

# **Postoje seniorů k umírání a smrti v pobytovém zařízení sociálních služeb**

Bc. Zuzana Nováková

---

Diplomová práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Zuzana Nováková**  
Osobní číslo: **H140309**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Postoje seniorů k umírání a smrti v pobytovém zařízení sociálních služeb**

### Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti thanatologie, práce se seniory a sociálních služeb.  
Příprava metodiky výzkumné části.  
Realizace kvalitativního výzkumu formou strukturovaných rozhovorů se seniory.  
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tiskárenská/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČEVELA, Rosislav. Sociální gerontologie. Úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

ELIAS, Norbert. O osamělosti umírajících v našich dnech. Praha: Nakladatelství France Kafky, 1998. ISBN 80-858-4439-7.

HROZEMSKÁ, Martina a kolektiv. Sociální práce se staršími lidmi a její teoreticko-praktické východiska. Martin: Osvoeta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.

PAYNEOVÁ, Sheila, Jane SEYMOUROVÁ a Christine INGLETONOVÁ. Principy a praxe paliativní péče. Brno, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

ZEMANOVÁ, Monika. Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **22. listopadu 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 22. listopadu 2016



doc. Ing. Anuška Lengálová, Ph.D.  
*děkanka*



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Berou na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčním účelům), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohláším, že

- elektronická a tištná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20. 4. 2019



<sup>1)</sup> Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Stanovení autorských práv

<sup>2)</sup> Vyšší škola poskytl autorovi licenci k užívání diplomové, bakalářské a magisterské práce, a školní publikace obhajoby, včetně posudků oponentů a výsledky obhajoby zpracované dle školních předpisů, které nejsou opublikovány. Školní publikace mohou být použity pouze pro účely výzkumu.

(2) Dávatelem, příjemcem, poskytovatelem a příjemcem práva účastnického v občanské společnosti může být i právnická osoba před vznikem občanské společnosti a splněním výše uvedených podmínek, pokud v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena.

3) Účastník občanské společnosti je osoba, která je v době vzniku občanské společnosti vstoupila do občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena.

(1) Účastník občanské společnosti může být i právnická osoba, pokud v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena.

4) Účastník občanské společnosti je osoba, která je v době vzniku občanské společnosti vstoupila do občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena.

(2) Účastník občanské společnosti může být i právnická osoba, pokud v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena.

(3) Účastník občanské společnosti může být i právnická osoba, pokud v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena.

(4) Účastník občanské společnosti může být i právnická osoba, pokud v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena, nebo byla založena v době vzniku občanské společnosti a v době vzniku občanské společnosti byla právnicky založena.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce je zaměřena na problematiku postoje seniorů ke smrti a umírání s ohledem na umístění v sociálních službách. Teoretická část předkládá informace o pojmech, které jsou spojené s tématem. Popisuje pojem stáří, sociální práce, thanatologie, sociální pedagogiku. Zabývá se otázkou postojů seniorů ke smrti, k umírání, charakterizuje a uvádí přehled dostupných sociálních služeb a věnuje se i adaptaci seniorů. Praktická část popisuje kvalitativní výzkum, který je realizován metodou strukturovaného rozhovoru. V interpretační části představujeme vyhodnocení získaných dat.

Klíčová slova: stáří, sociální práce, sociální pedagogika, senior, sociální služby, thanatologie, adaptace, kvalitativní výzkum.

## **ABSTRACT**

The thesis is focused on the issue of seniors' attitudes to death and dying with respect to placement in social services. The theoretical part presents information about the terms that are associated with the topic. It describes the concept of old age, social work, Thanatology, social pedagogy. It examines the attitudes of older people to death, the dying, characterizes and gives an overview of available social services and věnuje the adaptation and seniors. The practical part describes qualitative research, which is implemented using a structured interview. At present the interpretation of the evaluation of the data obtained.

Keywords: age, social work, social education, senior, social services, thanatology, adaptation, qualitative research.

Děkuji paní doc. PhDr. Lence Haburajové Ilavské, PhD. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracování mé diplomové práce. Poděkování také patří mé rodině za trpělivost a psychickou podporu.

*„Je zhora zbytečné se ptát, má-li život smysl či ne. Má takový smysl, jaký mu dáme.“*

Seneca

*„Život měříme příliš jednostranně; podle jeho délky, a ne podle jeho velikosti. Myslíme víc na to, jak život prodloužit než na to, jak ho opravdu naplnit. Mnoho lidí se bojí smrti, ale nedělají si nic z toho, že sami a mnoho jiných žijí jen položivotem, bez obsahu, bez lásky, bez radosti.“*

T. G. Masaryk

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 STÁŘÍ.....</b>	<b>11</b>
1.1 FYZICKÝ VÝVOJ.....	12
1.2 PSYCHOLOGICKÝ VÝVOJ .....	12
1.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE, SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A SENIOŘI .....	14
<b>2 POSTOJE SENIORŮ K OTÁZCE SMRT .....</b>	<b>19</b>
2.1 THANATOLOGIE.....	19
2.2 SOCIÁLNÍ REPREZENTACE.....	24
2.3 POSTOJ SENIORŮ K UMÍRÁNÍ.....	34
<b>3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY.....</b>	<b>41</b>
3.1 PŘEHLED SLUŽEB PRO SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE .....	42
3.2 PÉČE PRO SENIORY V DOMOVECH.....	46
3.3 ADAPTACE SENIORŮ NA UMÍSTĚNÍ V DOMOVECH PRO SENIORY .....	49
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>52</b>
<b>4 NADPIS .....</b>	<b>53</b>
4.1 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	53
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	53
4.3 DRUH VÝZKUMU .....	53
4.3.1 Etika v kvalitativním výzkumu .....	54
4.3.2 Metoda výzkumu.....	56
<b>5 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>59</b>
5.1 VÝZKUMNÝ VZOREK .....	59
5.2 POPIS PRODUKTU.....	61
5.3 METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT .....	63
5.4 INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH DAT .....	65
5.5 INTERPRETACE DAT .....	67
<b>6 ZÁVĚR.....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>75</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>76</b>



## ÚVOD

*„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem, třeba je pro člověka největším dobrem.“*

Platón

Smrt by měla být považována za přirozenou součást života. Člověk se narodí, rozvíjí se a věkem dozrává v bytost plnou sil a elánu. Po kulminaci těchto sil dochází k jejich úbytku, přirozenému stárnutí organismu, jeho opotřebení, a nakonec ke smrti. Pohledy na smrt jsou různé, ovlivněné kulturami, ve kterých člověk žije.

Mezi laickou veřejností se téma umírání a smrti stalo tabu, o kterém se nehovoří. Postoj české společnosti k otázkám umírání a smrti je spíše přezíravý a má tendenci důležitost řešení této problematiky podceňovat a soustavně odkládat. Pokud toto téma zúžíme do prostředí domovů pro seniory, pak je podle našeho názoru nezáměr ještě větší. Za touto přezíravostí a lhostejností stojí především strach ze smrti a umírání, ale i strach z vlastního stárání, a přesvědčení, že jakékoliv úvahy o smrti jsou předčasné, z čehož plyne neschopnost o ní mluvit či dokonce o ní diskutovat. I proto se nyní kdysi běžná a přirozená součást života se svými pravidly a rituály neodehrává v domácím prostředí člověka, ale převážně za zdmi různých zdravotnických a sociálních zařízení, tedy i v domovech pro seniory.

Tato diplomová práce se zabývá tématem postoje seniorů k umírání a smrti v pobytovém zařízení sociálních služeb.

Cílem této diplomové práce je zjištění postojů seniorů v domovech pro seniory k umírání a smrti a zjištění zda existují rozdíly pohlížení na smrt a umírání ovlivněné věkem či zdravotním stavem.

V úvodu teoretické části se zabýváme vymezením pojmů a teoretických východisek z oblasti thanatologie, práce se seniory a sociálních služeb. Součástí této kapitoly je již konkrétnější podkapitola, která se zabývá seniory umístěných v domově pro seniory. Hlavní pozornost je věnována adaptaci seniora na umístění. Stežejní kapitolou teoretické části je kapitola, která se věnuje postoji ke smrti a umírání. Pokusili jsme se zmapovat problematiku vnímání smrti. Blíže jsme se zaměřili na následující otázky: víme, zda by chtěli klienti na téma smrti hovořit, pomohly by jim hovory o smrti k vyrovnání se s vlastní smrtelností, jsou na vlastní smrt připraveni, přemýšlí o ní, co o tom všechno víme?

Empirická část práce je zaměřena na zjištění postojů seniorů k umírání a smrti ve vztahu k věku a zdravotního stavu. Pro lepší přehlednost jsou tyto popisy doplněny tabulkami a grafy. Tuto část diplomové práce uzavírá doporučení pro praxi, kde doufáme, že tato práce přiblíží toto ne příliš populární téma široké veřejnosti.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 STÁŘÍ

Stáří lze charakterizovat dle demografických indikátorů, jakými jsou porodnost, mortalita, naděje na dožití, migrace. Stáří je zejména z demografického hlediska pojímána jako hranice odchodu do penze. V zemích Evropské unie je důchodový věk rozličný, například Česká republika se dle zákona ř. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů může pyšnit zvláštností v nastavení důchodového věku, který není pevně stanoven, ale je stále se zvyšující a to dle §32 uvedeného zákona se v současnosti u ročníků 1978 a mladších stanovuje důchodový věk tak, že se k pevně stanovené důchodové hranici 67 let přičítá dvojnásobek rozdílu mezi rokem narození a rokem 1977. Tento dvojnásobek je stanoven měsíci. To znamená osoba narozená 1.1.1978 má důchodový věk stanovený dosažením věku 67 let a dvou měsíců, takže do důchodového věku dosáhne takový jedinec 1. 3. 2045. A to jak pro ženy i pro muže. Do nedávné minulosti, tedy lépe řečeno pro ročníky narozené před 1.1.1978, se ještě přihlíželo u žen k počtu vychovaných dětí a tím byl důchodový věk snížen o patřičnou část. U ročníků 1978 a mladších se k počtu vychovaných dětí již nepřihlíží a je důchodový věk jednotný pro muže i ženy. (zák. č. 155/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Takto stanovené stáří, ale dle Kubalčíkové (2015) je příliš zjednodušené a nepřihlíží k osobnosti seniora z hlediska jeho fyzické, psychické a sociální dimenze. **Fyzická dimenze** charakterizuje biologické stárnutí organismu, jeho orgánů a dochází také k snižování schopností celého těla. **Psychická dimenze** zahrnuje veškeré kognitivní funkce organismu, tedy jeho paměť, schopnost zpracovávat získávané informace a s tím je spojené snížená schopnost adekvátně reagovat na vzniklé problémy v životě, kdy při vzniklých problémech dochází k ovlivnění emoční složky organismu. Ale také zahrnuje vlastní nazírání jedince na vlastní osobu a uplynulý život. **Sociální dimenze** zahrnuje sociální interakci v užší i široké společnosti, ale také snaha a ochota účastnit se sociálního života ve společnosti. V rámci uvedených dimenzí dochází k útlumu a to buď v jednotlivých dimenzích a s rozdílnou intenzitou. A může tedy vzniknout určitá míra závislosti na druhé osobě.

## 1.1 Fyzický vývoj

Na stupni proměnných fyzických změn organismu člověka a její intenzita se zejména podílí životní styl jedince v předcházejících obdobích. Ale také na uvedené má vliv prodělávaná nemoc, kvalita životního prostředí, v němž jedinec žil a žije, ale v neposlední řadě má také vliv na intenzitu fyziologických změn také genetická výbava jedince. Všechny fyzické změny, jejich nástup i intenzita, je individuální záležitostí.

