

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Problematika vnímání smrti a umírání z pohledu
uživatelů sociální služby domov pro seniory**

Bakalářská práce

Autor: Libuše Soljaková

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Forma: kombinovaná

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Hradec Králové, 2019



Zadání bakalářské práce

Autor: Libuše Soljaková

Studium: U1653

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: **Problematika vnímání smrti a umírání z pohledu uživatelů sociální služby domov pro seniory**

Název bakalářské práce AJ: The issue of perception of death and dying from the perspective of users of the social service Retirement home

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou stáří, charakteristikou pobytových zařízení pro seniory, péčí o umírající, doprovázením umírajících, autonomií a důstojností seniorů. V teoretické části práce budou zpracována základní definiční východiska k tématu. V empirické části práce bude využita kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru.

- SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 1999. ISBN 80-902049-2-9. - MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-76-1. - NEZBEDA, Ondřej. Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka. V Praze: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6. - DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Zuzana Machová

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 26. 3. 2019

.....

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za její užitečné připomínky, nadhled a cenné rady. Děkuji pobytovému zařízení DPS Dubina za podporu při výzkumné práci a děkuji všem respondentkám, které mi poskytly rozhovory na osobní téma.

Anotace

SOLJAKOVÁ, Libuše. Problematika vnímání smrti a umírání z pohledu uživatelů sociální služby domov pro seniory. Hradec Králové, 2019, Filozofická fakulta Univerzity Hradec Králové, Ústav sociální práce. 2019, Bakalářská práce. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá komplexně charakteristikou sociální služby domov pro seniory, problematikou stáří jako součásti lidského života, pohledem na život seniorů a samotným popisem seniorů jako jednotlivců a poznatky o potřebách seniorů. Nebyl opomenut přehled úmrtnosti v České republice podle pohlaví a věku. Zvolené téma nabízí pohled na péči o umírající, doprovázení umírajících, pět fází umírání, důstojnost seniorů a vnímání smrti a umírání. Nezbytnou součástí je shrnutí informací o právu na dříve vyslovené přání.

V empirické části práce byla zvolena vzhledem ke stanoveným cílům kvalitativní výzkumná strategie a metoda dotazování. Technikou sběru dat byl nastaven polostrukturovaný rozhovor. Výstupy z rozhovorů byly nadále analyzovány a interpretovány do dílčích výzkumných otázek pomocí barvení textu a následně určeny kategorie.

Klíčová slova

sociální služba domov pro seniory, senior, stáří, smrt, umírání, vnímání smrti a umírání, uživatel, dříve vyslovené přání

Annotation

SOLJAKOVÁ, Libuše, The perception of Death and Dying from the perspective of clients of social service Home for the Elderly. Hradec Králové, 2019, Philosophical Faculty of University of Hradec Králové, Institute of Social Work. 2019, Bachelor thesis. Thesis supervisor: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

The scope of the bachelor thesis is complex characteristic of social service Home for Elderly, problematics of old age as a part of life, insight into life of seniors, description of the seniors as individuals and seniors' needs. The thesis presents the overview of mortality in the Czech Republic by sex and age. The chosen topic offers insight into the care of the dying, accompanying the dying, the five stages of dying, the dignity of seniors, the perception of death and dying. An essential part of the thesis is the summarized information about the right of previously expressed wish.

With due consideration of thesis goals, a qualitative research strategy and a questioning method were chosen in the empirical part. Semi-structured interview was set as data collection technique. The outcomes of interviews were further analyzed, categorized and interpreted into research sub-questions by using text-coloring.

Keywords

social service Home for the Elderly, a senior, old age, death, dying, death and dying perception, a client, a previously expressed wish.

Obsah

Úvod.....	9
1. Domovy pro seniory jako pobytová služba.....	12
1.1. Popis sociální služby domov pro seniory.....	12
1.2. Základní činnosti poskytované v domovech pro seniory.....	13
1.3. Příspěvek na péči.....	14
1.4. Standardy kvality sociálních služeb.....	15
1.5. Individuální plánování.....	18
1.6. Problematika smrti a umírání v domově pro seniory, Dubina Pardubice.....	19
2. Senioři – uživatelé sociálních pobytových služeb.....	22
2.1. Uživatelé sociální služby domov pro seniory.....	23
2.1.1 Význam sociálního pracovníka pro uživatele sociální služby domov pro seniory.....	24
2.1.2 Volný čas uživatelů sociální služby domov pro seniory.....	25
3. Úmrtnost v České republice podle pohlaví a věku.....	27
4. Smrt a umírání v historii a současnosti.....	30
4.1. Podoba umírání v dnešní době.....	33
4.2. Potřeby seniorů v závěrečné životní etapě.....	34
4.3. Pět fází umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové.....	35
4.4. Doprovázení umírajících.....	38
4.5. Dříve vyslovené přání.....	41
5. Výzkumné šetření.....	43
5.1. Formulace výzkumných cílů.....	43
5.2. Transformace výzkumných otázek.....	44
5.3. Metodologie výzkumného šetření.....	46
5.3.1. Výzkumná strategie a technika.....	46
5.3.2. Popis a výběr respondentů.....	47
5.3.3. Procedura sběru dat.....	48
5.3.4. Etická rizika provedení výzkumu.....	49
5.4. Analýza dat.....	50
6. Interpretace dílčích výzkumných otázek.....	51
6.1. DVO1 – Jak uživatelé sociální služby domov pro seniory vnímají smrt a umírání, jestli o smrti přemýšlí a zda mají možnost o této problematice hovořit?.....	51
6.1.1. Shrnutí DVO1.....	56

6.2.	DVO2 – Jak si uživatelé domovů pro seniory představují péči v pobytovém zařízení z hlediska potřeb biologických, psychologických, sociálních a duchovních v době umírání a jaká mají očekávání od pobytového zařízení?	56
6.2.1.	Shrnutí DVO2.....	62
6.3.	DVO3 – Co si uživatelé přejí prožít v domově pro seniory a zda mají povědomí o právu na dříve vyslovené přání?	62
6.3.1.	Shrnutí DVO3.....	64
7.	Závěr výzkumného šetření a doporučení pro praxi	65
	Závěr	68
	Seznam použitých zdrojů	70
	Seznam tabulek	74
	Příloha č. 1.....	75
	Příloha č. 2.....	77
	Příloha č. 3.....	78
	Příloha č. 4.....	80
	Příloha č. 5.....	83

Úvod

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat problematiku smrti a umírání z pohledu uživatelů sociální služby domov pro seniory a zjistit, jaká očekávání mají uživatelé této sociální služby od pobytového zařízení v době, kdy jejich zdravotní nebo psychický stav bude zhoršený a oni budou odkázáni na pomoc personálu a ostatních blízkých. Zvolené téma nabízí nejen popis sociální služby domov pro seniory, ale také pohled do života seniorů, jejich každodenního života, jejich všedních a nevšedních starostí a jejich vlastního vnímání konečné etapy života. Všechny tyto pohledy pomohou čtenáři vytvořit si ucelenou představu o životě seniorů a o jeho konečné fázi. Je potřeba vnímat seniora jako jedinečnou bytost, která má vlastní zkušenosti, minulost, citění, představy i obavy. Jedná se o početnou skupinu obyvatelů, která žije v zařízeních, jež jim vytváří podmínky odpovídající domovu. Rozhodla jsem se zpracovat toto téma právě proto, že tito lidé mají právo na důstojnost, pochopení jejich situace a pomoc. Abychom mohli seniorům rozumět a přizpůsobit podmínky v domovech pro seniory jejich představám, musíme znát jejich pohled na život v pobytovém zařízení, jejich potřeby a přání v době, kdy se jejich zdravotní a psychický stav horší. V tomto spatřuji jedinou cestu, jak je možné poskytovat sociální služby na míru. Výstupem bakalářské práce by následně měla být doporučení pro praxi, ve kterých bude popsáno očekávání seniorů od pobytového zařízení, které by zjednodušilo podmínky v závěrečné etapě života.

Výběr zvoleného tématu ovlivnilo několik následujících faktorů – mé působení v domově pro seniory na pozici aktivizační pracovnice, prožitý čas se seniory a jejich následný odchod ze života bez varování, a především můj osobní zájem o problematiku života seniorů a zacházení s nimi. Záleží mi na tom, aby se na seniory pohlíželo jako na bytosti, které mají svá práva, cítí, vnímají, sní a pláčou. Aby se s nimi až do poslední chvíle jednalo jako s plnohodnotnými lidmi, kteří si zaslouží naši pozornost a adekvátní zacházení. Neexistuje šablona, která by nastavila program pro každého uživatele v zařízení na míru. Každý senior má jinou povahu, jiné možnosti, potřeby a podmínky. Je nutné ke každému uživateli přistupovat jako k jedinečné osobnosti. Po ukončení studia bych ráda pracovala s cílovou skupinou seniorů

a chtěla bych přispět ke zlepšování podmínek v pobytových zařízeních a individuálně tak přispívat ke zlepšování jejich života v době umírání.

Touto prací bych ráda přiblížila seniory jako citlivé a jedinečné bytosti, které není možné zaškatulkovat do formulářů a kategorií. Provedeným výzkumem bych chtěla pomoci, aby se očekávání a přání starých lidí splnila. Aby se o jejich očekávání dozvědělo pobytové zařízení. Dále je mým cílem předat výsledky výzkumu tomuto pobytovému zařízení, aby mohlo vylepšovat již náročné plnění veřejné služby péče o seniory v době, kdy to cílová skupina této služby nejvíce potřebuje, tzn. v době, kdy se starší osoby nedovedou o sebe postarat samy, nejsou schopny o svých problémech srozumitelně hovořit a neví si samy rady se situací, ve které se právě ocitly. Aby byl v takovéto chvíli člověk pochopen, vnímán jako bytost, která si zaslouží úctu, pokoru a důstojnost v každém ohledu. Do tohoto okamžiku se jednoho dne dostane každý z nás. Přála bych si, aby výsledky mého výzkumu byly inspirací i pro ostatní pobytová zařízení pro seniory.

V teoretické části bakalářské práce se v první kapitole věnuji komplexně-sociální službě domov pro seniory, příspěvkům na péči, kterých může senior společně se svojí rodinou využít a dalším druhům sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu, abych nastínila všechny aspekty související se stářím a životem v pobytovém zařízení, které mohou senioři a jejich rodiny využívat. Ve druhé kapitole se věnuji seniorům jako jednotlivcům, dále etapě stáří jako části lidského života a poskytuji pohled na život seniorů. Ve třetí kapitole shrnuji vnímání smrti a umírání z pohledu odborníků a společnosti v době minulé i současné. Zpracovala jsem také poznatky o potřebách seniorů, pět fází umírání a doprovázení umírajících. Nezbytnou součástí je shrnutí informací o právu na dříve vyslovené přání, ke kterému se vracím ve výsledcích výzkumné části. V poslední kapitole teoretické části jsem nemohla opomenout statistické údaje úmrtnosti v České republice podle pohlaví a věku.

Vzhledem ke stanoveným cílům jsem pro účely výzkumného šetření zvolila kvalitativní výzkum. Určila jsem si skupinu respondentů podle zdravotního a psychického stavu, smyslových schopností a také orientace v čase a prostoru. Technika polostrukturovaného rozhovoru mi poskytla potřebné informace od dotazovaných. Ty jsem nadále zanalyzovala a interpretovala do dílčích

výzkumných otázek pomocí barvení textu. Jednotlivé barvy odpovídaly jednotlivým kódům. Vyhledala jsem opakující se vzorce a struktury, na základě kterých jsem určila kategorie.

1. Domovy pro seniory jako pobytová služba

Senioři, kteří již nejsou schopni samostatného bydlení z důvodu nezvládnání základních potřeb, ani za pomoci pečovatelské terénní služby, osobní asistence nebo rodiny, zvažují využití sociální služby domov pro seniory. Jedná se o instituci, která nabízí dlouhodobé ubytování včetně zajištění veškeré péče. Důležitou součástí služeb domovů pro seniory je také zajištění společenského kontaktu a organizace využití volného času pomocí aktivit podle individuálních potřeb. Domovy nabízejí i doprovodné služby. Zajímavé je, že klienty se stávají pouze 3-4 % lidí starších 70 let, zatímco obecná představa je taková, že v domově končí téměř každý senior (Haškovcová, 2010).

1.1. Popis sociální služby domov pro seniory

Právní úprava sociálních služeb spadá do rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. Do konce roku 2006 se pracovníci sociálních služeb řídili právními předpisy upravenými ještě před rokem 1989. Dne 1. 1. 2007 nabyla účinnosti nová právní úprava. Sociální služba domov pro seniory je definována v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezených v §49. Pobytové služby jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku. Jejich snížená soběstačnost vyžaduje pravidelnou přítomnost a pomoc jiné osoby při naplňování všech jejich životních potřeb, kam kromě ubytování patří poskytování stravy, pomoc se zvládnutím běžných úkonů, sebestačnou, pomoc s osobní hygienou, případně poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Další důležitou činností, kterou domov pro seniory poskytuje, je zprostředkování společenských kontaktů s prostředím, aktivizační a sociálně-terapeutické činnosti. Nabízí seniorovi velmi důležitou pomoc při uplatňování jeho práv, prosazování osobních zájmů a obstarávání osobních záležitosti (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 49).

Sociální služby poskytované uživatelům zdarma: sociální poradenství, služby následné péče, tlumočnické služby, krizová pomoc, telefonická krizová pomoc, sociálně-aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,

sociální rehabilitace, terénní programy. Ostatní sociální služby jsou poskytované za úhradu (částečnou či plnou).

1.2. Základní činnosti poskytované v domovech pro seniory

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory se poskytují na základě Vyhlášky č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách:

- Poskytnutí ubytování zahrnuje: ubytování, úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení.
- Poskytnutí stravy zahrnuje: zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.
- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu zahrnuje: pomoc při oblékání a svlékání, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změně poloh, pomoc při podávání jídla a pití, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru.
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu zahrnuje: pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití WC.
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím zahrnuje: podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.
- Sociálně-terapeutické činnosti zahrnují: socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

- Aktivizační činnosti zahrnují: volnočasové a zájmové aktivity, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí zahrnuje: pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů (Vyhláška č. 505/2006 Sb. § 15)

1.3. Příspěvek na péči

Podmínkou přijetí do domova pro seniory není přiznaný příspěvek na péči. Z příspěvku na péči se hradí péče o osobu závislou na pomoci jiné osoby, z toho důvodu se o příspěvek žádá. Pokud žadatel nemá o příspěvek zažádáno, měl by požádat ve chvíli, kdy podává žádost do pobytového zařízení. Někteří žadatelé příspěvek na péči již pobírají delší dobu. Jedná se o příspěvek od MPSV osobám závislým na pomoci třetí osoby. Jedná se o možnost, jak financovat osobu, která pomáhá, ať už v domácím prostředí nebo v pobytové službě.

Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby je uvedeno v příloze č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb..

„Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 7 odst. 1)

Osoba je považována za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v 1. stupni (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby. Ve 2. stupni (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb. Ve 3. stupni (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není

schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb. Ve 4. stupni (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., § 8 odst. 2).

Při posuzování stupně závislosti je hodnocena schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (Zákon č. 108/2006 Sb., § 9 odst. 1).

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- Stupeň 1. (lehká závislost): 880 Kč,
- Stupeň 2. (středně těžká závislost): 4 400 Kč,
- Stupeň 3. (těžká závislost): 8 800 Kč,
- Stupeň 4. (úplná závislost): 13 200 Kč (Zákon č. 108/2006 Sb., § 11 odst. 2)

1.4. Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality soc. služeb byly původně jen doporučované Ministerstvem práce a sociálních věcí od roku 2002. V souvislosti s novelou zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách se staly závazným právním předpisem. Znění standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Hlavním cílem standardů je vytvoření nástroje, který umožní objektivně měřit kvalitu služeb. Tato pravidla pro poskytování služby pomáhají zřizovatelům, poskytovatelům a uživatelům služeb k snazšímu udržení vysoké kvality. Cílem fungování těchto pravidel je zajištění rovných podmínek a příležitostí všem uživatelům služeb.

Standardy jsou rozděleny do tří základních částí. Procedurální standardy jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Jak službu přizpůsobit

individuálním potřebám uživatele. Velká část je zaměřena na ochranu práv uživatelů služeb. Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb. Kvalita služeb je přímo závislá na pracovnících – na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají. Provozní standardy určují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustřeďují se na prostory, na dostupnost služeb, ekonomické zajištění služeb a rozvoj kvality. Obsah standardů sociálních služeb je uveden v příloze č. 2 patřící k vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Procedurální standardy:

- Cíle a způsoby poskytování soc. služeb – Služba má povinnost definovat cíle, poslání a zásady poskytování služby a cílovou skupinu, na kterou se zaměřuje.
- Ochrana práv osob – Služba má zpracována pravidla pro ochranu základních lidských práv a svobod a v případě porušení stanovuje postup řešení.
- Jednání se zájemcem o službu – Zájemce o službu je srozumitelně informován o možnostech a podmínkách poskytování soc. služby a jsou s ním projednávány jeho požadavky a očekávání od služby.
- Smlouva o poskytování sociální služby – S uživatelem je uzavřena smlouva o poskytování, přičemž poskytovatel postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy. Rozsah a průběh poskytování služby je plánován s ohledem na osobní cíl, možnosti a přání osoby.
- Individuální plánování soc. služby – Základem individuálního plánování je jednání se zájemcem, zjišťování jeho potřeb a cílů, podle kterých poskytovatel průběžně hodnotí jejich naplňování.
- Dokumentace o poskytování soc. služby – Poskytovatel zřizuje pravidla pro vedení, zpracování a evidenci dokumentace o uživatelích soc. služby. Tento standard je zejména důležitý ve vztahu k ochraně práv klientů.
- Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování soc. služby – Poskytovatelem jsou zpracována pravidla pro podávání a vyřizování

stížností na kvalitu poskytování služby a informuje o této možnosti uživatele.

