

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

MENTÁLNÍ REPREZENTACE A POHLED  
NA SMRT ZE STRANY STŘEDNÍHO  
PERSONÁLU V DOMOVECH DŮCHODCŮ,  
LÉČEBNÁCH PRO DLOUHODOBĚ  
NEMOCNÉ A HOSPICÍCH

Mental representation and view of death by middle staff in  
retirement homes, long-term care hospitals and hospices



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Natálie Pokorná**

Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

Olomouc

2019

Děkuji vedoucímu mojí bakalářské práce Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D., za odbornou pomoc a cenné připomínky, které mi po celou dobu poskytoval. Dále děkuji mojí rodině za podporu a trpělivost při psaní práce. Poslední poděkování patří zařízením, ve kterých jsem mohla provádět můj výzkum.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Mentální reprezentace a pohled na smrt ze strany středního personálu v domovech důchodců, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích.“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 1.1.2020

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>ÚVOD.....</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Smrt a její význam .....</b>	<b>6</b>
	1.1 Strach ze smrti .....	6
	1.2 Postoje ke smrti .....	7
	1.3 Proces vyrovnávání se s umíráním .....	8
	1.4 Terminální stádium.....	10
<b>2</b>	<b>Domovy důchodců.....</b>	<b>12</b>
	2.1 Historie a vymezení pojmu.....	12
	2.2 Potřeby seniorů.....	13
	2.3 Samota a osamělost ve stáří.....	15
	2.4 Domov seniorů POHODA Chválkovice .....	17
<b>3</b>	<b>Hospice.....</b>	<b>19</b>
	3.1 Historie a vymezení pojmu.....	19
	3.2 Druhy hospiců .....	20
	3.3 Paliativní péče .....	21
	3.4 Hospic na Svatém Kopečku.....	23
<b>4</b>	<b>Léčebny pro dlouhodobě nemocné .....</b>	<b>24</b>
	4.1 Historie a vymezení pojmu.....	24
	4.2 Týrání seniorů.....	24
	4.3 Důstojná smrt.....	26
	4.4 Odborný léčebný ústav Paseka .....	27
<b>5</b>	<b>Mentální reprezenatce .....</b>	<b>29</b>
	5.1 Vymezení pojmu .....	29
	5.2 Mentální reprezentace prvního řádu .....	30
	5.3 Mentální reprezentace druhého řádu .....	30
	5.4 Mentální reprezentace třetího řádu .....	30
	5.5 Související výzkumy .....	30
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>Výzkumný problém a hypotézy .....</b>	<b>33</b>
	6.1 Výzkumný problém .....	33
	6.2 Cíle výzkumu.....	33
	6.3 Formulace hypotéz a výzkumných otázek ke statistickému testování ...	35
	6.3.1 Stanovení výzkumné otázky.....	35
	6.3.2 Konkrétní cíle výzkumného problému lze formulovat do těchto hypotéz	35

<b>7</b>	<b>Typ výzkumu a použité metody .....</b>	<b>36</b>
7.1	Metodologický rámec .....	36
7.2	Testové metody .....	36
7.3	Asociace k heslům smrt, umírání a pacient v terminální fázi.....	37
7.4	Death Attitudes Profile-Revised.....	37
<b>8</b>	<b>Sběr dat a výzkumný soubor.....</b>	<b>39</b>
8.1	Výběr souboru a sběr dat.....	39
8.2	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	43
<b>9</b>	<b>Práce s daty a její výsledky .....</b>	<b>44</b>
9.1	Analýza dat.....	44
9.2	Smrt (asociační struktura).....	46
9.3	Umírání (asociační struktura) .....	48
9.4	Pacient v terminální fázi (asociační struktura) .....	50
9.5	Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz .....	52
<b>10</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>56</b>
<b>11</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>58</b>
	<b>Souhrn .....</b>	<b>60</b>
	<b>LITERATURA.....</b>	<b>62</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>66</b>

# ÚVOD

V mojí práci bych se chtěla věnovat tématu smrti, které je spojené s našimi zdravotnickými zařízeními a osobami, které zde pracují. Když se řekne smrt, mnoho z nás odvrací zrak a nejčastěji přechází k jinému tématu, včetně mě. Proč tedy nejsme schopni o tomto tématu mluvit? To je otázka, nad kterou už dlouho přemýšlím. Jedna z mnoha odpovědí na tuto otázku je strach. Myslím si, že skoro každý z nás se smrti bojí, protože nevíme, co přijde po ní. Některé zdroje nám říkají, že můžeme skončit buď v nebi nebo v pekle, můžeme se znovu narodit jako úplně někdo jiný nebo zkrátka pouze usneme a naše bytí na tomto světě zanikne. Touto prací bych se chtěla k tématu smrti více přiblížit a pochopit ji. Umět o smrti více mluvit s lidmi a nebát se navázat řeč na toto téma.

Vybrala jsem si tři nejčastější zařízení, kde pacienti, kteří jsou již na sklonku života tráví svůj poslední čas. Právě zde bych chtěla zkoumat a porovnávat pohled na smrt zdravotnického personálu. Těmi zařízeními jsou domov důchodců, léčebna pro dlouhodobě nemocné a hospic. Ve všech těchto zařízeních se střední personál setkává ať už ve větší či menší míře se smrtí. Dále bych chtěla v mojí práci rozebrat a seznámit čtenáře s problematikami, které nás ve stáří mohou potkat. Těmi jsou například samota, týrání seniorů nebo pocit, že o nás nikdo nejví zájem a nikomu na nás nezáleží. Na smrtelné posteli, v posledních fázích našich životů se nám v hlavě honí nejrůznější myšlenky a nikdo se do umírajícího člověka nedokáže vcítit více než lidé, kteří o ně pečují a starají se. Právě střední personál v zařízeních pro seniory představuje nejbližší respondenty, kteří mohou o tomto tématu mluvit a zamýšlet se nad její problematikou.

# 1 SMRT A JEJÍ VÝZNAM

V této kapitole se budu věnovat tématu smrti. Seznámím čtenáře s tím, jaké jsou naše největší strachy, co se týče smrti. Dále se budu věnovat postojům ke smrti, popíšu proces vyrovnávání se se smrtí dle Elisabeth Kübler-Ross a jako poslední vysvětlím co znamená terminální stádium.

## 1.1 Strach ze smrti

*„Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života“* (Haškovcová, 2007, 23).

Strach ze smrti je všude kolem nás, setkáváme se s ním téměř každý den a nemusí jít pouze o lidskou smrt. Může mít podobu zvířecí, materiální nebo například duchovní a každý ji prožíváme a vnímáme jinak. Mnoho z nás si dokáže vybavit pocity ze ztráty našeho domácího mazlíčka, se kterým prožijeme určitou část života až do jeho konce nebo velmi oblíbenou hračku, která se nám rozbije. I tuto ztrátu vnímáme v mladším věku velmi těžce. Smrt tu vždy byla je a bude.

Dříve, když medicína nebyla tak vyvinutá jako dnes, se smrt brala o poznání jinak. Jen ojediněle existovaly léky nebo očkování, a tak lidé umírali mnohem mladší. Skoro každá nemoc znamenala pozdější smrt, na kterou se člověk mohl připravovat až do úplného konce. Umíralo se doma v kruhu nejbližší rodiny.

Zdá se, že čím většího pokroku věda dosahuje, tak nás smrt mnohem více děsí. Jedna z hlavních otázek v naší době zní, jak tuto skutečnost sdělit dětem. Většinou je posíláme pryč, když řešíme témata týkající se smrti, nedovolujeme dětem navštěvovat těžce nemocné nebo umírající příbuzné v nemoci a vedeme diskuse, zdali vůbec říct pacientovi pravdu. Naše současná neschopnost se se smrtí vyrovnat v poklidu má hodně důvodů. Jedním z nejdůležitějších je, že ono umírání má mnohem více děsivější podobu, než tomu bylo dříve. Pacienti většinou umírají v nemocnicích nebo při rychlých převozech sanitkou. Umírání se stává více osamělejší, mechanické a odlidštěné. Myslím si, že tohle je jedna z hlavních příčin našeho strachu ze smrti (Kübler-Ross, 2015).

Podle Moody (1991) je potřeba se smrtí neustále počítat a nebát se ji. Koncipovat závěrečný úsek života tak, aby byl prožit s co nejmenším strachem, ale s jistotou, že smrt jednou přijde. Myslím si, že tohle je velmi hezké tvrzení. Nejhorší, co může člověk udělat

je, že se celý život bojí smrti. Od narození v podstatě umíráme, každý den se nám zkracuje život a je potřeba celou tu dobu se připravovat a chápat význam smrti.

Jednou z věcí, proč se tolik bojíme smrti je samota. Naše společnost žije velmi zrychlený život, který je zaměřený pouze na výkon, neumíme reagovat na potřeby umírajících, odsouváme je a schováváme za plenty nemocnic. Každý člověk, zvláště nemocný potřebuje jak fyzickou, tak hlavně psychickou pomoc. Strach nás provází celý život, ať už jako malí jsme se báli tmy, v dospělosti přichází strach z budování kariéry nebo starost o rodinu, tak na sklonku života se bojíme smrti a umírání. Nikdo nechce být v tuto chvíli sám a většina z nás potřebuje fyzickou blízkost, dotyk, pohled očí, gesto, které nám říká, že se o nás někdo zajímá a záleží mu na nás. V době umírání potřebujeme slyšet, že náš život smrtí nekončí, ale naopak nás něco dalšího čeká. Pokud člověk přišel o rodinu nebo má komplikované vztahy s nimi, tak prožívá velmi silnou tíseň. V této situaci se objevuje silná vnitřní bolest, protože touha sdílet s druhým co právě cítíme, vyjadřuje naši identitu (Sieberová, 2019).

Smrti se obáváme z různých důvodů. Pomalu ztrácíme sebe, naše sebekontrola a sebeřízení se snižuje, bojíme se neznáma, co se ve smrti ukrývá, dále pak bolesti a utrpení. Jedním ze skrytých, ale podle mě častých strachů je, že ztratíme příležitost ke smíření se s rodinnými či jinými blízkými osobami, zemřeme a nějaký otevřený spor nebo hádka zůstanou navždy nevyřešeny (Neimeyer, R. A., 1994).

Podle Kupka (2014) si lidé vytvářejí kulturní normy, které dávají našemu světu řád a smysl, aby zmírnili jejich strach. Zajištěné bezpečí máme tehdy, pokud sdílíme stejnou kulturu a dodržujeme určené předpisy. Kultura přetrvává dále i po smrti jedince, který byl její součástí. Z toho důvodu si můžeme zajistit symbolickou nesmrtelnost ztvárněnou kulturním dílem, které po sobě zanecháme.

## 1.2 Postoje ke smrti

Pro mnoho lidí je smrt v moderně vyspělých společnostech nedůstojná. Pacienti jsou připojeni k infuzím a přístrojům, zažívají bolesti, dušnost a další nesnesitelné příznaky. Ve většině případů nejsou schopni sami vstát z postele, nakrmit se a dojít si do koupelny. Za těchto okolností neexistuje způsob, jak si udržet důstojnost v procesu umírání. Tato ztráta důstojnosti je hlavní problém umírajících pacientů a představuje jednu z hlavních motivací a snahu zlepšit paliativní péči a propagovat cíl s názvem dobrá smrt. Prvním úkolem pro

zlepšení péče na konci života je určit složky dobré smrti. Druhý úkol je hodnotit tyto složky empiricky, porozumět četnosti problémů a identifikovat překážky ke zlepšování kvality v procesu umírání (Agrawal & Emanuel, 2002).

Postoje můžu souviset s osobami, skupinami, událostmi nebo se mohou týkat konkrétních či abstraktních předmětů. Můžeme jim přiřazovat konkrétnější názvy, jako například předsudky, když se jedná o negativní postoj k určité osobě nebo skupině. Což nám naznačuje, že jde o postoj k vlastní osobě (Hewstone & Stroebe, 2006).

V historickém kontextu lze pozorovat významné rozdíly týkající se přijetí smrti. V minulosti byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a věčným rajským životem. Jak je známo dříve se lidé dožívali značně nižšího věku. Kvůli vysoké kojenecké a dětské úmrtnosti, neléčitelným infekcím, zranění nebo špatné výživě, všechny tyto důvody razantně snižovaly šanci dožít se dospělosti (Haškovcová, 2007).

Podle Haškovcové (2007) bylo v dávných dobách samozřejmější zemřít než žít, celé generace byly ztotožněny se smrtí a lidé se v průběhu jejich života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí nebo pomáhali umírajícímu odejít. Smrt byla běžnou součástí životů a byla mnohem více viditelná, než je tomu nyní. Lidé umírali nejen doma nebo v tehdejších nemocnicích, ale také na ulicích, mnohdy o hladě a ve špíně bez pomoci ostatních. Umírání bylo krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Útěchou byla všeobecně sdílená víra v posmrtný život, který už nebude sužován bolestmi, nemocemi a hladem.

Křesťanské pojetí smrti a nemoci je rozšířené dodnes a ztotožňují se s ním nejen věřící. Je toho zásluhou tradiční kulturní křesťanské prostředí, které formuje názory lidí, kteří v něm žijí. Znalost Bible je tudíž pouze relativní podmínkou pro utváření křesťanských postojů k nemoci a smrti. Propracované církevní rituály jsou záchranou i pro ty, kterým víra nic neříká (Haškovcová, 2007).

### 1.3 Proces vyrovnávání se s umíráním

Elisabeth Kübler-Ross v roce 1969 vydává spolu s knihou O smrti a umírání také model s názvem Proces vyrovnání se s umíráním, který je založený na jejím výzkumu, kdy provedla rozhovory s pěti sty umírajícími pacienty. Zde popisuje 5 fází vyrovnávající se se smutkem, tragédií, mimořádné ztráty a zejména pak diagnózu smrtelného onemocnění. Její



kniha přispěla do obecného povědomí, jak se bavit a zacházet s člověkem, který umírá (Kübler-Ross, 2015).

První fáze neboli stádium se nazývá popírání a izolace. V tomto stádiu dochází k částečnému nebo úplnému popření nemoci, pacient se cítí oklamán a je přesvědčený, že mu zdravotnický personál neříká pravdu. Tohle prvotní odmítání je stejné u lidí, které personál informoval o jejich zdravotním stavu od samého začátku i u lidí, které si k tomuto závěru došli sami, protože jim nikdo nic neřekl. Tato fáze je pro jedince pouze dočasnou obranou a jde o šokovou situaci, která může trvat různě dlouho (Kübler-Ross, 2015).

U druhého stádia se projevuje zlost. Jakmile dojde k pochopení, že ona diagnóza je skutečně naše, začnou se objevovat otázky, proč se tohle stalo zrovna mě, není to fér nebo pacienti začnou házet vinu na druhé lidi nebo boha. Jakmile se člověk dostane do stádia zlosti je velmi složité o něj pečovat v důsledku jeho pocitů vzteku, může se i stát, že pacienti zcela přestanou komunikovat s celým zdravotnickým personálem (Kübler-Ross, 2015).

Třetí stádium nese název smlouvání. Tohle stádium se dá přirovnat k situaci, kdy jsme například byli malí a chtěli jíst sladkosti, aniž bychom měli večeři a rodiče nám to pochopitelně zakázali. Přišla chvíle, kdy jsme se začali vztekat, zamykat v pokoji a s rodiči nekomunikovali, ale poté si uvědomili, že to lze i jinak. Začali jsme se chovat slušně a o sladkosti si žádali pouze po jídle. Vážně nemocný pacient se uchyluje ke stejným taktikám. Uvědomuje si, že existuje jistá naděje na „odměnu dobrého chování“, že za mimořádné služby mu může být splněno nějaké přání. Tohle přání většinou obsahuje prodloužení života nebo dny bez bolesti či tělesných obtíží (Kübler-Ross, 2015).

Čtvrté stádium patří podle mě k nejhorší, dostaví se deprese. Během této fáze si umírající začnou uvědomovat blížící se konec. Pacienti mohou být uzavření, smutní, odmítají návštěvy a ztrácí naději. Je to období smutku, které u každého pacienta musí proběhnout a občas se musí tlumit psychofarmaky (Kübler-Ross, 2015).

Poslední stádium, o kterém se budeme bavit je akceptace. Zde už pacient prošel všemi zmíněnými fázemi a začíná se vyrovnávat se svou smrtí nebo smrtí blízkého člověka. Pacient je mnohem více psychicky uvolněný a začíná spolupracovat s léčbou a přistupuje k ní s rozumem. Opustila jej veškerá zlost a je si vědom toho, co přijde dál (Kübler-Ross, 2015). Myslím si, že tohle stádium je velmi důležité pro blízké osoby pacienta. Vědomí, že náš blízký odešel s klidem v srdci a smířený se smrtí je o poznání lepší, než kdybychom jej náhle ztratili ve fázi deprese.

Elisabeth Kübler-Ross byla nebojácným průkopníkem, který se zaměřil na lékařskou obec a bojovala o změnu pohledu na umírajícího pacienta. Snažila se poukázat na bezohledné ignorování pocitů a potřeb umírajících lidí. Její kniha vysvětluje, co umírající musí učit lékaře, sestry, duchovenstvo a jejich vlastní rodiny. Lekce, které se Elisabeth od umírajících naučila, přispěly ke vzniku hospicového hnutí (Friedman & James, 2008).

## 1.4 Terminální stádium

Terminální stádium je velmi úzce spjata s umíráním a se smrtí. Většinou hovoříme o posledních měsících života, kdy je specifická léčba neúčinná a nevede k prodloužení života, ale naopak ke zhoršení jeho kvality. Závěrečná fáze života je prostorem pro hledání potřeb nemocného nebo jeho blízkých. Dbá se pozornost na co největší zkvalitnění konce života. Jedná se o těžkou cestu závěru života, s projevy jako je agitovanost, neklid nebo sténání. Pacienti ve stavu zmatenosti a neklidu, s výrazným snížením sebekontroly, se velmi obávají, podobně jako jejich příbuzní. Terminální stádium vyžaduje velmi rychlé nastavení léčby a otevřenou komunikaci s blízkými osobami nemocného pacienta. Významným rysem tohoto stádia je úzkost, která se projevuje jak jako vyvolávající prvek, tak i v jeho průběhu (Kabelka, 2017).