V rámci fyziologických změn dochází k ochabnutí svalové hmoty. Dochází k snížení vitální kapacity plic i funkčních tkání v jednotlivých orgánech. S tím je spojeno snížená schopnost zraku, hmatu, sluchu, ale i chrupu. Zároveň ve stáří narůstá možnost, aby organismus postihla omezující onemocnění, například onemocnění srdce, pohybového aparátu a v období od sedmdesátého roku věku dochází také k výskytu více než jedné uvedené nemoci nebo postižení. Po osmdesátém roku věku dochází zejména ke snížení mobility a případně i k častějšímu výskytu omezení, s tím spojené, jako jsou zlomeniny. Mimo jiné také dochází k vysokému nárůstu nádorového bujení (Suchomelová, 2016).

S involucí zraku je spojena také možnost úplného oslepnutí, anebo částečného oslepnutí, ale v současné době medicínská věda dokáže tyto involutní kroky zastavit anebo jejich intenzitu zmírnit. V rámci postupujícího stáří dochází také ke kosmetickým involucím, neboť vlasy šediví (až zbělají), také vypadávají, kůže je vrásčitá a mohou se na ni objevit různé skvrny apod. (Říčan, 2014).

## 1.2 Psychologický vývoj

Každý senior je soubor individuálních prožitků. Každý člověk má za sebou specifický běh života a z tohoto hlediska je třeba na něho pohlížet. Poznání psychologického rozvoje člověka je třeba uchopit ze základních údajů, jakými jsou biologický rozvoj, životní zkušenosti a jejich začlenění do celistvého obrazu života jedince a sociální souvislosti, v nichž jedinec dozrával v osobnost. Je třeba, při zkoumání psychického stavu jedince v seniorském věku nahlížet na faktory, určující, životní dráhu.

Stáří zvýrazňuje povahové rysy. Senioři již netouží změnit svět, ale touží po tom, aby měli klidný život, aby byl jejich život vyplněn potřebnými věcmi, které skutečně k životu patří a jimiž je život vyplněn. Senioři raději vzpomínají na prožitý život, uzavírají se do sebe,

*"chybí jim naděje, neboť zbývající část jejich života je krátká."* (Aristoteles, in Haškovcová, 2010) Senior by se měl na uvedené období připravovat po celý svůj život.

S postupem věku dochází ke snižování kvality na poli paměti. Krátkodobá paměť je silně oslabena, ale zato dlouhodobá je velice rozvinuta. Například senioři vyjmenují někdejší své spolužáky, ale již si nevzpomenou, co dělali včera. Každý senior by se měl snažit kompenzovat "ztrátu" paměti pomocí křížovek anebo scrable (Haškovcová, 2010).

Senioři se chovají dle vyzkoušených a osvědčených schémat. Je také vyzorováno, že pokud se senior přestěhuje, pak raději dochází do oblasti svého předchozího bydliště, aby se potkával s lidmi, jež zná, než aby v oblasti svého nového bydlení navozoval nové známosti. Dále je také u starých lidí pozorovatelná nedůvěra k mladým. Také z důvodu životních změn (zhoršení zraku, sluchu atd.) dochází u seniora, že je ke svému okolí obezřetnější a spíše nedůtklivý. S tím je také spojena závislost na druhých lidech. Senior si takovou závislost málokdy připustí, a to zejména ze dvou důvodů. Prvním z důvodů je nebýt někomu na obtíž a druhá tkví v tom, jak v současnosti pojmáme svět kolem sebe, a to tak, že soběstačnost je nejdůležitější schopnost, která se v životě cení (Haškovcová, 2010).

U seniorů dochází k období smutku, kdy je buď důvodný nebo bezdůvodný. Senioři se ohlížejí na svůj předchozí život a poměřují jej. Z toho důvodu se uzavírají před okolním světem a spíše řeší jen svůj minulý život, než aby se zabývali aktuálním dnem. Je to také spojeno s odchodem dětí z "hnízda", kdy senioři se již nemusejí o nikoho starat a pak dochází také k tomu, že partneři nemají již společné téma k hovorům a soužití, a tudíž se navzájem odcizují, což může vyústit až v rozvodové řízení. Což má neblahodárné účinky na psychiku starého jedince. (Haškovcová, 2010)

Dle odborníků by mělo dojít ve stáří u osobnosti k období zralosti. Zrání osobnosti v průběhu života dochází všech složek osobnosti nesourodě, a to podle toho, jakým zkušenostem jsme vystaveni a jaké vnitřní vlohy jsou nám poskytnuty. Cílem stáří je dle Křivohlavého (2011, str. 84) *"kulturně i osobnostně dozrát a dozrát v plně rozvinutou, ucelenou a úctyhodnou harmonickou osobnost, která se stále ještě snaží podílet na kulturním dědictví a předávat je dále."*

### 1.3 Sociální práce, sociální pedagogika a senioři

Sociální stárnutí sebou přináší změnu sociálních rolí, potřeb, životního stylu, který je v úzké souvislosti s ekonomickou situací seniora. Se ztrátou zaměstnání, při odchodu do důchodu, může být spojena frustrace z nastalé nové životní etapy, neboť senior přestává být pro společnost užitečný, aspoň dle vlastního vhledu, neboť ztratil sociální pozici a s tím spojenou i sociální roli, kterou si v profesním a aktivním životě vytvořil. Další sociální změnou seniora může být ztráta životního partnera, přestěhování se do domova pro seniory, nebo být dlouhodobě umístěn na lůžko z důvodu chronického nebo závažného onemocnění (Suchomelová, 2016).

Zvládnutí změny v sociální oblasti seniora má, stejně jako fyzické a psychické stárnutí, individuální charakter. Někteří senioři jsou i ve vysokém věku samostatní a vyhledávají stále sociální interakce, například při výletech s obdobně starými lidmi, a někteří se straní společnosti a trpí samotou. Způsob sociálního stárnutí úzce souvisí s vlastním pohledem na stáří a "předešlý" způsob života (Suchomelová, 2016).

Se všemi výše uvedenými sociálními událostmi úzce souvisí potřeba seniora být s někým v sociální interakci a pokud již nemá blízkou rodinu nebo osobu, s níž by mohl adekvátní sociální problémy řešit, anebo jeho zdravotní stav vyžaduje péči od profesionálních pracovníků, pak je zde možnost intervence ze strany sociálních pracovníků nebo sociálních pedagogů, i zbývajících pomáhajících profesí. Ale tyto dvě uvedené dle mého názoru mají všechny předpoklady k nejintenzivnější pomoci směrem k seniorům, a to z důvodu toho, že většinu pracovníků v domovech pro seniory nebo různých podobách ambulantní péče pro seniory z hlediska sociálnosti života tvoří právě sociální pracovníci a na aktivizaci seniorů se také mohou podílet sociální pedagogové.

**Sociální práce** v průběhu devadesátých let dvacátého století směrem k seniorovi mění, a to zejména v oblasti **individuální oblasti**, kdy je posilována role seniora, jakožto klienta a zejména dochází k jeho zrovnoprávnění ve vztahu sociální pracovník a senior. V tomto případě senior není již jen uživatel služeb, ale je partnerem, tedy sociální pracovník by měl brát na zřetel přání a názory seniora a měl s nimi dokázat pracovat, což znamená nabízet seniorovi takové možnosti, které budou vyhovovat zejména jemu. Senioři již nejsou pojímání jako zátěž, s níž se sociální pracovník musí vyrovnat, ale je na ně nahlíženo jako na jedince s vlastními potřebami, které jsou individuální, ale také je na ně nahlíženo jako

na osoby, které ještě mohou společnosti něco nabídnout. Při výběru vhodných kompenzačních procedur a sociálních služeb by se měl senior zaktivizovat, aby si sám spoluvytvářel svůj kompenzační program a své sociální klima. Uvedené provádět v duchu sebeúcty, a posílení seniorova sebevědomí. Z výše uvedeného vyplývá, že senior již není pasivní poživatel, ale měl by se z něho stát aktivní činitel svého života v rozsahu jeho individuálních potřeb a možností, s ohledem na zachování jeho sebeúcty a sebepojetí (Kubalčíková, 2015).

Sociální pracovníci by se dle Ray, Bernard a Phillips (in Kubalčíková, 2015) k seniorům měli změnit v oblastech (1) hodnotových východisek pracovníků; (2) rozvoje adekvátních dovedností; (3) rozvoje báze potřebných znalostí.

Z hlediska **hodnotových východisek** by se měl sociální pracovník vyvarovat používání stereotypů, mýtů a měl by dokázat zabránit diskriminace, s tím je spojená také nutnost sociální spravedlnosti a měl by být mezičlánkem mezigenerační shody. Sociální pracovník by měl přistupovat k problematice stáří a seniorů z hlediska více úhlů a s tím je spojené také interdisciplinární sebevzdělávání. A zejména by měl zabraňovat utlačování seniorů, a to zejména na základě jejich etnického původu, věku, pohlaví, postižení apod. Kromě teoretické přípravy by měl sociální pracovník dbát na úzkém kontaktu se seniory, kdy na základě zjištěných faktů, ať již prostřednictvím rozhovorů, či dotazníků, by se měl seznamovat s širokou škálou potřeb a přání seniorů. A aktivně se podílet na vytváření celospolečenského přístupu k seniorům. (Kubalčíková, 2015)

V rámci rozvíjení **adekvátních dovedností** se měl klient snažit o nastolení pozitivního vztahu mezi ním a seniorem, s tím je také spojené plnohodnotné využívání možností sociální práce a jejich nástrojů k uspokojení seniora. Nabídka možností, s jakými by mohl senior pracovat, by měla být adekvátní a měla by ji provázet dostatečná informovanost seniora, aby se mohl vhodně rozhodnout pro, pro něj, nejužitečnější možnost, a tím, jak již bylo výše řečeno, jej aktivizovat s důrazem na zachování samostatnosti a nezávislosti seniora. Na základě uvedeného sociální pracovník by měl dokázat udržet pocit pohody (well-being) u seniora. S tím je také spojená nutnost uvědomit si a dále s e snažit o posilování silných stránek a zdrojů seniora a snažit se o eliminaci nevhodných stránek seniora. Sociální pracovník by měl být schopen poznat hodnotový žebříček seniora a chápat jejich subjektivní vhledy do života, které jsou spojeny s životními zkušenostmi seniorů (Kubalčíková, 2015).



Z hlediska rozvoje **báze potřebných znalostí** úzce souvisí s předešlými dvěma oblastmi a je to zejména pomocí dokumentů, kdy samotní senioři vyjadřují své názory a své potřeby a zejména představy, jakými vhodnými prostředky je dosáhnout, či naplnit (Kubalčíková, 2015).