- Návaznost poskytované služby na další dostupné zdroje – Služba se nesnaží nahrazovat jiné veřejné služby, naopak umožňuje klientům jejich využívání. Podporuje tak udržování kontaktů a vztahů s přirozeným sociálním prostředím (vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Personální standardy:

- Personální a organizační zajištění soc. služby – Stanovuje povinnou organizační strukturu zaměstnanců, jejich práv a povinností a kvalifikačních požadavků.
- Profesní rozvoj zaměstnanců – Tento standard nastavuje metodiku hodnocení zaměstnanců, jejich finanční i morální oceňování a způsob výměny informací (vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Provozní standardy:

- Místní a časová dostupnost poskytované služby – Pro využití služby je zásadní zvolené místo a čas poskytování. To se odvíjí jak podle typu poskytované služby, tak podle cílové skupiny, které je služba poskytována.
- Informovanost o poskytované sociální službě – Poskytovatel má vypracován soubor informací o poskytované soc. službě ve formě srozumitelného okruhu osob, kterým bude služba poskytována.
- Prostředí a podmínky – Služba zajišťuje odpovídající materiální, technické a hygienické podmínky. Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní soc. služby v důstojném prostředí, které odpovídá okruhu osob a jejich individuálním potřebám.
- Nouzové a havarijní situace – Poskytovatel má písemně zpracované postupy při řešení nouzových a havarijních situací, o kterých jsou kromě personálu informováni také uživatelé. Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení havarijních a nouzových situací.

- Zvyšování kvality sociálních služeb – Poskytovatel pravidelně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování soc. služby v souladu se zákonem, posláním a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých uživatelů. Poskytovatel má zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti uživatelů se způsobem poskytování soc. služby; podle těchto pravidel se postupuje. Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další fyzické a právnické osoby. Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět ke zvyšování kvality sociální služby (vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Hodnocení plnění standardů kvality soc. služeb a informace o výsledku provedené práce je uvedeno ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., § 38 a 38a.

1.5. Individuální plánování

V procesu individuálního plánování se setkává na jedné straně uživatel sociální služby a na druhé klíčový pracovník jako zástupce poskytovatele sociálních služeb. Mezi individuálním plánováním a standardy sociálních služeb je provázanost. Postavení uživatele sociálních služeb ho opravňuje k tomu, aby vyžadoval partnerství, důstojnost, respektování jeho nepříznivé situace a ochrany svých práv. Plánování služby je efektivním nástrojem k vytváření a naplňování těchto hodnot a podporování kvality života uživatele. Individuální plánování je mnohem víc, je to nástroj ke kontaktu, komunikaci, partnerství, pocitu sounáležitosti a rozvíjení vztahů (Bicková, 2011).

Povinnosti poskytovatelů při plánování služby vymezené zákonem 108/2006Sb., o sociálních službách, jsou uvedeny v § 2, základní zásady. Ustanovení ukládá poskytovatelům tyto povinnosti: způsob podpory musí zachovávat lidskou důstojnost, pomoc a podpora vychází ze skutečných potřeb uživatele, pomoc a podpora musí působit na uživatele aktivně, pomoc a podpora musí podporovat rozvoj samostatnosti, pomoc a podpora musí motivovat uživatele k tomu, aby nesetrvávali v nepříznivé situaci, pomoc a podpora musí směřovat k sociálnímu začleňování, sociální služba musí zajišťovat dodržování lidských práv a základních svobod. Například k seniorům

se závažnými zdravotními potížemi, kteří jsou velmi závislí na péči a podpoře, musí pracovník přistupovat velmi citlivým a motivujícím způsobem. V případě, že zásady překračují limity a možnosti uživatele, je pracovník nucen částečně rezignovat (Bicková, 2011).

Další požadavky, které z ustanovení zákona pro plánování služby vyplývají, jsou uvedeny v § 88 f). Vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování služby. Hodnotit průběh poskytování služby za účasti uživatelů, jestliže to jejich zdravotní stav umožňuje. Zapojovat zákonného zástupce do hodnocení průběhu služby, jestliže zdravotní stav uživatelů neumožňuje zúčastnit se plánování služby.

Povinnosti poskytovatelů při plánování služby jsou vymezené přílohou č. 2 k vyhlášce 505/2006 Sb., ve standardu č. 5, Individuální plánování průběhu sociální služby a ve standardu č. 3, Jednání se zájemcem o sociální službu (kritérium 3b) (Bicková, 2011).

1.6. Problematika smrti a umírání v domově pro seniory, Dubina Pardubice

Ve výše zmíněném domově pro seniory (dále jen DPS Dubina) je 153 uživatelů, z toho muži v počtu do 30. 20–30 uživatelů/uživatelék je imobilních. Domov pro seniory byl původně penzionem pro důchodce od roku 1976 až do 1. 1. 2007, kdy vešel v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Od této doby se jedná o Domov pro seniory s 24hodinovou péčí. Komplex budov čítá čtyři pavilony propojené tunely. Je zde 145 jednolůžkových pokojů a 4 dvoulůžkové pokoje. V domově jsou některé pokoje bezbariérové, ostatní pokoje se postupně rekonstruují tak, aby byly bezbariérové a vyhovovaly všem uživatelům. Postupně budou v domově pouze jednolůžkové pokoje. DPS Dubina je jedním z mála domovů s jednolůžkovými pokoji. Zařízení se stalo velmi vyhledávaným a žádaným pobytovým zařízením právě z důvodu, že se uživatelům dostává soukromí v době, kdy ho nejvíce potřebují (KOPECKÁ Monika Mgr., vedoucí DPS Dubina, Rozhovor o pobytovém zařízení, Pardubice 6. 12. 2018)

Ve chvíli, kdy se člověk ocitá na konci svého života a nemůže zůstat ve svém přirozeném prostředí s rodinou, je velmi důležitá jak zdravotní, tak sociální péče. V těchto chvílích má senior nejvíce strachů, starostí, myšlenek a záležití na každém detailu v jeho každodenním životě. V DPS Dubina není žádný předepsaný postup, jak přizpůsobit podmínky umírajícímu uživateli. Uživatelé trpící zdravotními potížemi jsou sledováni praktickým lékařem. V případě, že se uživateli zhorší zdravotní stav a lékař usoudí, že je potřeba odbornějšího vyšetření nebo posouzení, je uživatel odvezen do nemocnice. Zpravidla uživatel umírá na nemocničním lůžku. Dojde-li v DPS Dubina k úmrtí, zařízení se řídí přesnými postupy vyplývajícími z legislativy. V domově pro seniory Dubina Pardubice jsou na postupy při úmrtí sepsány metodické pokyny, kterými se řídí jak sociální pracovníce a zdravotní sestry, tak i pracovníce v sociálních službách. Jedná se o soubor úkonů, které zahrnují postupy při péči o tělo zemřelého, zajištění lékařské dokumentace a asistence sestry u lékaře při ohledání těla zemřelého, oznámení rodině, odvoz těla z DPS Dubina, úkony práce PSS (pracovnice v sociálních službách), ukončení dokumentace zemřelého, předání pozůstalosti po zemřelém rodině. Sociální pracovníce oznámí ukončení pobytu ČSSZ kvůli zániku stařeckého důchodu. Je třeba oznámit zrušení příspěvku na péči na úřadu práce – kontaktní pracoviště. Dále zajistit konečné vyúčtování. Zůstatky (finanční prostředky), případně cennosti jsou předmětem dědictví, proto je nutné je nahlásit jako pozůstalost k okresnímu soudu (KOPECKÁ Monika Mgr., vedoucí DPS Dubina, Rozhovor o pobytovém zařízení, Pardubice 6. 12. 2018).

Určení okamžiku smrti – definici pojmu „smrt“ najdeme v ustanovení § 2 písm. e) zákona č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů, v platném znění jako nevratnou ztrátu funkce celého mozku, včetně mozkového kmene, nebo nevratnou zástavu krevního oběhu. V tomto zákoně jsou obě varianty uvedeny. Dalším právním předpisem, kterým se DPS Dubina řídí, je zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v ustanovení § 92. Zde je definována zásada důstojného zacházení s tělem. Celý postup při úmrtí je uveden v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřbívání a o změně některých zákonů, určuje postupy od předání těla zemřelého poskytovatelem zdravotní služby k jeho pohřbení, včetně podmínek provozování

pohřebních služeb, krematorií i pohřebišť, po převoz lidských pozůstatků či nájem hrobového místa (MMR ČR, 2013).

Základní informace pro pozůstalé jsou sepsány Ministerstvem pro místní rozvoj ČR v publikaci z roku 2013. Podrobné informace jsou k dispozici na internetových stránkách MMR – www.mmr.cz – v sekci „Pohřebnictví“.

Shrnutí kapitoly

V první kapitole shrnuji základní východiska daných témat, kde velký důraz věnuji tématu domovů pro seniory jako pobytové sociální službě, kde vyzdvihuji zejména právní úpravu poskytování pobytových služeb pro seniory. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nebyl dlouhou dobu aktualizován. Až po 17 letech došlo k jeho přepracování. Tento zákon je doprovázen zejména Vyhláškou č. 505/2006 Sb., která dále rozpracovává potřebná kritéria poskytování potřebné péče. Jednotlivé standardy kvality sociálních služeb, které jsou v současné době již závazné, také dále pomáhají směřovat k poskytování služeb seniorům a určovat minimální kritéria kvality služeb, na které musí každý klient dosáhnout. Neopomenula jsem ani individuální plánování. Také vyzdvihuji problematiku příspěvku na péči, který pomáhá a umožňuje zkvalitňovat sociální službu a ukotvovat pozitivní vnímání při užívání sociální služby. Dále se věnuji shrnutí postupů DPS Dubina v době umírání a smrti, a to z důvodu, že v tomto zařízení byl proveden kvalitativní výzkum mé bakalářské práce. Ve výzkumu jsem se zabývala otázkou vnímání smrti a umírání z pohledu uživatelů sociální služby domov pro seniory, proto bylo nezbytné tuto problematiku zmínit.

2. Seniori – uživatelé sociálních pobytových služeb

Uživatelem sociální služby domov pro seniory se může stát pouze senior (starý člověk), který již není schopen se o sebe postarat bez cizí pomoci. Z tohoto důvodu je potřeba zmínit stáří, které je výsledkem procesu stárnutí. Stáří je poslední etapou života, která člověku přináší pocit naplnění, moudrost, zkušenosti, ale zároveň úbytek energie. (Vágnerová, 2007). Stáří je posledním ontogenetickým vývojovým obdobím v životě člověka. Jedná se o biologický proces charakterizovaný nezvratnou smrtí jedince. Předchozí fáze vývoje na sebe postupně navazují a vzájemně se prolínají. Pro mnoho lidí je stáří jedním z nejkrásnějších životních období, protože mají najednou prostor pro realizaci všeho, co zatím v životě nestihli (Malíková, 2011). Matoušek definuje stáří jako věkové období, které začíná v 60–65 letech, to zpravidla odchodem do důchodu (Matoušek, 2003). „*Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno, a ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí.*“ (Kalvach, 1997, s.9)

Periodizace stáří podle Světové zdravotnické organizace (WHO):

- Rané stáří (senescence) = 60–74 let
- Vlastní stáří (senium) = 75–89 let
- Dlouhověkost = 90 let a výše (Gruberová, 1999)

Dle Haškovcové (2010) v odborné literatuře najdeme označení mladého seniora jako young old nebo jen old. Zatímco termín old old je vymezen pro „staré staré“, tedy osoby starší 75–80 let. Seniori starší 85 let jsou označováni jako very old old, tedy „velmi staří staří“.

Dále se podle Mühlpachra (2004, s. 21) uplatňuje toto členění:

- 65–74 let, mladí seniori (dominuje problematika adaptace na penzionování, aktivit, seberealizace),
- 75–84 let, staří seniori (změna funkční zdatnosti, specifická zdravotnická problematika),
- 85 a více let, velmi staří seniori (na významu nabývá sledování).

Stáří je málo vymezeno a ohraničeno. V současné době se setkáváme s pojmem třetí věk, který se vztahuje k postproduktivnímu životnímu období (k odchodu do důchodu), tedy k období ukončení pracovní-výdělečné činnosti. Prvním věkem se rozumí období dětství a dospívání charakteristické vzděláváním, přípravou na životní poslání. Druhý věk je charakterizován soustavnou výdělečnou činností, založením vlastní rodiny. Jedná se o období dospělosti. Můžeme se setkat také s vymezením čtvrtého věku, který bývá označován jako období závislosti, osobní nesamostatnosti. Proti tomuto chápání čtvrtého věku se brání Mühlpachr (2004, s. 20): *„Toto označení je nevhodné, vzniká totiž dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí. To odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné.“*

Období lidského života je rozčleněno do několika etap, které představují sociální periodizaci života. Jedná se o sociální věk, který zaznamenává měnící se životní styl, jeho znaky a vztahy v různých obdobích životního cyklu (Pacovský, Heřmanová, 1981). Dále máme věk kalendářní (chronologický), který se počítá od data narození, i když z biologického hlediska se může jednat o údaj velmi nespolehlivý. Dále věk funkční (biologický), který nemusí být vždy v souladu s kalendářním věkem. Tento věk je složitější k určení. Biologický věk se shoduje s funkční zdatností organismu a mění se na základě probíhajících změn při procesu stárnutí člověka. *„Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily a stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se nevyužívá. Stále tak chybí objektivizace zjevné skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti“* (Mühlpachr, 2004, s. 19). Při posuzování starého člověka bychom se měli řídit věkem funkčním.

2.1. Uživatelé sociální služby domov pro seniory

Uživateli sociální služby se mohou stát senioři od 60 let se sníženou pohyblivostí, sníženou schopností sebeobsluhy nebo osoby se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc, která jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny, pečovatelskou službou ani jinými službami sociální péče. Nejedná se o specifikaci,

kteřá by byla směrodatná pro všechny domovy pro seniory. Každé pobytové zařízení to má stanoveno jinak.

Naopak uživatelé sociální služby domov pro seniory se nemohou stát osoby: – které potřebují ústavní péči ve zdravotnickém zařízení – trpící infekční nemocí – které jsou dezorientované v čase, prostoru a osobách – osoby závislé na alkoholu nebo jiných návykových látkách, které pod jejich vlivem obtěžují nebo ohrožují okolí či vlastní osobu – u kterých v důsledku projevů agresivity dochází k porušování kolektivního soužití – které nespádají do cílové skupiny – osoby vyžadující intenzivní rehabilitační péči nad možností daného zařízení. (<http://ssmpce.cz/registrovane-socialni-sluzby>)

Umístění do domova pro seniory představuje zásadní změnu životního stylu, se kterou se senior velmi těžko vyrovnává. Po přestěhování do instituce senior ztrácí své osobní zázemí, teritorium a identitu. Samotné přestěhování do domova s sebou nese velké omezení. Bere si s sebou jen nezbytně nutné věci, které se musí vejít do jedné místnosti s malými skříněmi. Nemůže mít u sebe všechny své oblíbené věci z původního domova. Senior může tuto změnu prožívat velmi negativně. Reakcí na takovou změnu může být úzkost, deprese, apatie, pocit nejistoty, ztráta očekávání něčeho pěkného. Senior v této těžké situaci často rezignuje (Vágnerová 2007, 419-426).

2.1.1 Význam sociálního pracovníka pro uživatele sociální služby domov pro seniory

O seniora se v domově pro seniory stará celá řada lidí. Zdravotní sestry, doktoři, pracovníci v sociálních službách – pečovatelé, uklízečky, pradlenky, údržbáři, kuchaři, atd. Nejdůležitější roli však má sociální pracovník/pracovnice, kteří jsou v kontaktu se seniorem a s jeho rodinou. Mezi základní povinnosti sociálního pracovníka je ulehčovat adaptaci na nové prostředí, zprostředkovat kontakt s rodinou a pomoci s osobními záležitostmi. Senioři se často snaží navazovat vztahy s personálem s cílem získat citové uspokojení a pocit bezpečí. Sociální pracovník je často zdrojem informací se světem (Dvořáčková, 2012).

2.1.2 Volný čas uživatelů sociální služby domov pro seniory

Staří lidé, kteří se nemusí věnovat činnostem, které byly dříve nezbytné, mají mnoho volného času. Nepotřebují již nakupovat, uklízet a vařit. Tyto činnosti má na starost personál domova. Někteří senioři byli zvyklí pečovat o dům, zahradu či domácí zvířata, proto se snaží tyto činnosti nahradit pomocí ostatním, pokud to jejich zdravotní stav dovolí. Někdy chybí motivace k veškerým aktivitám. Pokud senior rezignuje a už se o nic nesnaží, personál ho bere jako nekompetentního a senior si odvykne se o sebe starat. Dvořáčková (2013, s. 34) zmiňuje význam aktivizačních programů. Starý člověk by neměl být nečinný. Aktivita fyzická a psychická zpomaluje stárnutí a udržuje stávající schopnosti. Aktivita musí být navržena individuálně, aby byly účinné. Senior by měl aktivity provádět dobrovolně, musí být účelné, příjemné a výsledkem aktivit nesmí být neúspěch seniora (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

Pokud se senior adaptuje na nové prostředí v domově pro seniory a změní svůj styl života tak, aby byl v souladu se zařízením, je pravděpodobné, že tam bude spokojený. Velmi důležitý je vztah mezi obyvateli domova pro seniory. Obyvatelé se vidí každý den, sdílí své nálady, zkušenosti, názory a vyměňují si dojmy. Tyto vztahy pozitivně ovlivňují prožívání vlastního stáří. Senior nemusí mezi ostatními uživateli řešit používání inkontinenčních pomůcek nebo vlastní pohyb na invalidním vozíku. Všichni spolubydlící mají podobné potřeby a prožívají obdobné vlastní životní omezení.

Shrnutí kapitoly

Ve druhé kapitole se věnuji seniorům jako uživatelům sociálních pobytových služeb. V rámci dostupné literatury poukazuji na to, že existuje mnoho popsaných podob chápání stáří, stárnutí a jejich členění. Naštěstí existují odborníci, kteří stále zdůrazňují, že stáří nemusí být synonymem pro nesoběstačnost a zasazují se o vnímání stáří z obou stran – i jako „zdravého stáří“ a samostatnosti. Nepřehlédnutelným faktorem pro obyvatele domovů pro seniory je navazování vztahů s personálem těchto služeb. V náročném životní změně mohou poskytovat adekvátní stabilizaci a prostor lépe novou situaci zvládnout. Věnuji se také volnému času seniorů, který je velmi důležité prožívat aktivně a smysluplně, dále také vztahům s personálem pobytového zařízení a otázkám sociálních potřeb. Poukazuji na významnou roli prožívání stáří a stárnutí,

sociálních, zdravotních a psychických aspektů a na základě toho mi vyvstává otázka smrti a umírání jako významného tématu.