Křivohlavý (2002) ve své knize uvedl pět fází, ve kterých popisuje, co se děje s psychikou pacienta, který trpí vážným onemocněním. První projev se nazývá výkřik. Jak už vyplývá z názvu, tak se projevuje náhlým emocionálním extrémem, hysterickým křičením a pláčem. Pacient zažívá velmi silnou úzkost, zmatek, vyhrocení pocitů, obav a strachu. V dalších případech může nastat psychická slabost, která obsahuje záchvaty nebo například upadnutí do bezvědomí. Druhý stav nazýváme popření, kdy se pacient snaží vytěsnit z vědomí či podvědomí vše co se týká krizové situace. Člověk dělá jako by se nic nestalo, myslí si, že je to nereálné nebo že se nachází ve snu. Třetím stavem je intruze, kdy se neustále zjevují nutkavé a vtíravé vzpomínky na kritickou událost. Myšlenky jsou mnohdy doprovázeny city, které se pojí ke konkrétní události a nelze se jim ubránit, protože přicházejí pořád dokola a nemůžeme je ovlivnit. Pátý stav vyrovnávání. Zde si pacient začne uvědomovat co se stalo a přemýšlí nad celou situací. Začíná hledat postupy, jak se vyrovnat s vážnou nemocí. Protože ne vždy se jedná o pacienty, kteří jsou seniorského věku. Velmi vážná nemoc může postihnout i lidi ve středním věku, tak v tomhle stádiu si ujasňují a zvažují možnosti a zkouší nové cesty. Musí přizpůsobit život oné nemoci. Poslední stádiem je smíření. Pokud se pacientům podaří úspěšně projít a vyřešit všechny ostatní stádia, tak je

možné u nich pozorovat klidnější vnímání jejich nemoci. Nejsou tolik deprimovaní, dokážou se o nemoci bavit s ostatními a nemyslet na ni, když nechtějí.

## 2 DOMOVY DŮCHODCŮ

Druhá kapitola obsahuje základní vymezení pojmu domova důchodců a s ním spojené potřeby seniorů. Dále vysvětlím rozdíl mezi samotou a osamocením a vysvětlím je na pár příkladech. A jako poslední se budu věnovat konkrétnímu domovu důchodců, kde provádím svůj výzkum.

### 2.1 Historie a vymezení pojmu

Domovů důchodců a pečovatelských domů bylo u nás po roce 1989 zrekonstruováno a nově postaveno mnoho. Investory byly ve většině případů okresní úřady a na nákladech se podílel stát. Některá zařízení vznikla díky církevní Charitě (Matoušek, 1999).

Domovy pro seniory poskytují ubytovací služby starším lidem, kteří mají sníženou soběstačnost jednak z důvodu jejich věku nebo nějakému druhu postižení. Zkrátka jejich situace vyžaduje pomoc v oblasti soběstačnosti a sociální péče. Domovy pro seniory zajišťují komplexní péči a kompenzují domácí prostředí seniorům z toho důvodu, že jejich současný stav jim nedovoluje nadále setrvat v jejich domovech (Králová & Rážová, 2007).

V České republice existovaly do roku 2006 tři typy rezidenčních služeb a těmi jsou domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy-penziony pro důchodce. Všechny tyto typy nová legislativa zařazuje do kategorie domov pro seniory. Domov důchodců nabízel starým lidem plnou péči a tou je ubytování a stravu, úklid, praní prádla a žehlení. Mimo to poskytoval různé skupinové programy. Dále pak zdravotnickou a ošetrovatelskou péči. Některé domovy měly specializovaná ošetrovatelská oddělení a jiná byla specializovaná na péči o pacienty s demencí. Domov s pečovatelskou službou nabízel pacientovi byt, kde byl v pronájmu a byly mu poskytnuty dostupné základní služby ve všední dny. Domov-penzion pro důchodce poskytoval nájemní byt uživatelům, kteří byli soběstační a mohli si objednat některé služby navíc jako je nákup, úklid, praní a žehlení prádla (Matoušek, 2011).

V domovech důchodců existovala určitá rivalita mezi zdravotnickým a nezdravotnickým personálem, bohužel ne ve všech domovech důchodců se dařilo naplňovat určité standardy kvality. Velké nedostatky byly ve spolupráci s rodinou, protože v mnoha

domovech panoval předsudek, že rodina nemá o pacienta zájem a využívá ho pouze jako finanční zdroj (Matoušek, 2011).

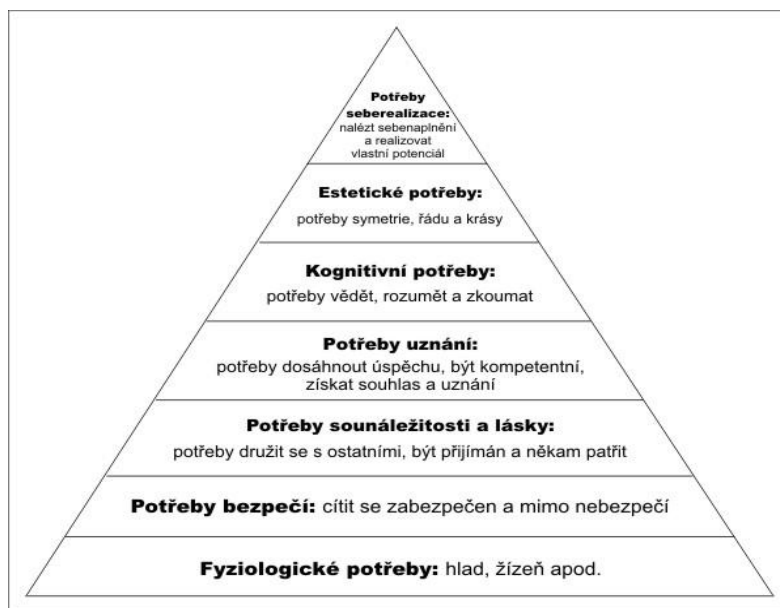
Starší lidé neradi opouštějí svoje zázemí. K přestěhování do ústavu svolují neradi, protože ví, že ústavní prostředí ho bude omezovat a vykolejí z dosavadních zvyklostí. Ví také, že se z ústavu už pravděpodobně nevrátí. K přestěhování svoluje tehdy, jestliže už není schopen se o sebe postarat. Po přestěhování do domova je možno pozorovat typické úzkostné reakce, útlum chování, spavost, nechutenství a zhoršení zdravotních potíží. Největší obtíží je ztráta vazeb na dřívější prostředí, ztráta soukromí, oslabení kontaktu s rodinou nebo dezorientace v novém prostředí (Matoušek, 1999).

Šetření o potřebnosti sociální péče, které bylo provedeno ve třech českých okresech ukázalo, že z hlediska zájmu starších lidí o sociální služby se umístily na prvním místě domovy s pečovatelskou službou a na druhém domovy důchodců se zvýšeným soukromým (Matoušek, 1999).

## 2.2 Potřeby seniorů

Potřeba je projevem nedostatku, něčeho, co se nám nedostává nebo nám něco chybí v organismu. Prožíváním nedostatku nebo naopak nadbytku nás vede k činnosti, která se snaží uspokojit potřeby. Tyto pocity nejsou ani zdaleka příjemné, ale vedou nás, jako motivační síla k určitému typu chování a jednání, například, když máme hlad, jdeme se najíst. Přežití organismu se zajišťuje právě pomocí uspokojování potřeb. Ty se v jednotlivých fázích života mění a u starších lidí, konkrétně u seniorů se vracejí z výšky Maslowovy pyramidy k jejím základům. Jako hlavními potřebami jsou zde potřeby fyziologické a z potřeb psychosociálních to jsou hlavně potřeby bezpečí, jistoty, lásky a sounáležitosti (Mlýnková, 2011).

**Obrázek 1:** Maslowova pyramida potřeb



(Vysekalová, 2011)

Fyziologické potřeby se v průběhu života mění. Senioři mají problémy s přijímáním i vyprazdňováním, například zácpa a inkontinence moči se ve vyšším věku objevují zcela běžně, proto se druh jídla musí přizpůsobit. Jak je známo, tak se ve stáří mění chuť v důsledku ubývání chuťových pohárků, i toto omezení se musí brát v potaz. Další z fyziologických potřeb je spánek, který je u seniorů polyfázický, tzn., že probíhá ve více fázích, nejenom v noci. Jednou z nejdůležitějších potřeb je být bez bolesti, mít zajištěné teplo a pohodlí. Fyziologické potřeby mohou naopak ustupovat do pozadí a pro seniory nepatří k hlavním nezbytnostem. Mezi ně patří například potřeba příjmu tekutin, protože senioři mají snížený pocit žízně, dále sexuální potřeby a hygienické. Ve stáří už nemáme tak velkou potřebu se starat o náš zevnějšek, co se týče líčení nebo oblékání a ztrácí se potřeba péče o čisté lůžko (Mlýnková, 2011).

Co se týče vyšších potřeb, tak senioři prožívají strach z vážného onemocnění, ze ztráty životního partnera a závislosti na pomoci od druhých osob. U těchto typů potřeb dominují zejména potřeba jistoty a bezpečí, včetně ekonomických jistot. Mnohdy se zanedbává potřeba komunikace, čím jsme starší, tím více nám ubývají známí a přátelé, později i životní partner či partnerka. Tato potřeba bývá nedostatečně zajišťována v zařízeních pro seniory, kdy personál nemá dostatek času někdy i chuti na komunikaci s klienty. Další nejistotou, která se objevuje může být nedostatečná informovanost pacientů

o jejich nemoci, vyšetření, návštěvy lékaře nebo kdy bude docházet pečovatel do rodiny. I ve starším věku se někteří senioři chtějí neustále vzdělávat a čerpat vědomosti, pro ty jsou určené univerzity třetí věku, kde jsou zaměřeny na celoživotní vzdělávání. Vše je individuální a záleží na každém z nás jaké potřeby bude uspokojovat (Mlýnková, 2011).

Schopnost starších dospělých zůstat fyzicky, mentálně a sociálně aktivní je v dnešní době velmi závislá na učení a vzdělávání. Našla jsem studii, kde se snaží lépe porozumět učení mezi staršími lidmi nad 70 let. Hovořilo se se 17 staršími lidmi o jejich vzdělávacích potřebách, o bariérách, které vnímají k uspokojení těchto potřeb a o jejich účinnosti při překonávání těchto bariér. Výsledky této studie se využili k vytvoření vzdělávacích potřeb, definování bariér a dotazníku o účinnosti, který vyplnilo 160 starších lidí nad 70 let. Nejméně důležité potřeby byly potřeby spojené s technologiemi, naopak nejdůležitější potřeby byly spojeny s dopravou, zdravím a bezpečností. Nejsilnějšími bariérami byly bariéry spojené s tělesným postižením a nejslabší bariéry byly spojené s ostatními lidmi. Účastníci obecně věřili, že dokážou úspěšně řešit potřeby týkající se zdraví, bezpečnosti, volného času a dopravy, ale nikoli potřeb spojených s technologií (Purdie, & Boulton-Lewis, 2003).

Poslední potřebě, které bych se chtěla věnovat je potřeba duchovní. Senioři v jejich posledních fázích hodnotí a zpětně se vrací k celému svému životu, jak jej prožili, co by udělali jinak a na co jsou pyšní. Přemýšlí, zda udělali všechno, co si kladli za úkol a za cíl. Někdy se stává, že jejich otázky zůstanou nevyslyšené a bez odpovědi. Potřebují se někomu svěřit, kdo je poslouchá a poskytuje prostor k tomu, aby si odpovědi na své otázky našli sami. V takovém případě mohou sloužit sociální pracovníci, psychologové, dobrovolníci nebo také duchovní. Některé zařízení mají kapli, kde jsou pořádány mše, klienti se také mohou vyzpovídat duchovnímu, jak jsem již zmiňovala a dosáhnout tak vnitřní svobody a usmíření se sama se sebou (Mlýnková, 2011).

### 2.3 Samota a osamělost ve stáří

Ze začátku bych ráda vysvětlila pojmy osamělost a samota a uvedla rozdíly mezi nimi. O samotě se můžeme bavit jako o objektivním chápání stavu fyzické izolace. Příkladem může být jedinec, který se rozhodne žít sám, protože mu nevyhovuje soužití s jinou osobou, touží po klidu a nechce být rušen a omezován jiným jedincem. Kdežto osamělost vnímáme jako subjektivní pocit izolace. K osamělosti dochází, když zemře jeden člen páru nebo manžel či manželka. Jedinec poté zůstává nedobrovolně sám a může se cítit osamělý. Další případ

nastává, když děti odchází z domova a začínají nový život. V některých rodinách se může stát, že dítě vychovává pouze jeden rodič, takže po odchodu dětí zůstává doma sám. V takových případech může být člověk osamělý a v horších případech začne docházet například k depresím a úzkosti (Sýkorová & Chytil, 2004).

Samotu můžeme dělit na dobrovolnou a nedobrovolnou z čehož vyplývá předchozí odstavec. Dobrovolnou si člověk volí sám, je tedy výsledkem vlastní volby, naopak nedobrovolnou samotu nemůže člověk ovlivnit. Může vést k osamělosti, se kterou se pojí pocity odloučení, zklamání, izolace, odcizení a neporozumění. Reflektivní samotou rozumíme čas, který chce jedinec strávit sám se sebou. Zatímco osamělost je trýznivá, bolestivá a nevídaná, tak samota je považována za pozitivní, umožňuje člověku reflektovat jeho pocity a myšlenky, čas, kdy si člověk odpočine a načerpá nové síly (Sýkorová & Chytil, 2004).

Utrpení není jenom tělesné, ale může mít mnohem hlubší rozměr, emocionální, sociální a duchovní. Pacienti, kteří jsou v závěrečné fázi života nemusí nijak výrazně strádat tělesně, na základě mnoha komplikací ztrácí chuť k jídlu i k samotnému životu. Zdrojem utrpení pro pacienta zůstává existencionální osamění, smutek, obava a úzkost (Parkes, Relf, & Couldrick, 2007).

Osamělost můžeme dle Yaloma (2006) rozdělit do tří klasifikací. První druh osamělosti je interpersonální. Všeobecně prožívaná jako samota, týká se izolace od druhých lidí a závisí na mnoha okolnostech. Mezi ně můžeme zařadit geografickou izolaci, nedostatek vhodných sociálních dovedností, odlišné pocity v oblasti intimity či určitý osobnostní styl. Velký význam zde hrají kulturní specifika. Dalším druhem osamělosti je intrapersonální. Můžeme se s ním potkat v okamžiku, kdy člověk potlačuje dlouhodobě své vlastní pocity a emoce, nedůvěřuje svému úsudku nebo nerealizuje vlastní možnosti. Může docházet k vyloučení některých prožitků z vědomí nebo také k zneprístupnění částí psychiky vlastnímu já. Hovoříme o disociaci nebo vytěsnění. Člověk se tak odcizuje sobě samému a je narušen přirozený vývoj individuální osobnosti. Poslední druh osamělosti je existencionální a vyjadřuje propast mezi člověkem a kýmkoli druhým a mezi člověkem a světem. Je to osamělost, která stále trvá nehledě na uspokojivých vztazích s druhými a navzdory dokonalému sebepoznání a integraci. K prožitku této osamělosti přispívá konfrontace se smrtí a svobodnou volbou. Svobodou volbou můžeme chápat, že volíme sami sebe a bereme se za prvotního tvůrce a obyvatele vlastního vesmíru a že jsme spoluautory vlastního života.



Existuje mnoho studií, které se zabírají osamělosti ve stáří. Konkrétně chci uvést studii, která zkoumá vliv osamělosti na depresi a dále testuje účinek sociální podpory. Celkem 320 starších osob zaznamenalo na stupnici emocionální a sociální osamělost, vnímání sociální podpory a sebehodnocení deprese. Výsledky ukázali, že osamělost a sociální podpora významně koreluje s depresí. Modelování strukturální rovnice ukázalo, že sociální podpora částečně zprostředkovává osamělost a depresi. Konečný model ilustroval významnou cestu od osamělosti k depresi prostřednictvím sociální podpory. Tato studie vrhá světlo na souběžné účinky osamělosti a sociální podpory na depresi a poskytuje důkazy o tom, jak snížit depresi u seniorů (Liu, Gou & Zuo, 2014).

Z posledních odstavců plyne, že samota a osamění spolu můžou i nemusí souviset. Člověk může být sám a necítí se osamělý nebo se osamělý cítí a nemusí být vůbec sám. Všechno záleží jen na nás, každý jsme jedinečná bytost a vnímáme mnoho situací rozdílně.

## 2.4 Domov seniorů POHODA Chválkovice

Pozemky, na nichž se dnešní ústav nachází byly vykoupeny československým státem v roce 1938. V roce 1941 byl kolaudován domov důchodců jako „Siechehaus“, což v překladu z němčiny znamená slovo chorý. Takto byl veden až o roku 1959, kdy zmizel německý název a následně byl označen jako domov důchodců. Po druhé světové válce byli převáženi do domova chovanci ze sjednocených chudinských ústavů v Olomouci, proto poté nesl název městský chudobinec. Kapacita domova byla zpočátku 71 obyvatel, za nedlouho po vybudování dalších prostor vzrostla na 100 obyvatel. V roce 1958 začala druhá velká přístavba pravého křídla.

Další větší stavbou byla výstavba nového domova-penzionu pro důchodce v těsné blízkosti původního domova a byla uvedena do provozu v roce 1978. Skládá se ze dvou panelových domů, jejichž kapacita činí 206 bytových jednotek. Penzion byl až do roku 1991 zařízením okresního ústavu sociálních služeb a poté byl připojen k domovu důchodců. V letech 1995-2003 probíhaly úpravy pokojů, sociálních zařízení a byl položen základ ke vzniku ošetrovatelského oddělení.