Jak z výše uvedeného vyplývá, sociální práce by se měla, směrem k seniorům, zabývat zejména dvěma oblastmi své práce. Těmito oblastmi jsou **posouzení potřeb a situace seniora**, kdy by se měl sociální pracovník snažit o pochopení seniora zejména z hlediska prostředí v němž žije a v němž prožíval celý dosavadní život. Tento proces může probíhat pomocí tří modelů. **Procedurální model** spočívá v takové činnosti sociálního pracovníka, který na základě získaných informací o seniorovi, zjišťuje, zda senior spadá do skupiny ohrožené populace a tudíž má nárok na kompenzaci či službu v rámci dané sociální politiky. Tento přístup pouze užívá možnosti, které mu daná sociální politika nabízí - například finanční dávky apod. Uvedený model víceméně neaktivizuje seniora k činnosti, která by vedla k nápravě či kompenzaci jeho životní situace. Naopak pozitivem je rychlost a jednoduchost celého modelu. **Dotazovací model** tkví v představě, že sociální pracovník získá, na základě zevrubného zmapování života seniora, potřebné informace. Tento model klade veliké nároky na fundovanost sociálního pracovníka a jeho vědomosti o potřebách starých lidí. V tomto modelu dochází k rozhovoru mezi sociálním pracovníkem a seniorem, na základě něhož sociální pracovník zjistí aktuální situaci seniora a následně navrhne možná řešení. **Výměnný model** je z uvedených modelů nejvíce zaměřen na aktivizaci seniora v otázkách změn jeho životní situace. Mezi sociálním pracovníkem a seniorem, případně jeho nejbližším okolím, dochází k diskusi a sociální pracovník tuto diskusi řídí. Tento model pracuje s přesvědčením, že senior umí nejlépe ohodnotit vlastní situaci a tedy uvést, jaké problémy v životě má. Sociální pracovník by se měl snažit o to, aby si senior ve své tíživé životní situaci pomohl sám, a to za maximálního využití svých silných stránek a schopností a dovedností. Výměnný model je z hlediska aktivní účasti na řešení vlastní situace seniorem, pojímán jako nejlépe vyhovující, ale i tento model má svá úskalí, která se mohou objevit v například v překážce na straně nabízených služeb. Uvedené nastává, pokud sociální pracovník sice vyhodnotí situaci a potřeby klienta, ale nemůže mu z nabízených služeb a kompenzací vybrat nějakou, která by mu jeho životní situaci usnadnila, či zlepšila. Může zde být také komunikační bariéra, kdy senior již hůře vyjadřuje své potřeby anebo sociální pracovník nemůže, z výpovědi seniora, zanalyzovat jeho životní situaci (Kubalčíková, 2015).

Druhou oblastí, kterou by se měl sociální pracovník při práci se seniory, zabývat je **participativní přístup** k seniorovi. Měl by jej tedy více zapojovat do problematiky zlepšení nebo adekvátnější zvládnání jeho životní situace. Sociální pracovník se snaží nalézt silné stránky seniora a posilovat je na takovou úroveň, aby již senior nebyl odkázán na pomoc sociálního pracovníka, ale dokázal se o sebe postarat sám a případně i zvýšit životní situaci. V rámci participativního přístupu lze rozlišit pět úrovní participace. *"(1) Participaci na posuzování situace, individuálním plánování obsahu, rozsahu a způsobu poskytování péče; (2) participaci na strategickém plánování a rozboji služeb; (3) participaci na rozvoji konkrétních organizací poskytujících sociální služby; (4) participace na vzdělávání a rozvoji kompetencí profesionálů, studentů, pečujících osob a samotných uživatelů; (5) participaci na výzkumných aktivitách a evaluaci služeb."* (Kubalčíková, 2015, str. 113). V rámci participativního přístupu by se měl sociální pracovník rozhodnout, na základě zjištěné životní situace klienta, rozhodnout, zda aktivizovat pouze seniora, anebo do nápravné nebo kompenzační snahy zapojit také užší příbuzenstvo, nebo osoby, které jsou seniorovi blízké.

V současné době je nutné, aby sociální pracovník se snažil zejména o eliminaci potřeby seniora, být závislý na jiné osobě, nebo na sociální politice a měl by k tomu užívat takové nástroje a možnosti, které povedou k tomu, aby si senior dokázal pomoci sám (Kubalčíková, 2015).

V rámci **sociální pedagogiky** je nejdůležitější pro vhodné vzorce stárnutí, nabízet pro seniory dostatek volnočasových aktivit, čímž dochází také k požadovanému aktivnímu stárnutí. Nabídka volnočasových aktivit také zamezuje u seniorů k pocitu osamělosti a mohou, na základě nich, si rozšířit sociální síť - navázat nové kontakty. Dalším důležitým aktivátorem v životě seniorů může být **vzdělávání seniorů**.

Mühlpacher a Staníček (2001) shledávají adekvátní systém dalšího vzdělávání osob v seniorském věku, jako jednu z možných prevencí proti pocitu snížení vlastní hodnoty v době odchodu do důchodu. V rámci odborné populace je známo, že další edukace v seniorském věku podporuje pocit důstojnosti, životního uspokojení a lepší integraci do široké společnosti a mimo vyjmenovaných má vliv na fyzické a psychické zdraví seniora. Jedinci v seniorském věku prostřednictvím vzdělávání získávají nové poznatky, ale zejména to má pozitivní vliv na duševno a aktivitu kůry mozkové. Studium v seniorském věku působí preventivně a stimulačně proti různým stařeckým nemocem, jakými jsou Alzheimerova

choroba či stařecká demence. Prostřednictvím vzdělávání se u seniora zvyšuje adaptabilita na nová prostředí a změny, ke kterým ve společnosti dochází.

V současné společnosti je mnoho forem vzdělávacích programů pro seniory. Například jimi jsou Univerzity třetího věku, Akademie třetího věku, Lidové univerzity či Kluby aktivního stáří. Ale také veřejné programy pro seniory ze strany městských a univerzitních knihoven. I když se vzdělávání seniorů dostává do popředí povědomí veřejnosti, stále není dostatek seniorů informováno o aktivizačních možnostech, které jim okolí nabízí, ať již ze strany samotných vysokých škol, nebo například v nejbližších domovech pro seniory, nebo v senior pointech, kde se senioři učí vyvarovat nástrahám současného světa, jako jsou například hromadné výlety s možností zakoupení si nějakého zboží.

## 2 POSTOJE SENIORŮ K OTÁZCE SMRTI

### 2.1 Thanatologie

Thanatologie vznikla počátkem dvacátého století, kdy Robert Herz vydal svou knihu *Death and the right hand*. Thanatologie zkoumá smrt a to ve všech jejích částech, kdy zkoumá vazby mezi jednotlivými částmi a snaží se pojmout smrt jako celek. Styčnými okruhy thanatologie je fenomén smrti, proces umírání, zadržaná smrt, paliativní medicína, eutanázie, programy DNR (do not resuscitate), či NR (neresuscitovat), kvalita života, ritualizace smrti, zármutek a žal.

**Fenomén smrti**, z tohoto hlediska je pojmání smrti, jako něco, co jde sice oddálit, a to jak životním stylem, tak pomocí medicínské vědy, ale vždy jde o konečnou nastávající situaci. **Proces umírání** a všechny jeho podoby - krátký x dlouhý, bolestivý x bezbolestný, ale také primární podoby lékařské péče k umírajícímu. Mimo jiné všechny modely umírání (institucionalizovaná, domácí) a s tím spojené potřeby umírajícího. **Zadržaná smrt**, což je fenoménem poslední doby a tedy snaha o detabuizování smrti. **Paliativní medicína** a pohled na hospicové hnutí v kontextu historickém i současném, tedy prolínání paliativní péče i mimo zařízení hospicového typu. **Eutanázie** z hlediska všech jejích podob, také možných rizik zneužití, ale na druhé straně také z hlediska její positivity a to zejména ve vztahu k biologickým potřebám umírajícího - myšleno strádání a bolestivost. S eutanázií je také spojené **programy DNR**, kdy již další lékařská péče, ať již v podobě operací nebo podávání medikamentů, je neúčinná a tudíž možné rozhodnutí o zastavení další léčby, aby se zachovala důstojnost jedince. **Kvalita života** a to v celé její škále, tedy z pohledu subjektivního i objektivního - individuálního a společenského. Individuální pohled na vlastní kvalitu života a společenské normy a představy o kvalitě života, jako takové. **Ritualizace smrti** v sobě zahrnuje všechny postupy a rituály, které jsou spojeny s procesem umírání, smrti i následného rozloučení se s mrtvým a to z hlediska sociologického, tak z hlediska historického. **Zármutek a žal** je spojený s Ritualizací smrti, neboť zde se oblast zaměřuje zejména na pozůstalé a dochází k poskytnutí pomocné ruky v tomto období (Haškovcová, 2007).

V rámci pomoci pro pomáhající profese thanatologie poskytuje techniky konfrontace se smrtí, s nimiž by se měli pracovníci v pomáhajících profesích, kteří mají možnost se smrtí svých klientů setkat, seznámit. Jedná se o techniky: Smrt Ivana Illjiče, Nárys životní linie, Metoda her, Metoda konfrontace se smrtí I, Metoda konfrontace se smrtí II., Metoda nekrologu, Technika "mít a být".

**Metoda Smrt Ivana Illjiče** používá texty Lva Nikolaje Tolstého, kdy lékaři řekli hrdinovi řekli, že je nemocný, ale ne že smrtelně nemocný. Pracovníci si mají přečíst novelu Smrt Ivana Illjiče a následně probíhá diskuse na téma problematiky pravdy na nemocničním lůžku a s tím spojený strach a osamělost, které vznikají v situaci, kdy umírající pochopil blízkost smrti, ale nemá si o ní s nikým promluvit. Tato metoda je považována za úvodní pro svou komplexnost ve vztahu k paliativní péči. **Nárys životní linie** tkví v nakreslení své životní dráhy - přímky, která začíná narozením a na níž jsou znázorněny všechny důležité milníky života a následně by se měla na konci přímky znázornit smrt a každý z účastníků kurzu by se měl zamyslet, co ještě v období od současnosti do smrti chce dosáhnout a jak se ke svým cílům dopracovat. Pro lepší uchopení by se tyto prostředky měly také znázornit na přímce života. Všechny zvýrazněné body na přímce života by měly být doplněny o stručné poznámky. Cílem je seriózní zamyšlení se nad vlastním životem. **Metoda her**, kdy se jedná o dramaterapii. Účastníci tohoto kurzu si ze svého středu zvolí dva "herce", jeden bude zastupovat pomáhající profesi a druhý umírajícího. Takto zahranych etud je přeborné množství, protože umírající může být postižen mnohými nevyléčitelnými nemocemi a může žádat pečující osobu o to, aby mu ukrátila bolesti, tím, že vyvolá "milosrdnou" smrt. Cílem této metody je nácvik argumentů ze strany pomáhající profese, jak přesvědčit umírajícího, který si přeje svou smrt urychlit, o potřebě pokračování léčby, ale také navozuje prostor k diskusi v oblasti pasivní eutanazie. **Metoda konfrontace se smrtí I** spočívá v tom, že účastníci kurzu si sednou do kruhu a vedoucím je vždy jeden z referentů vyzván, aby opustil místnost, kdy při svém opuštění obrátí židli ven z kruhu. Tím je znázorněna jeho smrt. Postupně jsou vyzýváni další jedinci k opuštění do té doby, než v kruhu zůstane poslední z účastníků. Tato metoda má snahu o zažití prožitků ztráty v životě účastníků. **Metoda konfrontace se smrtí II** je obdobně jako výše uvedená metoda situována do kruhu. V místnosti je puštěna meditační, příjemná hudba a vedoucí vyzve účastníky, aby se zamysleli nad možností ztráty někoho blízkého, toto zamyšlení by mělo trvat pět minut, následuje pět až deset minut představa o úmrtí nejbližší osoby a následujících třicet až čtyřicet minut by se měl účastník zamyslet a prožít svou smrt. Účastníci by se měli

zamyslet nad skutečností, jak by mohlo k jejich úmrtí dojít, prožít strach ze smrti i vlastní pohřeb. Po této době dochází ke skupinové diskusi o právě prožitých zážitcích. tato metoda je mírně riskantní v tom, že citlivější účastník může mít psychické následky. **Metoda nekrologu** je zamyšlení se nad vlastní osobou, kdy účastníci jsou vyzváni, aby si představili svého blízkého, který dostal za úkol o nich, po jejich úmrtí, sepsat nekrolog a doplnit jej i případnou hudební skladbu, kterou by chtěli na pohřbu zahrát. Tímto si účastníci uvědomují vlastní konečnost i vlastní sociální status a roli, kterou ve společnosti zastávají, ale také mimo jiné vlastní cenu. **Technika "mít a být"** je zakotvena v tom, že se každému účastníkovi rozdá osm lístečků, na něž každý napíše osm věcí, které by si mohl za peníze v životě pořídit. V druhé fázi dojde k očíslování zaznamenaných věcí na lístečcích, a to tím způsobem, že nejdůležitější věci se přiřadí jednička, a tak to pokračuje dál, až účastník vyčerpá i číslovku osm. Následně si poskládá lístečky tak, aby byly sestupně, tedy od osmičky do jedničky. Vedoucí pak vyzývá každého z účastníků, aby si představil, že danou věc v životě ztratí, a to postupně od osmého lístečku až k prvnímu. Lístečky musí padat k zemi, což znázorňuje padající listí, tím se umocní pocit ztráty ze života účastníka. Jakmile jsou lístečky vyčerpány, pak dochází v účastníkovi k pochopení, co by se stalo, kdyby všechno, co si jde za peníze v životě koupit, ztratil. Tedy pochopil by své chápání kategorie mít. Druhá část, zaměřená na být, je analogická, jen s tím rozdílem, že na lístečky se píše jména blízkých a nejbližších. A následným odhazováním lístečků dochází k prozření a zážitku ztráty blízké osoby v životě.