3. Úmrtnost v České republice podle pohlaví a věku

Zaměřila jsem se v rámci ČR na období let 2006 až 2016. V těchto letech je u mužů největší poměr umírajících mezi roky 45 a 94. Ve věkovém rozhraní 75 až 85 let umíralo nad sedm i osm tisíc mužů ročně. V roce 2006 a 2007 zemřelo celkem nejméně mužů, lehce nad 52 tisíc. Nejvíce jich poté zemřelo v roce 2013 (lehce nad 55 tisíc) a v roce 2015 dosahoval celkový počet téměř k 56 tisícům.

Tabulka 1: Zemřelí muži podle věkových skupin

Věková skupina/Rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Celkem	52 706	52 719	53 076	54 080	54 150	54 141	54 550	55 098	53 740	55 934	54 880
0	214	218	200	185	172	174	161	158	153	168	182
1-4	42	49	39	41	51	50	47	39	32	31	37
5-9	44	26	26	26	22	23	18	29	29	26	24
10-14	49	46	46	48	35	25	39	26	27	27	26
15-19	189	179	186	148	144	144	131	138	126	86	88
20-24	325	353	300	281	296	287	226	257	216	217	208
25-29	348	413	374	317	328	291	282	286	264	280	247
30-34	437	484	490	487	427	424	426	388	340	334	313
35-39	542	598	558	602	611	617	648	590	547	576	515
40-44	877	842	899	855	843	788	809	790	818	828	815
45-49	1 549	1 343	1 361	1 349	1 304	1 299	1 257	1 301	1 206	1 172	1 148
50-54	3 000	2 810	2 697	2 557	2 431	2 274	2 023	1 817	1 827	1 852	1 788
55-59	4 622	4 726	4 569	4 387	4 276	4 134	3 896	3 618	3 279	3 042	2 956
60-64	5 683	6 002	6 247	6 280	6 463	6 340	6 137	5 928	5 609	5 673	5 269
65-69	5 531	5 638	5 951	6 522	6 619	6 940	7 379	7 734	7 653	7 755	7 740
70-74	6 658	6 575	6 210	6 159	6 179	6 373	6 709	7 160	7 291	8 212	8 217
75-79	8 325	8 123	8 041	7 933	7 724	7 427	7 158	7 208	6 879	7 109	7 384
80-84	7 999	7 820	7 888	8 023	8 187	8 121	8 260	8 175	7 879	8 062	7 546
85-89	3 937	4 407	5 043	5 943	5 935	6 039	6 293	6 417	6 252	6 827	6 636
90-94	1 917	1 633	1 437	1 337	1 577	1 888	2 207	2 621	2 927	3 126	3 160
95+	418	434	514	600	526	483	444	418	386	531	581

Zdroj: [26]

U žen je situace o něco odlišnější. Větší počty osob ženského pohlaví umíraly mezi roky 2006 až 2016 ve věku 50, spíše 55 let až 95 a více let. Nejvíce jich poté zemřelo ve stáří 75 - 94 let. Konkrétně v letech 2007 až 2011 umíralo přes 11 tisíc žen v rozmezí věku 80 až 84 let. Stejně číslo poté figuruje u tohoto pohlaví také ve věku 85 až 89, a to v letech 2009 až 2014, vyjma roku 2012, kdy byl počet úmrtí ještě vyšší. Přes 12 tisíc žen tedy umřelo v letech 2006 (věkové rozmezí 80–84) a 2012 (věkové rozmezí 85–89). Pokud se zaměřím na celkové počty zemřelých žen

za celý rok, pak nejméně jich bylo v letech 2006 až 2008 a 2014, do 52 tisíc. Naopak nejvíce jich bylo v roce 2015, nad 55 tisíc.

Tabulka 2: Zemřelé ženy podle věkových skupin

Věková skupina/Rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Celkem	51 735	51 917	51 872	53 341	52 694	52 707	53 639	54 062	51 925	55 239	52 870
0	138	142	138	156	141	124	124	107	110	104	135
1-4	34	34	32	35	37	27	21	27	33	31	35
5-9	20	19	15	24	25	18	30	22	24	24	19
10-14	18	27	25	24	25	29	18	11	13	25	25
15-19	59	73	69	62	65	66	57	47	39	43	41
20-24	96	70	85	108	86	94	77	77	67	73	60
25-29	105	104	116	91	91	85	87	108	95	85	98
30-34	176	150	201	194	161	166	159	134	125	111	142
35-39	242	236	223	256	231	269	259	249	247	250	257
40-44	431	442	409	381	360	385	358	351	349	380	400
45-49	672	607	601	623	631	582	615	575	566	536	559
50-54	1 267	1 253	1 226	1 119	1 055	941	884	913	833	868	851
55-59	2 170	2 096	2 090	1 949	1 867	1 859	1 801	1 670	1 520	1 429	1 366
60-64	2 838	2 911	2 963	3 001	2 963	2 987	2 961	2 904	2 673	2 668	2 480
65-69	3 231	3 265	3 392	3 640	3 777	3 908	4 043	4 390	4 109	4 325	4 178
70-74	5 054	4 786	4 580	4 500	4 519	4 560	4 732	4 910	4 907	5 341	5 399
75-79	8 732	8 568	7 984	8 065	7 438	6 996	6 757	6 449	6 162	6 441	6 311
80-84	12 159	11 968	11 755	11 663	11 206	11 150	10 963	10 803	9 909	10 457	9 260
85-89	7 609	8 987	10 303	11 705	11 963	11 861	12 094	11 983	11 393	12 077	11 609
90-94	5 080	4 470	3 830	3 784	4 136	4 882	5 908	6 821	7 330	8 173	7 740
95+	1 604	1 709	1 835	1 961	1 917	1 718	1 691	1 511	1 421	1 798	1 905

Zdroj: [26]

Pokud srovnám muže a ženy, jasně z údajů Českého statistického úřadu vyplývá, že ženy se dožívají vyššího věku. U mužů je počet úmrtí rozprostřen do více let a v rovnoměrnějších číslech. U žen jsou frekventovanější úmrtí v menších rozmezích, a to o deset let, oproti mužům. Posléze dochází k tomu, že zhruba kolem 85. roku života umírá řádově cca o 4 tisíce více žen než mužů.

Z hlediska domovů důchodců záleží poté na tom, jak moc jsou dané osoby soběstačné. (<https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-umrtnosti-v-ceske-republice-2006-2016>)

Shrnutí kapitoly

Ve třetí kapitole se věnuji statistickým údajům ohledně úmrtnosti v České republice podle pohlaví a věku. Jedná se o data úzce související s problematikou smrti a umírání a váží se k hlavnímu cíli bakalářské práce, tzn. jak uživatelé sociální služby domov pro seniory vnímají smrt a umírání. Z tohoto důvodu jsem chtěla čtenáři poskytnout ucelený přehled prokazatelných statistických dat dříve, než se začnu zabývat konečnou fází života lidí.

4. Smrt a umírání v historii a současnosti

Nyní se budu věnovat problematice smrti z hlediska historického vývoje – jak byla chápána dříve a dnes. Dále potom strachu z umírání a jeho jednotlivým podobám tak, aby mohla být problematika stárnutí a blížícího se konce vnímána z širšího kontextu.

Je rozdíl mezi smrtí a umíráním. Smrt bývá vysvobozením z těžkého umírání. Někdy nastane náhle a nečekaně, někdy je toužebně očekávána, někdy je poklidná, ale není negativní. Smutná je pro nás pozůstalé. Kruté je však umírání.

V publikaci THANATOLOGIE: Nauka o smrti a umírání autorka Helena Haškovcová (2000) popisuje umírání a smrt v minulosti. „*Smrt byla běžnou součástí života a byla viditelná. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špíně a bez jakékoli pomoci. Umírání bylo relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Lidé krátce stonali a rychle umírali.*“ (Haškovcová, 2000, s. 24)

Autorka popisuje domácí model umírání jako standardní postup, kdy sám umírající zhodnotil vlastní situaci a poznal, že nastal jeho čas (poslední hodinka). Svolal všechny členy rodiny a vyslovil poslední přání, rozloučil se s nimi a byl přivolán kněz, který poskytl umírajícímu útěchu. Pokud nemocný trpěl silnými bolestmi a nešlo je zvládnout laickými postupy, byl přivolán lékař, který podal zklidňující injekci morfia. K domácímu modelu umírání je však nutno doplnit, že každý člen rodiny se v průběhu života opakovaně setkal s umírajícím, a následně s mrtvým tělem. „*Každý tedy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka ... Ti, kteří měli rodiny, neumírali opuštěni. Umírání bylo sociálním aktem. Rodinní příslušníci si zcela samozřejmě a s ohledem na tradici rozdělovali pečovatelské role.*“ (Haškovcová, 2000, s. 27, 28). Institucionální model umírání se vyvíjel postupně. Ve velkých pokojích bylo umístěno mnoho postelí a mezi nimi jen malé uličky, později jednoduché noční stolky a v záhlaví postele černá tabule se jménem nemocného. Ve snaze zlepšit podmínky umírajících i ostatních se začaly ve 20. letech 20. století používat bílé zástěny – plenty. Lidé věřili, že těžce nemocným a umírajícím je v náručí profesionálů nejlépe. Moderní člověk tedy umírá sám, obklopen bílou zástěnou v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něho cizí.

V dnešní době umírající i jejich rodiny nejčastěji postrádají psychickou podporu a pomoc (Haškovcová 2000).

Rozdíl ve vnímání smrti a umírání v minulosti a současnosti popisuje také autorka Elisabeth Kübler-Rossová. V minulosti si epidemie vyžadovaly mnoho lidských životů, umírali kojenci a malé děti. Ani jedna rodina, vzhledem k počtu vlastních dětí, nebyla smrti ušetřena. Lékařství se v posledních desetiletích změnilo. Povinným očkováním dětí se mnoho nemocí vymýtilo, antibiotika a chemoterapie zmenšila u infekčních chorob smrtelné příznaky. Dnes umírá díky výchově a péči o zdraví méně dětí. Mnohé choroby se dnes neobjevují. Počet starých lidí stoupá, bohužel však s těžkým nebo chronickým utrpením. Podobné názory o vnímání smrti a umírání dnešní společnosti jako Haškovcová má i Kübler-Rossová v knize *Hovory s umírajícími*. Dnešní společnost se snaží smrt skrýt. Odmítá rozhovory s umírajícími. Děti jsou drženy dál od reality, jsou posílány do ústraní, aby smrt neviděly, dokonce jsou jim předkládány lži, aby se nebály. Děti však vnímají, že něco nesouhlasí a svými dotazy dostávají nové varianty lží, prohlubuje se u nich nedůvěra k dospělým. Později pociťují otázky smrti jako úděs a tajemství, které očekávají jako traumatizující (Kübler-Rossová, 1992).

Helena Zelenková ve své publikaci, *Hra na život a na smrt*, přirovnává život a smrt ke koloběhu vody, který má různá skupenství, ale nic se nemůže ztratit, pouze přeměnit. Všechna tato skupenství jsou vlastní i člověku. Stejně tak život a smrt dohromady tvoří jeden krásný celek. (Zelenková, 2015).

V Tibetské knize o životě a smrti se Sogjal Rinpoče zaměřil na to, jak pochopit pravý smysl života, jak přijímat smrt a jak pomáhat umírajícím a mrtvým. Když Rinpoče poprvé přišel na západ, otřásl jím postoj společnosti ke smrti. Našel dva postoje. Jedni odmítají smrt, protože si myslí, že smrt neznamena nic než ztrátu. Buď smrt odmítají, nebo v hrůze před ní raději mlčí. Jiní pohlížejí na smrt naivně a domnívají se, že není potřeba dělat si starosti. Oba postoje jsou vzdáleny pochopení pravého smyslu smrti. Rinpoče došel k názoru, že katastrofální důsledky odmítání smrti daleko přesahují jedince – působí na celou planetu. Tím, že lidé věří, že existuje jedině tento život, nevytváří žádnou dlouhodobou perspektivu. Nikomu tedy nebrání plnit naši planetu pro své účely a žít sobeckým způsobem života, který může být pro budoucnost osudný (Sogjal Rinpoče, 1996).

Přidávám pohledy autorů Hendricha Pera a Bernda Weinerta (1996), uvedené v publikaci: Nemocným na blízku, kteří mají na celou problematiku následující názory. Neexistuje jednotný návod na umírající, jak s nimi jednat a jak budou jednat oni s námi. Těžce nemocný se považuje za „nezpůsobilého pro společnost“. Je vylučován z lidského společenství i ze společenství rodiny a stává se jen věcí v nemocnici. Cítí se, jako by se dopustil nějaké osobní nebo společenské zrady. Jeho utrpení a umírání je anonymní, přítomni jsou pouze ti, co to mají v popisu práce. Přítomnost rodiny a nejbližších je omezována na dobu návštěv. Řada lidí si myslí, že těžce nemocnému zajistí maximum tím, že ho předá do rukou lékařů a umožní mu nejúčinnější lékařské postupy. Dříve byl umírající středem pozornosti celé rodiny, nyní je jen „případem a věcí“ pro nemocniční personál. Dále nemocný projevuje touhu po mezilidských kontaktech. Chtěl by, aby ho navštěvovali příbuzní a přátelé. Toto jeho právo však není snadné splnit, neboť jsou nastavena pravidla. Na jednotku intenzivní péče mohou jen nejbližší příbuzní. Nikoho však nezajímá, že nemocný by rád mluvil a viděl přítele. Mnoho mezilidských vztahů zůstalo v proudu života v půli cesty. Nyní ale zůstává řada nedokončených záležitostí. Je potřeba si odpustit, dalšímu splatit nějaký dluh, vyjasnit si nepochopená přání. Nemocný to musí dodělat dnes, protože zítra už může být pozdě. Každé přání umírajícího může být mnohem naléhavější, než jak naléhavě v tu chvíli zní. Nemocný od nás slyší: „ovládejte se, nemá smysl plakat, hlavu vzhůru“ apod. Zakazujeme mu trpět, avšak proč nemocnému upíráme to, co je momentální náplní jeho života? Děláme to, protože nesneseme bédování. Ale k umírání patří, jsou to přirozené a zdravé reakce těžce nemocného.

Aby však člověk mohl doufat ve svůj život a mohl mít naději, že má stále ještě smysl, musí být splněny následující podmínky:

- Nemocný musí být osobou a mít jméno, tedy být jedinečnou a nezaměnitelnou bytostí.
- Nemocný musí mít možnost něco dělat, tvořivě se projevovat, například může naříkat.
- Nemocného by si měl vážit veškerý ošetřující personál a měl by respektovat jeho přání.

- Nemocný by se měl cítit dobře, je-li to jen trochu možné, měla by mu být zaručena základní péče, lékařské ošetření a možnost strávit poslední chvíle v kruhu rodiny (Pera, Weinert, 1996).

4.1. Podoba umírání v dnešní době

Jak se chová společnost v tuto chvíli? Lidsky nebo nelidsky? Neznám odpověď na tuto otázku. Budu se však snažit najít odpovědi v rozhovorech s uživateli, co považují za lidské nebo naopak nelidské ze svého pohledu a co by jim usnadnilo proces umírání z jejich pohledu v pobytových zařízeních.

Kübler-Rossová se věnuje problematice velice výstižně. Umírání je krutější než dříve, je osamělé, neosobní a někdy ani nevíme, ve kterém okamžiku smrt nastala. Osamělost a neosobní jednání nastanou, když je nemocný odvezen z domácího prostředí do nemocnice. Je naložen na nosítka a se sirénou dopraven do rukou lékařů. V mnohých případech je transport do nemocnice první fází umírání. Pomalu se s pacientem začíná jednat jako s předmětem, jako by přestával být osobou. Často se ho nikdo na nic neptá a dostane uklidňující prostředek. Jsou mu naordinovány infuze, transfuze, přístroje pro posílení dýchání a srdeční činnosti. Vše se zdá lékařsky nutné. Zatím co nemocný se touží vrátit domů, všichni se starají o jeho srdce, frekvenci tepu a o jeho výměšky a výkaly, málokdo mu věnuje lidský pohled. Pacient trpí především citově (Kübler-Rossová, 1992).

Ondřej Nezbeda se v publikaci Průvodce smrtelníka mimo jiné zabývá procesem, kterým prochází těžce nemocný pacient v nemocnicích. Onkologicky nemocných lidí je podle statistik třetina a více než čtvrtina z nich na nemoc zemře. Lékaři nám dokážou pomoci od spousty symptomů, které nemoci provázejí – od bolesti, dušnosti, nevolnosti, nespavosti. Dovedou nám snížit hladinu cukru, vysoký krevní tlak, vyměnit kyčelní kloub, srdeční chlopuň. S čím si ale neví rady, je umírání. Někteří lidé se musí smířit s tím, že budou docházet na umělou dialýzu a jejich společníkem bude kyslíkový koncentrát nebo kardiostimulátor. Jiní, kteří tolik štěstí nemají, skončí upoutaní na lůžku. Existuje termín zadržaná smrt. Organismus umírajícího se drží ve funkčním stavu. Je to obrovský vědecký a lékařský úspěch (Nezbeda, 2016).

Je těžké určit okamžik, kdy člověk umírá. Hlavním posláním lékařů, ke kterému jsou vedeni při studiu, je se smrtí bojovat. Lékaři jsou ve velmi těžké situaci. Mají strach ze selhání, a tak předepisují léčbu, která život o nějaký čas prodlouží, bohužel za cenu zhoršení kvality života. Pro lékaře je přijatelnější zachránit pacientovi život, než potom složitě vysvětlovat, proč se rozhodl to neudělat. Většina lékařů odmítá na konci svého života resuscitace, agresivní léčbu a pobyty na jednotce intenzivní péče. Místo toho žádají řešení symptomů, jako je tišení bolesti, dušnosti, zvracení. Právý opak toho, co připouštěli u svých pacientů. (Nezbeda, 2016).

Jak lze tedy poznat, kdy umíráme? Jak poznáme, že je čas na rozloučení, usmíření a na poslední sbohem? Co když nedostaneme tuto důležitou informaci od lékařů, ba dokonce ani od rodiny, pokud to ví?

4.2. Potřeby seniorů v závěrečné životní etapě

Přehled uspořádání lidských potřeb vytvořil americký psycholog Abraham Harold Maslow v roce 1943. Jeho teorie se zabývá uspokojováním potřeb od nejnutnějších fyziologických potřeb, postupně směrem nahoru, až k potřebě seberealizace. Potřeby uspořádal do tvaru pyramidy, protože věřil, že jsou takto provázané, jedna stojí na druhé a k projevení potřeb vyšších musí být uspokojovány potřeby nižší (Maslow, 2014).