K velmi podstatným změnám došlo v roce 2007 přijetím nového zákona o sociálních službách, tehdy došlo ke změně názvu i obsahu služby. Od února 2009 nese název Domov seniorů POHODA Chválkovice příspěvková organizace. Od roku 2012 je kapacita chráněného bydlení snížena na 109 klientů. Velmi důležitým bodem historie byl rok 2013,

kdy došlo k otevření nového pavilonu s kapacitou 100 klientů, jedná se o moderní budovu se 76 jednolůžkovými a 12 dvoulůžkovými pokoji.

V následujících letech pokračovaly stavby a v roce 2013 se otevřelo rekonstruované oddělení v hlavní budově A. Tím se kapacita domova pro seniory zvýšila na 238 klientů a následně po dokončení dalších dvou oddělení na 290. Po následných drobných změnách zvyšování a snižování kapacity současný stav domova pro seniory činí 334 klientů a chráněného obydlí 49 (Domov seniorů POHODA Chválkovice, nedatováno).

## 3 HOSPICE

Třetí kapitola popisuje historii a vývoj hospiců ve světě, chtěla bych popsat konkrétní druhy hospicové péče, zaměřím se na paliativní péči a kde ji lze aplikovat a jako poslední se zaměřím na hospic, ve kterém zkoumám pohled na smrt středního personálu.

### 3.1 Historie a vymezení pojmu

V angličtině výraz hospic znamená útulek nebo útočiště a tento termín byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Ty vyhledávali poutníci ve své cestě do Palestiny a zdrželi se zde několik dní, aby načerpali síly na zbytek cesty. Hospice většinou vedli lidé, kteří se dokázali vyznat v základní pomoci člověku, např. ošetření bolavých nohou po dlouhé cestě. Hospice ve středověku poskytovaly bio-psycho-sociální a spirituální komfort (Haškovcová, 2007).

Hospice později zanikly a první zmínka po této době ožila až v polovině 18. století, kdy byla otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. S touto myšlenkou přišla Mary Aikdenheadová z Dublinu. Tohle zařízení neslo název hospic a poskytovalo péči odpovídající principům sesterské charity. Rozvoj více specializovanějších zařízení nastal ve 20. století, konkrétně ve východní části Londýna v St. Joseph's Hospice v Hackney. Vůdčí osobností hospicového hnutí se stala Angličanka Cecilia Saundersová (Haškovcová, 2007).

U nás je považována za zakladatelku hospicové péče doktorka Marie Svatošová, která v roce 1995 „postavila“ první hospic s názvem „hospic svaté Anežky České v Červeném Kostelci“. Podílela se i na vzniku a budování dalších hospiců. Dnes se rozvíjejí společnosti a občanská sdružení, která propagují a uskutečňují tento druh péče, a to nejen v speciálních ústavech. Péči lze poskytovat i doma např. pražský Domácí hospic-Cesta domů, brněnská Gabriela), ale ne vždy je péče dostupná nebo dostačující, v tomto případě nemocný dojíždí pouze na část dne do hospice (stacionární hospicová péče). Je třeba pomáhat i pozůstalým, formou paliativní péče, kterou budu ještě zmiňovat (Munzarová, 2004).

Když se řekne slovo hospic, mnozí starší lidé si mohou představit zařízení, kde budou upoutáni k lůžku a doktor jim podá smrtící dávku léku. Proto je důležité s lidmi mluvit, o co se zde jedná. Hospic je dostupný pro všechny věkové kategorie. Pracuje se zde

s dětmi, velmi mladými nebo i staršími lidmi. I když se nacházíme my nebo naši nejbližší v hospici, tak jsme neustále v kontaktu s rodinou. Mylná představa je, že hospic s námi ztratí kontakt, jakmile pacient zemře. Pro pozůstalé jsou k dispozici podpůrné skupiny až do jednoho roku po smrti blízkých (Mendoza, 2016).

### 3.2 Druhy hospiců

Hospicová péče má tři základní formy a probíhá buď v lůžkovém zařízení, tedy v hospici, dále ve stacionáři, který je součástí hospice nebo v domácím prostředí umírajícího, kde pečující rodině pomáhají vzdělaní pracovníci (Haškovcová, 2007).

Hospicové zařízení mají většinou okolo 25 lůžek a na pokojích vyskytují přistýlky, kde mohou přespávat a trávit čas nejbližší osoby pacientů. Hospic je otevřený pro návštěvy příbuzných sedm dní v týdnu, 365 dní v roce. Běžný denní hospicový režim se liší od normálních nemocnic. Je přizpůsobený potřebám umírajícím pacientům. Například pacienti nemají danou přesnou dobu vstávání a ulehání kde spánku. Korigují si tyto potřeby sami. Pacienti se mohou ráno obléknout a zapojit se do života hospice či nikoliv. Denní hygiena je také dána na pacientovi. Stravovací režim je volný, pacient se může jít najíst dle potřeby. Podmínkou pro přijetí pacienta do hospice je plný písemný informovaný souhlas nemocného. Návrh na přijetí podává ošetřující lékař a finální rozhodnutí je v rukách lékaře vedoucího hospice. Jednou z podmínek pro přijetí do hospice je nepříznivá prognóza a potřeba paliativní péče. Zajímavostí je, že v zahraničí bývá jedna z podmínek, že očekávané úmrtí pacienta bude do 6 měsíců. Podle názoru českých lékařů je toto kritérium příliš tvrdé a nelidské, s čímž já plně souhlasím (Haškovcová, 2007).

Nejlepší forma péče pro pacienty, kdy mohou být v kruhu svých blízkých se nazývá domácí hospicová péče. Každý si je vědom toho, že lidé, kteří jsou v terminálním stavu nemoci se nejlépe cítí doma. Rodiny od pacientů se ve většině případů chtějí o své blízké postarat, ale nevědí jak. Některé ošetřovatelské úkony se členové rodiny naučí sami a s něčím jim pomůžou zkušené zdravotní sestry. V rámci fyzického stavu pacienta není žádoucí, aby úroveň domácí péče klesala a nebyla vyrovnaná vyspělé profesionální péči (Haškovcová, 2007)

Můžeme rozlišit tři druhy domácí péče, které sahají do celého světa. První z nich se zabývá osvětou týkající se stravování, hygieny, péče o dítě, přípravy na rodičovství nebo prevencí AIDS. Tato forma péče je aktuální především v rozvojových zemích v Africe a dále pak v Asii. Další forma domácí péče, jak ji my známe je, když lékaři a sestry navštěvují

pacienta doma. U nemocného pacienta se podle potřeb střídají jak zdravotníci z nemocnice, tj. sestry a lékaři, tak i poskytovatelé sociálních služeb. Jak už jsem zmiňovala výše, tak tato forma má jednu velkou výhodu a tou je pacientovo pohodlí doma. S tímto souvisí absence týmové práce, kdy se o pacienta stará například pouze dcera a ostatní sourozenci nejeví zájem o péči, ale pouze se informují o jeho zdravotním stavu. Poslední domácí péče ve formě hospitalizace je neobvyklá, finančně nákladná a pokrývá potřeby omezeného množství pacientů. Velmi neobvyklé a ojedinělé jsou jednotky intenzivní péče v obývacím pokoji domu pacienta. Tyto formy péče se vyskytují především v USA, Anglii a Japonsku (Haškovcová, 2007).

V České republice se rozvíjí systém s názvem komplexní domácí péče, kde lékař stanovuje rozsah zdravotní péče a potřebné finanční záležitosti sociálních služeb určuje odborník daného oboru. Pacient i rodina jsou neustále podporováni k aktivní spolupráci a vedeni k uplatňování principů svépomoci (Haškovcová, 2007).

Poslední formou péče o pacienty v terminálním stádiu je hospicový stacionář. Ve většině případů se stává, že pacienti přicházejí do hospice až na poslední chvíli, což znamená dny nebo týdny před jeho smrtí. Při včasném přijetí do hospice lze předpokládat, že nemocní se budou vracet domů a nebudou muset trávit poslední okamžiky v tomto zařízení. Hospicové stacionáře jsou oblíbené především v cizině, protože umožňují návrat do plné domácí péče. Právě stacionární péče oddaluje hospitalizace a umožňuje pacientovi pobývat v domácím prostředí s rodinou. V hospicovém stacionáři probíhá péče pouze v několika hodinách, například aplikace infúzí, to znamená, že pacient zde stráví maximálně jeden den. Pacient bývá přijat do stacionáře většinou ráno a po skončení úkonu, v odpoledních hodinách je propuštěn zpět domů. V této péče není zahrnuta doprava, tu obstarává rodina nemocného (Haškovcová, 2007).

### 3.3 Paliativní péče

Paliativní neboli útěšná medicína představuje nadějný systém, který pomáhá rodinám umírajícím. Paliativní péči lze poskytovat právě v hospicích a do péče o umírající je třeba zapojit rodinu. Podle Světové zdravotnické organizace je „*paliativní medicína léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“ (Haškovcová, 2007, 34).

Délka života u umírajících pacientů je omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života. Zde je důraz kladen na kvalitu života pacienta i jeho rodiny. V takovéto fázi léčení jako takové ustupuje do pozadí a hlavními se pro pacienty stává sociální, duševní a duchovní pomoc. V dnešní době nemocní nejsou povinni podstupovat léčbu, která už nemá pro jejich zdravotní stav význam a lékaři nejsou povinni takovouto léčbu zahajovat nebo v ní pokračovat. Tudíž se dostáváme k tomu, že medikamentózní léčbu lze nahradit léčbou paliativní (Haškovcová, 2007).

*„Světová zdravotnická organizace podporuje paliativní medicínu a říká, že paliativní péče:*

- Podporuje život a považuje umírání za normální proces*
- Ani neurychluje, ani neoddaluje smrt*
- Poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů*
- Začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty*
- Vytváří podpůrný systém, který pomáhá pacientům žít co nejaktivnější život až do smrti*
- Vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti*

*V České republice byla ustanovena Sekce paliativní medicíny v rámci Společnosti. Pro výzkum a léčbu bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Každý rok se koná Brněnský den paliativní medicíny“ (Haškovcová, 2007, 35).*

Paliativní péče se nevztahuje pouze k ústavům určitého typu. Jedná se o typ filozofie, kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, ale i nejrůznějších nemocničních zařízeních a také v domácím prostředí. Dříve byla tato péče v souvislosti pouze s terminální fází choroby, nyní je čím dál více jasnější, že má co nabídnout už v dřívějších stádiích progresivních chorob, a to nejen onkologických (Munzarová, 2005).

Úspěšná paliativní léčba vyžaduje věnovat pozornost všem aspektům pacientovy choroby a utrpení. Léčba vyžaduje spolupráci lékařů, sester a dalšího zdravotnického personálu, což se nazývá multidisciplinární přístup. Multidisciplinární tým je tedy základní jednotkou pro poskytování paliativní péče. Patří sem lékaři různých specializací, zdravotní sestry, dietní sestra, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog, psychiatr, duchovní a zajiště zde hrají velkou roli členové rodiny, přátelé a dobrovolníci. Veškerá léčba musí být se souhlasem pacienta a ve shodě s jeho přáním (Adam, 2004).

Americká akademie neurologie zveřejnila prohlášení týkající se paliativní péče v neurologii, uvedli, že neurologové mají povinnost poskytovat přiměřenou paliativní péči namísto asistované sebevraždy nebo aktivní eutanázie a měli by podporovat zlepšení vzdělávání lékařů v oblasti paliativní péče (Voltz & Borasio, 1997).

### 3.4 Hospic na Svatém Kopečku

Hospic na Svatém Kopečku je jediným kamenným zařízením tohoto typu v Olomouckém kraji. Tento projekt navazuje na zkušenosti, které jsou získané v různých hospicích po celé České republice i v zahraničí. Hospic byl zřízen Arcidiecézní chartou Olomouc v bývalém poutním domě na Svatém Kopečku. Dne 28. listopadu 2002 byl hospic slavnostně otevřen za přítomnosti Arcibiskupa Jana Graubnera. Slavnostnímu otevření předcházely zhruba čtyřleté přípravy. Po otevření hospice, byli první nemocní přijati začátkem prosince 2002.

O pacienty v hospici pečuje odborný personál, který se skládá z lékařů, sester, pracovníků v sociálních službách, pastoračních pracovníků, duchovních a také velmi důležitých dobrovolníků. Velmi citlivý přístup je věnován nejen pacientům, ale i jejich rodinám. Celý hospic na Svatém Kopečku je bezbariérový, aby se umožnila snadnější manipulace s pacienty.

Pro uživatele je zde celkově 30 lůžek v 24 ubytovacích jednotkách, z nichž každá se skládá z předsíně, pokoje s lůžkem a koupelny. Na pokojích mají pacienti televizi, rádio a lednici. Součástí vybavení jednolůžkových pokojů je i křeslo, které se dá rozložit pro rodinu, která může být se svými blízkými až do úplného konce a provázet je v nejtěžších chvílích života. Ve vnitřním zařízení hospice je kaple, kulturní místnost, kde mohou pacienti hrát společenské hry nebo odpočívat, koutky pro návštěvy, zimní zahrada s knihovnou a terasa (Hospic na Svatém Kopečku, nedatováno).

## 4 LÉČEBNY PRO DLOUHODOBĚ NEMOCNÉ

Předposlední kapitola popisuje historii a vývoj LDN zařízení a zaměřuje se na nepříjemnou skutečnost a tou je týrání seniorů.

### 4.1 Historie a vymezení pojmu

Prvním předchůdcem léčebny pro dlouhodobě nemocné byl Ústav pro nemoci stáří v Praze, který byl založený Rudolfem Eislem v chudobinci u Bartoloměje ve Vyšehradské ulici. Za nedlouho toto zařízení přesídlilo do sociálních domovů v Krči a v roce 1929 byl ústav přejmenován na Klinikou nemocí stáří. Později, konkrétně za německé okupace byla tato klinika zrušena (Jedlička, 1983).

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou u nás zřizované od sedmdesátých let. Poskytují zdravotní péči a jsou financovány jako sociální služba. Původně měly sloužit k několikaměsíčnímu doléčování nemocných pacientů, kteří již nepotřebují drahou akutní péči. Naneštěstí se staly místy, kde leží chronicky nemocní většinou staří lidé několik měsíců. Přijímáním těchto lidí se brání domovy důchodců, které jako svoji obhajobu uvádí nemožnost zajištění adekvátní péče (Matoušek, 1999).

Pro úhradu pobytu pacientů v léčebnách pro dlouhodobě nemocné se používá institut sociální hospitalizace, zdravotnické zařízení dostává finanční částku za jejich pobyt jako paušální dávku z rozpočtu MPSV (ministerstvo práce a sociálních věcí), která ale nepokryje skutečné náklady na pobyt (Matoušek, 2007).

### 4.2 Týrání seniorů

O případech týrání seniora hovoříme tehdy, zdali se u staršího člověka objeví nějaké poškození nebo újma na zdraví v oblasti fyzické, psychické nebo společenské. Mezi nejčastější příčiny kdy dochází k týrání seniorů řadíme nedostatečnou kvalifikaci personálu, nevyřešené právní a sociální postavení osobních asistentů, nedostatek finančních prostředků na úhradu poskytovaných služeb, špatnou organizaci zdravotních a sociálních služeb, možný nedostatek sponzorů v oblasti sociálních služeb, vznik syndromu vyhoření, vliv ageismu, což znamená názor, že staří lidé už nic nepotřebují dále dodržování etický norem a lidských



práv a nedostatečná kvalita kontrolní činnosti poskytované péče. Všechny tyto příčiny mohou přispět k týrání a nedostačující péči vůči seniorům. Nejvíce ohroženými osobami v tomhle směru se stávají senioři nad 80 let, kteří žijí sami, častěji ženy než muži nebo senioři v pobytových zařízeních (Malíková, 2011).

Našla jsem studii, která se zaměřuje na zneužívání seniorů, kterého se dopouštějí zdravotní sestry v pečovatelských domovech. Zneužívání seniorů zahrnuje zanedbávání a hrubé chování, které je škodlivé pro zdraví a dobré životní podmínky seniorů. Studie byla zaměřena na lepší pochopení zanedbávání a hrubého chování z důvodu syndromu vyhoření a pracovního kontextu pečovatele směrem k pacientům. K dosažení tohoto cíle byly analyzovány přímé dopady pracovních požadavků konkrétně pracovní zátěž a emoční nároky a kvality vztahů s kolegy a supervizorem na zneužívání seniorů. Kromě toho byl prozkoumán syndrom vyhoření v pečovatelských službách tím, že se naznačilo, že požadavky na pracovní místa a nedostatek organizačních zdrojů souvisejí se zanedbáváním a hrubým chováním prostřednictvím vyhoření. Studie byla provedena u 481 zdravotních sester a zdravotních asistentů z různých francouzských domovů s pečovatelskou službou. Byly provedeny korelace, vícenásobné regrese a mediační analýzy. Výsledky globálně potvrdily předpokládané hypotézy. Emocionální nároky a nekvalitní vztahy s kolegy a vedoucím týmu byly nejvíce prediktivní proměnné pro vyhoření pečovatelů, zanedbávání a hrubé chování vůči starším lidem. Výsledky navíc přispěly k literatuře tím, že zdůraznily účinek syndromu vyhoření a vyvolaly potencionální důsledky v prevenci zneužívání seniorů v domovech s pečovatelskou službou (Andela, Truchot & Huguenotte, 2018).

Mezi způsoby týrání seniorů patří zejména tělesné neboli fyzické týrání. Při tomto typu je osobě způsobováno tělesné utrpení, bolest a omezení. To znamená způsobování bolesti, ubližování, zraňování, odmítání uspokojení základních biologických potřeb, konkrétněji hovoříme o neposkytnutí tepla, potravy a nápojů, odmítnutí provedení osobní hygieny, nevytvoření podmínek a odepírání základních pomůcek k vyprazdňování, omezování spánku a odpočinku, neposkytnutí potřebných rehabilitací, nepodávání léků, neprovádění základních ošetřovatelských procedur jako je očištění a převazy ran a také neřešení bolesti pacienta. Základní stopy, které můžeme pozorovat, pokud dojde k fyzickému týrání jsou zhmožděniny, otoky, škrábance, zlomeniny, řezání, pálení, kousnutí nebo stopy po bodnutí. Stopy nemusí být viditelné pouze na těle, ale i na paměti, například sexuální zneužití na prvním pohledem na tělo nepoznáme (Malíková, 2011).