Všechny uvedené techniky jsou velice psychicky náročné a tudíž by pracovníci pomáhajících profesí neměli zapomínat a být řádně proškoleni v oblasti osobní psychické hygieny. A je také velice účinné, pokud mají na svých pracovištích možnost supervize. (Haškovcová, 2007)

Z důvodu oblastí, kterými se thanatologie zabývá, se jedná o interdisciplinární vědu. Dle Špatenkové (2014) je smrt v současnosti pojmána zejména z hlediska medicíny, kdy zdravotní personál, zejména lékaři mají moc zvrátit smrt a prodloužit život. Pokud dojde k úmrtí pacienta, pak tuto smrt pojmají jako vlastní prohru.

Zároveň medicínská věda vnesla do thanatologie obraz dobré a špatné smrti. Dle Glasera a Strausse (in Špatenková, 2014) je dobrá smrt taková, o níž ani zemřelý nevěděl, že nastala, například se může jednat o úmrtí ve spánku, nebo po aplikaci utěšujících léků. Naopak

špatnou smrt vidí v dlouhodobé nevléčitelné nemoci, kdy je umírající konfrontován s vědomím blízkého úmrtí, a tudíž nějakým způsobem na tuto skutečnost musí reagovat.

Medicínská věda a také její současné možnosti, kdy se pro laika může zdát, že je téměř všemohoucí, vedla také k tomu, že pojmání smrti se ze společnosti vytěsňuje. Jedná se o dvojí vytěsnění - individuální a sociální. Individuální vytěsnění smrti je vysvětlováno jako nechuť jedince slyšet o něčí smrti, neboť mu tato informace zapříčiňuje uvědomění si vlastní smrtelnosti a zejména jeho individuální obavy z ní. Sociální vytěsnění znamená, že společnost již nedokáže v takovém rozsahu, jednat s pozůstalými. že nedokáže vyjádřit soustrast pozůstalým a podobně, ale také jsou s touto oblastí spojené také rituály, které jsou povrchní.

Chováním a prožíváním umírajícího či pozůstalého se zabývá **thanatopsychologie**. její základními zkoumanými oblastmi je žal, zármutek a smutek a to již jak ze strany umírajícího, který o své blízké smrti ví, tak i ze strany blízkých lidí (rodiny, přátel). V současnosti je projevoování výše uvedených citů velice nepopulární a je společností dehostigováno, jako projev vlastního slaboství. Ale dle psychologů je to velice nezdravé a nebezpečné pojmání. Zármutek, žal se musejí ventilovat a to nejlépe prostřednictvím pláče.

Z hlediska kulturních rituálů spojených se smrtí a umíráním se zabývá **thanatosociologie**, ale tato věda se také snaží o "znovuobjevení" smrti ve společnosti, neboť se domnívají, že smrt v současné společnosti je tabuizována a je v podstatě popírána a z toho důvodu je třeba navrátit ji zpět do společnosti jako důležitý aspekt, neboť smrt je jistá a z toho důvodu se nesmí opomíjet. Zároveň se také mimo jiné zabývá sebevraždami, kdy dochází ke krizi mezi jedincem, který spáchá sebevraždu a společností, která jej v podstatě nepřijala k sobě, a tak nemohl naplnit své sociální role.

Mimo thanatosociologie se rituály, spojenými se smrtí a umíráním zabývá též **thanatohistorie**, jenž zkoumá všechny rituály spojené s umíráním, smrtí i truchlením ve všech kulturách.

Dle Ariése (in Špatenková, 2014) je možné historický pohled na smrt a umírání západoevropských kultur rozdělit do pěti stádií. **Smrt ochočená** - jedná se o období od 5. do počátku 18. století. V tomto období byla smrt veřejná a veřejně pojmána. byla spojována, stejně jako celý život, s velmi silnými a jasně stanovenými rituály. Smrt byla lidem blízká,

neboť se s ní setkávali na každém kroku a proto ji, jako takovou, mohli ochočit. Pokud lidé znají všechny podoby smrti a mají ustálené velmi pevné rituály, již se tolik smrti nebojí. Druhým stádiem je **smrt sebe sama**, které koresponduje s předchozím obdobím, neboť jej lze vypořádat v období od 11. do 17. století a je vyplněno individualitou. Lidé se smrti bojí a snaží se jí vyhnout. Také je patrné velké množství posledních vůlí, kdy umírající zanechávali přesné instrukce pozůstalým, jak mají s jeho mrtvým tělem naložit. Také lze vypořádat menší úcta k mrtvému tělu, neboť od 11. století dochází k pojmání duality v oblasti duše a těla. dalším důležitým milníkem“, od předchozího stádia je zakrývání obličejů zemřelého a může již jít o interní strach ze smrti. Třetím obdobím je **smrt vzdálená i blízká**, v období 18. a 19. století dochází k tomu, že smrt je upozaděna a je místo ní nahrazena smrtelností. To znamená, že na smrt se přemýšlelo celý život, ale z toho také plynulo, že strach ze smrti a umírání nebyl tak silný. Postupně tento přístup společnosti vyústil až k odmítání smrti. Smrt blízká se symbolizována množstvím válek, které v daném období na Evropském kontinentu probíhaly, ale také tím, že smrt se dostává do umění a je opěvována, jako něco krásného. Poslední etapou ve vývoji postojů ke smrti v západní Evropě je etapa nazývaná **převrácená smrt**, která je typická pro celé 20. století. Smrt je pojmána jako něco nežádoucího, jako něco skrytého, kdy rituály do té doby spojené se smrtí a umíráním se již nepraktikují. Celé toto období stojí na institucionalizaci a medikaci. Institucionalizace znamená, že se smrt přesouvá do zdravotnických zařízení, neboť, a s tím je spojená medikace, blízcí lidé umírajícího pro něj chtěli učinit to nejlepší, co šlo a v té době to byla medicína, která byla v některých očích lidí všemocnou, a proto lidé již neumírali, tak hojně, doma, ale spíše ve zdravotnických zařízeních.

V současné době je tento trend stále aktuální. Dochází stále k "odsunu" umírajícího do zdravotnických zařízení, kde je umírající vystaven lékařské péči, jež v sobě zahrnuje mimo jiné také aplikaci značného množství medikamentů a *"jde v podstatě o cílené, narkotizované a kontrolované umírání ve speciálních institucích."* (Špatenková, 2014, str. 28).

V tomto období také dochází k profesionalizaci smrti. Kdy personál, který se stará o umírající a mrtvé jsou profesně na výši a řádně proškoleni, nikolivěk rodina a nejbližší. Zároveň je toto období spojené s odstraněním zármutku a truchlení. Objevuje se individuální a sociální vytěsnění smrti.



## 2.2 Sociální reprezentace

Každá sociální skupina ovlivňuje své členy, a to prostřednictvím své kultury. Všechny kultury ovlivňují své členy a vštěpují jim určité vzorce chování v daných sociálních situacích. Kultura jedincům určuje určité sociální role a s tím vzorce chování, a nejen jedinec přejímá v dané kultuře vzorce chování ale také kulturní vzorce, tzn. jakým způsobem se oblékat, jak daleko stát od dalšího jedince v sociální interakci a s tím je spojeno i přípustný dotyk s druhou osobou v dané sociální situaci. Kultura mimo uvedené také ovlivňuje hodnotový žebříček a vštěpování hodnot jedinci (Nakonečný, 2009).

I když kultura ovlivňuje naše vzorce chování, je lépe pojímat vliv na chování jedince v dané společnosti z hlediska teorie sociální reprezentace. Každá společnost má tzv. **sociální reprezentaci**. Tento pojem vnáší a blížeji rozpracovává do oblasti sociální psychologie francouzský psycholog Serge Moscovici, který rozpracovává koncept sociálního faktu Émile Durheima.

Sociální reprezentace je dle Moscovici (in Hytych, 2008, str. 36) „*system hodnot, predstav a praktik a dvoji funkcí: zaprvé ustanovit řád, který umožní jedincům orientovat se v jejich materiálním a sociálním světě a zvládnout jej; za druhé umožňuje konání komunikace mezi členy komunity tím, že jim poskytne kód pro sociální výměnu a kód pro jednoznačné pojmenování a klasifikování rozličných aspektů jejich světa, jejich individuální a skupinové historie.*“

Každá společnost má svou specifickou sociální reprezentaci, která disponuje sdíleným pojetím materiálního i duchovního světa, s tím jsou spojené hodnoty, které určuje společnost určitým skutečností, ale také disponuje zvyky, na základě níž vysvětluje a naplňuje zakódované vzorce chování v životě. Sociální reprezentace je tvořena figurativním jádrem, jež je více odolné, při určitých sociálních krizích, změnám, a periferní částí, která je naopak poměrně, v rámci sociální krize, změnitelná (Hytych, 2008).

Každé státní uspořádání má svou specifickou sociální reprezentaci, která jej odlišuje od ostatních. Uvedu příklad při srovnání Polské republiky a České republiky v oblasti sociální události, jakou je pohřeb. Polská republika je ve skrze křesťansky smýšlející stát. Většina obyvatelstva se hlásí k Římsko-katolickému pojetí křesťanské nauky. Aktivně víru praktikujících obyvatel je v Polské republice od 40 do 70% všech křesťanů. V Polsku se ale hlásí k víře ve Svatou trojici 93% všech občanů Polské republiky (Walczyk, 2016).

V České republice se k víře hlásilo v roce 2011 20,8%, z toho 10,4% bylo křesťanů římsko-katolických, 0,4% se hlásilo k Československé církvi husitské a 0,5% se hlásilo k Českobratrské církvi evangelické (Škrabal a kol., 2014) Z uvedených údajů je patrné, že v Polsku bude docházet častěji k církevním pohřbům, tj. pohřeb je ve většině případů tvořen jasně stanoveným postupem kroků: mše za zemřelého, kdy se blízcí mohou s mrtvým rozloučit. Následuje vyprovázení mrtvého na hřbitov. Na hřbitově se ve většině případů ukládá rakev s mrtvým do země, v některých případech může pohřeb proběhnout i žehem. Může následovat zádušní mše, která má pomoci zemřelému nalézt pokoj v nebi. V České republice sice dochází také k církevním pohřbům, ale častější variantou je pohřeb světský, kdy se pozůstalí sejdou buď na hřbitově, nebo v krematoriu a zde se rozloučí, bez účasti kněží, s mrtvým.

Na uvedeném příkladu jsem chtěla deklarovat rozdílnosti v sociálních reprezentacích národů, které jsou si blízké (mají společnou historii), ale jejich sociální vzorce chování se do značné míry odlišují. Z toho vyplývá, že více odlišné přístupy ke smrti, jako sociální situaci, a jejím vypořádávání se budou objevovat v souvislosti s odlišnými sociálními reprezentacemi. Na následujících řádcích stručně pojednám o přístupu ke smrti z hlediska nejrozšířenějších náboženství.