Čtyři dimenze potřeb pacienta popisuje autorka Marie Svatošová (2012) v publikaci: Víme si rady s duchovními potřebami. Z definice zdraví, která říká, že jde o plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka, jsou odvozovány i čtyři okruhy potřeb pacienta.

Potřeby biologické – patří sem všechny základní potřeby našeho organismu: přijímání potravy, příjem tekutin, vylučování, dýchání, spánek, tišení bolesti. O většinu biologických potřeb bývá dobře a odborně postaráno v nemocnici, ale nemusí tomu tak být vždy. Například podmínky pro nerušený spánek může mít pacient mnohem lepší doma.

Potřeby psychologické – respektování lidské důstojnosti bez ohledu na tělesný a zdravotní stav, potřeba komunikace i mimoslovní komunikace, pocit bezpečí, slyšet to, co chce slyšet a kdy to chce slyšet. Bohužel málo lidí ví, jak důležitá je komunikace s pacienty v agónii. Kdyby jen tušili, co všechno mohou v těchto hodinách pro umírajícího udělat, nedělali by tak hrubé chyby.

Sociální potřeby – pocit sounáležitosti, přátelství, člověk by neměl zůstat sám ve stáří, v nemoci ani umírání. Nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Ne však všichni. Nemocný by měl mít právo návštěvy si sám určovat, my bychom to měli respektovat.

Spirituální (duchovní) potřeby – víra, že život má ještě smysl, odpouštění sobě i ostatním. Mnoho lidí i zdravotníků se stále domnívá, že se jedná o uspokojování potřeb věřících. Každý člověk v konečné fázi života potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Stejně tak každý člověk potřebuje v této fázi, aby mu bylo odpuštěno a mít možnost odpustit ostatním (Svatošová, 2012).

4.3. Pět fází umírání podle Elisabeth Kübler-Rossově

V této kapitole přiblížím jednotlivá stádia vyrovnávání se se závažným onemocněním, se kterými se můžeme setkat tváří v tvář, jak je popsala Kübler-Rossová, včetně doplnění od Haškovcové.

První fáze: Zavírání očí před skutečností a osaměním – „*Takovou pštroší politikou reaguje pacient zvláště potom, když je bezprostředně, a tedy příliš brzy někým informován, kdo jej a jeho psychiku nezná, nebo to chce „mít rychle za sebou“.* (Kübler-Rossová, 1992, s. 15). Téměř všichni pacienti se nemoc pokoušejí od sebe zapudit, a to nejen v prvním okamžiku, nýbrž i později a opakovaně. Kdosi řekl: „*Do slunce se nemůžeme dlouho dívat a smrti do očí také ne.*“ (Kübler-Rossová, 1992, s. 15). „*Také nemocný, který ví o blížícím se konci, musí si jej občas zapírat, aby vůbec mohl ještě žít*“ (Kübler-Rossová, 1992, s. 15).

Druhá fáze: Zloba – nemocný člověk se zlobí na celý svět. Kamkoliv pacient pohlédne, ve všem vidí důvod ke smutku. Ostatní se mohou radovat, mladí mohou tančit,

zatímco on musí ležet v posteli a nemůže nic. Stěžuje si a naříká, začíná na sebe upozorňovat, má stále nové požadavky, aby upoutal pozornost na sebe. Chce, aby si ho všichni všimli. Návštěvy přijímá bez radosti. Svou zlostí ukazuje všem, jako by mu bylo ubližováno. Vyžaduje si stále větší pozornost například tím, že často zvoní na zdravotní sestry, je nazlobený a agresivní. Často okolí reaguje na zlobu nemocného velmi negativně. Tato reakce však v nemocném zlobu jenom živí (Kübler-Rossová, 1992).

Třetí fáze: Vyjednávání – „*Smrtelně nemocný pacient používá metodu smlouvání a čeká, že za dobré chování bude odměněn. Jeho hlavní přání je skoro vždy prodloužení života a často také, aby alespoň několik dní byl bez bolesti a obtíží.*“ (Kübler-Rossová, 1992, s. 45)

Čtvrtá fáze: Deprese – V případě, že nemocný člověk sám sebe už nemůže obelhávat a jeho diagnóza je neměnná, ba naopak se při každé návštěvě nemocnice horší a přidávají se další symptomy, stává se slabším a smutnějším. Nákladná léčba v nemocnici může pacienta dostat do finančních nesnází. Obrovské náklady mohou donutit pacienta všechno prodat a znemožnit dětem studium na vysoké škole. Často pacient přichází o pracovní místo, a tím i o společenské postavení. Pokud onemocní matka, která se starala o své děti, živila doposud sama rodinu a nedokáže děti jinak zaopatřit, nastupuje žal a pocit viny. Kromě této obrovské tíhy se pacient současně vyrovnává s velkou bolestí a myslí na svůj odchod z tohoto světa. Jedná se o dva druhy deprese. První je reaktivní a druhý přípravný. Kübler-Rossová (1992) popisuje každý druh deprese zvlášť.

Reaktivní deprese – První druh deprese je doprovázen zoufalstvím, pocitem studu a viny z utrpené ztráty. Velkou pomocí je v tomto případě to, když se někdo postará o otázky důležité pro život. Například když se někdo postará o chod domácnosti po dobu nepřítomnosti nemocného a vše funguje. V mnoha případech se deprese pacientů rychle zlepší (Kübler-Rossová, 1992).

Přípravná deprese – Tento druh deprese vzniká z hrozící ztráty. Naše první reakce je, že se snažíme nemocného člověka rozveselit a vysvětlit mu, že se nemá na vše dívat tak černě. Upozorňujeme na lepší stránky života. Máme radost, když nemocný na chvíli pookřeje. Myslíme však především na sebe.

„Ale je deprese tou správnou cestou, aby si nemocný ulehčil přijímání svého osudu? Pak totiž už není místo pro žádnou radost: kdo nemocnému vždy znovu ukazuje světlejší aspekty, odvádí jeho pozornost od blízkého konce. I přesto se bude nemocný rmoutit. Je v postavení, že ztrácí vše, co miloval.“ (Kübler-Rossová, 1992, s. 50)

Je proto důležité nechat nemocného vyjádřit svou bolest. Sdílet s ním bolest beze slov, neboť bolest nepotřebuje žádná slova. Postačí pouhý dotek, držet nemocného za ruku, být potichu a dát mu na vědomí, že při něm stojíme i v této nejtěžší situaci a není sám (Kübler-Rossová, 1992).

Pátá fáze: Souhlas, smíření, akceptace – Měl-li nemocný člověk dostatek času projít předchozími stádii, nyní se nalézá ve stavu smíření, akceptace. Nyní nepocituje zlost na svůj osud, není deprimován, netruchlí nad hrozící ztrátou života. Nalézá se ve stádiu tichého očekávání. Jedná se o pozvolna rostoucí potřebu spánku. Nejde o únik od reality nebo od bolesti, rezignaci či beznadějí. Přichází čas na poslední odpočinek, boj je dobojován, bolest odešla. Nemocný si přeje být sám, vyhýbá se zprávám zvenčí, vyhýbá se návštěvám. Už nechce nic řešit. Slovní komunikace bývá nahrazena komunikací mimoslovní nebo mlčením. Důležité je, aby umírající člověk získal pocit, že ani v této chvíli nezůstal sám. Blízkost nejbližších je pro něho nejdůležitější. Přestává komunikovat se svou rodinou, slábne a je unavený. Stačí jen pouhý stisk ruky a sdílet s ním jeho čas, klid a očekávání. Nic neříkat, být pouze s ním (Kübler-Rossová, 1992).

Fáze souhlasu nesmí být vnímána jako stav štěstí, nýbrž jako stav, kde nemocného opustily kruté pocity a bolest. Už není s čím bojovat, nastal čas klidu. Nastává období, kdy víc než nemocný potřebuje pomoc a pochopení rodina. Nyní se okamžiky mlčení stávají smysluplným druhem komunikace. *„Je jen málo lidí, kteří bojují až do úplného konce a nedosáhnou poslední fáze smíření. Avšak jednoho dne řeknou, ...už nemohu dál“* (Kübler-Rossová, 1992, s. 68–74).

Helena Haškovcová doplňuje těchto pět fází vyrovnávání se s nevléčitelnou nemocí další fází, kterou nazvala jako fází nulovou. Tato fáze nastupuje ve chvíli, kdy jedinec začíná pociťovat různé zdravotní problémy. Na základě různých signálů si uvědomuje krutou realitu. V této fázi jedinec zvažuje, zda má navštívit lékaře nebo jestli ještě počká, protože se podle jeho mínění třeba jedná pouze o banální onemocnění. V souvislosti s těmito nemocemi může dojít k zanedbání včasné diagnostiky a léčby

u obzvláště závažných nemocí, kterými jsou například maligní nádorová onemocnění (Haškovcová, 2015).

V každé fázi je téměř vždy přítomna naděje. Naděje smrtelně nemocnému pomáhá překonat týdny a měsíce utrpení a dává mu pocit, že vše má nějaký smysl. Každý pacient místo špatných zpráv od lékaře raději uvítá nadějnou zprávu. Naděje také může vést ke konfliktům. Ve chvíli, kdy někdo v rodině nebo v nemocnici pacientovi sdělí, že už není žádná naděje a pacient stále v naději věří, nastává krutá rána. Podobná situace nastane, pokud ještě rodina věří v jiskřičku naděje, zatímco umírající je připraven k odchodu a cítí, že se s tím rodina nechce vyrovnat (Kübler-Rossová, 2015).

Mlčení přesahuje slova – „*V životě těžce nemocných začíná fáze, kdy bolest přestane, duch se ztrácí v bezesné temnotě a okolí už téměř nevnímá, potřeba potravy mizí. Už není co říkat. Kdo má dostatek sil a lásky, aby se posadil k nemocnému, a chápe hodnotu mlčení, které je silnější než slova, ví, že pohled na nemocného není ani trapný ani nevzbuzuje hrůzu, vidí jen pomalé vyhasínání tělesných funkcí. Pohled tiše umírajícího člověka připomíná padající hvězdu, hvězdu mezi miliony světél na vzdálené obloze, zaplane a zmizí navždy v nekonečné noci.*“ (Kübler-Rossová, 1992, s. 133)

4.4. Doprovázení umírajících

Nyní se budu zabývat problematikou doprovázení, protože je nedílnou součástí umírání. Čerpala jsem od autorů, kteří citlivě popisují postřehy z praxe, a nelze jim nevěnovat pozornost.

Máme se bát umírání? „*Ne, pokud jsou s vámi lidé, kteří vás milují a postarají se o vaše potřeby, a když si řeknete, že chcete umřít doma, nechají vás umřít doma. Pokud nechcete umřít v nemocnici, měli byste mít alespoň možnost jít do hospice.*“ (Kübler-Rossová, 1992)

Doprovázení podle Marie Svatošové – Pokud se budeme sebevíc snažit nemocného doprovázet posledním úsekem života, nemůžeme být tím, kdo s ním kráčel životem dlouhá léta. Skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně. V posledním dějství pacientova celoživotního scénáře se může ocitnout lékař, zdravotní sestra nebo

my. I ten malý úsek může znamenat velmi mnoho, zvláště pro člověka, který už nikoho nemá. Na řadu sociálních rolí se připravujeme i několik let. Připravujeme se na povolání, na manželství, na mateřství. Na smrt nejsme připraveni. Bohužel na smrt není žádný opravný termín. „*Všichni budeme umírat bez generálky, rovnou naostro.*“ (Svatošová, 2012)

Podle Pera a Weinerta (1996) doprovázení umírajících znamená, že je nemocnému nabídnuta pomoc v posledních praktických otázkách jeho života, poskytnuta rada, pomoc, útěcha, dotýčný nezůstane sám do poslední chvíle života. Je důležité nemocnému naslouchat a nepřeslechnout vyslovené i nevyslovené otázky týkající se smyslu života a viny.

Důležité rady pro doprovázení umírajících by vypadaly následovně:

- Jednat opravdově, neskrývat nejistotu a bolest
- Nic nepřehánět, vnímat a respektovat přání nemocného, co se týče blízkosti a zachování odstupu
- Udělat si čas, umírající vycítí, kolik času jsme mu ochotni věnovat
- Naslouchat a chápat, mluvit i mlčet s nadějí a nechat promlouvat symboly (Pera, Weinert, 1996, s. 131-142)

Jak si představuje umírající laskavou péči podle Svatošové?

- Když ke mně přijdete přesto, že víte, že umřu
- Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly v zajištění mého uzdravení
- Když ke mně přijdete a věříte v mé uzdravení/neuzdravení
- Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit
- Když mě berete jako individualitu
- Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké
- Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti

- Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu
- Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu
- Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce

Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde. (Svatošová, 2012)

Podle Heleny Zelenkové je potřeba odcházejícího navést na to, že nejvíce může pro sebe udělat on sám, když celou situaci správně pochopí a přestane se vzpírat (Zelenková, 2015).

4.5. Dříve vyslovené přání

Jedná se o právní akt platný již od roku 2001, který je ukotven v zákoně č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jde o dokument, jehož prostřednictvím může každý člověk vyjádřit svůj souhlas, případně nesouhlas, s léčbou, která by mohla nastat v době, kdy vzhledem ke zhoršenému zdravotnímu nebo psychickému stavu, již nebude aktuálně schopen reálného úsudku. Například pacient s onkologickým onemocněním v terminálním stádiu může pro případ, kdy dojde k zástavě krevního oběhu a bezvědomí, odmítnout resuscitaci a převoz do nemocnice. Nebo pacient s Alzheimerovou chorobou může odmítnout zavedení sondy do žaludku, protože už nechce prodlužovat konečnou fázi své nemoci. Platnost dokumentu není časově omezena a může se kdykoli změnit nebo zrušit. Předpokladem, že dříve vyslovené přání bude mít smysl, je, že pacient s ním pečlivě seznámí své blízké, kteří o něm budou lékaře co nejdříve informovat, nebo bude mít pacient tento dokument stále u sebe (Ondřej Nezbeda, 2016). Platnost a podmínky tohoto dokumentu jsou uvedeny v zákoně č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách, které uvádím v příloze č. 1.

Shrnutí kapitoly

Čtvrtá kapitola ukotvuje teoretická východiska, postoje a vnímání smrti jako takové. Dříve byl umírající středem rodiny, neustále začleněn a obklopen svými nejbližšími. V dnešní době se bohužel rozmáhá trend odmítání a odklánění se od umírajících, kteří potom odchází ze světa zcela izolováni v nemocnicích. Tento vývoj nepřináší nic kladného ani pro umírajícího, ani pro pozůstalé a narůstají nepříjemné pocity a vnímání smrti. Řada autorů na tento fakt poukazuje a snaží se tak změnit vnímání širší společnosti na problematiku neosobního umírání. Pokud má člověk dostatek času, prochází si vždy několika fázemi, než dojde ke smíření. Z literatury vyplývá, že v dnešní společnosti bohužel nejsme připraveni v rámci doprovázení umírajících na sociální roli spojenou se smrtí. Avšak je potřeba znát názory a pocity seniorů žijících v domovech z toho důvodu, aby mohla samotná zařízení zlepšovat podmínky v době, která je tak opomíjená. Každý neumírá ve společnosti svých blízkých nebo v zařízeních tomu určených. Abychom mohli lépe porozumět umírajícím, musíme se jich na pocity a potřeby v době umírání ptát. Z teoretické části jasně vyplývá, že problematika smrti a umírání je

pro seniory důležitá, a že se o ní příliš nemluví. Z toho důvodu je potřeba se ptát, jak vnímají senioři smrt a umírání a jaké potřeby mají v době umírání. Jaké potřeby jsou pro ně nejdůležitější, jestli mají přání a zda mají povědomí o právu na tzv. dříve vyslovené přání. Jakým způsobem lze pomoci uživatelům, aby jejich kvalita života byla zachována, bude shrnuto v závěru metodické části.

5. Výzkumné šetření

Výzkumná část bakalářské práce je řazena do tří částí. První část se zabývá formulací výzkumných cílů a jednotlivé výzkumné cíle jsou zde následně popsány. Ve třetí části je metodologické ukotvení a samotná realizace výzkumného šetření.

5.1. Formulace výzkumných cílů

Hlavním cílem mého výzkumného šetření je zjistit, jak vnímají uživatelé sociálních služeb domov pro seniory smrt a umírání, s jakými představami přichází do pobytového zařízení, jakou by si zde představovali péči z hlediska všech potřeb ve fázi umírání a zda mají povědomí o právu na dříve vyslovené přání. Výsledek výzkumného šetření přinese pohledy vnímání uživatelů na jednotlivé otázky a propojenost mezi těmi, které spolu souvisí a vyjadřují celkovou problematiku vnímání z pohledu uživatelů.

Hlavní výzkumná otázka: Jak vnímají uživatelé sociálních služeb domov pro seniory smrt a umírání, jaká mají očekávání a přání od pobytového zařízení, jak by si představovali péči v pobytovém zařízení z hlediska potřeb biologických, psychologických, sociálních a duchovních ve fázi umírání a zda mají povědomí o právu na dříve vyslovené přání?

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty pobytovému zařízení, ve kterém respondenti žijí, pro možnost zkvalitnění jejich životních podmínek v době umírání. Hlavní výzkumná otázka je rozdělena do tří dílčích výzkumných otázek.

DVO1: Jak uživatelé sociální služby domov pro seniory vnímají smrt a umírání, jestli o smrti přemýšlí a zda mají možnost o této problematice hovořit?

Cílem této výzkumné otázky je zjistit, jak uživatelé sociální služby domov pro seniory vnímají smrt a umírání, jestli o smrti vůbec polemizují, jaké mají pocity při myšlence na úmrtí a zda mají možnost o této problematice hovořit a s kým.

DVO2: Jak si uživatelé domovů pro seniory představují péči v pobytovém zařízení z hlediska potřeb biologických, psychologických, sociálních a duchovních v době umírání a jaká mají očekávání od pobytového zařízení?

Cílem této výzkumné otázky je zjistit, jakou uživatelé domovů pro seniory očekávají péči v pobytovém zařízení z hlediska svých vlastních potřeb. Jaké mají představy o naplňování těchto svých potřeb od pobytového zařízení a od samotného personálu v době umírání, zda by pobytové zařízení pro ně mohlo něco udělat, případně kde si přejí prožít poslední chvíle svého života a s kým.

DVO3: Co by si uživatelé přáli prožít v domově pro seniory a zda mají povědomí o právu na dříve vyslovené přání?