Dalším typem týrání je psychické a emocionální. Mnozí z týraných osob považují psychické týrání za mnohem horší než týrání fyzické. Způsoby týrání mohou být například hanobení, ponižující výroky, posměšky, hrozby, poukazování na nedostatky nebo handicap, hrozby, odloučení od přátel nebo zbytku rodiny, vydírání, omezení provádění oblíbené činnosti nebo naopak nucení do činností, které jsou nám nepříjemné. Rozsah týrání sahá od lehčích forem až ke chladnokrevnému záměrnému týrání. Dopady psychického týrání jsou silné negativní pocity, změna chuti k jídlu, úbytek na váze týrané osoby, ztráta zájmu o sebe a potřeby pečovat sebe, potřeba nadměrného spánku a myšlenky na sebevraždu. Psychika lidí, kteří zažívají emocionální týrání je velmi narušená (Malíková, 2011).

Posledním typem týrání je ekonomické. Zde se jedná o zneužívání majetku a finančních zdrojů většinou závislých a nesoběstačných seniorů. Týraný je nucen poskytovat vlastní prostředky pečovateli a nemá možnost je využít pro sebe. V některých případech může jít o citové vydírání k přepisu svých nemovitostí nebo peněžní sumy na účet pečovatele či jiné osoby. V tomhle případě je seniorům bráněno v užívání telefonu, zadržovány jejich osobní doklady nebo znemožněno kontaktu s jinými osobami. Příspěvky na péči nejsou využity k potřebám týkající se péče, ale rodina či pečovatel je využívají ke svému účelu (Malíková, 2011).

### 4.3 Důstojná smrt

Pojem důstojná smrt je s celým tématem úzce spojený. Tento pojem je používán velmi často, ale ne vždy je jeho obsah specifikován. Lze předpokládat, že některé záměrné smrti jako například popravky byly považovány za důstojnější než jiné. Pro vojáky je ctí padnout za svoji vlast v boji, a naopak je potupa upadnout do zajetí a zemřít v něm. Být zastřelen nepřitelem se pokládá za hrdinství tedy důstojnou smrt, ale smrt oběšením v sobě nese potupu. Pokud se bavíme o důstojné smrti člověka, myslím tím především estetickou stránku procesu umírání. Jestliže člověk není schopen ani sebeobsluhy, pak je jeho situace hodnocena jako pád pod lidskou důstojnost (Haškovcová, 2007).

Fyziologickou tvář smrti lidé neznají, a proto ji možná pokládají za nepatřičnou. Je důležité pečovat o kultivované a čisté rodinné prostředí, protože nejdůležitějším prvkem důstojného umírání je blízkost druhého člověka. „*Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl umírat sám*“ (Haškovcová, 2007, 129). Přítomnost druhých lidí hraje velkou roli při procesu umírání. Bavíme se o tzv. sociálním aktu, který společně se znalostmi rituálu laskavého doprovodu činí předpoklad pro důstojný rámec umírání a smrti (Haškovcová, 2007).

Jelikož je téma smrti a s ním spojené důstojné umírání velmi důležité a nemělo by být v postranní, existují společnosti, které se ním zabývají. Největší společnost pro důstojné umírání existuje v Německu od roku 1980 a počet jejich členů dosahuje šedesáti tisíc. Jejím hlavním cílem je ochrana práv pacientů, kteří se nacházejí ve zvláštní situaci, a tím je proces umírání. Členem této společnosti se může stát takřka kdokoli, tudíž v členské základně převažují zejména laici, kterým není lhostejné, jakým způsobem lidé umírají, a kteří chtějí také sami pro sebe připravit důstojný rámec klidného odchodu ze života. Členové jsou i lidé, kterým někdo z blízkých zemřel v nedůstojných podmínkách. Členem společnosti nemůžou být lidé proto, že umírají, ale kvůli tomu, že se chtějí ve fázi umírání vyhnout ponížení, chřadnutí, bolesti a trýzni (Haškovcová, 2007).

Základní strategie Německé společnosti pro důstojné umírání je obsažena v programovém hlášení. První bod obsahuje právo pacienta na sebeurčení, které musí být zaručeno i v nemocnici a vůli pacienta je třeba právě ve fázi umírání plně respektovat. Druhým bodem se rozumí respektovat právo pacienta na uspořádání svých věcí, které zahrnuje i závěť. Třetí bod obsahuje včasnou a dobrou informovanost každého pacienta o jeho zdravotním stavu. Čtvrtý bod říká, že s bolestí pacientů by se mělo ve fázi umírání bojovat velkoryse. V předposledním bodě se dozvíme, že v nemoci, která je beznadějná a vede pouze k problematickému životu, tak nemusí být život prodlužován vyspělou technikou za každou cenu. Nakonec poslední, šestý bod uvádí, že nemocnice a sociální zařízení jsou vytvářeny pro lidi, a právě existence vyspělé lékařské péče navozuje nutnost lidské podpory a účasti (Haškovcová, 2007).

#### 4.4 Odborný léčebný ústav Paseka

Historie léčebného ústavu v Pasece sahá do roku 1908, kdy při zrodu ústavu stála tuberkulóza. Nemoc stará jako lidstvo samo. O tuberkulóze máme první zmínky už z roku 2200 před naším letopočtem. 29. září 1908 se rozhodl moravský sněm v Brně zřídit na Moravě dvě léčebny tuberkulózy. V pasece pro muže a v Jevíčku pro ženy. Stavba byla mnohokrát přerušena ať už z důvodů finančních, tak kvůli probíhající válce. Po roce 1915 se léčebna otevřela, ale pouze pro vojáky trpící tuberkulózou. Postupem času se přistavěly další budovy určené pro nemocné děti a od roku 1925 byla léčebna určena pro civilní obyvatele. V roce 1981 byla v ústavu v provozu 3 zařízení, léčebna TRN, léčebna pro dlouhodobě nemocné a alergologická klinika. Následující roky se vybudovaly bytové jednotky pro zaměstnance, plicní rehabilitační a chirurgická ambulance, oční, neurologické,

stomatologické, psychiatrické a rentgenologické (Odborný Léčebný ústav Paseka, p.o., nedatováno).

## 5 MENTÁLNÍ REPREZENTACE

V poslední kapitole se budu věnovat mentálním reprezentacím, které nám popisují, jak lidé zpracovávají informace, jejich subjektivní reflexe a následné porozumění ostatním lidem. Myslím si, že tato kapitola úzce souvisí s mým tématem, protože střední personál je v neustálém kontaktu s pacienty jednotlivých zařízení.

### 5.1 Vymezení pojmu

Pojem mentální reprezentace je v první řadě teoretickým konstruktem kognitivní vědy. Jako takový je základním pojmem výpočetní teorie mysli, podle kterého jsou kognitivní stavy a procesy tvořeny výskytem, transformací a ukládáním struktur v mysli, nesoucích informace, které se nazývají mentální reprezentace jednoho nebo dalších druhů. Za předpokladu, že reprezentace je objekt se sémantickými vlastnostmi, lze mentální reprezentaci obecněji chápat jako mentální objekt se sémantickými vlastnostmi. Jako takové nemusí být mentální reprezentace a stavy, které ji zahrnují chápány pouze z hlediska výpočtů. V tomto širším konstrukčním pojetí je mentální reprezentace filozofickým tématem s kořeny ve starověku s bohatou historií a literaturou, která předcházela nedávné „kognitivní revoluci“ a která se nadále zajímá čistě o filozofii. Ačkoli většina současných filozofů mysli uznává význam kognitivní vědy, tak se liší mírou zapojení do její literatury, metod a výsledků (Nodelman, Allen & Anderson, 2018).

Předpoklad existence mentálních reprezentací vychází ze stanoviska, které připomíná myšlenky slavného myslitele Immanuela Kanta. Ten říká, že lidská mysl nezachycuje vnější realitu takovou, jaká je, ale reprezentuje ji pomocí poznávacích prostředků, kterými disponuje, těmi jsou obraz a slovo. Každý člověk je schopen vytvářet reprezentace vnějšího světa, svého vlastního mentálního dění, psychického života druhých lidí a mezilidských vztahů. Jednoduchými formami vnitřních mentálních reprezentací jsou představy a propozice, což jsou jednoduché myšlenky, které kódujeme s pomocí verbálních znaků. Kognitivní psychologové upozornili na to, že lidská mysl vytváří smíšené formy mentálních reprezentací, kam patří vzpomínky na různé zážitky z dětství, které si vybavujeme z dlouhodobé paměti. Při jejich znázornění využívá lidská mysl verbální i názorné způsoby kódování informací současně (Sedláková, 2004).

## 5.2 Mentální reprezentace prvního řádu

Mentální reprezentace prvního řádu jsou výsledkem zpracování informací přicházejících z vnějšího světa. Tradičně jsou označovány jako vjemy (Sedláková, 2004).

## 5.3 Mentální reprezentace druhého řádu

Mentální reprezentace druhého řádu jsou výsledkem subjektivní reflexe psychického dění. Potvrzení existence této úrovně mentálních reprezentací jsou slovní obraty jako „myslím si“, „pochybuji“ nebo „věřím“ (Sedláková, 2004).

## 5.4 Mentální reprezentace třetího řádu

Mentální reprezentace třetího řádu jsou výsledkem snahy o empatické porozumění psychickému životu druhých lidí. Jsou to subjektivní názory na to, co si myslí, cítí nebo prožívá druhý člověk. Charakterizuje je zpětná vazba, která zní „myslím, že si myslíš, že to nedopadne dobře“ (Sedláková, 2004).

## 5.5 Související výzkumy

V mojí bakalářské práci jsem se inspirovala od Pavla Nováka a jeho diplomové práce na téma Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ u hospicového personálu. Zde se pokoušel najít rozdíl ve vnímání asociací u slov smrt, umírání a terminální fáze v populaci pracovníků v hospicích a nemocnicích. Konkrétně ve Fakultní nemocnici v Olomouci, v Okresní nemocnici v Táboře, v hospici sv. Lazara v Plzni a v hospici na Svatém Kopečku, kde dotazníkové šetření rovněž provádím. Dále zkoumal, zdali bude u slov smrt, umírání a terminální fáze převládat spíše pozitivní ladění v hospicích než v nemocnici a jako poslední výzkumnou otázku uvedl u jaké z těchto dvou populací se vyskytne sociální reprezentace osamělosti v umírání (Novák, 2010).

Analýza prokázala značné rozdíly v chápání procesu umírání a fenoménu smrti mezi populacemi personálu v hospici a v nemocnici. V sociální reprezentaci smrti se populace neliší a ve své struktuře jsou si podobné. Dále se ukázalo, že fenomén „umírání“ je nadřazený podnětovému heslu „pacient v terminální fázi“, na který se velmi často samo umírání asociuje. Tento vztah je jednostranný a z toho vyplývá, že pacient v „terminální fázi“ je

okrajovou částí sociální reprezentace umírání. Předpoklad, že personál v hospici bude produkovat méně negativně zabarvených asociací, než nemocniční personál se potvrdil. Častými kategoriemi asociací u personálu v hospici jsou kategorie jako „smíření“, „doprovázení“ a kladou větší důraz na důstojnost umírajícího. U personálu v nemocnici jsou tendence ztotožňovat umírání s „bolestí“ a „osamělostí“. Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ se u personálu v hospici neobjevuje. Tato sociální reprezentace je naopak sdílena ve značné míře v nemocničních zařízeních. Do kategorie „osamělost“ bylo v případě podnětového slova „umírání“ nemocničním personálem zařazeno 20 % všech asociací (Novák, 2010).

Další výzkum, který bych zde chtěla zmínit se zaměřuje na vnímání vlastní smrti pracovníků v hospicích. V tomto výzkumu byl rozdán dotazník mezi 128 zaměstnanců hospice. Tento dotazník se nazývá Revised Death Anxiety Scale (RDAS). Účastníci byli požádáni, aby uvedli svůj věk, pohlaví, postavení a délku zaměstnání v hospici. Výsledky toho výzkumu naznačily negativní korelaci mezi skóre RDAS a délkou času stráveného v hospici u „nelékařských sester“. Celkově byly skóre RDAS extrémně nízké ve srovnání se studií, která implementovala RDAS ve skupině hospicových sester (Halliday & Boughton, 2008). Výzkumy tohoto druhu by měly stále pokračovat, protože lepší porozumění tomu, jak zaměstnanci hospice zažívají svou vlastní úmrtnost, umožní hospicům lépe sloužit pacientům a jejich přátelům či rodinám (Jonasen & O’Beirne, 2015).

# VÝZKUMNÁ ČÁST



## 6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A HYPOTÉZY

V nadcházející kapitole se budu věnovat výzkumnému problému, dále rozeberu cíle mého výzkumu a na konci stanovím hypotézy, které budou následně ověřovány pomocí statistických testů.

### 6.1 Výzkumný problém

Smrt patří k tématům, kterým se lidé z pravidla vyhýbají, bojí se o nich mluvit a jsou jim nepříjemné. Tento problém se odráží v přístupu ke starším lidem, kteří se nacházejí v terminálním stádiu a jejich šance na delší život jsou již v nedohlednu. Lidé v této fázi ztrácejí sociální oporu, stávají se sociálně izolovaní a jejich věrným společníkem se stává samota. Mnohdy jsou považováni za mrtvé ještě před jejich smrtí, protože často umírají dříve smrtí sociální než fyzickou.

Blízká rodina ve většině případů cítí zodpovědnost se o nemocného postarat. Bohužel ne vždy se jedná o láskyplnou pomoc a soužití. Někteří lidé vidí v této pomoci spíše starosti, svázanost, ztrátu soukromí a intimity. Díky tomuto může následně docházet k zanedbávání nemocného, týrání nebo neuspokojování jeho potřeb. Jiná forma péče o seniory jsou zařízení, kde o ně pečují střední personál. Společně zde tráví poslední chvíle života.

Nenašla jsem žádný výzkum, který by se zabýval pohledem a postoji na smrt středního personálu v hospicích, domovech důchodců a LDN. Tudíž bych chtěla tohle téma blíže rozpracovat a zjistit, zdali existují významné rozdíly v pohledu na smrt zdravotnického personálu.

### 6.2 Cíle výzkumu

V mojí bakalářské práci s názvem Mentální reprezentace a pohled na smrt ze strany středního personálu v domovech důchodců, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích bych se chtěla věnovat odlišným pohledům a postojům ke smrti.

První cíl mé práce je porovnat asociace a pohled na smrt středního personálu. Zajímá nás, jak se bude tento pohled od sebe lišit. Každé zařízení je v něčem odlišné a cílem je najít i odlišnosti v názorech na smrt. Zjistit jakým směrem se liší zvolené tři asociace smrti, umírání a pacient v terminální fázi.

Druhým cílem mojí práce bude zaměřit se na postoje ke smrti středního personálu pomocí dotazníku DAP-R. Chtěla bych se pokusit prokázat rozdíl v nazírání a postojům ke smrti mezi středním personálem v domově důchodců (ve Chválkovicích) v hospici (na Svatém Kopečku) a léčebně pro dlouhodobě nemocné (v Pasece). Každé zařízení se v něčem liší, tudíž předpokládám, že se bude lišit i postoj ke smrti.

## 6.3 Formulace hypotéz a výzkumných otázek ke statistickému testování

### 6.3.1 Stanovení výzkumné otázky

Jak se liší tematická struktura u asociací podnětových hesel – **smrt, umírání a pacient v terminální fázi** – u středního personálu v domovech důchodců, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích? Jakým směrem se liší mentální reprezentace těchto pojmů?

### 6.3.2 Konkrétní cíle výzkumného problému lze formulovat do těchto hypotéz

**H1:** *Průměrný skór na škále Neutrální přijetí smrti středního personálu v domově důchodců je vyšší než u středního personálu v hospici.*

**H2:** *Průměrný skór na škále Vstřícné přijetí smrti středního personálu v hospici je vyšší než u středního personálu v LDN.*

**H3:** *Průměrný skór na škále Strach ze smrti středního personálu v LDN je vyšší než u středního personálu v domově důchodců.*

**H4:** *Průměrný skór na škále Únikové přijetí smrti středního personálu v domově důchodců je nižší než u středního personálu v hospici.*

**H5:** *Průměrný skór na škále Vyhýbání smrti středního personálu v hospici je vyšší než u středního personálu v domově důchodců.*

Všechny hypotézy byly ověřovány na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Hodnoty  $p < 0,05$  označujeme za signifikantní.

# 7 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Předtím než přejdu k samotné analýze výsledků, tak je třeba seznámit čtenáře s pozadím výzkumu. V této kapitole představím a popíšu dotazník, podle kterého probíhalo moje výzkumné šetření.

## 7.1 Metodologický rámec

Ve výzkumu v rámci této bakalářské práce byl využit kvantitativní přístup, konkrétně se jedná o dotazníkové šetření. Kvantitativní výzkum je ve společenských vědách metoda standardizovaného vědeckého výzkumu, která popisuje zkoumanou skutečnost pomocí proměnných (znaků), které můžeme vyjádřit čísly. Ta mohou vznikat jednak měřením nebo častěji škálováním samotnými respondenty (např. od 1 do 10). Výsledky jsou pak zpracovány, většinou pomocí statistických metod a nakonec interpretovány. Kvantitativní výzkum oproti kvalitativnímu vyžaduje větší soubory dat a respondentů, výsledky jsou více reprezentativní, méně závislé na názorech a schopnostech respondentů a vedou tak k lépe ověřitelným a srovnatelným výsledkům. Jejich interpretace bývá naopak náročnější (Ferjenčík, 2000)

V případě vyhodnocení asociací smrt, umírání a pacient v terminální fázi budu používat popisnou statistiku. Popisná statistika je disciplína kvantitativně popisující hlavní vlastnosti sbírky dat a snaží se pomocí čísel a obrázků stručně vystihnout podstatné informace o daných datech. Zabývá se znaky různého charakteru. Popisná statistika zjišťuje a sumarizuje informace, zpracovává je ve formě grafů a tabulek a vypočítává jejich číselné charakteristiky jako průměr, rozptyl percentily atd. (Ferjenčík, 2000).