Smrtelnost člověka a její pochopení fascinuje lidstvo od nepaměti. Výkladem smrti se zabývají všechny báje. Například starověká babylonská mytologie se velice přibližuje v pojmání vzniku smrtelnosti u jedince, jako je tomu u křesťanské nauky.

Bůh moudrosti Ea (též Enki), stvořil první lidi, mezi nimi také svého syna Adapa, kterému vložil moudrost. Adapa se jednou vydal na lov ryb. Při rybolovu mu Jižní vítr převrátil loďku a Adapovi tak hrozilo utonutí. Ve své situaci proklel Jižní vítr, čímž Jižnímu větru zlomil křídla. Za tuto skutečnost si jej povolal k sobě Anupa, vládce nebes. Adapa byl poučen svým otcem Ea, aby v nebesích nepřijal žádný z nabízených pokrmů, neboť by to mohlo mít za následek jeho smrt. Adapa svého otce poslechl a nepřijal od Anupa žádný z nabízených pokrmů. Anupa ale Adapovi nenabízel pokrm smrti, jak se Adapa domníval, ale pokrm nesmrtnosti, aby jej, pro jeho moudrost, ustanovil dalším z bohů. A proto zůstává nadále neblahé spojení vědění a smrtelnosti (Assmann, Macho, 2003). Tato báje blízce koresponduje s pojetím biblického mýtu Adama a Evy, kdy okusili jablko ze stromu poznání a tím získali vědění jako Bůh. Avšak Bůh je z ráje vyhnal dříve, než mohli okusit ze stromu nesmrtnosti (*„Hle, člověk se stal jakoby jedním z nás, neboť zná dobro i zlo. Nyní se tedy*

*postarám, aby nevztáhl ruku, nevzal také ze stromu života a nežil navěky.*“ Gn 3,22). Na níže uvedených řádcích rozepíše jednotlivá nejvýznamnější náboženství světa, ale i zeměpisné oblasti a jejich rituály spojené s úmrtím člověka. Z těchto dvou úryvků je jasně patrné, že každý člověk je jist si svou smrtí a v současnosti (ale i minulosti) si lidé odchod z tohoto světa nejraději představují jako odchod něžný, tj. v době spánku. Nikdo si není jistý, kdy zemře a ani jak zemře a z toho důvodu si lidstvo utvořilo mnoho náhledů, jak dojit po smrti k pokoji své duše. Při umírání také člověk vychází z vlastních vzpomínek ze svého života na Zemi a z těchto vzpomínek a skutků, jimi naplněnými pak nalézají klid anebo nepokoj. Po staletí se utvářely různé rituály k přístupu k umírajícímu ze strany příbuzných, ale větší roli zde hráli zástupci (představení) náboženských kultur, kteří pečují o odcházející duši. Ve většině případů se příbuzenstvo staralo o fyzické potřeby umírajícího a kněží pak o jeho psychickou stránku (Vumr, Zimmelová a Švehlová, 2008).

Níže uvádím nejrozšířenější náboženská hnutí na světě.

**Křesťanství** pojímá svátost pomoci umírajícímu (nemocnému) jako jedno z nejdůležitějších svátostí v křesťanské víře, neboť tím, že křesťan pomáhá nemocnému, či umírajícímu, pak vlastně poskytuje službu Ježíši. Nejde jen o to, aby duše nemocného našla klid ve smrti, ale kněz by se měl snažit posilovat vůli nemocného k životu.

Také před pomazáním nemocného by měla probíhat zpověď, pokud ji nemocný nemůže učinit, pak by se měla učinit alespoň akt nedokonalé lítosti, kdy lítost pramení ze strachu z Božího soudu. Příbuzní a blízcí by měli umožnit uvedené přivoláním kněze k nemocnému. Dále je důležité, aby umírající pocítilo podporu od druhé osoby na cestě ke smrti. "*V umírání nabízí křesťan Bohu konečný akt svého sebedarování.*" (Peschke, 2004, str. 303).

Smrtí se křesťan dostává do jednoty s Kristem a očekává nesmrtelnost a vzkříšení. Smrt je pro křesťana návratem k bohu a tudíž, ji očekává, nikoliv jako něco špatného, ale spíše jako dovršení svého cnostného života. Sami lékaři, dle křesťanského chápání světa, by neměli působit na tělo umírajícího takovými metodami, které vedou k prodlužování života (zde je život pojímán jako vegetativní život, bez známek lidských reakcí). Nebo také lékař nemá právo uměle prodlužovat život pacientovi s nevléčitelnou nemocí. V takových případech by se měl veškerý zdravotnický personál snažit poskytnout umírajícímu pouze obětavou péči - pomoci s jídlem, pitím a celkově se postarat o základní biologické potřeby jedince, zároveň by se měl snažit o přípravu duše umírajícího na smrt (Peschke, 2004).

Po úmrtí křesťana je nutné se na přesné podobě pohřbu domluvit se s knězem a podoba vyvěrá z přání umírajícího nebo jeho nejbližší rodiny. Prvním aktem, i když v současnosti méně častým, je provedení modlitby v domě zesnulého, kam přijde kněz, anebo se u lůžka zemřelého dostaví příbuzní, kteří se za duši zemřelého pomodlí. Následně je prováděn průvod se zemřelým do kostela. Tento průvod je veden ministrantem, který nese kříž, a pokud již je přítomen kněz, jde v původu před rakví. Ve vybraném kostele provede kněz mši, anebo bohoslužbu slova v obřadní síni. Při mši v kostele je užito zásadně fialové nebo černé barvy bohoslužebních rouch. Také je u rakve zapálena svíčka, tzv. paškál, jenž se posvětila na velikonoční rigilii. Pokud zemře dítě, pak jsou roucha bílá. Paškál symbolizuje světlo vzkříšeného života. U rakve může být zapálena i křestní svíce zemřelého. Také uložení zemřelého v rakvi je specifické. Pokud zemře laik, pak je uložen hlavou k východu a nohami v sakrálním prostoru. Pokud zemře kněz, pak je hlavou v zakristii a nohami směřuje k východu, což symbolizuje v obou případech, jak kdo byl situován za života k oltáři. Laik stál před oltářem a kněz za oltářem (Laštovičová).

Pokud je rozloučení konáno v obřadní síni, pak je vyplněna hudbou (zpěvem) a modlitbou, již předáváme duši zemřelého Bohu. Čte ze z Bible a dochází na krátké promluvy, jež provádí také kněz. Mše svatá se provádí obvyklým způsobem. Po mši nebo bohoslužbě slova, dochází k poslednímu rozloučení. Kněz z ministrantem, který v rukou drží kadidlo a svěcenou vodu, stojí u rakve, otočení k pozůstalým. Kněz začne úvodní výzvou. Následně se všichni potichu pomodlí. Po modlitbě následuje zpěv na rozloučenou, při němž kněz zemřelého pokropí svěcenou vodou a okuřuje kadidlem. Celou část posledního rozloučení ukončuje kněz modlitbou a po modlitbě je rakev vynášena z kostela. Pokud je kněz přítomen i na hřbitově, lze vykonat obřad posledního rozloučení až nad hrobem. Kropení svěcenou vodou je odkaz na křest, kdy byl zemřelý do svěcené vody ponořen, a právě kropením dovršuje celý boží záměr, kterým byl křest započat. (Pohřební liturgie krok za krokem).

Průvod k hrobu, v případě že je zemřelý vkládán do hrobu v rakvi, je obdobně vytvořen, jako průvod z domu zemřelého do kostela. Průvod vede ministrant, který drží v rukou kříž a pokud je přítomen kněz, jde před rakví, která může být nesena nebo vezena. Při průvodu lidé zpívají nebo hraje hudba.

Pokud není hrob vysvěcen, kněz tak učiní. Následují přímluvy a po nich se všichni pomodlí modlitbu Páně. Rakev se spouští do hrobu, přičemž kněz pronáší modlitbu. K odkrytému

hrobu pak mohou přistupovat všichni přítomní a vhodit na rakev hrst zeminy. (Pohřební liturgie krok za krokem)

Křesťané, oproti Židům nebo Muslimům, mohou provést pohřeb i žehem, kdy je následně urna uložena do hrobu, kolumbaria, anebo je popel rozprášen na určitém místě. Pozůstalí si také urnu mohou nechat doma.

**Judaismus** se k umírání staví obdobně jako křesťanství. Poslední rozhodnutí zůstává v rukou Nejvyššího. Nemůže dojít k uzdravení nemocného pouze za pronášení modliteb, ale je třeba, aby všechny zainteresované osoby, využili všechny dostupné metody k uzdravení nemocného, či umírajícího., přičemž jsou oprávněni i porušit šabat, pokud to vyžaduje péče o umírajícího. Pokud se zdravotní stav umírajícího zhorší je otevřena kniha Žalmů, z níž je předčítáno a zakončeno modlitbou. může také dojít k předčítání z Tóry, kdy je v průběhu předčítání vyvolán otec, syn, nebo bratr, či jiný příbuzný, aby nad svitkem pronesl modlitbu za uzdravení. Následně se věnuje určitý obnos na dobré účely, k němu se přidávají rodina, či přátelé, kteří pocítují stejnou potřebu.

Židé rozpoznávají Anděla smrti, tzv. ma'ach ha-mavet, jenž dlí u postele a čeká na duši, kterou následně odnese k Božím trůnu. Židé se domnívají, že smrt není konečné rozhodnutí Nejvyššího, ale vykonáním čtyř prostředků se dá změnit. Tyto čtyři možnosti se nacházejí v Talmadu a jimi jsou: dobročinnost, modlitba, změna jména a změna způsobu života.

U zemřelého Žida se nestará pouze rodina, ale v judaistické společnosti existují sociální spolky mužů a žen, které se o zemřelého starají a připravují umírajícího na poslední cestu, aby rodině ubyla aspoň část starostí. Tyto spolky nesou jméno Chevra kadiša (Svatý spolek), jejichž hlavním posláním je dobročinnost a nezištná služba lásky. Působení Chevry Kadišy se omezuje pouze na danou židovskou obec, v níž existuje. Členové jsou zastoupeni ze všech sociálních vrstev.

Umírající by se měl za každých okolností dozvědět o skutečnosti, že umírá, aby se na smrt mohl náležitě připravit - urovnat všechny záležitosti (dluhy, případně napravit křivdy, kterých se dopustil na ostatních a požádat je o odpuštění). Provede, pokud je toho schopen, vyznání hříchů před Hospodinem. Poté se opakuje stéla uvedená v Tóře.

Před smrtí se čtou modlitby Šema, nikdo se umírajícího nesmí dotknout, aby nezpůsobil rychlejší smrt. V průběhu umírání se příbuzní modlí, takovým způsobem, aby při posledním

vydechnutí bylo proneseno slovo ochad. Po zesnutí se smrt potvrdí prárkem přiloženým k nosu či ústům. S úctou jsou uzavřeny oči a případně i ústa. Následně je zemřelý přikryt kusem bílého plátna, kterého se dotknou všichni příbuzní a nejstarší syn by měl zatlačit nebožtíkovi oči.

Hrob je vykopán v ten stejný den, kdy dojde k úmrtí. Na hřbitově si, při donešení rakve, pozůstali natrhnu část oblečení, což bývá označeno jako Kri'a a dokládá velikou bolest a žal nad ztrátou. U otce či matky se natrhává oděv vlevo, nad srdcem, u ženy či muže, dětí, sestry, bratra se oděv natrhává vpravo. U dalších příbuzných se tento obřad nevykonává.