Cílem této výzkumné otázky je zjistit, jaká mají uživatelé sociální služby domov pro seniory nevyslovená přání, která by jim mohlo pobytové zařízení splnit a zda mají uživatelé povědomí o právu na dříve vyslovené přání podle zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

5.2. Transformace výzkumných otázek

Níže uvedená tabulka znázorňuje transformaci výzkumných otázek.

Tabulka 3: Transformace výzkumných otázek

Výzkumné otázky	Výzkumný nástroj	Respondenti
DVO1	Polostrukturovaný rozhovor	Uživatelé sociální služby DPS Dubina
DVO2	Polostrukturovaný rozhovor	Uživatelé sociální služby DPS Dubina
DVO3	Polostrukturovaný rozhovor	Uživatelé sociální služby DPS Dubina

Zdroj: Vlastní zpracování

Níže uvedená tabulka znázorňuje transformaci dílčích otázek do tazatelských otázek.

Tabulka 4: Transformační tabulka výzkumných kroků

Dílčí výzkumné otázky	Tazatelské otázky
<p>DVO1: Jak uživatelé sociální služby domov pro seniory vnímají smrt a umírání, jestli o smrti přemýšlí a zda mají možnost o této problematice hovořit?</p>	<p>TO1: Jak často myslíte na smrt, zda vůbec?</p> <p>TO2: Jaké pocity máte při myšlence na smrt?</p> <p>TO3: Jak si představujete odchod ze života?</p> <p>TO4: S kým hovoříte o problematice umírání?</p>
<p>DVO2: Jak si uživatelé domovů pro seniory představují péči v pobytovém zařízení z hlediska potřeb biologických, psychologických, sociálních a duchovních v době umírání a jaká mají očekávání od pobytového zařízení?</p>	<p>TO5: Co byste chtěl/a, aby pro Vás udělalo pobytové zařízení v době umírání?</p> <p>TO6: Jaká máte očekávání od pobytového zařízení/personálu v době umírání?</p> <p>TO7: Kde si přejete prožít poslední chvíle svého života a s kým?</p> <p>TO8: Bojíte se něčeho v průběhu umírání?</p>
<p>DVO3: Co si uživatelé přejí prožít v domově pro seniory a zda mají povědomí o právu na dříve vyslovené přání?</p>	<p>TO9: Co byste si přál/a prožít v pobytovém zařízení? Máte nějaké přání? Jaké?</p> <p>TO10: Mohlo by Vám pobytové zařízení s takovým přáním pomoci?</p> <p>TO11: Víte o možnosti tzv. dříve vysloveného přání?</p>

Zdroj: Vlastní zpracování

5.3. Metodologie výzkumného šetření

V metodologii výzkumu zdůvodním volbu výzkumné metody a techniky a popíši charakteristiku zkoumaného vzorku.

5.3.1. Výzkumná strategie a technika

Pro výzkumné šetření jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Jak uvádí Hendl (2016 s. 46–48), v kvalitativním výzkumu si výzkumník vybere téma a stanoví výzkumné otázky. Poté vyhledává a analyzuje informace přispívající k zodpovězení stanovených otázek. Výzkumník také provádí deduktivní a induktivní závěry. Snaží se pochopit lidské jednání a myšlení. Získaná data jsou induktivně analyzována a podrobně popsána. Ze základních metod kvalitativního sběru dat jsem pro výzkum vybrala techniku polostrukturovaného rozhovoru.

Od respondentů byly získávány odpovědi technikou polostrukturovaného rozhovoru, jak jsem již výše uvedla. Tento rozhovor obsahuje soubor otevřených otázek. Jak píše Hendl (2016, s. 168), „(...) *existuje určitá střední cesta v podobě polostrukturovaného dotazování, jež se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací.*“ Tato flexibilita by, dle mého předpokladu, mohla obohatit původní předpoklad množstvím získaných odpovědí a zvětšit rozsah analyzovatelných dat.

Rozhovor se skládá z 11 otevřených tazatelských otázek, které byly vytvořeny z hlavní výzkumné otázky a třech dílčích výzkumných otázek. Ty byly v průběhu dotazování doplněny o navazující otázky. Navazující otázky byly použity k detailnějšímu pochopení některých otázek a odpovědí. Jelikož téma, které jsem si zvolila, je velice citlivé a obsahuje otázky směřující přímo k problematice umírání, jevila se mi kvalitativní metoda a technika polostrukturovaného rozhovoru jako nejvhodnější.

5.3.2. Popis a výběr respondentů

Výzkum probíhal v DPS Dubina, ve kterém jsem zaměstnaná na pozici aktivizační pracovnice. Starám se o volný čas uživatelů. Zkoumaný soubor respondentů byl vybrán účelově, a to podle dále zvolených kritérií za účelem maximalizace kvality získaných dat. V domově pro seniory je cca 153 uživatelů, z nichž 20–30 není schopno hovořit a cca 50 uživatelů trpí stařeckou demencí. Z tohoto důvodu jsem vybrala 10 uživatelů, kteří nemají vážnou poruchu sluchu, aby nedošlo při rozhovoru k nepochopení, dezinformacím a zbytečným negativním emocím. Dále byli vybráni uživatelé, kteří netrpí těžkou stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou či jinými psychiatrickými nemocemi, jsou kompetentní k rozhovoru a jsou orientovaní v čase a prostoru. Především jsem se řídila ochotou hovořit o smrti a umírání a ochotou zúčastnit se výzkumu. Pro dotazování jsem chtěla zvolit skupinu složenou z mužů a žen, setkala jsem se však s neochotou mužů hovořit na téma smrti a umírání. Další bariérou pro zařazení mužů do skupiny oslovených, byl nízký počet mužů na oddělení, ve kterém pracuji a ti, kteří zde jsou, nejsou kompetentní k rozhovoru, jelikož nejsou orientovaní v čase a prostoru. Z toho důvodu jsou dotazované pouze ženy. Dle mého názoru je tento počet pro účely výzkumu dostačující. Podle Touška (2012, s. 61–62) neexistuje obecné pravidlo stanovující velikost zkoumaného vzorku respondentů. Záleží však na povaze výzkumu a zkušenostech výzkumníka. Důraz klade spíše na kvalitu výzkumného vztahu výzkumníka s respondenty, aby získal co nejpodrobnější informace. Tabulka 5 uvádí výčet tázaných respondentek.

Tabulka 5: Tabulka respondentů

Označení uživatelů sociální služby domov pro seniory	Pohlaví	Věk (zaokrouhleno na celé roky)	Doba setrvání v pobytovém zařízení k 31. 12. 2018
Respondentka č. 1	žena	88 let	6 měsíců
Respondentka č. 2	žena	85 let	18 měsíců
Respondentka č. 3	žena	92 let	13 měsíců
Respondentka č. 4	žena	89 let	5 měsíců
Respondentka č. 5	žena	87 let	31 měsíců
Respondentka č. 6	žena	86 let	219 měsíců
Respondentka č. 7	žena	87 let	23 měsíců
Respondentka č. 8	žena	94 let	48 měsíců
Respondentka č. 9	žena	84 let	16 měsíců
Respondentka č. 10	žena	65 let	11 měsíců

Zdroj: Vlastní zpracování

5.3.3. Procedura sběru dat

V průběhu října jsem si zajistila souhlas k provedení rozhovorů a součinnost s vedoucí domova pro seniory Mgr. Monikou Kopeckou.

Nejprve jsem provedla pilotní rozhovor, na základě kterého jsem si ověřila srozumitelnost a smysluplnost tazatelských otázek. Všechny rozhovory byly se souhlasem respondentek nahrávány a probíhaly mezi čtyřma očima na jejich pokoji, kde jsme nebyly nikým a ničím rušeny a bylo zajištěno soukromí. Nejprve jsem požádala uživatelky o souhlas s rozhovorem a domluvila si s nimi schůzku vždy den předem a připomněla jsem jim ji ještě v daný den dopoledne. Všechny rozhovory probíhaly po obědě, kdy jsou všichni na svých pokojích a nehrozí vyrušení ze strany personálu z hlediska nastavených harmonogramů péče. Vysvětlila jsem význam výzkumu, objasnila účel jednotlivých tazatelských otázek a časovou náročnost rozhovoru.

Všechny respondentky jsem ubezpečila o anonymitě získaných dat. Respondentky byly seznámeny s možností ukončení rozhovoru v případě, že by nechtěly odpovídat na některé otázky nebo se necítily v průběhu rozhovoru dobře. Všechny rozhovory byly poskytnuty dobrovolně. Nezbytnou pomůckou pro mě bylo vytvoření časového harmonogramu, jehož součástí byl časový plán a místo návštěvy/číslo pokoje u všech plánovaných respondentek. K rozhovoru jsem využila formulář s vytištěnými otázkami. Při rozhovoru jsem neustále ověřovala, jak respondentka jednotlivým otázkám rozumí, pokud nerozuměla, opakovala jsem jednotlivé otázky. První zkušební rozhovor s uživatelkou proběhl začátkem prosince 2018.

5.3.4. Etická rizika provedení výzkumu

Zvolila jsem si velmi citlivé téma. O smrti a umírání se v současné společnosti nehovoří, anebo jen málo, neboť toto téma doprovází negativní vzpomínky z minulosti. Je reálné očekávat neochotu ze strany respondentů hovořit na zvolené téma, které se projeví například předčasným ukončením rozhovoru pro negativní emoce a vzpomínky z minulosti týkající se smrti někoho blízkého. Předpokládám však, že po seznámení s tématem výzkumu budou uživatelky ochotny odpovídat na položené otázky. Spatřovala jsem za důležité složit skupinu dotázaných z žen a mužů, což se mi bohužel nepodařilo. Vzhledem k tomu, že v zařízení pracuji a trávím s uživateli jejich volný čas, vytvořili si ke mně jistou důvěru, která by mohla pozitivně ovlivnit jejich přístup ke kladeným otázkám i jejich míru otevřenosti. Jsem u uživatelů oblíbená, a proto zde spatřuji také riziko, že vybrané respondentky budou odpovídat na mé dotazy dle toho, co si myslí, že bych chtěla slyšet, a je zde tedy reálná hrozba zkreslení získaných dat. Senioři totiž sledují smysluplnost svého počínání a chtějí být ještě prospěšní a důležití.

Jsem pro respondentky známá tvář, každý den se setkáváme a máme mezi sebou vztah na osobní úrovni, protože starší osoby umístěné v podobných pobytových zařízeních se velmi snadno upínají na místní personál, jelikož s nimi tráví nejvíce času – více než jejich vlastní rodina – a snadněji si k němu vytváří užší vazby. Pobyt se pro uživatele poté stává snesitelnější a více přátelský. Nicméně faktor větší otevřenosti ke známé osobě z tohoto pohledu spatřuji jako pozitivní jev,

který by mohl zkvalitnit míru hloubky odpovědí respondentů. Výsledky výzkumu poté mohou přispět ke zlepšení podmínek v domově a uživatelům samotným pomoci překonat nejtěžší životní úsek. Rozhovor a styl kladení a ověřování srozumitelnosti otázek byl z mé strany upraven tak, aby byl pro respondentky smysluplný. Minimalizovala jsem tak případné riziko, že by některá z respondentek chtěla něco v průběhu rozhovoru či dodatečně měnit, protože by takové jednání považovala za zbytečné.

5.4. Analýza dat

Všechny respondentky souhlasily s pořízením zvukového záznamu. Následně jsem všechny nahrávky přepsala a převedla do tištěné formy. Zachovala jsem původní dialekt respondentek, pouze jsem rozhovor zkrátila o nedokončené věty, které postrádaly smysl a z hlediska zjišťování výzkumného cíle neměly žádný význam. Upravila jsem text, aby nebyl rušivý a slova, která byla nesrozumitelná, jsem nahradila srozumitelnými. Po této redukci jsem použila kódování textu a následně pro přehlednost také barvení textu. Každý kód odpovídá zvolené barvě pro lepší přehlednost. Dále jsem v textu hledala opakující se vzorce a struktury, na základě kterých jsem určila kategorie.

Přehled zjištěných kategorií:

- Úvaha o smrti a umírání;
- vnímání smrti a umírání z pohledu uživatele DPS;
- vlastní představa o smrti v DPS;
- vnímání potřeb v době umírání/zhoršení zdravotního/psychického stavu v DPS Dubina;
- jak může DPS Dubina pomoci svým přístupem v době umírání;
- přání uživatele, které může splnit DPS Dubina;
- povědomí o právu na dříve vyslovené přání.

Díky doslovnému přepisu rozhovorů je možné vyhodnocení podložit tvrzeními jednotlivých respondentek, které budu, v části Interpretace dílčích výzkumných otázek, doslovně citovat.

6. Interpretace dílčích výzkumných otázek

V této části se zabývám interpretací získaných dat a jejich vyhodnocením. Cílem analýzy je získat odpovědi na dílčí výzkumné otázky, a poté souhrnně na hlavní výzkumnou otázku. Každou analýzu dat jsem rozdělila podle dílčích výzkumných otázek, tzn. do třech kapitol. Odpovědi na dílčí cíle jsou zodpovězeny pomocí kategorií, které mi na základě kódování textu logicky vyplynuly.

6.1. DVO1 – Jak uživatelé sociální služby domov pro seniory vnímají smrt a umírání, jestli o smrti přemýšlí a zda mají možnost o této problematice hovořit?

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, zda uživatelé sociální služby DPS myslí na smrt, zda vnímají smrt pozitivně nebo negativně, jaké pocity u této myšlenky mají, zda mají nějakou zkušenost se smrtí a jestli mají vůbec možnost o této problematice s někým hovořit. Celé toto vnímání považuji za důležité pro celkový výsledek bakalářské práce, neboť bez těchto úvah bych nezjistila, jaký pohled na problematiku smrti a umírání uživatelé mají.

Na základě těchto tazatelských otázek jsem pomocí kódování odpovědí zjistila tyto kategorie:

- úvaha o smrti a umírání;
- vnímání smrti a umírání z pohledu uživatele DPS;
- vlastní představa o smrti v DPS.

1. Úvaha o smrti a umírání

U většiny respondentek bylo zjištěno, že o smrti a umírání uvažují často a opakovaně. Je to velmi častý jev spojený s věkem, povahou, postojem a prožitými zkušenostmi. Někteří na smrt myslí každý den, jiní občas a někteří se těmito úvahám úplně vyhýbají. Někteří svoje úvahy popírají i přes to, že z celkového rozhovoru je patrné, že těmito úvahám přesto podléhají. Respondentka č. 1 uvedla: „*Na smrt rozhodně myslím. Dřív jsem na to nemyslela, dnes však ano, to přijde s věkem.*“ Respondentka č. 3. uvádí: „*Já na to myslím každý den, mám to pořád v hlavě.*“

Respondentka č. 5 uvádí: „*Na smrt myslím hodně často, dřív ne, to jsem byla mladá a konec jsem si nepřipouštěla.*“ Respondentka č. 6 uvádí: „*No, myslím na smrt, myslím třeba na to, abych nemusela nikoho obtěžovat.*“ Respondentka č. 8 uvádí: „*Myslím na smrt častěji než dřív.*“. Respondentka č. 7 naopak uvádí, že její myšlenky nejsou tak časté: „*Moc často na smrt nemyslím.*“ Ostatní respondentky se brání na smrt myslet. Každá k tomu má však své důvody. Respondentka č. 2 uvádí: „*Nemyslím na to. Já na to nechci myslet.*“ Respondentka č. 4 uvádí: „*Ne, radši ne. Nevím, jestli mám strach, ale nepřemýšlím nad tím. Nechci se tím zabývat.*“ Respondentka č. 9 vysvětluje svůj postoj následovně: „*Já zatím nemyslím, protože celkem jsem byla zdravá, až na to, že nemůžu na tu nohu. To je můj největší problém.*“ Zcela jedinečný pohled nabídla respondentka č. 10, která uvedla: „*Ano, myslím na smrt od doby, kdy jsem se smrtí setkala osobně. Tatínek zemřel a podařilo se nám ho udržet do poslední chvíle mezi námi. On vždy pomáhal nám, nyní jsme pomáhali my jemu. Maminka zemřela 5 let poté na Alzheimerovu chorobu, čtvrt roku nato zemřela sestra, vzala si život. Já nemyslím na to, jak dlouho zde budu žít, ale jak svoje chvíle prožiju se svými přáteli do konce.*“

Zjistila jsem, že myšlenky na smrt se týkají všech oslovených respondentek. Na základě výpovědí respondentek je zřejmé, že na smrt myslí velmi často, některé každý den, zatímco v mládí na smrt nemyslely. Tyto myšlenky jsou provázené zkušenostmi a jsou součástí závěrečné etapy života. Lidé se ocitají na prahu života a smrt si uvědomují mnohem častěji, zatímco v mládí si smrt nepřipouštěli. Zcela jiný pohled na smrt je u respondentky, která je nevléčitelně nemocná. Té záleží na kvalitě prožitého času, který má. U těch, kteří na smrt nemyslí nebo se myšlenkám na ni vyhýbají, se jedná pouze o jejich obranu před negativními pocity.

2. Vnímání smrti a umírání z pohledu uživatele DPS

Zjišťovala jsem, jaké pocity mají respondentky při myšlence na smrt. Chtěla jsem zjistit, zda je vůbec možné na toto téma otevřeně hovořit a jaké pocity při rozhovoru respondentky vnímají. Respondentka č. 1 uvádí: „*Při myšlence na smrt mám spíše pozitivní pocity, beru to tak, že musím odejít a že v tomhle věku může člověk být rád, že tady vůbec takhle dlouho byl, třeba do 70, 80, 90 let.*“ Respondentka č. 3 uvedla: „*Já se tam setkám s těma, co už odešli. To je už od mala, takhle nám to už vštěpovali rodiče, když jsme byli malí, tak nám vypravovali, že se tam všichni*

sejdeme. Ale asi to není pravděpodobný. Těším se, že se s nima sejdou. Beru to pozitivně. Kolikrát si myslím, že by to už mohlo bejt, že už jsem tady hodně dlouho. Když jsem byla mladší, tak jsem na to nemyslela, ale teď si říkám, už aby to bylo. Abych se tam s někým setkala. Někdy to promýšlím pořád dokola a říkám si, že jsem blbá, že je to jen klam a představa převzatá od rodičů. Je snadnější si dávat naději.“ Respondentka č. 4 uvádí: „Ne, nepocituju nepříjemný pocit při myšlence na odchod ze světa.“ Respondentka č. 5 uvádí: „Říkám si, abych tady padla a konec. Aby to bylo rychlý. Až to přijde, tak to bude tady. Ale tak já jsem nikdy nepočítala, že se ocitnu tady. Kdybych se už neprobudila, tak by to bylo lepší. Kluci by taky měli ulehčino. Nebýt dětí, tak bych už nežila.“ Respondentka č. 8 uvádí: „Při myšlence na smrt mám pozitivní myšlenky. Nebojím se, je to přirozená věc. Tak to musím brát a беру.“ Respondentka č. 9 uvedla: „Děti nesouhlasily s tím, že půjdu do domova důchodců. Nechtěj si připustit, že jednoho dne odejdu.“ Respondentka č. 10 uvedla: „Je rozdíl mezi věřícím a nevěřícím člověkem. Pro mě důležitý je to, že věřím ve věčnost. Pokud někdo věří ve věčnost, tak je pro něj to odcházení jednodušší.“ U většiny respondentek bylo zjištěno, že smrt vnímají spíše pozitivně. Převážně každá respondentka má vlastní pohled na téma smrti a zkušenost s ní.