## 7.2 Testové metody

Byl použit jeden standardizovaný dotazník a k němu přidané tři hesla, ke kterým měli respondenti vyjádřit své asociace. Celý testový sešit byl před podrobením výzkumu ověřen malou pilotní studií. Deset lidí si zkusilo pročíst a následně vyplnit dotazník, abych si ověřila jeho srozumitelnost. Dotazník poskytnutý respondentům má dvě části. První část je nestandardizovaná, a zjišťuje demografické údaje jako je věk, pohlaví, vzdělání a délka praxe jak v sociálních službách, tak i v konkrétním zařízení. Dále na stejné straně vyplňuje

respondent své asociace ke třem heslům. Dotazník neobsahuje jméno ani příjmení respondenta, abychom zachovali jeho anonymitu. Druhá část obsahuje standardizovaný dotazník o 32 otázkách, které zkoumají postoje ke smrti.

### 7.3 Asociace k heslům smrt, umírání a pacient v terminální fázi

Po úvodních demografických údajích se nachází tři hesla se zadáním „Napište, prosím, ke každému z těchto podnětových hesel asociaci (slovo nebo sousloví), kterou s ním máte spojenou, která se Vám k němu vybavuje, popř. si myslíte, že k němu patří. “Smrt, umírání a pacient v terminální fázi“ jsou slova, která jsem převzala z Diplomové práce Petra Nováka (2010), který pomocí těchto slov zkoumal Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ u hospicového personálu. Po konzultaci s mým vedoucím Mgr. Martinem Kupkou Ph.D. jsme dospěli k závěru, že se tyto hesla hodí do mého výzkumu.

### 7.4 Death Attitudes Profile-Revised

Druhá část mého šetření obsahuje dotazník s názvem Death Attitudes Profile-Revised. Jeho český název zní Revidovaný profil postoje ke smrti a jeho autory jsou Wong, Reker & Gesser (1994). Do češtiny jej přeložili doktorky Olga Pechová a Klára Machů, kterým velmi děkuji za poskytnutí. Celý inventář obsahuje 32 tvrzení, které se při následném vyhodnocení rozdělují do pěti škál. Odpovědi jsou uvedeny ve formě Likertovy škály od 1=zcela nesouhlasím, 2=nesouhlasím, 3=spíše nesouhlasím, 4=nevím, 5=spíše souhlasím, 6=souhlasím a poslední 7=zcela souhlasím. Všechny pět škál obsahuje určitý počet přidělených tvrzení. Po sečtení skóru u každé dimenze se tato hodnota dělí počtem všech položek dané dimenze (Reimer, 2007).

Dotazník obsahoval instrukce „Tento dotazník obsahuje několik tvrzení, která se vztahují k různým postojům ke smrti. Pečlivě si přečtěte každé prohlášení a poté označte, do jaké míry s ním souhlasíte nebo nesouhlasíte. Jestliže nevíte, označte „nevím“. Nicméně kolonku „nevím“ používejte výjimečně. Je důležité, abyste pracovali s každým tvrzením a na každé odpověděli. Mnoho tvrzení se bude zdát navzájem podobných, ale všechna jsou nezbytná, aby ukázaly jemné rozdíly v postojích“. Níže popíšu konkrétně všechny pět škál.

1. Strach ze smrti (položky č. 1,2,7,18,20,21,32) - tato škála měří pocit strachu, který v nás vyvolává smrt.
2. Vyhýbavý postoj ke smrti (položky č. 3, 10, 12, 19, 26) – zde se měří, jak se vyhýbáme myšlenkám na smrt kvůli naší úzkosti.

3. Neutrální přijetí smrti (položky č. 6, 14, 17, 24, 30) – škála měří, zdali vnímáme smrt jako přirozenou součást života, která nepůsobí obavy, ale ani není vítána.
4. Vstřícné přijetí smrti (položky č. 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31) – měří pozitivní postoje ke smrti a je spjata s náboženskou vírou a s vírou ve šťastný posmrtný život.
5. Únikové přijetí smrti (položky č. 5, 9, 11, 23, 29) – tato škála měří taktéž pozitivní postoj ke smrti, zdali je smrt vhodná alternativa k životu plnému bolesti a utrpení (Wong, Reker & Gesser, 1994).

V následující tabulce (1) jsou uvedeny hodnoty původního výzkumu (Wong, Reker & Gesser, 1994) položek jednotlivých škál a neměřená vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa).

**Tabulka 1:** Pět škál s dvěma příkladovými položkami dotazníku DAP-R s naměřenou reliabilitou (Cronbachovo alfa)

Škála	Ukázka položky	$\alpha$
Strach ze smrti	<i>Mám intenzivní strach ze smrti.</i> <i>Smrt je bezpochyby hrozivá zkušenost.</i>	0,86
Vyhýbavý postoj ke smrti	<i>Zcela se vyhýbám myšlenkám na smrt.</i> <i>Snažím se nemyslet na smrt.</i>	0,88
Neutrální přijetí smrti	<i>Smrti bych se nebál/a, ani ji nevítal/a.</i> <i>Smrt je přirozená součást života.</i>	0,65
Vstřícné přijetí smrti	<i>Těším se na znovushledání se svými milovanými, až zemřu.</i> <i>Víra v posmrtný život mi při střetávání se smrtí dává pocit klidu.</i>	0,97
Únikové přijetí smrti	<i>Smrt je vysvobozením z bolesti a utrpení.</i> <i>Smrt ukončí všechna moje trápení.</i>	0,84

## 8 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

### 8.1 Výběr souboru a sběr dat

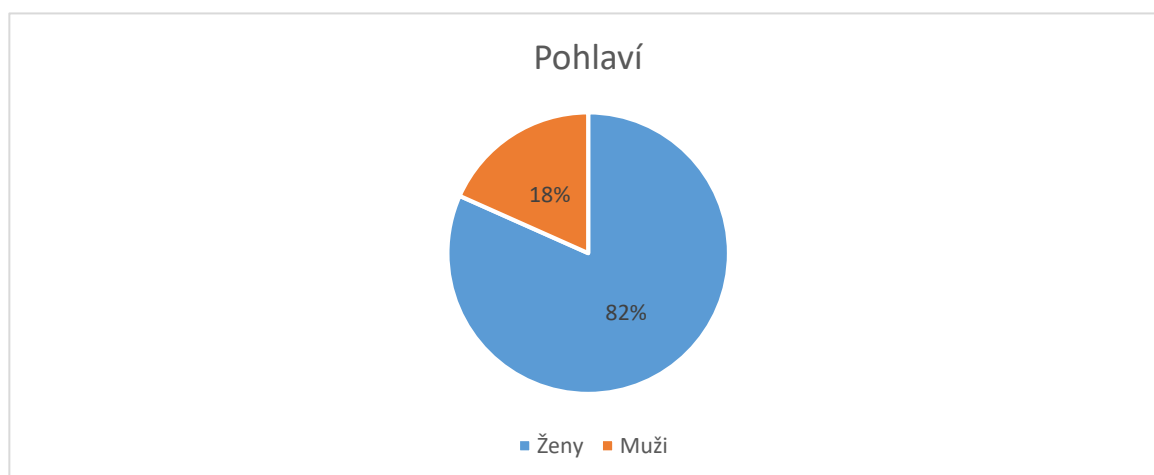
Ve studii byla oslovena zařízení s cílovou skupinou respondentů na základě záměrného výběru přes instituce. Jedná se tedy o nepravděpodobnostní metodu výběru výzkumného souboru, která využívá určitý typ služeb, jako je péče o seniory s danou cílovou skupinou, která nás ve výzkumu zajímá (Miovský, 2006).

Sběr dat probíhal na podzim roku 2019, kdy jsem do všech tří zařízení rozdala dotazníky k následnému vyplnění. Po cca. dvou měsících jsem si všechny dotazníky vyzvedla osobně. Do každého zařízení jsem dala dotazníků více, než jsem potřebovala z důvodu případného nevyplnění potřebného počtu. Konkrétně 35 kusů. Z každého zařízení se mi jich vrátilo o pár kusů více, ale po pečlivém vyřazení některých nevyhovujících dotazníků mi zbylo po dvaceti kusech v každém zařízení. Analýza a vyhodnocení výzkumu probíhala od prosince 2019 do února roku 2020.

Výběrový soubor čítá 60 respondentů, kteří pracují jako střední personál v zařízeních pro seniory. Konkrétněji 20 respondentů z domova pro seniory ve Chválkovicích (Olomouc), dalších 20 respondentů pracuje v hospici na Svatém Kopečku a posledních 20 respondentů se nachází v léčebně pro dlouhodobě nemocné v Pasece. Středním personálem se rozumí pracovník v sociálních službách, ošetřovatel, pečovatel, sestra či sanitář. Všichni respondenti přicházejí každodenně do styku se staršími pacienty, kteří se nacházejí v posledních fázích života. Tudíž jsou vhodnými adepty na zkoumání pohledu a postoje ke smrti.

Z celkových 105 zadaných dotazníků respondenti vyplnili 69. Z nich jsem musela 9 vyřadit kvůli zkreslení dat. Důvodem byly u dvou respondentů, opakující se stejné odpovědi, čtyři respondenti odpověděli na každou otázku „nevím“ a u zbylých chybělo více než třičtvrtě odpovědí na otázky. Konečný rozsah n byl tedy 60 respondentů. Podařilo se mít všechny tři skupiny vyrovnané. Co se týče pohlaví, drtivou většinu všech respondentů tvořily ženy. Celkem 49 žen a 11 mužů.

**Graf 1:** Charakteristiky zkoumaného souboru-dle pohlaví



**Tabulka 2:** Charakteristiky zkoumaného souboru-pohlaví, věk

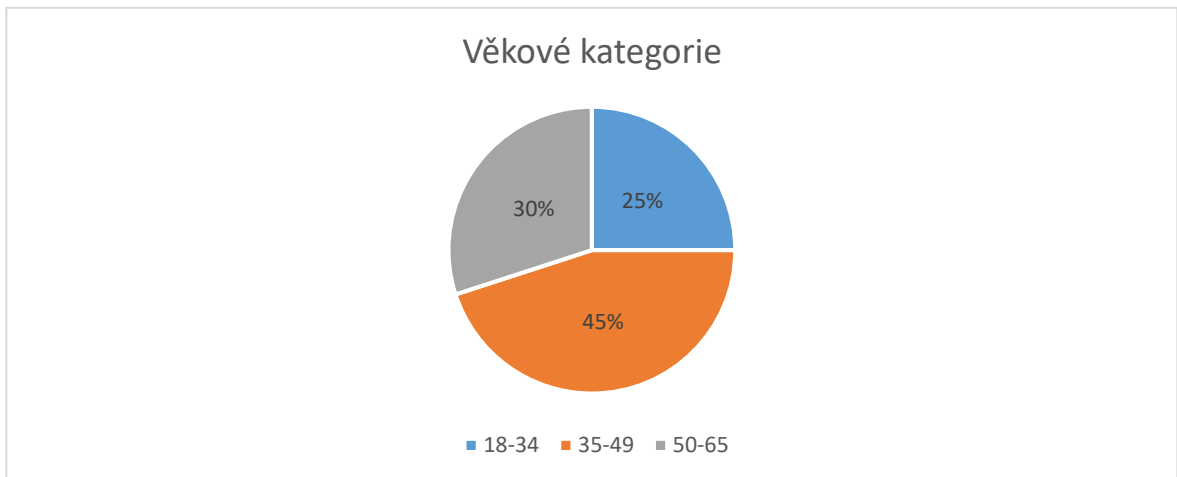
	<b>Respondenti</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Průměrný věk</b>	<b>SD věku</b>
<b>Hospic</b>	20	16 Ž/ 4 M	45,3	12,41
<b>LDN</b>	20	15 Ž/ 5 M	41,5	11,42
<b>Domov důchodců</b>	20	18 Ž/ 2 M	42,65	7,63
<b>Celý soubor</b>	60	49 Ž/11 M	43,15	10,63

Ž= ženy, M= muži, SD= směrodatná odchylka, LDN=léčebna pro dlouhodobě nemocné

Věk se pohybuje mezi 22 až 64 lety. Celkový věk všech respondentů jsem rozdělila do třech kategorií. První kategorie mladší dospělost mezi roky 18-34 čítá 15 respondentů. Druhá kategorie střední dospělost mezi roky 35-49 obsahuje 27 respondentů a poslední třetí kategorie starší dospělosti mezi roky 50-65 s 18 respondenty.

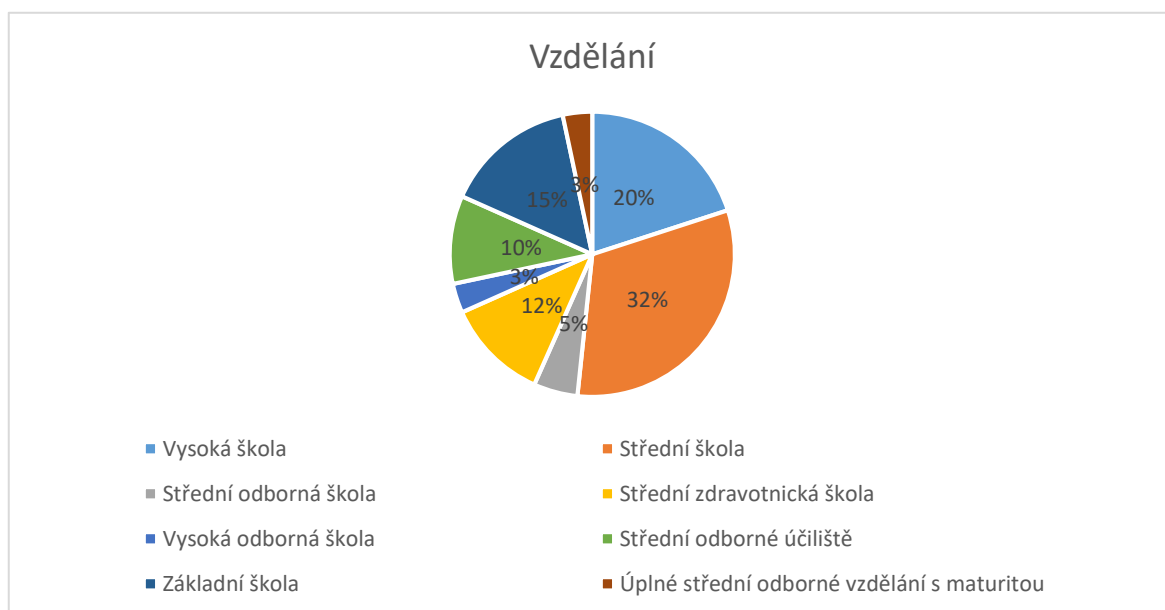


**Graf 2:** Charakteristiky zkoumaného souboru-věkové kategorie respondentů



Z hlediska **dosaženého vzdělání** u respondentů všech zařízení je na prvním místě střední škola, kterou uvedlo 19 respondentů jako nejvyšší dosažené vzdělání. Hned za ní se umístila vysoká škola se 12 respondenty. Dále pokračuje základní škola s 9 respondenty, střední zdravotnická škola se 7 respondenty, střední odborné učiliště se 6 respondenty, střední odborná škola se 3 respondenty, vysoká odborná škola se 2 respondenty a poslední úplné střední odborné vzdělání s maturitou se 2 respondenty.

**Graf 3:** Charakteristiky zkoumaného souboru-vzdělání respondentů



Tabulka 3 je doplněná o průměrnou praxi ve zdravotnictví a v sociální sféře se směrodatnými odchylkami.

**Tabulka 3:** Charakteristiky zkoumaného souboru-délka praxe respondentů

	<b>Praxe v konkrétním zařízení (počet let)</b>	<b>SD praxe v konkrétním zařízení</b>	<b>Praxe ve zdravotnictví a sociální sféře (počet let)</b>	<b>SD praxe ve zdravotnictví a sociální sféře</b>
<b>Hospic</b>	11,85	10,15	17,25	12,09
<b>LDN</b>	5,3	4,55	13,28	11,61
<b>Domov důchodců</b>	7,8	6,05	12,15	7,7
<b>Celý soubor</b>	8,31	7,68	14,23	10,71

## 8.2 Etické hledisko a ochrana soukromí

Etika je jako nauka o morálce velmi důležitá v každém výzkumu, včetně našeho psychologického. V roce 1982 přijala Americká psychologická asociace etické principy při výzkumu s lidmi. Těmi hlavními principy jsou respekt a ohled vůči účastníkům ve výzkumu, právo na informace, soukromí, důvěrnost informací a nepochybně právo odstoupit od celého výzkumu. Psycholog je také povinen udržovat mlčenlivost a důvěrnost ve vzájemném vztahu s klienty (Ferjenčík, 2000).

Celý dotazník byl anonymní, v žádné fázi jsme nechtěli po respondentech vědět jejich jméno ani příjmení. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná, takže každý respondent se mohl svobodně rozhodnout, zda dotazník vyplní či nikoliv. Zodpovědným osobám předávající dotazník mezi střední personál byly slovní formou objasněny všechny náležitosti, účely a cíle tohoto výzkumu. Tudíž nikdo nebyl klamán. Také byl nabídnut můj kontakt v případě nejasností a otázek spojených s účastí ve výzkumu.

Problémem, který se zde jeví může být naše klíčové téma smrti. Jelikož je tohle téma velmi hluboké, tak nemusí být pro naše respondenty příjemné odpovídat na otázky. Může se stát, že tahle problematika u někoho vyvolá traumatickou zkušenost, která se jej dotkla nebo se může u respondenta znovuotevřít problém spojený se smrtí (Weiss a kol., 2011).

Miovský (2006) zmiňuje mezi důležitými etickými pravidly výzkumu také empatickou neutralitu, tzn., že výzkumník vůči účastníkům výzkumu projevuje zájem, účast a porozumění, ale ke zjištěným skutečnostem je neutrální, měl by se vyvarovat hodnocení.