V rámci zakopávání zemřelého je použita lopata, která leží na vykopané hlíně. První k hromu přistupuje nejstarší syn a po odhození zeminy na rakev, odkládá lopatu zpět na hromadu zeminy, neboť lopata se nesmí předávat z ruky do ruky. Pohřeb není místo, kde by si lidé měli vytrhávat lopatu z rukou. Rabín pronesene nakonec modlitbu Kadiš, jenž je hymnem v proze a jedná se o chválu Boha.

Ženy na judiastickém pohřbu nejsou, neboť by mohly svými hlasitým projevem nářků nabourat posvátnost celého obřadu a proto většinou zůstávají doma a připravují prostou krmí pouze po nejbližší. Ženám přístup na pohřeb nesmí být odepřen, ale žena musí zachovat posvátnost celého obřadu. Období smutku pro rodinu trvá po sedm následujících dní, kdy nikdo z rodiny nesmí vykonávat žádnou práci a celé období je provázeno modlitbami.

I když Bible, Starý zákon, jasně nikde nepopírá možnost zpopelnit zemřelého, Žid by nenechal svého příbuzného zpopelnit, neboť obyčej je vžitý a tedy pohřby se provádějí pouze do země, aby se zachovalo učení Tóry v duchu otců. Pokud Žid nezemře v Izraeli, pak je do rakve uložen tak, aby jeho hlava směřovala k Izraeli. (Vreis, 2008)

V **Sunnitském islámu** převládá názor, že duše opouští tělesnou schránku hned při úmrtí. Přijde si pro ni Anděl smrti, nazývaný Azrai'1. Pokud byl zemřelý věřící, bude jeho posmrtná pouť poklidná a veselá, ale pokud byl nevěřící, nebo byl hříšný, Azrai'1 mu duši doslovně vyrve z těla a jeho přechod je velice bolestivý. Azrai'1 má pomocníky, buď anděly milosti nebo anděly trestu, a tudíž každý zemřelý hned ví, zda bude jeho spasení probíhat v klidu nebo ne. (Malecková, 2014)

V den pohřbu, po zarovnání hrobu zeminou, dochází k andělskému výslechu (poslední zkoušce, zúčtování v hrobě či zkoušce v hrobě), který provádějí andělé. Buď mají krásnou

podobu či jsou šerední, dle zbožnosti duše, kterou navštívili. Andělé pokládají duši tři otázky: Kdo je Bohem? Kdo je tvým prorokem? Jaké je tvé náboženství? Správnými odpověďmi jsou: Můj bůh je Alláh; můj prorok Mohammed a má náboženství je Islám. Pokud byl jedinec zbožný, odpoví správně, pak se pro něj hrob stává příjemným místem. Pokud byl hříšný, pak se pro něj hrob stává místem strasti a utrpení a bude trestán do soudného dne. V obou případech zemřelý zůstává do soudného dne (Malecková, 2014).

Poslednímu soudu se vyhnout světcí, kteří putují rovnou do nebe. Nejčastěji je světcem označován ten, kdož zemře v boji za islám, tzv. šahíd. V ideálním případě by měl zemřelý muslim ležet v hrobu na pravém boku, obrácen k Mekce. Pokud tomu, z nějakého důvodu, situace nevyhovuje, je možné mít obrácenou k Mekce alespoň hlavu (Malecková, 2014).

Při umírání by muslim neměl být sám, ale měl by mít společnost příbuzných nebo blízkých, kdy se mu předčítá Šaháda. Slova šahády by měl umírající opakovat, neboť by měla tvořit poslední promluvu na světě. Pokud toto není možné, pak příbuzný nebo imám připomene slova šahády po smrti, aby zemřelý pamatoval, jak má odpovědět na tři otázky, ohledně své víry. (Malecková, 2014)

Po smrti nějaký mužský příbuzný zatlačí zemřelému oči a ováže spodní čelist, aby se ústa neotevřela, aby se skrz ústa do těla nedostal hmyz. Následně se zemřelý svleče do půl těla a je podbroben velké očistě. Kdy je tělo omyto a zbaveno nečistot. Pokud zemře šahíd, pak je jeho tělo ponecháno tak jak zemřelo, oblečené, aby před Alláhem dokázal, že je šahídem. Pokud zemře muž, pak může velkou očistu provádět žena, případně mužský příbuzný, nejčastěji otec. Pokud nemůže provést velkou očistu muslim, může být požádán o provedení velké očisty i nevěřící, ale pak je potřeba aby za duši zemřelého se modlila alespoň jedna muslimka. V případě úmrtí ženy, provádí velkou očistu ženské příbuzné a pokud tomu nelze, pak je možné, aby tělo omyl manžel zemřelé. Následně je zabaleno do tzv. Katanu - tři kusů bílé bezešvé bavlněné látky. Pokud muslim vykonal pouť do Mekky, pak je pohřben v oblečení, v němž tuto pouť provedl. (Malecká, 2014)

Z mešity je rakev vždy nesena k hrobu, neboť nesení je vyjádření poslušnosti Alláhu a úcty k zemřelému. Všichni zúčastnění by měli po celém obřadu zachovávat pokoj a smutek by měl být pouze němý. Ženy se proto ve většině případů účastní pouze modlitby v mešitě, ale na samotný pohřeb již nejdou. Ženy přichází k hrobu většinou hodinu až dvě po odchodu mužů a rozloučí se s nebožtíkem. Všichni přítomní by do hrobu měly vhodit tři hrsti hlíny,

čímž si muslimové připomínají, že povstali z prachu a v prach se navrátí, přičemž jsou užity obě ruce. Pohřeb žehem je v islámu zakázán. Ve většině muslimských společenství se pohřbívá ještě týž den, kdy dojde k úmrtí. (Malecká, 2014)

Doba smutku, tzv. hidád, trvá tři dny a všichni blízcí by pozůstalým v tomto období měli kondolovat. Pohřební služba se stará o to, aby se o úmrtí dozvědělo co nejvíce lidí, aby se následně co největší počet mohl sejít nad hrobem zemřelého. Tato služba je konána tak, že parte se dává na všechny domy ve čtvrti, kde zemřelý žil. Muslimům je ale na hřbitovech zakázáno se modlit, nebo Mohamed pravil: "*Celá země je mešitou, kromě hřbitovů a toalet.*" (Malecká, 2014, str. 204)

**Hinduismus**, jakožto nejrozšířenější náboženství na světě, v podstatě nepojímá smrt jako cestu na odlehlé místo (věčnost), kde duše následně zůstává, ale jedná se o cyklický průběh, kdy po tělesné smrti duše (átma), se posuzují její dobré a špatné skutky (akrma), na základě kterých se pak spravedlivě určí, zda nadále setrvá na zemi či dojde ke konečnému vysvobození (mókša) z koloběhů života (sansára). Hlavním a chtěným, tedy dosahovaným, momentem není smrt, ale samotný okamžik vysvobození.

Při úmrtí hinduisty dochází k hlasitému pláči a naříkání, kdy vdovy se sebeobviňují za smrt svého manžela, kterou způsobily svými hříšnými skutky. Toto kvílení doprovází rvaní si vlasů, které budou následně vdově ostříhány, jakožto symbolika vdovství.

Ideálním stavem, který může hinduista před svou smrtí, naplnit je omýt své tělo v posvátné řece Ganze a pokud je to trochu možné i na jejích březích zemřít a být zde spálen. I když toto je ideálním stavem, většina hinduistů umírá doma, to je pak jeho tělo donešeno do zahrady k posvátnému stromu tulsí, který má každý dům hinduistů. Pozůstalí pronášejí nad zemřelým modlitby. Po smrti se zatlačí oči a na uši i oči se položí lístky tulsí a tělo po omytí je zabaleno do bílého plátna. Představený církve (bráhman) pokropí následně celé tělo pokropí posvátnou vodou z řeky Gangy a přednese pohřební mantry.

Zemřelého položí na máry a odnesou jej za opakujícího se odříkávání božích jmen na žároviště. Máry jsou nesený pouze mužskými příbuznými. Hinduisté zásadně těla svých mrtvých spalují, neboť tak pouze jejich duše může opustit v klidu tělo. V případě že není hinduista spálen, jeho duše se drží u těla a v těchto místech straší. Očištění duše ohněm je tedy velice důležitý krok pro ochranu duše zemřelého, ale i žijících a v tomto obřadu má zásadní význam nejstarší syn a pouze on.



Zemřelého položí na břeh vodních toků, a vše se musí odehrávat pod širým nebem, s hlavou směřující k severu, kde se dle hinduistického učení nachází posmrtná říše boha Jamy. Při samotném pohřbu obejde nejstarší syn sedmkrát hranici, v rukou nese svazek hořících větví a následně se mrtvého těmito větvíčkami dotkne a podpálí hranici. popel zemřelého je pak vsypána do hliněné nádoby, která je ponořena do vody.

Takto spočínutá duše předstoupí před Jamu, který rozhodne o tom, zda před dalším návratem do pozemského života, duše bude v nebi nebo v pekle a to dle jejích skutků v předcházejícím životě.

Pozůstali po pohřbu provádí očistnou koupel. Nadchází období smutku, které trvá od deseti do třiceti dní. Mužští příbuzní oblékají bílé oblečení, a dochází k půstu a to i v hygienických zvycích. Nejpřísnější pravidla musejí dodržovat vdovy a to do konce jejich života.

Po uplynutí období smutku, synové zemřelého provedou oběť. (Baďurová, 2014)

Dle **Budhismu** lidé umírají v osmi fázích, při nichž dochází k rozplynutí všech dvaceti pěti hrubých činitelů (pět osobnostních složek, čtyři stavební prvky, pět předmětů a pět základních moudrostí). Dvacet dva se rozpouští v prvních čtyřech fázích a zbytek v následujících fázích.

V první fázi dojde k úbytku fyzické síly a celkově se tělesná schránka začne zmenšovat. Tato fáze je typická pro stáří. Ve druhé fázi dochází k rozpuštění pětice jevů, který mají pro člověka význam zejména smyslový. Při této fázi přestává jedinec vnímat pocity - neuvědomuje si blahodárné, neutrální a bolestivé. také přestává mít schopnost slyšet zvyku, z důvodu ochabnutí uší. Při třetí fázi dochází ke ztrátě schopnosti rozpoznat blízké osoby kolem sebe a také přestává vnímat libé či nelibé pachy. Nádech se zkracuje a výdech prodlužuje. Zároveň osoba již nedokáže trávit potravu a nápoje. Ve čtvrté fázi dochází ke ztrátě pohyblivosti. Osoba přestává pociťovat chutě a dochází i ke ztrátě hmatu. Při páté fázi dochází k rozpuštění osmdesáti představ a tyto jsou rozděleny do tří skupin: třiatřicet náleží myslí bělosti "vyvstávání", čtyřicet myslí červenosti "zesílení" a sedm myslí černosti "obdržení blízké". V průběhu šesté a sedmé fáze se postupně tyto tři skupiny prolínají, až se mysl černosti rozpustí do jasného světla. V rámci osmé fáze dochází k samotné smrti. Mysl je naprosto prázdná. Budhisté zůstávají v tomto stavu po tři dny.

Po proběhlých osmi fázích umírání nastává tzv. mezistav, kdy duše zemřelého předjímá podobu následujícího života a to dle svých skutků v předešlém životě. V rámci mezistavu

duše dlí v těle blaženosti a živý se pachy, přičemž dochází k obrácenému postupu přijímání zářivé černosti, zářivé červenosti a zářivé bělosti. Nejdelší mezistav trvá v délce sedmi dní. Po mezistavu by se měla duše znovuzrodit, tj. dostat se do lůna ženy, kdy přechod do lůna ženy provází nelibé pocity a znovuzrozená duše má pocity, jakoby vstupovala do bažiny, pokud měla duše v minulém životě malé zásluhy. Co se týče osoby s velkými zásluhami v předešlém životě, provází jeho přerod do lůna ženy libé pocity a je před ním představa krásného příbytku (Rinbochay a Hopkins, 2006).