Respondentka č. 1 uvedla: „Maminka byla nemocná, já za ní chodila každý den. Do poslední chvíle byla pěkná. Byl tam primář z geriatric. Volal mi, že maminka zemřela. Nechácala jsem, on řekl, že měla slabé srdíčko a zemřela v klidu. Usnula v klidu a odešla. Pomohlo mi to tu bolest překonat, to vědění, že odešla bez bolesti a v klidu.“ Respondentka č. 2 uvedla: „Naše maminka usnula a už se neprobudila, bylo jí 53 let.“ Respondentka č. 7 uvádí: „I když v naší vesnici nás bylo 6, ten můj ročník, a už jsem tam zbyla sama. Kolikrát si na to vzpomenu.“ Respondentka č. 9 uvádí: „Jako můj muž, měl nemocné srdíčko. Odešel v klidu. Já mu to přála, že tak odešel.“

Respondentky vnímají vlastní konec života pozitivně. Berou to jako nezbytnou součást života a některé respondentky smrt dokonce očekávají každým dnem. Podle všech výpovědí respondentek je zřejmé, že se jedná o zralý pohled lidí, kteří mají život prožitý, ocitají se již na samém konci a vědí, že konec musí přijít. Některé respondentky mají vlastní zkušenost se smrtí. Respondentky při odpovědi na otázku, jaké pocity při myšlence na smrt mají, automaticky přidávaly vlastní zkušenost se smrtí. U všech respondentek jsem se setkala s vyprávěním vlastní zkušenosti

s umíráním, ať už svých rodičů, sourozenců nebo manžela, ale také se smrtí vlastních dětí. Pohled na problematiku odchodu ze světa je zkušeností ovlivněn. Podle mého názoru jsou jejich prožitky s úmrtími provázané s jejich představami o vlastní smrti. Většina se se smrtí blízkého člověka smířila a vnímá svůj odchod jako nezbytný a přeje si odejít podobně jako jejich blízký. Některé respondentky považují za dar, že zde mohly žít tolik let. Jedna respondentka se při mé otázce na téma smrt rozplakala, neboť jí zemřel syn i manžel. Myslím si, že s úmrtím vlastního dítěte je těžké se smířit, a proto se respondentka myšlence na smrt vyhýbá a negativní emoce tím zahání, což v tomto případě považuji za běžnou reakci.

3. Vlastní představa o smrti v DPS Dubina

Všechny respondentky mají vlastní představu o smrti. Představy si spojují se zkušenostmi a prožitky z minulosti. Mají přání a doufají, že smrt bude taková, jako v jejich paměti, když ji zažily v souvislosti s odchodem jejich blízkého člověka. Respondentka č. 1 uvádí: *„Tak nejraději bych odešla ve spánku, jako maminka. Přála bych si, aby to netrvalo dlouho. Vždycky se na bolest něco najde. Někteří lidé umírají dlouho, ale to já nechci. Radši bych do toho hospicu.“* Respondentka č. 2 uvádí: *„Chtěla bych usnout a už se neproбудit, jako naše maminka.“* Respondentka č. 3 uvádí: *„Já bych to chtěla tak, že bych zaspala a nezbudila se. Odešla bych tak najednou, bez bolesti, bez nějakých trampot. Protože tomu mojemu chlapovi nadávám každý ráno, když se vzbudím, že mi slíbil, že pro mě přijde brzo a už je to 32 let a zase jsem se probudila.“* Respondentka č. 5 uvádí: *„Nejlepší by bylo zemřít ve spánku.“* Respondentka č. 6 odpověděla: *„Chtěla bych umřít doma u své dcery. Tam se cítím doma. Odejít ve spánku, tak bych si to přála“* Respondentka č. 7 uvádí: *„Ale tak nějak se do toho pořád nemohu vzít, jak to asi bude vypadat. Nedokážu si to představit. Tak to přijde a půjdu za dědou.“* Respondentka č. 8 popsala své pocity následovně: *„Nechci trpět, chtěla bych, aby to bylo rychlé. Mám čisté svědomí, děti jsou zaopatřené, všichni dostali stejně a nemám žádné resty. Beru to normálně, my jsme si to tady odžili, to znamená, že odejít musíme a není na tom nic nepřirozeného. Nebojím se. Přeju si to rychle. Abych nebyla po nemocnicích. Nechci být sama někde odvezená. Doma usnout bez bolesti, v klidu mezi blízkými, bez utrpení. Přirozeně, jak to má být. Musíme*

odejít a já s tím počítám.“ Respondentka č. 9 uvedla: „Chtěla bych odejít v klidu. Zastaví se srdíčko a tak.“

U většiny respondentek bylo zjištěno, že o vlastní představě smrti hovoří málo. Nejméně se svými dětmi a blízkými členy rodiny. Někdy hovoří se spolubydlícími v DPS Dubina a některé respondentky o smrti vůbec nehovoří. Například o odmítání svých blízkých hovoří respondentka č. 1 takto: *„Se synem a s dcerou nemůžu hovořit o konci mého života, dcera začne brečet a říká: ‚Prosím tě, mami, tohle neříkej.‘, a syn je takovej tvrdší a říká: ‚Mami nech toho!‘. Nechtějí o tom slyšet. Nemůžu jim říkat, co bych chtěla. Mám napsané písničky, které bych chtěla na pohřeb. Dcera mi říká: ‚Mami, prosím tě, co to říkáš? Nech toho!‘. Ivana brečí a brečí. Je citlivá.“* Respondentka č. 2 uvedla: *„Paní W. tady mám a spolu vycházíme a povídáme si o všem. A v rodině dcera. Určitě, ona to všechno zažene, řekne ‚Mami máme tě rádi. Přijdeš k nám na Vánoce.‘ Takhle si nepřímo povídáme a víme obě, o co jde.“* Pozitivní zkušenost má respondentka č. 3: *„Mluví s vnukem o mém konci a on mě vyslechne. Rodina také.“* Opačnou zkušenost má respondentka č. 4, která uvádí: *„Nemám možnost o konci života s někým mluvit. Vy jste jediná, sestřičko. Nikdo za mnou nechodí. Já se na ně zlobím, jsou to lajdáci. Jako bych nebyla.“* Respondentka č. 5 uvedla: *„Asi se svou snachou, nevím vlastně.“* Respondentka č. 6 uvedla: *„Když něco řeknu před dcerou, tak řekne ‚Maminko nech toho!‘, tak tady nemůžu. Jak jsem byla na děčku, tak jsem si tam mohla popovídat s jednou paní. Tady jsem se sešla s paní A., jak je tady za rohem. Jak jezdí s vozíčkama a pomáhá. Tak ona je fajn, s tou jako jo, ale jinak o tom nemůžu mluvit. To víte, sestřičko, že bych někdy potřebovala.“* Respondentka č. 7 odpovídá: *„Před dětma bych nemohla. Ty by mě setřely. Mně se líbí paní L., tu mám ráda, to je taková hodná paní. Ona nikoho nepomlouvá, ona je moc hodná. Spolu si povídáme, když je nám dobře i těžko.“* Respondentka č. 8 uvádí: *„Já o tom nemluví. S dětma vůbec ne. Pouze dcera o tom ví, ale to je vše. Zná moje přání. Chci jen malý pohřeb s rodinou. Chci tady v Pardubicích v krematoriu. Je tam kolečko na vsyp. To se ten popel nasype a zadělají drnem. Tady svítí sluníčko a tam si přeju nasypat. Nechci jinam, pouze tady v Pardubicích. Je to tam pořád hezký. Je tam teplo, je to prosluněné místo. Já mám všechno naplánované. Chodila jsem se na tohle místo dívat. Žila jsem tu 15 let.“* Respondentka č. 9 uvádí: *„Můžu si o tom promluvit se synem. Dcera moc nechce. Vždyť je to běžný, že lidi přijdou a odejdou.“*

Všechny respondentky mají vlastní představu o smrti. Představují si ten nejpříjemnější způsob odchodu ze světa, který se dá představit a přát. Z výpovědí je již z části zřejmé, jaká očekávání mají od pobytového zařízení a svých příbuzných. Domnívám se, že tyto představy pro ně nejsou snadné a že všechny respondentky prožívají uvnitř sebe boj se strachem. Jen jsou tak silné a tento strach dokážou potlačit.

Na základě výpovědí respondentek vnímám jejich potřebu o smrti hovořit. Tři respondentky mají možnost hovořit na toto téma alespoň s jedním z členů rodiny. Dvě z dotázaných respondentek si na povídání o svém trápení našly spolubydlící v DPS Dubina. Ostatní respondentky se při zmínce o smrti setkávají s odmítnutím svých blízkých. Domnívám se, že by bylo do budoucna přínosné zajistit uživatelům této sociální služby možnost sdílet svá trápení a obavy s profesionálem.

6.1.1. Shrnutí DVO1

Výsledky první výzkumné otázky hovoří o tom, že všechny respondentky myslí na smrt, avšak některé tuto skutečnost popírají. V případě, že tuto skutečnost popírají, mají k tomu své důvody, například vlastní nepříjemnou zkušenost se smrtí nebo bolest, kterou prožívají při vzpomínce na blízkého člověka. Respondentky převážně vnímají smrt pozitivně a s odchodem ze života jsou smířené. Všechny dotazované mají vlastní představu o své smrti, která se úzce váže k prožitým zkušenostem a víře v Boha. Je zajímavé, že všechny respondentky by rády s někým hovořily o smrti a záležitostech v době umírání, avšak některé nemají možnost promluvit si se svými blízkými, protože je rodiny odmítají. Některé respondentky sdílejí své myšlenky alespoň se spolubydlícími z DPS Dubina. Zbývající nemají možnost hovořit o svém trápení vůbec.

6.2. DVO2 – Jak si uživatelé domovů pro seniory představují péči v pobytovém zařízení z hlediska potřeb biologických, psychologických, sociálních a duchovních v době umírání a jaká mají očekávání od pobytového zařízení?

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, jak si uživatelé sociální služby domov pro seniory představují péči v pobytovém zařízení z hlediska jejich potřeb biologických,

psychologických, sociálních a duchovních (spirituálních). Zda jsou jejich potřeby uspokojovány, které z potřeb považují za nejdůležitější a které méně důležité, případně které potřeby vnímají na stejné úrovni. Pro výsledek výzkumu je potřeba zjistit, jaká mají respondentky očekávání od pobytového zařízení. Cílem je tedy najít způsob, jak by mohlo pobytové zařízení přizpůsobit péči o uživatele v období umírání tak, aby se uživatelé cítili lépe.

Na základě tazatelských otázek jsem pomocí kódování odpovědí zjistila tyto kategorie:

- Vnímání potřeb v době umírání / zhoršení zdravotního či psychického stavu v DPS Dubina;
- jak může DPS Dubina pomoci svým přístupem v době umírání.

1. Vnímání potřeb v době umírání / zhoršení zdravotního či psychického stavu v DPS Dubina

Respondentky hodnotily naplňování základních (biologických) potřeb v DPS Dubina. Respondentka č. 1 uvádí: „*O všechny moje potřeby je tady postaráno. Jím jen to, co mi chutná, většinu věcí si obstarám sama, se zbytkem mi pomáhají sestřičky.*“ Respondentka č. 2 odpovídá: „*Mě krmili, když jsem sem přišla. Já si nemůžu na nic stěžovat.*“ Respondentka č. 4 uvádí: „*Nic nepotřebuju, zatím si všechno obstarám sama. Najíst dostanu a není na co si stěžovat. O všechno je postaráno.*“ Respondentka č. 5 uvádí: „*Tady si není na co stěžovat. Všechno, co potřebuju, mám.*“ Respondentka č. 8 uvádí: „*Nepotřebuji nic. O biologické potřeby je zde postaráno.*“ Respondentka č. 9 uvádí: „*Mohli by tu zlepšit jídlo.*“ Respondentky se ve většině případů shodly, že o biologické potřeby je v DPS Dubina dobře postaráno. Zajímavý pohled nabídla respondentka č. 10, která uvádí: „*Představte si, že se Váš denní režim a zvyklosti mění s příchodem směny, která je v jiném složení, než včera, předevcírem, zítra... Každá pečovatelka má své postupy a metody, nálady a přístup. Můžete se přizpůsobit systému, který zde je, ale je potřeba zvládnout péči každé pečovatelky zvlášť. Bud' se přizpůsobíte těmto provozním každodenním změnám, nebo se tomu postavíte. Pak také můžete čelit nepříjemným situacím. Je však snadnější se smířit s rozmanitostí kvality péče.*“

Respondentky dále hodnotily uspokojování sociálních potřeb v DPS Dubina. Respondentka č. 1 uvádí: „Rodina za mnou může přijít kdykoliv. Chtěla bych do poslední chvíle být něco platná a háčkovat. Zapojovat se mezi ostatní lidi, co ještě můžou cvičit, jezdit na procházky a vařit.“ Respondentka č. 2 uvádí: „Bylo by dobré, abychom k sobě měli blízko. Sestřičky tady jsou hodný, není tu jediná, které bych mohla něco vyčítat. To si cením, když někdo takhle přijde, sedne si v mém pokoji a takhle si se mnou povídá.“ Respondentka č. 3 odpovídá: „Chvíli prostě zůstat, a né aby sestřičky proběhly pokojem a utekly. Právě proto děti opatrovaly vždycky svoje babičky a prababičky. Dělalý jsme jim jídlo, doprovázely je do kostela na mši, a měly o ně starost, my jsme to musely udělat. To byla naše povinnost.“ Respondentka č. 4 uvádí: „Já si tady vždycky někoho najdu na to povídání.“ Respondentka č. 5 uvádí: „Tak ona některá ta sestřička občas prohodí pár slov. Mám tu některý už oblíbený.“ Respondentka č. 7 popisuje: „To víte, že jo. Já si vstanu sama a uklidím si. Já to dělám proto, ne snad abych je šetřila, ale pro sebe, abych si udržela kondici. Zazvoním si, jen když to je fakt nutný. Nechci otravovat, co můžu tak si udělám sama. Bylo by milý, kdyby se tu některá sestřička na chvíli zastavila a prohodila pár slov, ale vás tady moc není, máte toho až po tad'. Je to důležitý detail, že o starou babu ještě někdo stojí. A když jde sestřička a usměje se na člověka, je to prostě pěkný.“ Respondentka č. 8 uvádí: „Já mám ráda samotu.“ Respondentka č. 10 uvedla opět zcela jiný názor než ostatní dotazované: „Vnímám jako skvělé, že se vyvěšují měsíční přehledy aktivit v domově. Já si vybírám aktivity, kterých se můžu zúčastnit a zvládnou je s ohledem na můj zdravotní stav, a které mě zajímají. Pak se na aktivity můžu těšit. To je pro mě velice důležité těšit se na něco. Je to koření mého života.“

Respondentky hodnotily uspokojování spirituálních (duchovních) potřeb. Respondentka č. 1 uvedla: „Chtěla bych do poslední chvíle být něco platná.“ Respondentka č. 8 odpovídá: „Chci, aby přišly sestřičky, jen když si zazvoním na signalizační hodinky. Byla bych ráda, aby mě všichni respektovali, rodina, tohle zařízení, personál. Nepřála bych si, aby mě doktorka poslala do nemocnice, když si to nebudu přát. Chci, abych měla právo si říct, co chci, a chci, aby mě respektovali všichni i doktorka.“ Naopak ostatní respondentky vnímají duchovní potřeby jinak. Respondentka č. 1 duchovní potřeby vnímá takto: „Kněze nechci, ani nechci chodit na mše, do kostela jsem chodila, když jsem byla malá,

ale teď už nechci.“ Respondentka č. 2 popisuje: *„Já jsem katolík. Nechodím do kostela. Moje rodiče byli pobožný. Tatínek chodil hrát do kostela na housle. Byl muzikant tělem i duší. Dnes už kněze nepotřebuji.*“ Zajímavý pohled nabídla respondentka č. 3: *„Kdyby mě slyšela maminka, nadávala by mi. Já jsem musela chodit do kostela, musela jsem chodit ke zpovědi a všechno možný, a ani po tom teď netoužím.*“ Domnívám se, že respondentky ve svém životě vnímaly víru v Boha jako převzatou samozřejmost a do kostela chodily proto, že to bylo očekávané rodinou, tradicemi, společností a dobou. Dnes v této záležitosti nevidí smysl. Respondentka č. 7 pouze uvádí: *„Zatím nad knězem neuvažuju.*“ Respondentka č. 10 uvádí: *„Bylo by fajn mít na zahradě kapličku. Ta má své opodstatněné místo v domovech pro seniory.*“

Respondentky ve většině případů psychologické potřeby nezmiňovaly. Svůj pohled na problematiku psychologických potřeb vyjádřila respondentka č. 1, která odpověděla: *„Chtěla bych do poslední chvíle být něco platná a háčkovat. Zapojovat se mezi ostatní lidi. Jsem přece stále ještě bytost, co vnímá.*“ Jednoznačný názor na psychologické potřeby vyjádřila respondentka č. 8, která uvádí: *„Já mám ráda samotu. Chci, aby přišly sestřičky, jen když si zazvoním na signalizační hodinky. Nechci, aby přišla za mnou dcera, až budu mimo. Byla bych ráda, aby mě všichni respektovali, rodina, tohle zařízení, personál i doktorka. Nepřála bych si, aby mě doktorka poslala do nemocnice, když si to nebudu přát. Chci, abych měla to právo si říct, co chci.*“ Respondentka č. 9 psychologické potřeby vyjádřila takto: *„Když mě něco bolí, tak se nechci bát zazvonit na hodinky. Nechci, aby mi sestry nadávaly. Chci, aby měly pochopení, že jsem pořád ještě žena, která se už jen nedokáže tak rychle vyjádřit.*“

Bylo zjištěno, že o základní potřeby (biologické potřeby) je ze strany DPS dobře postaráno. Jedna výpověď dotazované však vypovídá o rozdílnosti péče od jednotlivých pečovatelek.

