefunguje všude a jelikož se toto téma ve školách většinou neprobírá, tak by se o to měly postarat alespoň organizace.

Specialisté musí rodinám poskytnout kvalitní podporu a psychologickou péči (Moskola et al., 2021). Podle těchto autorů je k tomu však zapotřebí dobrá komunikace a dostatečná empatie, to jsou ovšem dovednosti, které se špatně učí.

Komunikační partneři v rozhovoru uvedli, že konkrétně například odborná školení zaměřená na rozvoj schopností a dovedností komunikace s rodinou zemřelého nebo třeba základní znalosti paliativní péče by určitě uvítali. S tímto souhlasí i Chrastina et al. (2020) podle kterých jsou aktivity zaměřené na přípravu a vzdělání zaměstnanců rezidenčních zařízení k doprovázení klientů a následnou komunikaci s rodinou nezbytné. KP1 je toho názoru, že by nějaké kurzy paliativní péče měly být součástí každé kvalitní služby. Kabelka (2017) se domnívá, že zvyšující se nároky na odpovídající paliativní péči může zapříčinit rostoucí zájem o tato podobná školení. V neposlední řadě by měli pracovníci vědět, že pokud je nějaká situace zasáhne natolik, že budou potřebovat pomoc druhé osoby, bude jim určitá forma podpory poskytnuta. Mluvíme tu o vědomí případné podpory v případě potřeby.

Samozřejmě se na to musíme podívat i poněkud realistickým pohledem. Toto vše by bylo pro sociální pracovníky velice přínosné, ovšem ne vždy je na to čas, prostor a dostupné finance. Nicméně jsem toho názoru, že pokud by byly organizace ochotné něco takového pro své pracovníky zrealizovat formou nějakých školení a seminářů, vždy by si našly příležitost něco takového uskutečnit. Na tomto se společně se mnou shodlo nezávisle na sobě sedm ze sedmi komunikačních partnerů.

Považuji proto za vhodné, aby se touto problematikou začali poskytovatelé sociálních služeb zabývat více a aby to nebrali na lehkou váhu, jelikož můj názor je takový, že kvalifikovaný a kvalitně připravený a proškolený personál vytváří kvalitní službu. Určitě by bylo zajímavé provést výzkum i s jiným výzkumným souborem, konkrétně s poskytovateli těchto služeb, aby se ukázal i druhý úhel pohledu.

Po shrnutí výše uvedených skutečností lze shledat výzkumné otázky za zodpovězené, a především došlo k naplnění hlavního a dílčího cíle této práce. Samotný výzkum byl realizován celkem se sedmi komunikačními partnery, kteří byli pouze ženského pohlaví. Komunikační partnery zastupující mužské pohlaví se bohužel nepodařilo do výzkumu sehnat. Nicméně jsem si plně vědoma toho, že by srovnání ženského a mužského pohledu na tuto problematiku mohlo být pro výzkum velice zajímavé a mohlo by přinést zajímavé výsledky.

7 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké postoje zaujímají sociální pracovníci v domovech pro seniory k umírání a smrti jejich klientů. Dílčím cílem bylo zjistit, jakým způsobem se sociální pracovníci vyrovnávají s tématem umírání a smrti u klientů. Výzkumný soubor byl tvořen celkem sedmi sociálními pracovníky. Jelikož byl výzkum zaměřen na sociální pracovníky domovů pro seniory na území Jihočeského kraje, byl vybrán z jednotlivých okresů tohoto kraje vždy jeden domov pro seniory, kde byl výzkum uskutečněn.

V souladu s hlavním a dílčím cílem práce byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky. Jaký postoj zaujímají sociální pracovníci k umírání a smrti v domovech pro seniory? Z výzkumu vyplynulo, že postoj sociálních pracovníků v domovech pro seniory k umírání a smrti svých klientů se od počátku jejich dosavadní kariéry značně změnil. Z výzkumu je zřejmé, že se sociální pracovníci před nástupem do praxe s umíráním a smrtí setkali pouze v rodinném kruhu. Proto je pochopitelné, že úmrtí prvního klienta bylo pro sociální pracovníky zprvu těžko uchopitelný okamžik.

Znění druhé výzkumné otázky je následující: Jaké strategie vyrovnávání se se stresem využívají sociální pracovníci v domovech pro seniory při setkání se smrtí klientů? Zapojení sociální pracovníci se za dobu své praxe s tímto tématem postupem času naučili pracovat. Je to přisuzováno nejen dlouholeté praxi a osobnostnímu nastavení, ale i pomoci od organizací, kde sociální pracovníci svou profesi vykonávají. Nejčastěji uvedené formy podpory byly supervize, neformální podpora od kolegů a školení paliativní péče.