Výše je uvedeno zevrubnější popsání budhistického vhledu smrti, nejedná se ale o akt konečný. V buddhismu je o tzv. podmíněné vznikaní, kdy snahou každé osoby je snaha vyprostit se z pozemského života svými skutky v daném životě. (Rinbochay a Hopkins, 2006)

V rámci **japonského souostroví** je pohled na smrt a posmrtný život ovlivněn šintoistickou vírou a buddhismem. Smrt není pojímána jako něco konečné, ale jako postupný přerod v božstva hor (jama no kami). Jama no kami následně chrání živé. Jsou uctíváni a vjednopu za rok, na svátek bon, navštěvují své potomky. Pokud je někdo úkladně zavražděn, nebo bez rodiny, která by o jeho pohřeb pečovala nebo dodržovala pohřební rituály, pak se z něj stává zlý a pomstychtivý duch (júrei), kterého je třeba si udobřovat. I původní japonské vnímání posmrtného života je ovlivněno buddhismem. Na základě částečného přijetí buddhistického učení byly vytvořeny mnohé posmrtné světy - vícero pekel a "čistá země", jde o ráj z pohledu učení Buddha. Mrtvé duše musí vykonat čtyřiceti devíti denní túru přes hory a řeku a následně předstoupí před vládce podsvětí (Emmaó) anebo deset králů (Džúó), kteří následně jeho pozemské skutky ověřují a na základě rozhodnutí uvedených entit, pak je určeno, do které posmrtné říše duše zemřelého bude dlít.

V prvních 33, 50 (a velice zřídka 100) dnech po úmrtí se rodina se zemřelým loučí a dochází k rituálům, které mají napomoci zemřelému odprostit se od pozemského života. Po vykonání těchto rituálů, jež se nazývají tormurai age nebo toikiri se považuje duše zemřelého, již součástí pospolitosti předků a spolu s nimi chrání celou společnost.

V polovině 12. století (koncem doby Heian) posílila svůj vliv zejména buddhistická škola "Čistá země", která je považována za ezoterický buddhismus. Zvláštností japonského buddhismu je vyobrazení třinácti božstev, která zosobňují třináct vzpomínkových obřadů za mrtvé. Ikonografické ztvárnění se věšelo nad lože umírajícího.

V japonské kultuře také je velmi silně zastoupený kult sebevraždy. Rituální sebevraždy seppuku byly vykonávány většinou samuraji, kteří chtěli nalézt ztracenou čest a ve většině případů byly prováděny na popud jejich pánů. Seppuku se skládala ze tří částí - modlitby, složením krátké básně a vlastního zabití, které se provádělo řeznou ránou zleva doprava a mohl také provést druhý řez z vrchu dolů. Následně byla pobočníkem sřata jeho hlava, aby se předešlo utrpení při umírání.

V japonském buddhismu existují pekla (džigodu), která jsou horká, ale i chladná a rozkládají se někde hluboko pod zemí. Těmto peklům pak vládne Emma, který je odborníky přirovnáván, jako odvozenina, od původního hinduistického Jámy. Emma posuzuje, kdo jak žil a k soudu mu pomáhají dvě hlavy: ženská (mirume), jenž dokáže vidět u každé duše i ta nejtajnější provinění a mužská (Koguhana), která naopak vycítí všechny špatné skutky dotyčné duše. Setrvání v peklech, pak není pro duši trvalé, ale jsou do pekla umístěny pouze na přechodnou dobu a po uplynutí této doby, pak mohou přejít do jiného pekla (Baďurová, 2014).

Jak je výše uvedeno, je duše člověka zachována i po smrti jeho fyzické schránky (těla) a dle jednotlivých náboženství se pak duše odebírá do prostoru, který je trvalým, anebo se znovu rodí. Může jít také o prostor, kde se schází s těmi, kdož již na ono místo odešli před ním. Víra v tento prostor pak naplňuje umírajícího nadějí. Jak Zimmelová (in Vumr, Zimmelová a Švehlová, 2008) uvádí: *"Smrt je pouze bezesným spánkem, z něhož se pak již nezbudíme (a tedy se nemusíme bát), anebo budeme přeneseni tam, kde budeme ve společnosti těch, kteří nás předešli (a toto by mělo být naopak důvodem k radování se.)"*

### 2.3 Postoj seniorů k umírání

Smrt je pro současného jedince věc, před níž se snaží ukrýt, kterou se snaží co nejvíce oddálit, a to již velice rozšířenou zdravou formou stravování, nebo tělesným pohybem, ale pokud dojde k situaci, kdy je jedinec již seznámen, se skutečností, že jeho smrt je na blízku, pak si takový jedinec přeje, aby zemřel co nejdříve, aby se již neprotahovalo období "čekání" na vlastní smrt. V žádné době, ještě se jedinec nesetkával s takovým projevem smrti, jako je tomu v současnosti ať již prostřednictvím televize, internetu, nebo počítačových her, a i přesto je pro něho smrt tabuizovaná. Větší strach než ze smrti, jako takové, má dnešní jedinec strach z umírání, a proto je velice oblíbená podoba smrti ve spánku (Bočáková, 2015).

Ve společnosti také dochází k **dekontextualizaci** a **depersonalizaci** smrti. Smrt je vytlačována z lidského života a umírající jsou odsunuti do institucí. Z takového přístupu ke smrti, zákonitě vzniká pocit osamělosti. Odsunutí smrti z oblasti rodiny do oblasti zdravotnické péče, velice negativně ovlivňuje vypořádání jedince s vlastní smrtelností, ale i smrtí blízkých lidí. (Špatenková, 2014)

Odborná veřejnost rozvrstvila fáze umírání (pre, in a post finem) na pět stádií přistoupení k vlastní smrtelnosti z pohledu umírajícího. Kdy první fází je **šok, popírání a izolace**, u umírajícího dochází k silnému psychologickému jevu, kdy se nemůže z nastalou situací ztotožnit, neboť nemůže pochopit, proč se mu daná skutečnost stala (smrtná nemoc, smrtná rána apod). V případně smrtné nemoci, která trvá po nějakou dobu, dochází následně k popření, kdy jedinec, postižený smrtnou chorobou si tuto skutečnost nechce připustit a dochází také na zážitek izolace, v němž se umírající nachází ve stavu, jakoby trpěl uvedenou nemocí jediný na světě. Druhé stádium provází **zlost, agrese a hněv**. V uvedené fázi umírající napadá, ať již fyzicky či slovně, okolí. Tyto agresivní výpady jsou způsobeny aktuální životní krizí. Následující fáze je uvádí Kübler-Rossová (in Vumr, Zimmelová a Švehlová, 2008), jako stádium **smlouvání**. Umírající se nechce smrtné nemoci podmanit, ale spíše žádá o prodloužení života a to jak spirituálně, tak i prakticky. Aktivní částí je zjišťování a zajišťování nových způsobů léčby, případně nově objevených medikamentů a nemusí jít pouze o odborné lékařské postupy, ale také o laické snahy vypořádat se ze smrtnou nemocí. Může se jednat o navštěvování lidových léčitelů, ale také o modlitby za zachování života apod. Po období smlouvání dochází k **depresi**. Dochází ke ztrátě radosti ze života a je vyplněna zanedbáváním svého zevnějšku. Duši umírajícího prostupuje lítost a hluboký smutek. Finální fází je stádium **odevzdání se, smíření se s osudem a přijetí smrti** - jedinec, postižený smrtnou nevléčitelnou nemocí, se stává apatickým, jeho kontakt s okolím je nahrazen spíše bloumáním a sebezpytováním (Vumr, Zimmelová a Švehlová, 2008).

Byť jsem uvedla v období smlouvání modlitby. Pro křesťany jsou modlitby důležitou součástí umírajícího a jeho příbuzných i přátel celého období. Příbuzní, nebo blízké osoby, také mohou nechat vést mši za nemocného, aby se zotavil.

Rituál překonávající strategie vzhledem k neodlučitelnosti vlastní smrtelnosti je složen ze dvou složek - zahrnuje smrt do společnosti a veřejnosti, kdy okolí umírajícího připravuje na jeho smrt. Tato pomoc je dána kulturními odlišnostmi dané společnosti a v průběhu

dvacátého století byly většinou ve velkých městech zapomenuty, nebo odsunuty na pozadí. V poslední době bývají klasické rituály spojené s umíráním, kterými se řídili naši předkové, nahrazovány způsoby lékařské péče a dále také péčí v geriatrických zařízeních.

Každý umírající má tendenci k pojmání smrti individuální. Mimo toho, zda je umírající nakloněn víře v posmrtný život (ať již v jakékoliv podobě), pak je také potřeba pojímat jeho vlastní pohled na probíhající život, a pokud hovoříme o seniorech, také na jejich postojích k vlastnímu životu, který prožili. Neboli je třeba přistoupit k seniorovi z jeho vlastního sebehodnocení a životní spokojenosti. Při víře v posmrtný život, bude takový jedinec, dle mého názoru, umírat s uspokojením, protože většina církevních dogmat nařizuje, aby jej na cestě ke smrti, doprovodili představení dané církve, tedy má možnost se vyzpovídat ze svých případných hříchů než jedinec, který je ateisticky zaměřený, neboť ten v něco jako posmrtný život nevěří, a tudíž jej na cestě ke smrti nevyprovází žádný z představených církve a neudělí mu pocit odlehčení od "hříšných" skutků. Z tohoto jednoduchého pohledu, lze uvést, že by se tedy ateista měl smrti obávat více než člověk vyznávající nějakou víru. Což mnou uvedené můžeme doložit na provedeném výzkumu Hytychem (2008), který ve výzkumu zohledňuje zejména přístupu ke smrti českou populací a na Srí Lance, z níž lze vyvodit rozlišnosti kultur. Typické pro zkoumanou populaci na Srí Lance, kdy se jednalo o vyznavače buddhismu, je že smrt je sdíleným tématem. Smrt se tedy stává v této populaci součástí každodennosti. Existuje zde jasně stanovená autorita, která je nositelkou nezpochybnitelných vědění o smrti a také zde existuje široká paleta různých možností, jak se s pocitem vlastní smrtelnosti vypořádat a nejedná se pouze o nástroje, které jsou užity v období těsně před úmrtím (ať již vlastním, nebo někoho z blízkých), ale na smrt se jedinci ve zkoumané populaci připravují po celý svůj život.

Ale je zde také druhé hledisko, z jeho pohledu, může umírající k vlastní smrti přistupovat, a ve všech případech také tak činí. To hledisko je vlastní osobní pohoda. Blatný (2005) uvádí osobní pohodu v nejšířejí možném pojetí jako množinu dvou částí, a to částí kognitivní a emoční. Mezi hlavní složky empatické části spatřuje dlouhodobě prožívané emoce, ať negativních i pozitivních, jejich frekvenci a intenzitu, kdy osobní pohoda nastává tehdy, pokud v emoční součásti převládá pozitivní nad negativním. Druhou neméně důležitou součástí emoční složky osobní pohody je štěstí, které je subjektivním hodnocením prožívaných událostí ve vlastním životě. Štěstí je také tvořeno dvěma proměnnými, a to globálním hodnocením - jedinec považuje svou minulost za šťastnou, či méně šťastnou

a z pohledu emočních stavů - vše co konám, mne naplňuje štěstím, častěji se směji. Kognitivní složku osobní pohody je tzv. životní spokojenost, kdy se jedná o vědomé, celkové hodnocení prožitého i prožívaného života. Životní spokojenost vyvěrá z našeho postoje k vlastnímu životu, a to z hlediska dosažených životních cílů, které jsme si kladli, jaké sociální pozice jsme ve společnosti dosáhli a s tím spojená ekonomická situace, ale také z dalších subjektivně významných oblastech, jako je rodina a přátelé.