Dále bylo z výsledků šetření zjištěno, že sociální potřeby jsou uspokojovány jen částečně. Některé respondentky si nemohou stěžovat na chování personálu. Jedna dokonce uvedla, že si kontakt s personálem přeje pouze na vyžádání. Naopak z rozhovorů vyplynulo, jak jsou pro některé dotázané velmi důležité chvíle strávené s personálem, kterých bývá málo. Jedná se o potřebu komunikace s pracovníky

domova. Některé respondentky by uvítaly, aby se pečující sestřičky mohly chvíli zdržet v pokoji a popovídat si s nimi. Jedna respondentka vnímá jako důležité spatřit u pečujících úsměv na tváři. Nemohu opomenout zmínky u většiny respondentek, že si přejí častější návštěvy svých rodin.

Z hlediska duchovních (spirituálních) potřeb respondentky vnímají jako důležité mít možnost prožít zbývající volný čas smysluplně. Mít možnost chodit na aktivity, které DPS Dubina nabízí, vnímat prospěšnost a užitečnost vlastní osoby při jednotlivých činnostech. Většina z dotazovaných, které uvedly vlastní víru v Boha, nepovažují pro sebe dnes již za důležitou přítomnost kněze. To však neznamená, že se tato skutečnost nemůže změnit. Pokud nastane zhoršení zdravotního nebo psychického stavu, mají uživatelé DPS Dubina možnost této služby využít a pravděpodobně ji i využijí.

Z hlediska psychologických potřeb se respondentky zmínily o touze být respektovány. Chtějí mít ještě možnost realizovat svá přání a chtějí, aby je všichni brali vážně. Jedna respondentka zmínila, že je stále ještě bytost, co vnímá. Druhá uvedla, že je pořád ženou, která už jen nezvládá vše tak jako za mlada. Třetí respondentka uvedla, že chce být respektována každým, nejen rodinou, ale také personálem a lékařem, který by měl rozhodovat o jejím převozu do nemocnice v případě zhoršení zdravotního stavu. Domnívám se, že je důležité vnímat každého uživatele jako jedinečnou bytost, která má své potřeby, vlastní přání, představy a možnosti zdravotní, psychické i komunikační. Bylo by více humánní myslet na to, že každý, kdo zazvoní na signalizační hodinky, nemá akutní problém z pohledu pečovatelek, ale má problém, který je důležitý pro něho samotného.

2. Jak může DPS Dubina pomoci svým přístupem v době umírání

Většina respondentek má představu o tom, jaký přístup, ze strany DPS Dubina, by si přála.

Respondentka č. 1 popisuje: *„Až mi bude zle, nechtěla bych rodinu u sebe. Já myslím, že ani jedno moje dítě by na to nebylo. A asi bych je ani o to nepožádala. Když mi sem přijdete vy, zeptáte se mě, jestli něco potřebuji nebo nepotřebuji, to mi vyhovuje. Chtěla bych, aby pečovatelky přišly, až budu potřebovat. Aby měly čas se u mě zastavit. Třeba se už nebudu umět vyjádřit a chtěla bych něco. Tohle už je*

pro mě domov a vy jste pro mě skoro jako rodina. V mém věku už je to tady přijatelnější. Doma jsem zůstat nemohla. Nechtěla bych mluvit o bolesti a nemocech, chtěla bych, abyste mluvily o něčem jiném a povzbudily mě jiným tématem. Respondentka č. 2 uvádí: „*Já nevydržím být sama. Já jsem tady doma, jiný domov už nemám. Ted' je mi ještě dobře a můžu odejít z pokoje a zapojit se mezi ostatní, ale až to nepůjde... víte, já nevydržím být sama. Jsem z osmi dětí. Nechci být sama. Budu vás potřebovat.*“ Respondentka č. 3 odpovídá: „*Přála bych si mít u sebe rodinu, jak by to jen šlo. Třeba i v noci. Já jsem už o tom přemýšlela dřív, že bych šla do nějakého pobytového zařízení, které je na to přizpůsobeno. Myslím jít do hospicu. Někde, kde by u mě někdo furt byl, tady na to čas nemáte, je vás tu málo. Chtěla bych, aby bylo několik lidí, kteří se u mě budou střídát a měli na mě čas. Na děti se nemůžu spolehnout, nemaj čas, jsou stále v práci, na silnici. Může se cokoliv stát. Nechtěla bych zůstat sama. Kde jsou na to zařízení, tam chci umřít. Nechci do nemocnice, to je ještě jiné zařízení, tam je to jinak.*“ Respondentka č. 4 uvádí: „*Když bych si mohla vybrat, tak nechci do nemocnice. Chtěla bych tady zůstat a umřít zde. Tohle je ted' můj domov, jiný nemám.*“ Respondentka č. 5 popisuje: „*Aby byly sestřičky hodnější a věnovaly víc času nám. Aby jen nepřišly s obědem a pro jídlo, aby měly čas mě vzít jen tak za ruku a něco povídat.*“ Respondentka č. 6 uvádí: „*Nechci umřít tady, nejsem tady doma. Chci umřít u své dcery.*“ Respondentka č. 7 odpovídá: „*Tady jsem doma. Tady chci umřít. Nechci nikam jinam, ani do nemocnice.*“ Respondentka č. 8 uvádí: „*Nepotřebuji od sestřiček nic. Stačí mi jen odeslat, protože všechno ostatní si udělám sama. Mám jednu oblíbenou sestřičku a s tou si povídáme. Ona je strašně hodná a mám ji ráda. Máme společné téma. Nemám si s ostatníma sestřičkama, co říct. Je tu jedna sestřička, která je na mě zlá a s tou nechci mluvit. Poslední chvíle života chci prožít o samotě tady. Nechci vozit do nemocnice.*“ Respondentka č. 9 poté uvádí: „*Vadí mi, že někdy personál nemá stejnokroj, že nemaj třeba všichni bílý kalhoty. Tady se cítím jako na návštěvě, ale domů už se nikdy nevrátím, to nejde. Když mě něco bolí, tak abych se jim to nebála říct. Aby měly sestry pochopení, byly vlídný, hodný, aby se mnou mluvily hezky, Víte, já nerada poslouchám, ale jsem ještě při smyslech a jejich chování mě dokáže rozbřechet. Chtěla bych umřít v tomto pokoji se svojí rodinou.*“ Respondentka č. 10 uvádí: „*Byla bych ráda, kdyby byla možnost si poslechnout relaxační hudbu. Jednou nebo vícekrát týdně. Těšila bych se tu chvíli. Stačilo by přijít*

s přehrávačem a nechat ho zde třeba hodinku. Relaxační hudba pomáhá duši a zklidňuje mysl.“

6.2.1. Shrnutí DVO2

Výsledky druhé výzkumné otázky poukazují na to, že všechny respondentky mají vlastní představu, jak chtějí prožít poslední chvíle života, každá z respondentek má jiná očekávání od DPS Dubina. Všechny dotazované dokázaly svá očekávání specifikovat. Z výpovědí je patrné, že by si přály, aby jim personál věnoval více času u lůžka v době, kdy bude jejich zdravotní stav zhoršený. Všechny respondentky by si přály vlídný a laskavý přístup personálu. Nechtějí se strachem zvonit na signalizační hodinky, chtějí být respektovány a chápány. Jedna z dotazovaných projevila přání, aby byl sjednocen stejnokroj u personálu, aby snadněji poznala, o koho se jedná a koho může požádat o pomoc. Dalším výsledkem je skutečnost, že si respondentky nepřejí být v době umírání odvezeny do nemocnice. Chtějí umřít v DPS Dubina, který jim je domovem. Dvě dotazované projevily přání mít v době umírání rodinu u sebe. Jedna respondentka by si přála umřít u dcery doma, kde je jí dobře. Další si na základě prožitých zkušeností uvědomuje, jak je důležité mít v době umírání okolo sebe lidi. Proto by si přála být převezena do zařízení, které je na takovou pomoc zařízené, tzn. hospic. Jedna respondentka dokonce projevila přání poslechnout si relaxační hudbu v pravidelných intervalech, na které by bylo možné se těšit.

6.3. DVO3 – Co si uživatelé přejí prožít v domově pro seniory a zda mají povědomí o právu na dříve vyslovené přání?

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, jestli mají uživatelé nějaká přání, pokud ano, jaká to jsou, a jak by mohlo pobytové zařízení DPS Dubina pomoci s jejich naplněním. Dále bylo cílem zjistit, zda mají uživatelé povědomí o právu na „dříve vyslovené přání“, které, jak se domnívám, úzce souvisí s důstojností a respektem seniorů. Přání, co se bude dít s naším tělem v době umírání, kdy už nebudeme schopni se srozumitelně vyjádřit nebo nebudeme vůbec schopni mluvit, je jedním z nejdůležitějších okamžiků života každého z nás. V tuto chvíli se musíme spoléhat na naši rodinu. Aby však blízcí mohli předat lékařům naše přání, musí je znát. Na tuto problematiku pamatuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Pro výsledek výzkumu je potřeba zjistit, zda mají uživatelé povědomí o svých právech. Podle mého názoru tato práva ovlivňují vnímání vlastní smrti.

Na základě tazatelských otázek jsem pomocí kódování odpovědí zjistila tyto kategorie:

- přání uživatele, které může splnit DPS Dubina;
- povědomí o právu na „dříve vyslovené přání“.

1. Přání uživatele, které může splnit DPS Dubina

Většina respondentek se svěřila se svým přáním, výsledky rozhovorů tak odkryly jednotlivá přání. Jedná se o splnitelná přání, která jsou reálná. Respondentka č. 1 uvedla hned několik přání, která se zdají být splnitelná: *„Hlavně když na mě nebude nikdo hubatej, to bych si moc přála. Ráda bych si dala rakvičku s koňakem a se šlehačkou. Ted' už nevím, kde se dala koupit, ale byla výborná. Mě bylo hrozně hezky v Mariánkách a v Tatrách. Tam se už nepodívám, je to daleko. Stačí mi výlet, jako když jsme byli v Bohdanči. A taky bych se ráda podívala na Pernštýnské náměstí. Víte, ráda poslouchám hudbu. Jednou mi zeťák pouštěl v autě nádhernou hudbu. Tu kdybych si tady mohla poslechnout, to bych byla šťastná. Jsou to písně od Gregoriánů. To jsou mniši, a to vám je zážitek.“* Respondentka č. 2 odpověděla: *„Já bych si přála poznat trochu víc Pardubice, protože když mě sem dovezli, tak já jsem už nechodila, takže nevím, jak vypadají Pardubice. Chtěla bych vidět centrum, uličky, náměstí a parky.“* Respondentka č. 3 naopak uvedla: *„Ne já už jsem, zažila tolik věcí, že už to mám vybraný na několik let dopředu. Mně to stačí, tak nebylo to špatný, my jsme se stěhovali s mým mužem do hotelů a tak. Měli jsme pestrý život. Mně se to líbilo. Já už nic jiného nechci.“* Respondentka č. 4 uvádí: *„Pořád vidím ten svůj domov. Já bych se chtěla ještě jednou domů podívat, ale oni mě tam nechtěj vzít, protože nevyjdu schody. Nic jiného nechci.“* Respondentka č. 6 odpověděla jednoznačně: *„Přání nemám. Já jsem měla pěkný život. Už víc nechci.“* Respondentka č. 7 uvedla přání, se kterým DPS Dubina nepomůže: *„Já si tady navečer zapálím věneček a pomyslím na svůj pěkný život a je mi dobře. Jedna vnučka, hrozně hodná holka, se rozešla s mužským, zůstala jí holčička. Ona je strašně hodná, až moc a já si přeju, aby našla nějakýho pořádnýho a hodnýho chlapa.“* Respondentka č. 8 popisuje: *„Přání žádné nemám. Už nikde nechci jezdit.“*

Nejšťastnější jsem tady doma.“ Respondentka č. 9 projevila přání: *„Chtěla bych ještě prodat barák za svého života.“* Některá přání jsou splnitelná pouze za pomoci blízkých osob, nikoliv pobytového zařízení. Respondentka č. 10 projevila svou touhu takto: *„Moc ráda jezdím do lesa. Jezdím až ke Spojilu. Je to velice posilující zážitek. Bohužel se nedostanu dále, než na kraj Spojila, protože kapacita baterie vozíku by nestačila na cestu zpět.“*

2. Povědomí o právu na „dříve vyslovené přání“

U všech respondentek jsem zjistila, že nemají vůbec povědomí o právu na tzv. dříve vyslovené přání. Ani jedna o této možnosti nikdy neslyšela. Všechny respondentky se se zájmem vyptávaly, o jaký zákon se jedná, a jak lze taková přání uskutečnit. Vzápětí všechny respondentky měly jasné představy o tom, co by chtěly, a co nikoliv. Dotazované se zmínily o tom, že promluví se svými rodinami a tuto možnost rády prodiskutují, protože jsou přesvědčené, že ani rodiny o této možnosti nikdy neslyšely.

6.3.1. Shrnutí DVO3

Výsledky třetí výzkumné otázky přinesly zjištění, že uživatelé sociální služby DPS Dubina mají nevyřčená přání, která jsou reálná a realizovatelná. Nejedná se o žádné nesplnitelné zázraky, ale o drobné výlety, poslech hudby, ohlédnutí za svým životem. Každý senior je jedinečný a každý vnímá závěr života jinak. Někdo je na základě prožitých zkušeností smířen se svým životem a přijímá vše pozitivně a s pokorou. Někteří mají odlišný pohled na závěr života a dělají si starosti, které již nedokážou ovlivnit. Dalším důležitým zjištěním vyplývajícím z výzkumu je, že nikdo z dotazovaných nemá povědomí o právu na „dříve vyslovené přání“. Respondenti se domnívají, že ani jejich blízcí netuší o této možnosti. Každá z dotazovaných se zajímala, jak by mohla této možnosti využít. Chtěly vědět co nejvíce podrobných informací týkajících se této problematiky, neboť je pro ně důležitá a aktuální.

7. Závěr výzkumného šetření a doporučení pro praxi

Ve svém výzkumném šetření jsem dospěla k závěru, že uživatelky sociální služby domov pro seniory mají svá očekávání od pobytového zařízení, jejichž splnění by jim mohla do budoucna pozitivně ovlivnit život v době zhoršení zdravotního a psychického stavu. Nejprve jsem zjistila, že uživatelky myslí na smrt a umírání velmi často, což je ovlivněno jejich životními zkušenostmi. Dále bylo na základě výzkumného šetření zjištěno, že každá z dotázaných má vlastní představu o smrti, což je také ovlivněno vlastními zkušenostmi a prožitky. Jako velmi důležité hodnotím zjištění, že uživatelky nemají s kým hovořit o pocitech a úzkostech týkajících se problematiky umírání a smrti, které je trápí. Rodina se těmto emotivním rozhovorům většinou brání. Pokud uživatel nenajde spřízněnou osobu mezi spolubydlícími nebo v řadách personálu, nemá si s kým pohovořit. Z výsledku výzkumného šetření vyšla skutečnost, že pro uživatelky sociální služby domov pro seniory jsou stejně důležité biologické potřeby jako potřeby sociální. Volného času mají staří lidé mnoho a jeho smysluplné využití je pro ně nezbytné. Seniorky potřebují udržovat vztahy mezi uživateli v pobytovém zařízení k naplňování sociálních potřeb. Každodenní setkání je obohacující, těší se na ně a dávají jim smysl. Již zmíněné těšení se na aktivity plánované DPS Dubina je pro ně velmi důležité. Seniorky, které věřily v Boha, věřily především proto, že to vyžadovala tradice, rodina nebo společnost. Dnes již nemají zájem, aby k nim chodil kněz. Mají však v pobytovém zařízení možnost navštěvovat mše (katolické nebo evangelické). Nyní nemají potřebu aktivně participovat na své církevní osvětě. Je však možné, že nastane období, ovlivněné zhoršením jejich zdravotního nebo psychického stavu, kdy budou potřebu kněze pociťovat. V tomto případě mají možnost si kněze nechat zavolat k lůžku. Vezmeme-li v úvahu očekávání respondentek od personálu, je zde několik skutečností, které je potřeba zmínit. Například ani jedna uživatelka nechce být v době zhoršení svého zdravotního stavu převezena do nemocnice a zemřít tam sama, bez pochopení. Naopak několik dotázaných by chtělo být odvezeno do zařízení k tomuto účelu určenému, tzn. do hospicu. Pro uživatelky je důležité, jak se k nim chovají pečovatelky, jak je vnímána důležitost jejich problému, který ony samy pociťují v souvislosti s potřebou zazvonit na signalizační hodinky. Důležité aspekty spatřuji i v tom, že některé uživatelky vnímají změnu v denní skladbě pečovatelek

jako zásadní pro odvíjení vlastních potřeb a jejich uspokojování. Pro zlepšení podmínek v období umírání je stěžejní přístup pečujících. Jejich míra angažovanosti, trpělivost, laskavost a čas, který mohou nebo jsou ochotni uživatelkám věnovat. Jedná se vždy o několik detailů, které dotazované vnímají jako důležitý aspekt v prožívání nikdy nekončících dní. Každá z respondentek má svá reálná přání, která by obohatila jejich život. Jedná se o celkem skromná přání, která by bylo možné splnit například prostřednictvím individuálních plánů s pomocí klíčového pracovníka, který je vždy novému obyvateli v pobytovém zařízení přidělen. Dále bylo zjištěno, že všechny uživatelky sociální služby DPS Dubina, které byly zapojeny do výzkumu, nemají vůbec žádné povědomí o problematice dříve vysloveného přání. O tuto možnost se respondentky vzápětí ihned zajímaly a všechny se shodly na tom, že ani jejich rodiny a blízcí o této eventualitě nikdy neslyšeli.