# 9 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

## 9.1 Analýza dat

Jako první krok byly dotazníky zkontrolovány a následně vyřazeny ty, které nesplňovaly podmínky k další analýze. K přepsání získaných dat do elektronické formy byl použit Excel 2016. Data byla ručně zadána a následně upravena do konečné podoby. Výsledky deskriptivní statistiky jsem získala také pomocí Excelu.

První část analýzy tvoří popisná statistika. V tomhle kroku jsem si vypsalala všechny asociace k heslům smrt, umírání a terminální fáze z každého zařízení. Následně jsem hledala významově podobná slova či sousloví. Poté jsem nejčastější asociace znázornila pomocí grafů s vyjádřenými procenty.

Odpovědi na Likertově škále dotazníku DAP-R byly skórovány na číselné hodnoty od 1 („zcela nesouhlasím“) do 7 („zcela souhlasím“) dle manuálu. U dotazníku DAR-P byly spočítány skóry pro jednotlivé škály.

Takto upravená data byla dále zpracována v anglickém programu STATISTICA 12. Nejprve bylo provedeno testování normality rozložení pomocí Shapiro-Wilkova testu. Na základě výsledků bylo rozhodnuto o použití parametrických nebo neparametrických testů.

Dle výsledků histogramů odpovídají všechny škály normálnímu rozdělení. Konkrétně v případě parametrického testu byl použit Studentův t-test pro dva nezávislé výběry.

Dále byla vypočítána reliabilita jako vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa) všech škál dotazníku DAP-R. V původní studii dotazníku je zjištěná reliabilita uvedena v tabulce 1. V následující tabulce 4 jsou uvedeny naměřené hodnoty reliability z našich hodnot. Hodnoty jsou s těmi původními podobné, pouze se liší nejnížší naměřená reliabilita (Cronbachovo alfa), kterou znázorňuje v mém výzkumu Únikové přijetí smrti místo původního Neutrálního přijetí smrti.

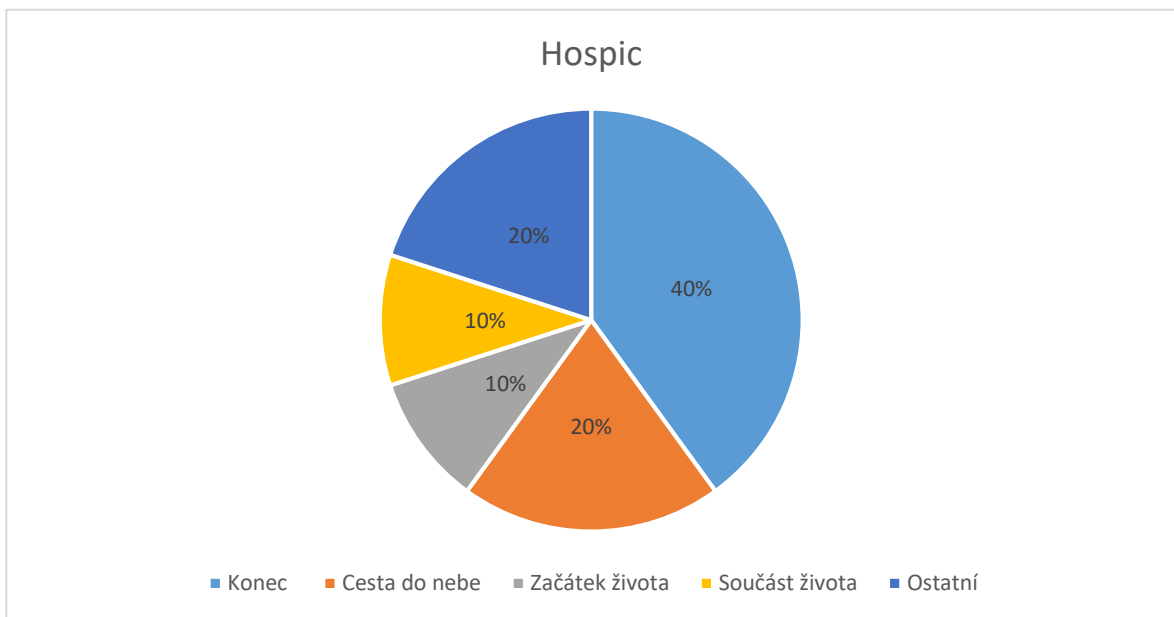
**Tabulka 4:** Výpočet reliability (Cronbachovo alfa) škál dotazníku DAP-R

<b>Škála</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Strach ze smrti	0,83
Vyhýbavý postoj ke smrti	0,79
Neutrální přijetí smrti	0,66
Vstřícné přijetí smrti	0,85
Únikové přijetí smrti	0,51

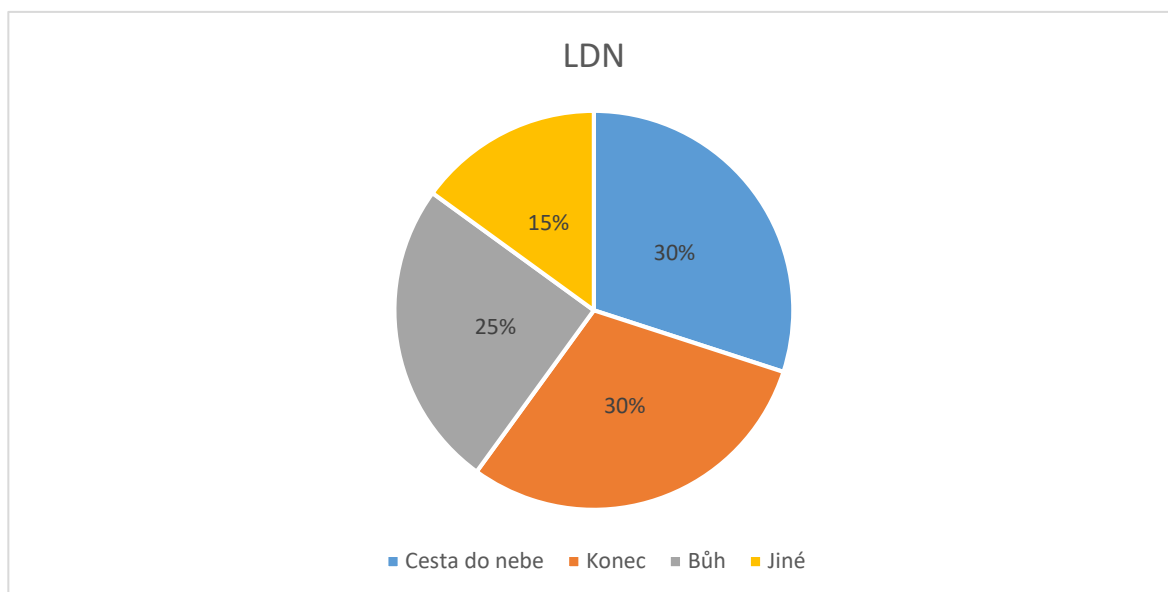
## 9.2 Smrt (asociační struktura)

Prvním cílem bylo zjistit, jak se liší tematická struktura u asociací podnětových hesel – **smrt**, **umírání** a **pacient v terminální fázi** – u středního personálu v domovech důchodců, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích a jakým směrem se liší mentální reprezentace těchto pojmů.

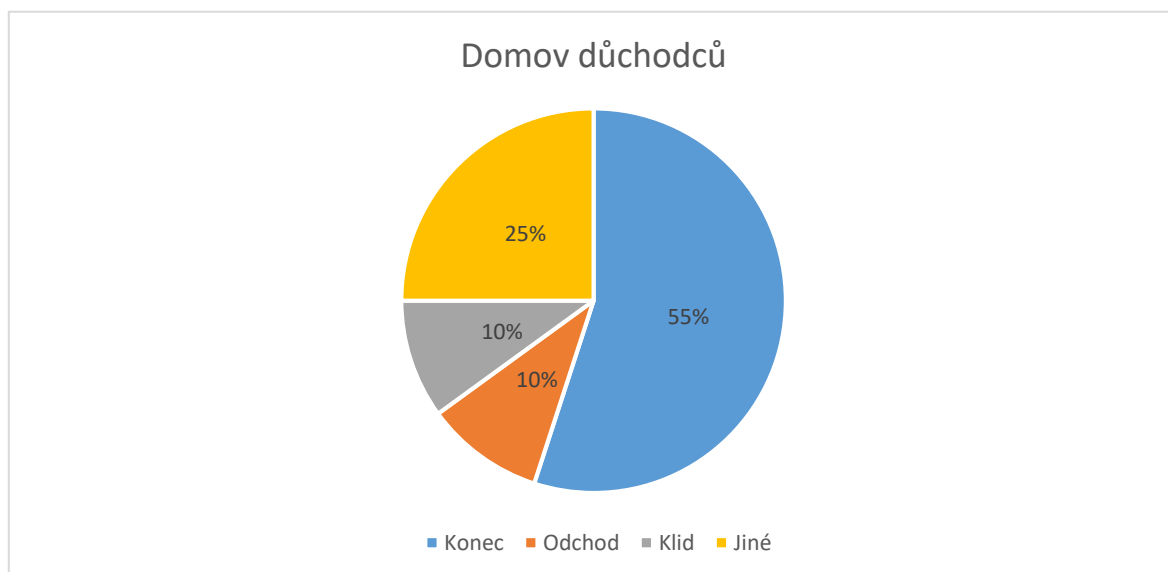
**Graf 4:** *Asociační struktura „smrti“ v hospici*



**Graf 5:** Asociační struktura „smrti“ v LDN



**Graf 6:** Asociační struktura „smrti“ v domově důchodců



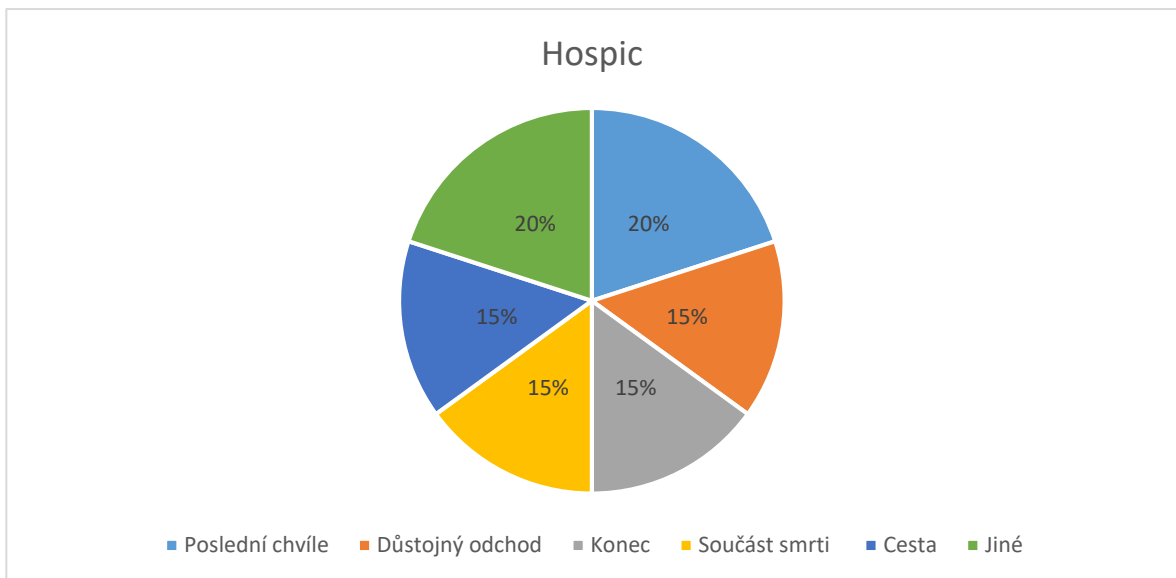
*Jak se liší tematická struktura u asociací podnětových hesel – **smrt** – u středního personálu v domovech důchodců, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích? Jakým směrem se liší mentální reprezentace těchto pojmů?*

Asociační struktura slova smrt u respondentů z hospice, LDN a domova důchodců (DD) se tematicky nijak zvlášť nelišila. U každého zařízení můžeme vidět, že procentuální zastoupení asociace „konec“ je více méně podobná, pouze u DD je lehce vyšší. Dále můžeme pozorovat asociaci „odchodu“ a „cesty do nebe“ u každého zařízení v podobné míře. V LDN

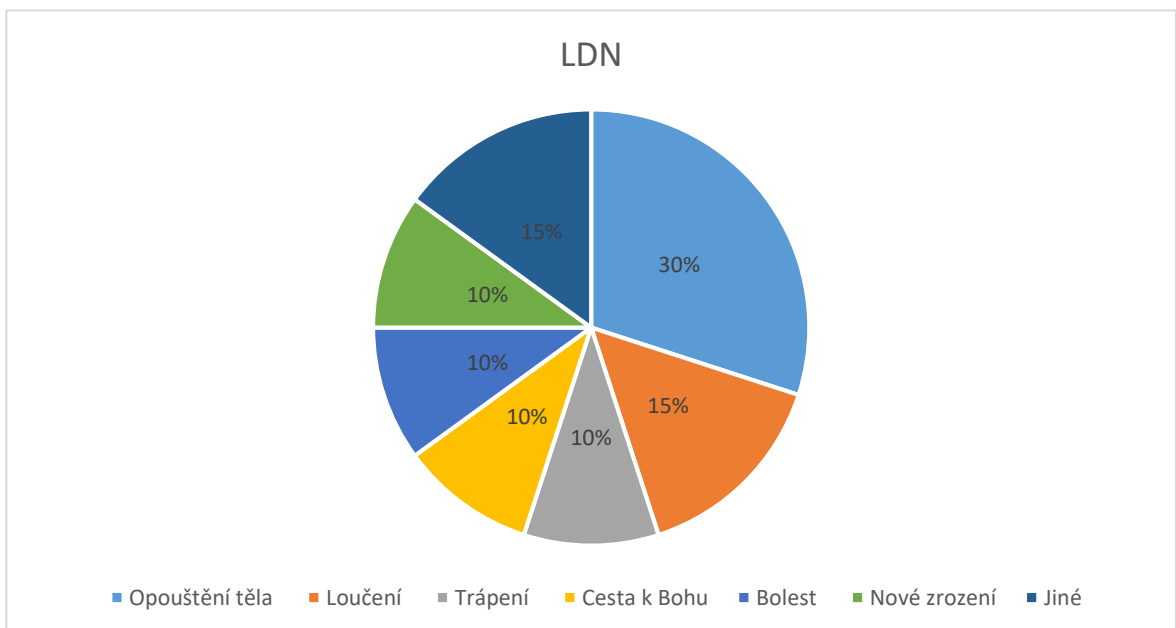
zařízení nám navíc přibyla asociace „Bůh. V hospici máme asociaci „začátek života“. Tyto dvě asociace by mohly znamenat, že v hospici a LDN převažují náboženské a spirituální mentální reprezentace středního personálu.

### 9.3 Umírání (asociační struktura)

**Graf 7:** *Asociační struktura „umírání“ v hospici*

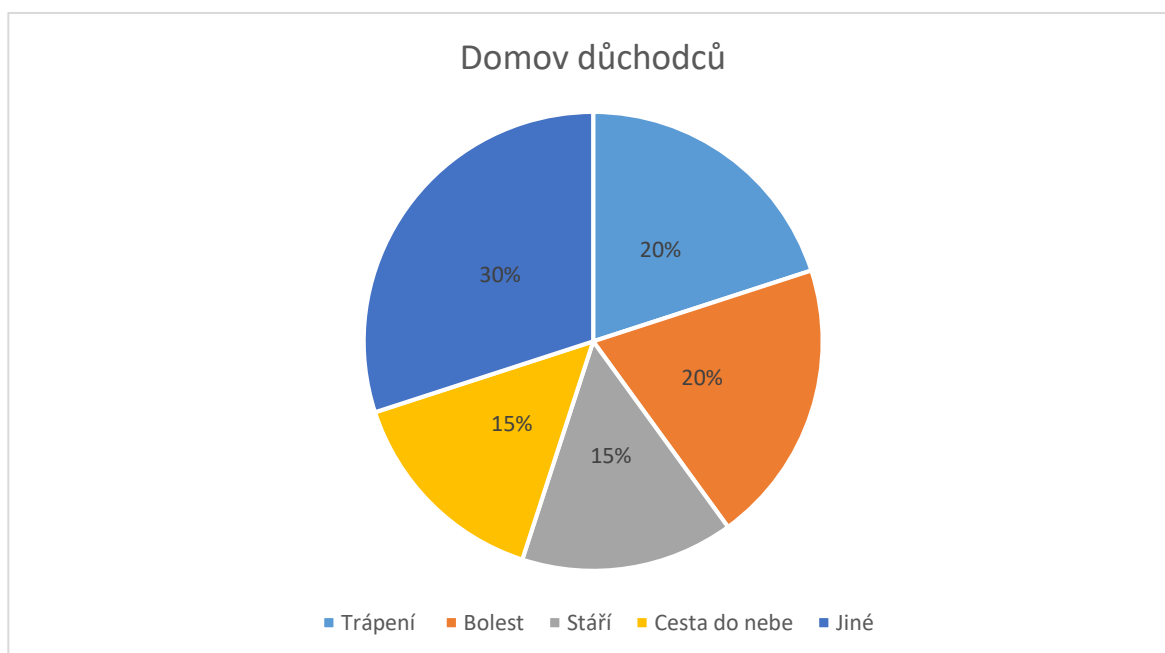


**Graf 8:** *Asociační struktura „umírání“ v LDN*





**Graf 9:** Asociační struktura „umírání“ v domově důchodců



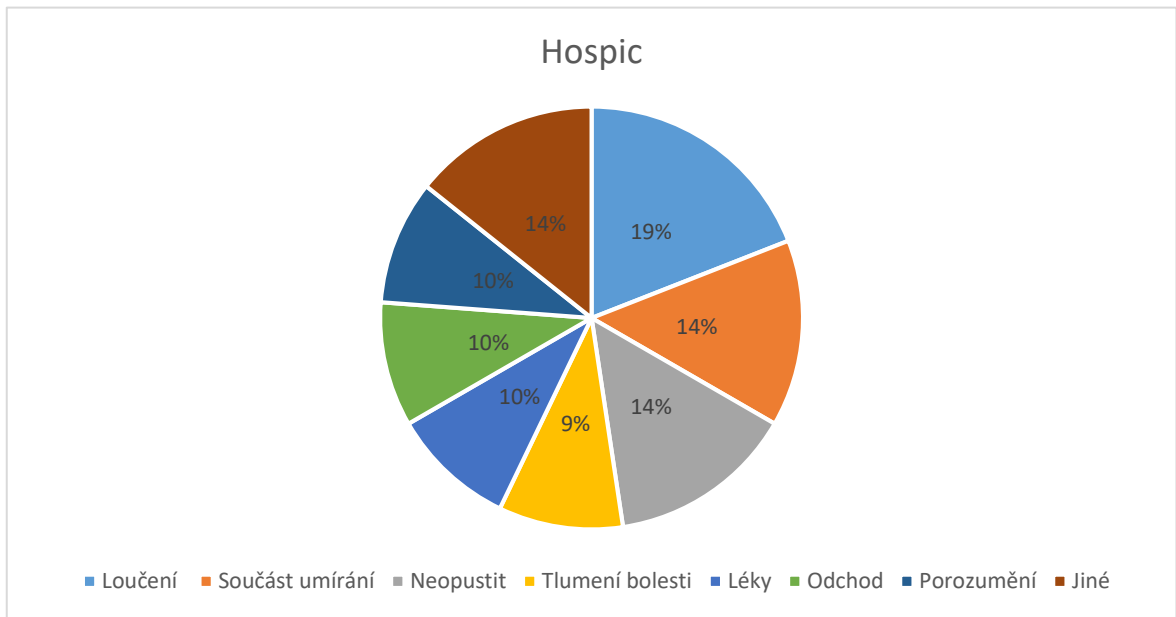
*Jak se liší tematická struktura u asociací podnětových hesel – **umírání** – u středního personálu v domovech důchodců, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích? Jakým směrem se liší mentální reprezentace těchto pojmů?*

Podnětové slovo umírání vyvolává u středního personálu v domově důchodců odlišnou strukturu asociací. Personál v hospici a LDN zařízení chápe umírání jako důstojný proces, kdy duše opouští tělesnou schránku a nastávají „poslední chvíle“ s nemocným před jeho „cestou do nebe“. Personál v domově důchodců vykazuje opačné asociace. Chápu umírání jako „trápení“ a „bolest“. Pouze malá část vidí v umírání „cestu do nebe“.