Z výzkumu vyplynulo, že ne každá organizace poskytuje podporu ve formě školení paliativní péče. Jelikož se toto téma ve školách téměř vůbec neprobírá, a když už tak pouze velice okrajově, měly by se o to postarat alespoň organizace. Při nejmenším by měli pracovníci vědět, že pokud je nějaká situace zasáhne natolik, že budou potřebovat pomoc druhé osoby, bude jim určitá forma podpory poskytnuta. Vědomí toho, že pracovníkům bude poskytnuta pomoc v případě potřeby se taktéž ukázalo jako velice podstatné.

Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál nejen pro budoucí i současné sociální pracovníky, kteří se s tématem umírání a smrti setkávají, ale i pro širokou veřejnost.

8 Seznam použité literatury

- 1) ABRAMSON, A., 2022. *Burnout and stress are everywhere*. [online]. Washington: American Psychological Association. [cit. 2023-04-10] Dostupné z: <https://www.apa.org/monitor/2022/01/special-burnout-stress>
- 2) ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče 1. díl*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
- 3) AYERS, S., DE VISSER, R., 2011. *Psychology for Medicine*. London: SAGE. 568 s. ISBN 978-1-4129-4691-9.
- 4) BELZ, H., SIEGRIST, M., 2015. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. Praha: Portál. 376 s. ISBN 978-80-262-0846-4.
- 5) BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
- 6) ČÁP, J., PALENČÁR, M., 2012. *Smrt' a vedomie smrteľnosti*. Bratislava: IRIS. 199 s. ISBN 978-80-89256-96-9.
- 7) DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 8) ELICHOVÁ, M., 2017. *Sociální práce*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0080-4.
- 9) FUNK, K., 2014. *Provázení stáří a umíráním*. Praha: Malvern. 320 s. ISBN 978-80-87580-70-7.
- 10) HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
- 11) HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie*. 2. vydání. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- 12) HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- 13) HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

- 14) HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
- 15) HOLÝ, D., 2022. *Senioři v ČR v datech - 2022*. [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-rtm2xuji2o>
- 16) HRDÁ, K., TOLLAROVÁ, B. et al., 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*. [online]. Praha: Domov Sue Ryder [cit. 2023-03-14]. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf
- 17) HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- 18) CHRASTINA, J. et al., 2020. *Náročné, krizové a mimořádné situace v kontextu rezidenčních služeb*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 160 s. ISBN 978-80-244-5725-3.
- 19) JOHNSON, M., WALKER, J., 2018. *Spiritual Dimensions of Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press. 312 s. ISBN 978-1-107-09257-0.
- 20) KABELKA, L., 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá Fronta. 320 s. ISBN 978-80-204-4225-3.
- 21) KAJANOVÁ, A. et al., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 108 s. ISBN 978-80-7394-639-5.
- 22) KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
- 23) KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání*. 2. vydání. Praha: Portál. 316 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
- 24) KUŇÁKOVÁ, A., 2021. *Profesní spokojenost pracovníků v sociálních službách*. [online]. Liberec: Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická. [cit. 2023-04-12] Dostupné z: https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/160559/Bakalarska_prace_Andrea_Kunakova.pdf?sequence=1

- 25) KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
- 26) KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- 27) MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
- 28) MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- 29) MÁTEL, A., 2019. *Teorie sociální práce I*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-2220-2.
- 30) MATOUŠEK, O. et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- 31) MCLEOD, S., 2023. *Maslow's Hierarchy of Needs*. [online]. London: Simply Psychology [cit. 2023-03-27]. Dostupné z: <https://simplypsychology.org/maslow.html>
- 32) MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 33) MOSKOLA, V. et al., 2021. *Investigating the attitude of ambulance workers towards death*. [online]. České Budějovice: Kontakt. [cit. 2023-04-06] Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2021/01/04.pdf>
- 34) NAKONEČNÝ, M., 2013. *Lexikon psychologie*. 2. vydání. Praha: Vodnář. 658 s. ISBN 978-80-7439-056-2.
- 35) *Paliative care*. © 2023. [online]. Geneva: World Health Organization [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- 36) *Paliativní léčba*, 2021. [online]. Praha: Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF a FN Motol [cit. 2023-03-17]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/microsite-kdho/pacientum-a-rodinam/v-lecbe/lecba-a-jeji-komplikace/paliativni-lecba/index.html>

- 37) *Paliativní péče*, 2023. [online]. Praha: Centrum paliativní péče, z. ú. [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>
- 38) PECHOVÁ, K., LEJSAL, M., 2020. *Paliativní péče v rezidenčních službách se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: APSS ČR. 206 s. ISBN 978-80-88361-01-5.
- 39) REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 40) SIEBEROVÁ, J., 2019. *Proč máme strach ze smrti?*. Praha: Triton. 69 s. ISBN 978-80-7553-654-9.
- 41) STEINLAUF, B., 2022. *Advokátka: Medicína je dnes hodně odosobněná, z péče se vytrácí pacient*. In: Umírání.cz [online]. Praha: Cesta domů [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/advokatka-medicina-je-dnes-hodne-odosobnena-z-pece-se-vytraci-pacient>
- 42) STOCK, CH., 2010. *Burnout*. Freiburg: Haufe-Lexware GmbH & Co. KG. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- 43) SVATOŠOVÁ, M., 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.
- 44) ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- 45) ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
- 46) ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 47) THOROVÁ, K., 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
- 48) VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Karolinum. 416 s. ISBN 978-80-246-3268-1.
- 49) VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