Jako doporučení pro praxi spatřuji za důležité poukázat na potřebu senierek zachovat si důstojnost a pocit, že jsou stále individuálními bytostmi, které vnímají, cítí a chtějí být respektovány. Uživatelky chtějí být správně chápány v souvislosti s použitím signalizačních hodinek, které jsou určené pro potřeby přivolání pomoci ze strany personálu. Potřebují pochopení, protože už se nedovedou vyjádřit jasně, srozumitelně a rychle jako dříve. Pokud projeví potřebu pomoci v souvislosti s tím, jak se cítí, personál by měl vždy chápat, že problém, který by oni vyhodnotili jako zdánlivě nedůležitý, může být pro uživatele nadmíru významný a s tímto by měli také pracovníci ke každému jednotlivci přistupovat. Domnívám se, že by bylo do budoucna přínosné zajistit uživatelům sociální služby domov pro seniory možnost sdílet svá trápení a obavy s profesionálem, a to z důvodu, že na téma smrt a umírání jejich rodiny reagují odmítavě. Uživatelé potřebují hovořit o svých trápeních, která je tíží. Obyvatelé domova pro seniory by například měli mít možnost personálu zařízení sdělit, že je pro ně v průběhu každodenních situací velmi důležitý úsměv na tvářích pečovatelek a chvíle času spojená s dotekem ruky – například na schůzkách uživatelů a pracovníků. Pravidelně by je tak mohli seznamovat se svými aktuálními pocity a tužbami. Při zjištění i zdánlivě neřešitelného očekávání by personál mohl zprostředkovat komunikaci mezi seniory a jejich blízkými, za pomoci kterých by se mohlo podařit daný problém úspěšně vyřešit, anebo minimálně zmírnit jeho aktuální

negativní dopad na uživatele, aby mohl z tohoto světa odcházet v co největší pohodě.
Smířen a šťasten.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak uživatelé sociální služby domov pro seniory vnímají smrt a umírání, s jakými představami přichází do pobytového zařízení, jakou by si zde představovali péči z hlediska všech potřeb ve fázi umírání a zda mají povědomí o právu na dříve vyslovené přání. Zároveň bylo cílem předat tato zjištění pobytovému zařízení ve snaze informovat o potřebách a přáních a současně poskytnout možnost péči o seniory vylepšovat a zdokonalovat. Na základě zjištěných skutečností mohu konstatovat, že uživatelé mají vlastní představy a očekávání od pobytového zařízení a jsou ochotni o nich hovořit. Potvrdilo se, že uživatelé myslí na smrt a umírání častěji než v době, kdy byli ještě mladí, zdraví a silní. Nepřekvapila mě informace, že uživatelé nemohou o svých trápeních hovořit se svou rodinou a svými blízkými a že je potřeba nabídnout jim profesionální přístup v této problematice. Samozřejmým zjištěním je fakt, že je pro uživatele důležitá důstojnost jejich osoby, jejich respektování názorů a přání. Chtějí, aby se jim dostávalo pochopení od personálu i přes to, že již nedokážou adekvátně reagovat na potřeby, které mají. Uvědomují si, že se již nedovedou vyjadřovat tak rychle jako dřív, dokonce se ani nedokážou vyjádřit přesně. Přesto touží, aby se jejich potřeby nebagatelizovaly a rádi by uvítali trpělivost, empatii a citlivost ze stran pečovatelek a zdravotních sester. Naopak mě překvapilo, že uživatelé DPS Dubina vnímají potřebu trávit svůj volný čas, kterého mají hodně, smysluplně a aktivně. Stojí o to, aby jim zařízení nabízelo zajímavé aktivity, na které se mohou těšit a mít pocit, že jejich nikdy nekončící dny dávají smysl. Mile mě překvapilo, že každý z respondentů má svá reálná a skromná přání, která by obohatila jejich život a že jsou tato přání splnitelná. Avšak udivilo mě, že žádná z dotazovaných respondentek neměla tušení o právu na dříve vyslovené přání, a to včetně jejich rodin. O informace k této problematice se zajímaly a rády by, aby jejich nesouhlas s odvozem do nemocnice v době umírání byl respektován, neboť by chtěly umírat ve svých pokojích v zařízení, které je jejich domovem. Mým cílem bylo zjistit očekávání uživatelů v době umírání od pobytového zařízení a předat poznatky vedení pro možnost vylepšování a přizpůsobování podmínek uživatelů dle jejich očekávání. Podklady k předání informací se mi podařilo shromáždit, a tím bych ráda splnila cíl své práce a pomohla tak oběma stranám, neboť jsem přesvědčena,

že vedení pobytového zařízení má snahu stále zdokonalovat sociální péči z hlediska individuálního přístupu k jednotlivcům a jsou pozitivně nakloněni změnám vedoucím ke spokojenosti uživatelů.

Obecně mohu říci, že výzkum podpořil mou snahu a původní záměr celé práce přistupovat k osobám ubytovaným v domovech pro seniory s maximální individualitou k zajištění jejich plnohodnotného života do posledních chvil. Výzkum prokázal, že senioři jsou adekvátně zajištěni po materiální stránce. V závislosti na tomto faktu mohou na sklonku života vyplouvat na povrch zejména jejich niterní touhy a přání, která nemají přímou souvislost s finanční situací. Přání umírajících, kteří mají velmi omezené pole působnosti, nejsou nijak přehnaná ani nespílitelná. Pokud by se v daném zařízení našel dostatek personálu a ochoty ze strany vedení zlepšit celkovou kvalitu života seniorů, bylo by z mého pohledu reálné zavést doporučení vyplývající se zjištěných informací mého výzkumu úspěšně do praxe.

Seznam použitých zdrojů

Monografie

- [1] BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [2] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [3] GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 2. rozšíř. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích – Zemědělská fakulta, 1999. ISBN 80-7040-364-0.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. vyd.. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-204-6.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
- [7] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-09829.
- [8] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- [9] KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.
- [10] KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. Přeložil Bohumil DVOŘÁČEK. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.

- [11] KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
- [12] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [13] MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
- [14] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- [15] MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- [16] PACOVSKÝ, Vladimír a HEŘMANOVÁ, Hana. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. Knižnice praktického lékaře. ISBN neuvedeno
- [17] PERA, Heinrich a WEINERT, Bernd. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0.
- [18] SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
- [19] TOUŠEK, L. Vybrané aspekty metodologie aplikované antropologie. In *Vybrané kapitoly z aplikované sociální antropologie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012, s. 25–106. ISBN: 978-80-261-0122-2.
- [20] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [21] ZELENKOVÁ, Helena. *Hra na život a na smrt*. Praha: Vladimír Kvasnička, nakladatelství Vodnář, 2015. ISBN 978-80-7439-099-9.

Legislativa

- [22] Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů
- [23] Zákon č. 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*
- [24] Vyhláška č. 505/2006 Sb., *kteou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*, v platném znění.

Internetové zdroje

- [25] *Sociální služby města Pardubic* [online]. SSMPCE. Pardubice. [cit. 2019-01-19]. Dostupné z: www.ssmpe.cz
- [26] *Vývoj úmrtnosti v České republice*. Český statistický úřad. ČŠÚ Praha. 2018 [cit. 2019-01-30]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-umrtnosti-v-ceske-republice-2006-2016>
- [27] *Základní informace pro pozůstalé*. [online] Ministerstvo pro místní rozvoj. Praha, 2013 [cit. 2019-01-19]. ISBN 978-80-87147-38-2. Dostupné z: <https://www.mmr.cz/getmedia/84e7b4c0-1ebb-487c-9773-058d1b429b6f/MMR-brozura-pozustali-design-MMR-DL-final3nahled.pdf>.

Interview

- [28] Interview s respondentkou č. 1 (DPS Dubina Pardubice, dne 30.11.2018)
- [29] Interview s respondentkou č. 2 (DPS Dubina Pardubice, dne 12.12.2018)
- [30] Interview s respondentkou č. 3 (DPS Dubina Pardubice, dne 15.11.2018)
- [31] Interview s respondentkou č. 4 (DPS Dubina Pardubice, dne 12.12.2018)
- [32] Interview s respondentkou č. 5 (DPS Dubina Pardubice, dne 16.11.2018)
- [33] Interview s respondentkou č. 6 (DPS Dubina Pardubice, dne 14.12.2018)
- [34] Interview s respondentkou č. 7 (DPS Dubina Pardubice, dne 6.12.2018)
- [35] Interview s respondentkou č. 8 (DPS Dubina Pardubice, dne 8.12.2018)
- [36] Interview s respondentkou č. 9 (DPS Dubina Pardubice, dne 3.12.2018)

- [37] Interview s respondentkou č. 10 (DPS Dubina Pardubice, dne 21.12.2018)
- [38] KOPECKÁ Monika Mgr., vedoucí DPS Dubina, Rozhovor o pobytovém zařízení, Pardubice 6. 12. 2018

Seznam tabulek

Tabulka 1: Zemřelí muži podle věkových skupin	27
Tabulka 2: Zemřelé ženy podle věkových skupin	28
Tabulka 3: Transformace výzkumných otázek.....	44
Tabulka 4: Transformační tabulka výzkumných kroků	45
Tabulka 5: Tabulka respondentů	48

Příloha č. 1

„Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

ČÁST ČTVRTÁ

*POSTAVENÍ PACIENTA A JINÝCH OSOB V SOUVISLOSTI S POSKYTOVÁNÍM
ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB*

HLAVA I

PRÁVA A POVINNOSTI PACIENTA A JINÝCH OSOB

Poskytování zdravotních služeb se souhlasem

§ 36

Dříve vyslovené přání

(1) Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).

(2) Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.

(3) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.

(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.

(5) Dříve vyslovené přání

a) není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,

b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,

c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,

d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností.“ (Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)

Příloha č. 2

Informovaný souhlas pro účely bakalářské práce

Já, níže podepsaný/ádávám tímto

souhlas k rozhovoru, zvukového záznamu a použití informací z tohoto rozhovoru pro účely vypracování kvalifikační práce do bakalářské práce Libuše Soljakové, studentky Ústavu sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Hradec Králové.

Název bakalářské práce je „Problematika smrti a umírání z pohledu uživatelů sociální služby Domovy pro seniory.“

Datum rozhovoru:

Podpis:

Příloha č. 3

Osnova rozhovoru

Jak vnímají uživatelé sociálních služeb domov pro seniory smrt a umírání, jaká mají očekávání a přání od pobytového zařízení, jak by si představovali péči v pobytovém zařízení z hlediska potřeb biologických, psychologických, sociálních a duchovních ve fázi umírání a zda mají povědomí o právu na dříve vyslovené přání?

DVO 1:

Jak uživatelé sociálních služeb Domovy pro seniory vnímají smrt a umírání, jestli o smrti přemýšlí a zda mají možnost o této problematice hovořit?

TO1: Jak často myslíte na smrt, zda vůbec?

TO2: Jaké pocity máte při myšlence na smrt?

TO3: Jak si představujete odchod ze života?

TO4: S kým hovoříte o problematice umírání?

DVO2:

Jak si uživatelé sociální služby domovy pro seniory představují péči v pobytovém zařízení z hlediska potřeb biologických, psychologických, sociálních, duchovních v době umírání a jaká mají očekávání od pobytového zařízení?

TO5: Co byste chtěl/a, aby pro Vás udělalo pobytové zařízení v době umírání?

TO6: Jaké máte očekávání od pobytového zařízení/personálu v době umírání?

TO7: Kde si přejete prožít poslední chvíle svého života a s kým?

TO8: Bojíte se něčeho v průběhu umírání?

DVO3:

Co si uživatelé přejí prožít v domově pro seniory a zda mají povědomí o právu na dříve vyslovené přání?

TO9: Co byste si přál/a prožít v pobytovém zařízení? Máte nějaké přání? Jaké?

TO10: Mohlo by Vám pobytové zařízení s takovým přáním pomoci?

TO11: Víte o možnosti „dříve vysloveného přání“?

Příloha č. 4

Přepis výzkumného rozhovoru s respondentkou

1. Jak často myslíte na smrt, zda vůbec?

Já na to myslím každý den, mám to pořád v hlavě, myšlenka na smrt, že se tam setkám s těma, co už odešli. Já se tam setkám s těma, co už odešli. To je už od mala, takhle nám to už vštěpovali rodiče, když jsme byli malí, tak nám vypravovali, že se tam všichni sejdeme. Ale asi to není pravděpodobný. Těším se, že se s nimi sejdu. Beru to pozitivně. Kolikrát si myslím, že by to už mohlo být, že už jsem tady hodně dlouho. Když jsem byla mladší, tak jsem na to nemyslela, ale teď si říkám, už aby to bylo. Abych se tam s někým setkala. Někdy to promýšlím pořád dokola a říkám si, že jsem blbá, že je to jen klam a představa převzatá od rodičů. Je snadnější si dávat naději. Mám už jen dvě děti a vnoučata. Když člověk zemře, tak je pryč. To je asi jen náboženství.

2. Jaké pocity máte při myšlence na smrt?

Já myslím, že pozitivní. Kolikrát si myslím, že by to už mohlo být, že už jsem tady hodně dlouho. Když jsem byla mladší, tak jsem na to nemyslela, ale teď si říkám: už aby to bylo. Abych se tam s někým setkala. Někdy to promýšlím pořád dokola a říkám si, že jsem blbá, že je to jen klam a představa převzatá od rodičů. Je snadnější si dávat naději.

3. Jak si představujete odchod ze života?

Já bych to chtěla tak, že bych zaspala a nevzbudila se? Odešla tak najednou, bez bolesti, bez nějakých trampot. Protože tomu tady (obrázek manžela na zdi naproti posteli) nadávám každý ráno, když se vzbudím, že mi slíbil, že pro mě přijde brzo, a už je to 32 let a zase jsem se probudila. Byl voják.

4. S kým hovoříte o problematice umírání?

Dcera, syn a vnoučata. Vychovala jsem vnuka, Marka, protože dcera byla furt nemocná, tak mi ho dovezli, když mu bylo 5 dní a do práce jsem chodila. Ona ležela na posteli a já jí připravila všechno: léky, jídlo, atd... Ona neměla mateřské mléko. On nespál, chovala jsem ho pořád a k mámě ani nešel. S ním můžu mluvit o smrti. Dala jsem mu byt,

on si ho předělal. Teď je mu 45 let. Mám s ním hezký vztah. Mluvím s vnukem o mém konci a on mě vyslechne. Rodina také.

Doplňující otázka tazatele: Kdybyste měla tu možnost, si o tom promluvit s knězem, požádala byste o to?

Kdyby mě slyšela maminka, nadávala by mi. Ani ne. Já jsem musela chodit do kostela, musela jsem chodit ke zpovědi, a všechno možný a ani po tom teď netoužím. Byla jsem jiné víry než manžel. S mužem jsme se akorát dohodli, že budeme mít svatbu v římsko-katolickém kostele, on na to přistoupil. Musela jsem podstoupit svatbu v kostele, protože matka byla dlouho katoličkou.

5. Co byste chtěl/a, aby pro Vás udělalo pobytové zařízení v době umírání?

Přála bych si mít u sebe rodinu, jak by to šlo. Já jsem už o tom přemýšlela dřív, že bych šla do nějakého pobytového zařízení, které je na to přizpůsobeno. Myslím jít do hospicu. Někde, kde by u mě někdo furt byl, tady na to čas nemáte, je vás tu málo. Vedoucí nemůže za každým chodit. Chtěla bych, aby bylo několik lidí, kteří se u mě budou střídat a měli na mě čas. Na děti se nemůžu spolehnout, nemají čas, jsou stále v práci, na silnici. Může se cokoliv stát. Nechtěla bych zůstat sama. Potřeby v době umírání

6. Jaké máte očekávání od pobytového zařízení/personálu v době umírání?

Chvíli prostě zůstat a né aby proběhli pokojem a utekli. Právě proto děti opatrovaly vždycky svoje babičky a prababičky, dělali jsme jim jídlo, doprovázeli je do kostela na mši, a měli o ně starost jako, my jsme to museli udělat, jo?

7. Kde si přejete prožít poslední chvíle svého života a s kým?

Kde jsou na to zařízení, tam chci umřít. Nechci do nemocnice, to je ještě jiné zařízení, tam je to jinak.

8. Bojíte se něčeho v průběhu umírání?

Bolesti. Protože vidím stále před očima a viděla jsem umírat babičky a maminku, tatínka a řadu jiných umírajících lidí a provázela je bolest. To bych nechtěla, toho se bojím.

Anebo umřít hned. No vždyť je to nejlepší. Snacha, bylo jí 63, lehla si ráno ve 3 a ráno ji budil a ona nebyla. Ta to měla dobrý. Byla to šťastná žena. Té závidím.

9. Co byste si přál/a prožít v pobytovém zařízení? Máte nějaké přání? Jaké?

Já ani ne. Ne já už jsem zažila tolik věcí, že už to mám vybraný na několik let dopředu. Mě to stačí. Já bych si přála zaspát a už se nevzbudit. Tak nebylo to špatný, my jsme se stěhovali se svým mužem, do hotelů a tak. Měli jsme pestrý život. Mě se to líbilo. Já už nic jiného nechci.

10. Mohlo by Vám pobytové zařízení s takovým přáním pomoci?

Já, když se dívám na televizi a jsou tam ty policajti a je tam Jiří Macoun a to je mé kamarádky vnuk, jo? A vždycky říkám hele řekni mi, kde je tvá máma, vždyť už jsem s ní nemluvila několik let, tak nevím, jestli zemřela a vždycky prostě mi připomíná vnuka. No já jsem už přemýšlela o tom, že napíšu do redakce, ať pozdravují Jirku.

11. Víte o možnosti „dříve vysloveného přání“?

To vážně nevím. Nikdy jsem o tom neslyšela a pochybuji, že by věděly děti. Jak vlastně funguje, tohle právo?

Příloha č. 5

Zastoupení témat v kategoriích

Úvaha o smrti a umírání

Myšlenka na smrt	9
------------------	---

Vnímání vlastní smrti z pohledu uživatele DPS

Pozitivní/negativní úvaha o smrti	7
Vlastní zkušenost se smrtí	6

Vlastní představa o smrti v DPS

Představa o vlastní smrti	8
Možnost sdílet problematiku umírání	9

Vnímání potřeb v době umírání/zhoršení zdravotního/psychického stavu v DPS

Dubina

Biologické potřeby	6
Sociální potřeby	8
Duchovní potřeby	4
Psychologické potřeby	3

Jak může DPS Dubina pomoci svým přístupem v době umírání

Potřeby v době umírání	8
Emocionální projevy	6

Přání uživatelky/uživatele, které může splnit DPS Dubina

Přání uživatele, které může splnit DPS	8
--	---

Povědomí o právu na „Dříve vyslovené přání“.

Předem vyslovené přání	9
------------------------	---