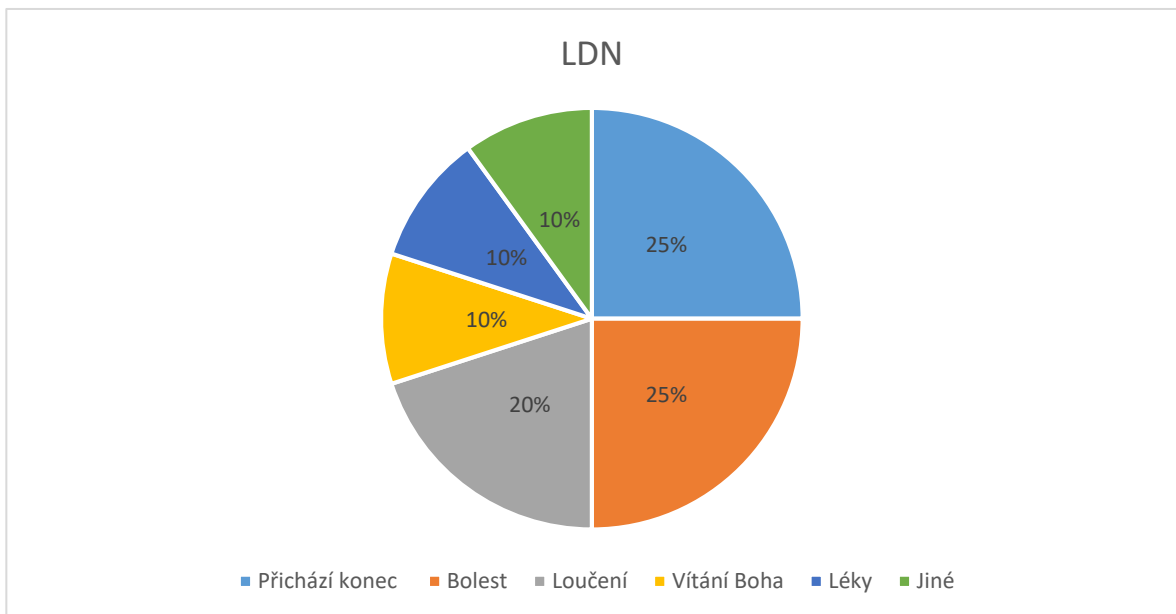
V hospici převažují mentální reprezentace, které napomáhají klidnějšímu přijetí nezvratného faktu konečnosti naší existence. Tento fakt se odráží v asociační struktuře všech slov. Největší procentuální zastoupení má zde asociace „poslední chvíle“. V LDN zařízení taktéž převažuje jako životní etapa jako klidný konec naší existence. Přestože se zde vyskytují v menší míře asociace typu „trápení“ a „bolest“. Avšak stále převažují pozitivní asociace k heslu umírání. Poslední zařízení a jeho střední personál má asociace k umírání jako „trápení“ a „bolest“. Přijetí smrti a umírání je individuální proces, který probíhá u každého jinak. Proto je překvapující že zrovna personál v domově důchodců má umírání spojené s trápením a bolestí.

#### 9.4 Pacient v terminální fázi (asociační struktura)

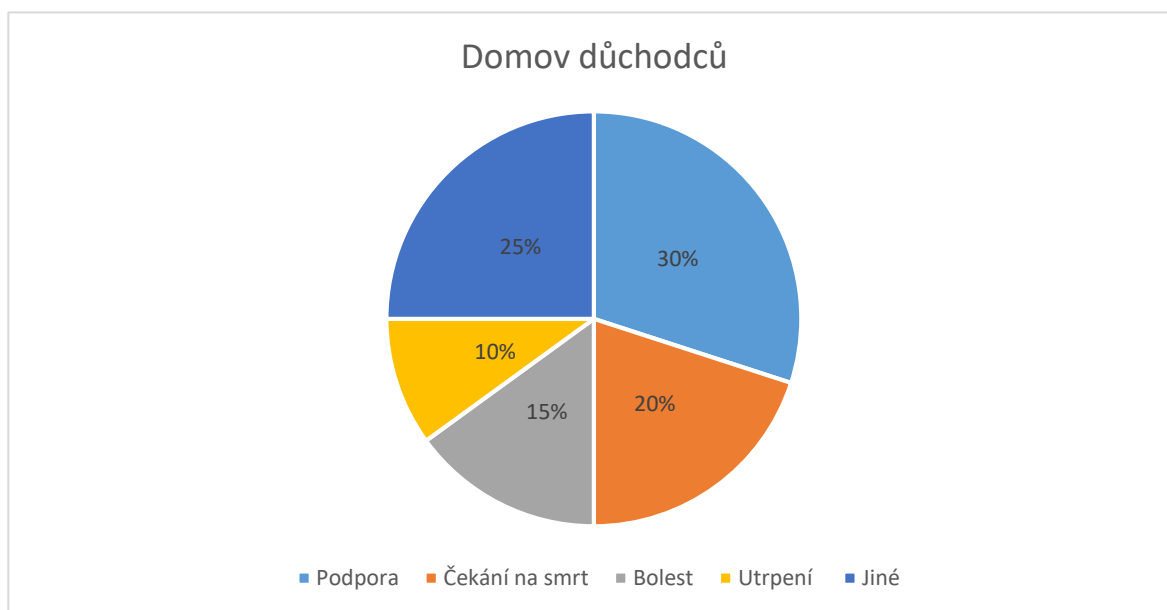
**Graf 10:** *Asociační struktura „pacient v terminální fázi“ v hospici*



**Graf 11:** *Asociační struktura „pacient v terminální fázi“ v LDN*



**Graf 12:** Asociační struktura „pacient v terminální fázi“ v domově důchodců



*Jak se liší tematická struktura u asociací podnětových hesel – **pacient v terminální fázi** – u středního personálu v domovech důchodců, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích? Jakým směrem se liší mentální reprezentace těchto pojmů?*

Asociační struktura hesla pacient v terminální fázi je v hospici a LDN zařízení podobná, ale s domovem důchodců se liší. Podobně jako u asociací umírání, převažují spirituální a náboženské mentální reprezentace u těchto dvou zařízení. Respondenti z domova důchodců asociují „čekání na smrt“, „bolest“ a „utrpení“. Na druhou stranu největší procentuální zastoupení obsahuje „podpora“

U prvních dvou zařízení můžeme vidět shodné asociace „loučení“ a „léky“. Předpokládejme tedy, že střední personál v hospici a LDN má spojené asociace s pacientem v terminální fázi loučením, kdy do zařízení dochází rodiny a postupně se s ním loučí, zatímco jsou pacientovi podávány léky, nejspíše proti bolesti. U LDN zařízení vidíme asociaci „vítání Boha“, která může podobně jako u hesla „umírání“ znamenat spirituálnější pohled na smrt. Nejvíce se asociace liší v domově důchodců, zde převládá „čekání na smrt“, „bolest“ a „utrpení“. Nejvíce mě překvapilo, že se zde objevila i „podpora“. Střední personál v DD si uvědomuje realistický konec naší existence, který spojují s neustálou podporou pacienta.

## 9.5 Výsledky ověření platnosti statistických hypotéz

Druhým cílem výzkumu bylo zjistit, jak se liší postoje ke smrti u středního personálu v hospicích, domovech důchodců a LDN zařízení. Na základě tohoto cíle byly formulovány hypotézy H1 až H5.

**Hypotéza H1:** *Průměrný skór na škále Neutrální přijetí smrti středního personálu v domově důchodců je vyšší než u středního personálu v hospici.*

**Tabulka 4:** *Výsledky testování hypotézy H1*

Škála dotazníku DAP-R	Průměr hospice	Průměr domova důchodců	t-hodnota	Stupně volnosti	SD hospice	SD domova důchodců	Jednostranná p-hodnota	Míra účinku
Neutrální přijetí	25	27,05	1,16	38	4,50	6,62	0,13	0,37

Na základě výsledků tuto hypotézu **NEPŘIJÍMÁME**.

Na škále Neutrální přijetí smrti skóroval střední personál z domova důchodců v průměru 27,05 proti průměru 25 bodů středního personálu v hospici, ( $t(38) = 1,16$ ;  $p = 0,13$ ;  $d = 0,37$ ). Očekávaný signifikantní rozdíl se nepodařilo prokázat.

**Hypotéza H2:** *Průměrný skór na škále Vstřícné přijetí smrti středního personálu v hospici je vyšší než u středního personálu v LDN.*

**Tabulka 5: Výsledky testování hypotézy H2**

Škála dotazníku DAP-R	Průměr hospice	Průměr LDN	t-hodnota	Stupně volnosti	SD hospice	SD LDN	Jednostranná p-hodnota	Míra účinku
Vstřícné přijetí	44	48,75	1,77	38	5,73	10,52	0,96	0,56

Na základě výsledků tuto hypotézu **NEPŘIJÍMÁME**.

Očekávaný směr na škále Vstřícné přijetí smrti nebyl u středního personálu v hospici prokázán. Průměr středního personálu v hospici dosahuje průměr 44 oproti střednímu personálu v LDN s hodnotou 48,75, ( $t(38) = 1,77$ ;  $p = 0,96$ ;  $d = 0,56$ ).

**Hypotéza H3:** *Průměrný skóre na škále Strach ze smrti středního personálu v LDN je vyšší než u středního personálu v domově důchodců.*

**Tabulka 6: Výsledky testování hypotézy H3**

Škála dotazníku DAP-R	Průměr LDN	Průměr domova důchodců	t-hodnota	Stupně volnosti	SD LDN	SD domova důchodců	Jednostranná p-hodnota	Míra účinku
Strach ze smrti	27,55	23	2,08	38	5,01	8,39	0,02	0,66

Na základě výsledků tuto hypotézu **PŘIJÍMÁME**.

Škála Strach ze smrti vykazuje u středního personálu v LDN signifikantně vyšší skóre než u středního personálu v domově důchodců, ( $t(38) = 2,08$ ;  $p = 0,02$ ;  $d = 0,66$ ). Výsledky podporují rozhodnutí o přijetí hypotézy H3.

**Hypotéza H4:** *Průměrný skór na škále Únikové přijetí smrti středního personálu v domově důchodců je nižší než u středního personálu v hospici.*

**Tabulka 7:** *Výsledky testování hypotézy H4*

Škála dotazníku DAP-R	Průměr hospice	Průměr domova důchodců	t-hodnota	Stupně volnosti	SD hospice	SD domova důchodců	Jednostranná p-hodnota	Míra účinku
Únikové přijetí	21,6	22,3	0,47	38	3,86	5,38	0,32	0,15

Na základě výsledků tuto hypotézu **NEPŘIJÍMÁME**.

Co se týče škály Únikové přijetí smrti vykazuje oproti očekávání střední personál v hospici průměrnou hodnotu 21,6 ve srovnání se středním personálem, který vykazuje 22,3, ( $t(38) = 0,47$ ;  $p = 0,32$ ;  $d = 0,15$ ). Tento předpoklad se nepodařilo prokázat.

**Hypotéza H5:** *Průměrný skór na škále Vyhýbání smrti středního personálu v hospici je vyšší než u středního personálu v domově důchodců.*

**Tabulka 8:** *Výsledky testování hypotézy H5*

<b>Škála dotazníku DAP-R</b>	<b>Průměr hospice</b>	<b>Průměr domova důchodců</b>	<b>t-hodnota</b>	<b>Stupně volnosti</b>	<b>SD hospice</b>	<b>SD domova důchodců</b>	<b>Jednostranná p-hodnota</b>	<b>Míra účinku</b>
<b>Vyhýbání smrti</b>	18,15	16,5	0,81	38	6,27	6,62	0,21	0,26

Na základě výsledů tuto hypotézu **NEPŘIJÍMÁME**.

Pozorované skóry na škále Vyhýbání se smrti dosahují u středního personálu v hospici očekávané vyšší, nikoliv však statisticky významné hodnoty proti střednímu personálu v domově důchodců, ( $t(38) = 0,81$ ;  $p = 0,21$ ;  $d = 0,26$ ).

## 10 DISKUZE

Předchozí kapitola se věnuje výsledkům šetření, které bylo realizováno v rámci výzkumu pro tuto bakalářskou práci. Pro výzkum mentálních reprezentací, pohledům a postojům ke smrti u středního personálu v hospicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a domovech důchodců byl zvolen kvantitativní přístup, který nám umožňuje přehledné zpracování a vyhodnocení získaných dat v dotazníkovém šetření.

Předkládaná práce je věnovaná problematice nazírání na smrt. Žijeme v doby, kdy je pro některé lidi důležitější budování kariéry a vysokého společenského statusu. Honíme se za vzděláním a kariérou a neuvědomujeme si základní morální hodnoty. Když jsme mladí nedokážeme se ztotožnit s myšlenkou, že budeme jednou staří a odkázaní na pomoc druhých. Jakmile nastane doba, kdy nejsme schopní se o sebe postarat, začne nám klesat sebevědomí a nechceme působit nejbližším lidem přítěž. Na druhé straně je velmi náročné jak psychicky, fyzicky, tak i finančně zanechat práce a věnovat náš čas péči o starší příbuzné. Nacházíme se na pomezí dvou problémů. Touto prací bych chtěla poukázat a zviditelnit potřeby starších, umírajících lidí a uvědomění toho, že se i my jednou budeme nacházet na druhé straně života.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak se liší pohled na smrt u středního personálu v hospicích, domovech důchodců a léčebnách pro dlouhodobě nemocné. V souvislosti se stanovenými cíli bylo navrženo pět hypotéz, z nichž jsme museli prvních šest zamítnout a pouze jednu bylo možné přijmout.

Další část mého výzkumu se skládala ze tří podnětových hesel, kterým měli respondenti ze tří zařízení doplňovat své asociace. Těmi hesly jsou smrt, umírání a pacient v terminální fázi. Tento krok jsem hodnotila pomocí popisné statistiky. Chtěla jsem prokázat odlišnosti v nazírání na smrt. Tímto krokem jsem se inspirovala od Novák (2010) a jeho diplomové práce. Jeho závěr z práce nám říká, že existuje rozdíl v pohledu na smrti mezi středním personálem v hospici a nemocnici. Výsledky vycházejí v neprospěch pracovníků v nemocnici. V mém výzkumu si můžeme všimnout odlišností, které převažují v negativnějším nazírání na smrt středního personálu v domově důchodců. Kdežto u středního personálu v hospici a LDN se objevují asociace spojené s Bohem. Domnívám se, že téma porovnávání asociací detailněji může být mým dalším cílem v magisterské práci. Toto téma je velmi důležité a mělo by být v povědomí nás všech i nadále.



Jelikož z mého výzkumu vyplývá, že střední personál v domovech důchodců a hospicích vykazuje více spirituálnější asociace ke smrti, mohlo by být tohle téma dále vědecky rozpracováno. Zjistit například v jakém poměru je personál věřící, jak moc jej ovlivňují pacienti, kteří věří v Boha nebo jestli tyto asociace přímo souvisí s přítomností kaple v zařízení.

Podobný výzkum by se mohl realizovat na větším vzorku respondentů, zapojit do testování více zařízení a navzájem porovnat výsledná data. Výsledky mého výzkumu jsou relevantní pouze u konkrétně zmíněných zařízení, a proto se nemohou vztahovat na všechny zařízení tohoto typu. Tudíž výzkum s větším vzorkem může přinést nové poznatky a přijmout nebo naopak zpochybnit tento výzkum.