- 50) VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
- 51) VORLÍČEK, J. et al., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.
- 52) Vyhláška č. 440/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2022. [online]. [cit. 2023-01-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 197, s. 5214 - 16. ISSN 1211 - 1244. Dostupné z: <file:///C:/Users/lucib/Downloads/sb0197-2022.pdf>
- 53) VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
- 54) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, 2006. [online]. [cit. 2023-01-16]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-89. ISSN 1211 - 1244. Dostupné z: <file:///C:/Users/lucib/Downloads/sb037-06.pdf>
- 55) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, 2011. [online]. [cit. 2023-03-31]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-98. ISSN 1211 - 1244. Dostupné z: https://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/2011/sb0131-2011.pdf

9 Seznam tabulek a obrázků

9.1 Seznam tabulek

Tabulka 1: Charakteristika komunikačních partnerů.....	33
--	----

9.2 Seznam obrázků

Obrázek 1: Sociální práce v domově pro seniory	34
Obrázek 2: Vnímání umírání a smrti	35
Obrázek 3: Smrt prvního klienta.....	37
Obrázek 4: Nejnáročnější moment při umírání klienta.....	38
Obrázek 5: Strategie vyrovnávání se se stresem.....	39
Obrázek 6: Změna postoje k umírání a smrti.....	40
Obrázek 7: Náročnost sdělení zprávy o smrti klienta	41
Obrázek 8: Psychohygiena.....	42
Obrázek 9: Postoj k umírání a smrti	46
Obrázek 10: Strategie vyrovnávání se se smrtí.....	47

10 Seznam příloh

Příloha 1: Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 2: Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Příloha 3: Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Příloha 1: Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru

Sociodemografické údaje

- Pohlaví:
- Věk:
- Nejvyšší dosažené vzdělání:
- Délka praxe na pozici sociálního pracovníka:
- Délka praxe v organizaci:
- Předchozí pracovní pozice:

Sociální práce v domově pro seniory

- Jaké činnosti jako sociální pracovník v domově pro seniory vykonáváte?
- Jaké metody a techniky sociální práce používáte při práci s klientem?

Umírání a smrt

- Jak jste vnímal/a umírání a smrt předtím, než jste se s ní začal/a setkávat v rámci výkonu své profese?
- Jak jste prožíval/a moment, kdy zemřel Váš první klient?
- Jak často se setkáváte se smrtí svých klientů?
- Co považujete ze svého pohledu za nejnáročnější v momentě, když zjistíte, že Váš klient umírá?
- Jak vnímáte umírání a smrt svých klientů nyní?
- Jaké strategie vyrovnávání se se stresem využíváte při setkání se se smrtí klientů?
- Změnily se v průběhu let, kdy vykonáváte tuto profesi, nějak zásadně Vaše postoje ke smrti a umírání?
- Jak moc je pro Vás náročné sdělování zprávy o smrti klienta jeho blízkým?

Psychohygienu

- Jaké prostředky psychohygieny využíváte?
- Co je pro Vás hlavním spouštěčem stresu při vykonávání sociální práce v domově pro seniory?
- Jakou formou vám, jako sociálním pracovníkům, organizace poskytuje pomoc či úlevu v souvislosti s tématem umírání a smrti klientů?
- Co by mělo být poskytnuto sociálním pracovníkům, aby byli dostatečně připraveni na výkon své profese v rámci setkávání se smrtí a umíráním svých klientů?

Příloha 2: Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta:

Studijní program:

Jméno a příjmení studenta/studentky:

Kontaktní údaje (e-mail, tel.):

Název instituce:

Název práce:

Cíl práce:

Dílčí cíl práce:

Výzkumné otázky:

Metodologický popis výzkumu:

Předpokládané výstupy:

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

Jméno:

Podpis:

Vyjádření kompetentní osoby instituce:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Podpis:

Příloha 3: Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU

Byl/a jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem bakalářské práce Lucie Balíkové s názvem “Umírání a smrt v domovech pro seniory z pohledu sociálních pracovníků”. Rozumím jim a souhlasím s nimi.

Souhlasím s účastí na tomto projektu. Dávám své svolení výzkumníci, aby materiál, který jsem jí poskytla, použila za účelem sepsání bakalářské práce.

Souhlasím se způsobem, jak bude zachována důvěrnost a jak bude má identita chráněna během výzkumu i po jeho skončení.

Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru s výzkumníci a s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Dávám souhlas k tomu, že výzkumnice může v odborné publikaci citovat informace, které jí poskytují.

Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit rozhovor.

PODPIS:.....

DATUM:.....