# 11 ZÁVĚR

Prvním cílem mojí práce bylo zjistit, jak se liší asociace k podnětovým heslům „smrt, umírání a pacient v terminální fázi“. První heslo spojené se smrtí a jeho následné asociace nám vycházejí velmi podobné ve všech zařízeních. Na prvním místě se nám objevuje asociace „konec“ ve všech zařízeních. Na dalších příčkách se nám objevují asociace typu „cesta do nebe, Bůh, začátek a součást života nebo odchod a klid“. Asociační struktura se nám zde spíše neliší.

V druhé asociační struktuře hesla „umírání“ jsme už drobné odlišnosti zaznamenali. Co mají všechny tři zařízení společné je asociace „cesta“, konkrétněji je spojená s Bohem nebo jako cesta do nebe. V čem se naopak liší, jsou asociace „trápení a bolest“ na prvních příčkách domova důchodců. V LDN a hospici se na prvních procentuálních příčkách nachází asociace „poslední chvíle, důstojný odchod, konec, opouštění těla, loučení nebo cesta k Bohu“. U této asociační struktury jsme zaznamenali negativnější nazírání k heslu „umírání“ u středního personálu v domově důchodců. Naopak u zbylých dvou zařízení si můžeme všimnout asociací, které jsou spojené s Bohem.

Poslední třetí heslo „pacient v terminální fázi“ nám přineslo podobné výsledky jako u druhého hesla „umírání“. Také zde převažovaly negativnější asociace u domova důchodců, konkrétněji „čekání na smrt, bolest a utrpení“, na druhé straně největší procentuální zastoupení je asociace „podpora“. Asociace, která byla podobná ve všech zařízeních souvisí s bolestí a všude zaujímala okolo 10 %. Co se týče spirituálních asociací, tak nám zde převažuje LDN s asociací „vítání Boha“. Je možné, že tento výsledek souvisí s hypotézou H2, která nám vyšla v opačném směru, spirituálnější postoje ke smrti u středního personálu v LDN. Další asociace, kterých jsme si mohli všimnout u personálu v hospici jsou „loučení, součást smrti, neopustit, léky, odchod a porozumění“.

První hypotéza, která zkoumá průměrný skóre na škále Neutrální přijetí smrti středního personálu v domově důchodců je vyšší než u středního personálu v hospici. Tato úvaha nám konkrétně říká, že personál v domově důchodců bude přistupovat ke smrti ve smyslu, že je přirozená součást života, není dobrá ani špatná nebo by se smrti nebáli ani ji nevíkali. Tuto hypotézu H1 jsme museli zamítnout.

Druhá hypotéza nám říká, že Vstřícné přijetí smrti v hospici je vyšší než v LDN. Tímto se rozumí, že v hospici bude převládat spirituálnější postoj ke smrti, např. „věřím, že po smrti budu v nebi, smrt je sjednocení se s Bohem a věčné blaho nebo těším se na život po smrti“. Hypotézu H2 jsme museli zamítnout. Zde nám vyšel vyšší průměr v LDN (48,75) než, jak nám říkala hypotéza v hospici (44). Myslím si, že tohle je velmi zajímavý výsledek i k předchozím hodnocením asociací. LDN tedy vykazuje nejvíce spirituální postoje ke smrti.

Třetí hypotéza zkoumá průměrný skór na škále Strach ze smrti v LDN, který by měl být vyšší než u středního personálu v domově. Zde nám vyšla p-hodnota 0,02, našli jsme zde signifikantní rozdíl a H3 tedy přijímáme. Personál v LDN vykazuje větší strach ze smrti s položkami např. „smrt je bezpochyby hrozivá zkušenost, jsem rozrušený z konečnosti smrti nebo téma života po smrti mě hodně znepokojuje“.

Čtvrtá hypotéza, která zkoumá průměrný skór na škále Únikové přijetí smrti středního personálu v domově důchodců činí nižší průměr než v hospici. Průměrný skór nám vyšel opačně, než nám říká naše hypotéza. Střední personál v domově důchodců skóroval 22,3 oproti hospici s průměrných skórem 21,6. Únikovým přijetí smrti se rozumí „smrt ukončí všechna moje trápení, smrt nabízí možnost úniku z tohoto hrozného světa nebo vidím smrt jako úlevu z tíhy tohoto života“. Tudíž hypotézu H4 jsme nepřijmuli.

Poslední hypotéza výzkumu nám říká, že průměrný skór na škále Vyhýbání smrti středního personálu v hospici je vyšší než u středního personálu v domově důchodců. Průměrný skór nám vyšel dle předpokladu naší hypotézy pro hospice 18,15 a pro domov důchodců 16,5. Bohužel jsem zde nenašli statisticky významný rozdíl, p-hodnota nám vyšla 0,21. Příkladové položky této škály zní „vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu, snažím se nemyslet na smrt nebo kdykoliv mi na mysl přijde myšlenka na smrt, snažím se ji odehnat“. Hypotézu H5 jsme nepřijmuli.

# SOUHRN

Umírání patří k nejtěžším chvílím každého člověka. Je velmi důležité, aby na konci své cesty nebyl člověk sám. Proces doprovázení znamená pomáhat druhému žít v období umírání, jít kus cesty spolu s ním. Jedná se o oboustranné obdarovávání a navázání upřímného vztahu s umírajícím. V současné chvíli roste a zraje jak umírající, tak i doprovázející. V obou případech se člověk neustále učí (Matoušek et al., 2010).

Cílem této práce je zviditelnění daného tématu jako je tabuizace smrti, uspokojování potřeb seniorů, týrání či samota seniorů a porovnání nazírání na smrt z hlediska středního personálu ve třech zařízeních. Společnost by se měla více zajímat o osudy postarších lidí a stále zdokonalovat péči o umírající.

Respondenty jsem hledala pomocí oslovení potřebných zařízení, ve kterých je střední personál v každodenním kontaktu se staršími a umírajícími lidmi. Sociální pracovníci v zařízeních byli ochotní mi poskytnout informace potřebné k výzkumu. Pouze jedno zařízení mi nevyhovělo v provedení výzkumu. V každém zařízení jsem sehnala potřebný počet respondentů tj. 20. Dohromady můj soubor tvoří odpovědi od 60 pracovníků středního personálu.

Výzkum byl proveden za využití nástroje Revidovaný profil postojů ke smrti Death Attitude Profile-Revised, který je napsán autory Wong, Reker & Gesser (1994). Dotazník se skládá z 32 výpovědí, které měří pět dimenzí postojů ke smrti pomocí sedmibodové Likertovy škály. Dvě dimenze jsou negativní-Strach ze smrti a Vyhýbání se smrti, další dvě dimenze jsou pozitivní-Vstřícné přijetí smrti a Únikové přijetí smrti, poslední dimenzí je Neutrální přijetí smrti.

Hledání rozdílů a souvislostí mezi asociacemi podnětových hesel jsem se inspirovala od Pavla Nováka (2010), který ve své práci zkoumal rozdíl v nazírání na smrt mezi středním personálem v hospicích a nemocnicích. Nenašla jsem výzkum, který by se zabýval konkrétně mým tématem mentálními reprezentacemi a pohled na smrt z hlediska středního personálu v domovech důchodců, hospicích a zařízeních pro dlouhodobě nemocné. V našem případě jsme postupovali pomocí popisné statistiky, která nám ukázala negativnější pohled na smrt středního personálu v domově důchodců.

Výzkum nám pomocí statistické analýzy ukázal, že střední personál v léčebně pro dlouhodobě nemocné skóruje ve větší míře na škále strach ze smrti než střední personál v hospici a domově důchodců, dále jsme se dozvěděli, že střední personál ve stejném zařízení (LDN) vykazuje víc spirituální postoje než ve zbylých dvou zařízeních.

# LITERATURA

Adam, Z., Vorlíček, J., & Pospíšilová, Y. (Eds.). (2004). *Paliativní medicína* (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.

Agrawal, M., & Emanuel, E. J. (2002). *Death and dignity: dogma disputed*. *The Lancet*, 360(9350), 1997–1998. doi:10.1016/s0140-6736(02)12031-9

Andela, M., Truchot, D., & Huguenotte, V. (2018). *Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout*. *Journal of Interpersonal Violence*. doi:10.1177/0886260518803606

Domov seniorů POHODA Chválkovice (nedat.). *Homepage*. Získáno 6. prosince 2019 z <https://www.ddol.cz/historie>.

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál

Friedman, R., & James, J. W. (2008). *The myth of the stages of dying, death and grief*. *Skeptics Society & Skeptic Magazine*. *Skeptic* (Altadena, CA) (Vol. 14, Issue 2).

Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti* (2., přeprac. vyd). Praha: Galén.

Hewstone, M., & Stroebe, W. (2006). *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál.

Hospic na Svatém Kopečku (nedat.). *Homepage*. Získáno 6. prosince 2019 z <https://www.hospickopecek.charita.cz/>.

Jedlička, V. (1983). *Praktická geriatric: učební text pro specializované studium v ošetrovatelské péči a pro zdravotní sestry pečující o staré a dlouhodobě nemocné občany*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středně zdravotnických pracovníků.

Jonasen, A. M., & O'Beirne, B. R. (2015). *Death Anxiety in Hospice Employees*. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 72(3), 234–246. doi:10.1177/0030222815575007

Králová, J., & Rážová, E. (2007). *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy ...* Olomouc: ANAG.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.

Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.

Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál.

Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2014). *Social support mediates loneliness and depression in elderly people*. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750–758. doi:10.1177/1359105314536941

Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada.

Matoušek, O. (1999). *Ústavní péče* (2. vyd. přeprac. a rozš.). Praha: Sociologické nakladatelství.

Matoušek, O., Koláčková, J. & Kodymová, P. (2010). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.

Matoušek, O. (2011). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení* (2. vyd.). Praha: Portál.

Mendoza, M. A. (2016). *The Truth About Hospice: Overcoming the fear of hospice*. Psychology today. Sussex Publishers, LLC.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada.

Moody R.A. (1991). *Život po životě, Úvahy nad životem po životě, Světlo po životě*. Praha: Odeon.

Munzarová, M. (2005). *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada.

Neimeyer, R. A. (1994). *Series in death education, aging, and health care. Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Taylor & Francis.

Nodelman, U., Allen, C., & Anderson, R. L. (2018). *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford University: Stanford.

Novák, P. (2010). *Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ u hospicového personálu* (Diplomová práce). Získáno 3. prosince 2019 z <https://theses.cz/id/d9oazd/>.

Odborný Léčebný ústav Paseka, p.o. (nedat.) *Homepage*. Získáno 6. prosince 2019 z <https://www.olupaseka.cz/historie/pracoviste-paseka/>.



Parkes, C. M., Relf, M., & Couldrick, A. (2007). *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.

Purdie, N., & Boulton-Lewis, G. (2003). *The learning needs of older adults*. *Educational Gerontology*, 29(2), 129–149. doi:10.1080/713844281

Reimer, S. E. (2007). *A test of a model of positive and negative death attitudes among family caregivers of the elderly*. The Ohio State University.

Sedláková, M. (2004). *Vybrané kapitoly z kognitivní psychologie: mentální reprezentace a mentální modely*. Praha: Grada.

Sieberová, J. (2019). *Proč máme strach ze smrti? jak zvládnout její příchod*. Praha: Stanislav Juhaňák-Triton.

Sýkorová, D., & Chytil, O. (2004). *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.

Voltz, R., & Borasio, G. D. (1997). *Palliative therapy in the terminal stage of neurological disease*. *Journal of Neurology*, 244. doi:10.1007/pl00007721

Vysekalová, J. (2011). *Chování zákazníka: jak odkrýt tajemství "černé skříňky"*. Praha: Grada.

Weiss, P. a kol. (2011). *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál.

Wong, P. T. P., Reker, G. T. & Gesser, G. (1994). Death Attitudes Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In Neymer, R. A., *Death Anxiety Handbook* (121-148). Washington, D. C.: Taylor & Francis.

Yalom, I., D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1- Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 2 – Testová baterie dotazníku Death Attitudes Profile-Revised

**Příloha č. 1-** Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

## **Abstrakt diplomové práce**

**Název práce:** Mentální reprezentace a pohled na smrt ze strany středního personálu v domovech důchodců, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích

**Autor práce:** Natálie Pokorná

**Vedoucí práce:** Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 61; 94 268

**Počet příloh:** 2

**Počet titulů použité literatury:** 40

### **Abstrakt:**

Cílem této práce bylo prozkoumat pohled a postoje ke smrti z hlediska středního personálu v domovech důchodců, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a hospicích. Naše předpoklady byly ověřovány pomocí kvantitativní metodologie. Ke sběru dat byl použit dotazník, jehož hlavní část tvořil revidovaný profil postojů ke smrti (The Death Attitude Profile-Revised). Další část výzkumu tvořil nestandardizovaný dotazník, který obsahoval tři hesla, k nimž měli být napsány jednotlivé asociace. Výzkumu se zúčastnilo 60 respondentů (49 žen a 11 mužů) dohromady ze všech tří zařízení. Pomocí popisné statistiky jsme zjistili, že personál v domově důchodců vykazuje negativnější pohled na smrt než ve zbylých dvou zařízeních. Pomocí statistického zkoumání jsme zjistili, že střední personál v léčebně pro dlouhodobě nemocné vykazuje větší strach ze smrti než v ostatních dvou zařízeních.

**Klíčová slova:** smrt, umírání, domov důchodců, léčebny pro dlouhodobě nemocné, hospice

## **Abstract of thesis**

**Title:** Mental representation and view of death by middle staff in retirement homes, long-term care hospitals and hospices

**Author:** Natálie Pokorná

**Supervisor:** Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 61; 94 268

**Number of appendices:** 2

**Number of references:** 40

### **Abstract:**

The aim of this work was to examine the view and attitudes to death from the point of view of middle staff in retirement homes, hospitals and long-term hospitals. Our assumptions were verified using quantitative methodology. A questionnaire was used to collect the data, the main part of which consisted of The Death Attitude Profile-Revised. Another part of the research consisted of a non-standardized questionnaire which contained three passages for which individual associations were to be written. 60 respondents (49 women and 11 men) from all three facilities participated in the research. Using descriptive statistics we found that staff in a retirement home showed a more negative view of death than in the rest of the institutions. Using statistical research we have found that middle-aged staff in the long-term hospital have a higher fear of death than in other institutions.

**Key word:** death, dying, retirement homes, long-term care hospitals and hospices

## **Příloha č. 2- Testová baterie dotazníku Death Attitudes Profile-Revised**

### **Dotazník:**

**pohlaví** .....

**věk**.....

**vzdělání** .....

**délka praxe ve zdravotnictví a sociální sféře**

.....

**délka praxe v hospicové péči, v LDN, domově důchodců**

.....

Napište, prosím, ke každému z těchto podnětových hesel asociaci (slovo nebo sousloví), kterou s ním máte spojenou, která se Vám k němu vybavuje, popř. si myslíte, že k němu patří.

**Smrt**

.....

**Umírání**

.....

**Pacient v terminální fázi**

.....

### **Dotazník Death Attitudes Profile – Revised (DAP-R)**

Tento dotazník obsahuje několik tvrzení, která se vztahují k různým postojům ke smrti. Pečlivě si přečtete každé prohlášení a poté označte, do jaké míry s ním souhlasíte nebo nesouhlasíte. Jestliže nevíte, označte „nevím“. Nicméně kolonku „nevím“ používejte výjimečně. Je důležité, abyste pracovali s každým tvrzením a na každé odpověděli. Mnoho tvrzení se bude zdát navzájem podobných, ale všechna jsou nezbytná, aby ukázaly jemné rozdíly v postojích.

1	2	3	4	5	6	7
Zcela nesouhlasím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nevím	Spíše souhlasím	Souhlasím	Zcela souhlasím

1.	Smrt je bezpochyby hrozivá zkušenost.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Vyhlídka na mou vlastní smrt ve mně vzbuzuje úzkost.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Vyhýbám se myšlenkám na smrt za každou cenu.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Věřím, že po smrti budu v nebi.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Smrt ukončí všechna moje trápení.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Smrt by měla být nahlížena jako přirozená, nepopíratelná a nevyhnutelná skutečnost.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Jsem rozrušený/á z konečnosti smrti.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Smrt je vstupem na místo konečného uspokojení.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Smrt nabízí možnost úniku z tohoto hrozného světa.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Kdykoliv mi na mysl přijde myšlenka na smrt, snažím se ji odehnat.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Smrt je vysvobozením z bolesti a utrpení.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Snažím se nemyslet na smrt.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Věřím tomu, že nebe bude mnohem lepší místo než tento svět.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Smrt je přirozená součást života.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Smrt je sjednocení se s Bohem a věčné blaho.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Smrt přináší příslib nového a blaženého života.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Smrti bych se nebál/a, ani ji nevítal/a.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Mám intenzivní strach ze smrti.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Zcela se vyhýbám myšlenkám na smrt.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Téma života po smrti mě hodně znepokojuje.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Fakt, že smrt bude znamenat konec všeho tak, jak to znám, mě děsí.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Těším se na znovushledání se svými milovanými, až zemřu.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Pohlížím na smrt jako na úlevu od pozemského trápení.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Smrt je jednoduše součástí procesu života.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Vidím smrt jako přechod na věčné a požehnané místo.	1	2	3	4	5	6	7

<b>26.</b>	Snažím se nemít nic společného s tématem smrti.	1	2	3	4	5	6	7
<b>27.</b>	Smrt nabízí úžasné osvobození duše.	1	2	3	4	5	6	7
<b>28.</b>	Víra v posmrtný život mi při střetávání se smrtí dává pocit klidu.	1	2	3	4	5	6	7
<b>29.</b>	Vidím smrt jako úlevu z tíhy tohoto života.	1	2	3	4	5	6	7
<b>30.</b>	Smrt není ani dobrá, ani špatná.	1	2	3	4	5	6	7
<b>31.</b>	Těším se na život po smrti.	1	2	3	4	5	6	7
<b>32.</b>	Trápí mě nejistota plynoucí z toho, že nevím, co přijde po smrti.	1	2	3	4	5	6	7