Pokud tedy pojmem takto osobní pohodu, pak lze říci, že osoby, které mají vysokou míru osobní pohody a s tím spojenou i dosaženou vysokou míru životní spokojenosti, pak umírá s větším klidem než osoba, která takřkajíc svůj život nenaplnila dle svých představ. I zde ale je nutné uvést, že pokud osoba s nízkou osobní pohodou, může raději volit smrt než další život, a i na opak, tedy že osoba s vysokou osobní pohodou nechce zemřít a lpí na svém životě.

V období let 2002 až 2004 probíhalo rozsáhlé šetření v oblasti náhledu na umírání a postoje seniorů k vlastní smrti. Kdy celé šetření bylo shrnuto do projektu Senioři ve společnosti. Strategie zachování autonomie, reg. č. 403/02/1182. Šetření se účastnilo 317 respondentů, z nichž tvořilo 124 mužů a 193 žen ve věku šedesát let a více v Moravskoslezském kraji. Celé šetření bylo zaměřeno na potřeby a z výzkumu vyšlo devět základních potřeb: bezpečí; láska; úcta, seberealizace a setkávání s ostatními; zachování lidské důstojnosti, podpora autonomie; respektování jedinečnosti umírání a smrti, mezilidská blízkost, sdílení; komunikace; zacházení s časovou tísní, zvládání bolesti; redukce strachu; zabránění ztráty kontroly a vykořenění směrem k ošetřujícímu personálu.

Potřeba **bezpečí** silně korespondovala s **redukcí strachu**, kdy si většina dotázaných seniorů (60+) přála klidnou a rychlou smrt. Pokud dojde k rychlé a klidné smrti, například ke smrti ve spánku, pak i senioři mají pocit bezpečí. Z konstatovaného lze vyvodit, že senioři se vlastní smrti příliš neobávají, jako se spíše obávají z dlouho trvajícího umírání. Další důležitou konstantou je **láska**, kdy se nejvíce senioři obávají smrti blízkého člověka. Nejvíce svého partnera, ale také smrti svých potomků, nebo někoho z rodiny. Protože životní partner je pro ně oporou a to již materiální - spolufinancuje a stará se o chod domácnosti, tak i duchovní - poskytuje citovou oporu v životních krizích. S láskou také úzce souvisí proměnná **Mít někoho vedle sebe** a mít možnost si s někým **popovídat**. To je spojené s partnerem i s nejbližším okolím. Senioři v uvedeném výzkumu uvedli, že se nebojí ani tak vlastní smrti, jako smrti někoho z blízkých, právě kvůli tomu, že by si neměli s kým

popovídat a nebo neměli v životě někoho vedle sebe. S tím je také spojena **možnost setkávat se s ostatními**, neboť jim tato skutečnost navozuje pocit blaženosti. Cítí se být živými, pokud jsou v interakci s ostatními jedinci.

**Autonomie** je klíčovou kategorií. Senioři v uvedeném výzkumu měli strach, aby se nestaly na někom závislí. A to nejen po zajišťování biologických a fyzických potřeb, ale například také s finanční nezávislostí, a proto si mnoho respondentů odkládalo peníze na vlastní pohřeb. Pocit autonomie je také spojen s vlastním přáním a rozhodnutím, kde, kdy a s kým chtějí umřít. Ztráta autonomie je pro seniory, jak vyplývá z proběhlého šetření, nejobtížnější aspekt umírání.

Negativní aspekty umírání z pohledu seniorů, lze tedy vyjmenovat takto: nesoběstačnost, ztráta autonomie, osamělost a strach z bolesti. Těchto nežádoucích stránek umírání by se nejraději senioři vyhnuli. S tím je také spojený strach z vykořenění směrem k ošetřujícímu personálu, neboť v současnosti k většině úmrtí dochází ve zdravotnických institucích a z toho také pramení strach seniorů, že pokud na sklonku života budou umístěni do takovýchto zařízení, pak budou vystaveni neprofesionálnímu a nelidskému přístupu právě ze strany ošetrovatelského personálu. (Špatenková, 2014)

V jednom z předchozích odstavců jsem se dotkla problému sebevraždy anebo eutanazie. Sebevražda je naší společností pojímána jako nežádoucí jev, kdy je vlastní odejmutí života považováno za skutek, který je většinou odmítán. V křesťanství (a nejen v něm) je sebevražda považována za jeden z nejhorších hříchů, kterých se člověk může dopustit. Peschke (2004) uvádí: "*Sebevražda je prohřeškem proti povinnostem člověka vůči společnosti a jeho členům. Lidský růst vyžaduje řadu služeb, výloh a obětí ze strany rodiny a širšího společenství. Lidský život je vždy investicí společnosti. šlověk má povinnost dozrát plody tohoto života a nemůže ho odhodit...*" (Peschke, 2004, str. 275) Naproti eutanázii není západní civilizací zcela odmítána. Je brána laickou společností jako, mimo jiné, vysazení nebo nenasazení zbytečné léčby, kdy hovoříme o tzv. pasivní eutanazii. Aktivní eutanazie pak souvisí s výslovným přáním pacienta, aby byl jeho život ukončen, a je odbornou či laickou osobou naplněno. Eutanazie je pojímána také širokou veřejností jako zcela soukromý akt jedince, který se pro ni rozhodl, tedy je zcela na jeho vůli, zda chce či nechce ukončit život a to již z jeho vlastních pohnutek, i když většinou se jedná o nevyléčitelné nemoci, či stavy po těžkých úrazech (Vumr, Zimmerlová a Švehlová, 2008). Například s polemikou eutanazie, ať již aktivní či pasivní, se zabývá již delší dobu Spolková republika

Německo. Kdy v roce 2010 Nejvyšší německý soud rozhodl, že je důležité nejen forma provedené eutanazie - v Německu je pasivní forma povolena - ale také je třeba přihlížet k přání umírajícího (Hanusková, 2010).

Na straně druhé je třeba u umírajících také počítat s možností výskytu **tanatofobií**, kdy se jedná o chorobný strach ze smrti. Strach se objevuje většinou po vlastním zážitku se smrtí druhé osoby, například při autonehodě, či jedinec sám unikne těsně smrti. Nejvíce postiženou populací jsou většinou ženy ve věku od 40 do 60 let.

Takže z výše uvedeného, je velmi důležitý individualismus umírajícího, jak se s vědomím blížíci se smrti, dokáže sžít a jeho vlastní vhléd na dosavadní život, ale také zda je zastáncem některé z mnoha vyznání.

Haškovcová (2012, str. 37) k tomu dodává "*možná že pro ty, kteří své životy naplnili smysluplným konáním a mezi ketré musíme počítat i pečující o své seniory, platí, že kdo dobře žil, dobře zemře. I když je obsah takového tradičního slovního obratu spíše přáním než realitou, faktem zůstává, že závěr dobrého života nebývá zkalen trýznivými úvahami umírajících, že měli žít zcela jinak a lépe.*"

Každý umírající, stejně jako každý jedinec, má své potřeby. Těmito potřebami jsou potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální. **Biologickými potřebami** pro umírajícího jsou zejména odstranění nežádoucích projevů umírání, jakými jsou například bolest, obtížné dýchání, inkontinence, ale i nemožnost udržet stolicí, zvracení a podobně. Uspokojením, alespoň minimální snahou, dosáhneme u umírajícího člověka pocitu sounáležitosti a nepřipadá si v umírání osamocen. **Psychické potřeby** zahrnují zejména strach z bolesti, ale také potřeba "*autonomie, jistoty a bezpečí, spolupatříčnosti, informovanosti, nalezení klidu, seberealizace a estetična*". (Špatenková, 2014, str. 84). **Sociální potřeby** jsou spojeny zejména ze sociálními interakcemi a to zejména v okruhu nejbližších lidí a z toho také pramení přání většiny seniorů zemřít doma. V místě kde to umírající nejvíce zná a kde se mu mohou naplnit nejbližší sociální interakce. Se sociálními potřebami je také spojeno materiální vypořádání statků umírajícího - tedy sepsání závěti. Spirituálními potřebami jsou nejen potřeby věřícího, ale potřeby každého člověka pochopit sám sebe, pochopení proběhlého života, případně také mít prostor k uzavření se do sebe, soustředění smyšlenek a zklidnění citů, meditaci apod. U umírajícího také může dojít k přání stát se věřícím.



Nejdůležitější pro umírajícího je pocit, že nezůstane v období umírání osamocen a že mu bude vždy adekvátně někdo na blízku, a také je potřeba aby umírající byl informován, aby byl připraven na případnou bolest, aby mohl ventilovat své pocity a emoce a to nejlépe v kruhu rodiny a svých blízkých. (Špatenková, 2014)

### 3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

V minulosti docházelo k změně péče o seniory z programu domácí péče k institucionalizované formě péče. V období od sedmdesátých let dvacátého století dochází ke změně stanoviska k péči o seniory, a to zejména v problematice oddělení sociální a zdravotní péče. U uvedených složek dochází prolínání a doplňování se a to vzhledem k specifickým potřebám seniorů. Dále bylo zřejmé, že "péče na lůžku" nemůže mít v oblasti péče o seniory dominantní postavení, a to nejen z důvodu její finanční náročnosti, ale také vzhledem k postojům samotných seniorů, kteří si raději přejí pobývat v domácím prostředí. Z toho důvodu docházelo k postupnému zavádění ambulantní a komunitní péče. Počátkem osmdesátých let minulého století dochází k vytvoření strategie, tzv. 4xD. tato strategie v sobě zahrnuje deinstitucionalitu, demedicinalizaci, deprofesionalizaci a deresortismus.

Deinstitucionalizace v sobě nese omezování tzv. lůžkové péče a je namířena na rodiny seniorů a pomáhá jim, k tomu, aby byla schopna se o starého předka postarat sama. Nese v sobě zejména vytváření ambulantní sítě péče o seniory nebo komunitní formu péče. Demedicinalizace tkví v takových krocích ze strany lékařů a zdravotnického personálu, které povedou k návratu nemocného seniora k jeho soběstačnosti. V tomto případě je lékařská péče omezena pouze na svou prvotní funkci a tou je zabránit rozvoji vzniklé nemoci nebo ji vyléčit. Deprofesionalizace je zásadně také oklon od institucionalistické formy péče o staré lidi, k péči rodinné, případně sousedské, ale také jsou zde zahrnuti dobrovolníci. Každému, kdo se chce starat o staré lidi, ať už se jedná o jejich rodinné příslušníky, nebo cizí lidi, by měl tuto možnost dostat. Také ale se nesmí zapomínat, na určitý stupeň informovanosti těchto lidí v oblasti péče o staré lidi. Zde je nutná spolupráce s profesionály. Deresortizace tkví v tom, že každý z populace by měl mít alespoň základní přehled o potřebách starých lidí. Má docházet k celospolečenské osvětě. Mimo jiné také podnikatelé nebo firmy, by měli znát potřeby seniorů a vyrábět takové kompenzační pomůcky, které by co nejvíce usnadnily seniorům život, aby mohli nadále adekvátně vykonávat své sociální role.

Pokud by byla zachována a pouze institucionalizovaná péče o seniory, zejména v domovech pro seniory, pak by byla tato péče společensky neudržitelná, neboť nejen v České republice, ale v celé Evropě, populace stárne a z toho důvodu je třeba zahrnovat i terénní formy péče o seniory. I když domovy pro seniory mají i v dnešní společnosti nenahraditelné místo, ale jsou spíše již jen doplňkovou službou, k níž se přistupuje, pouze v případech, kdy jsou skutečně nutné. (Haškovcová, 2010)

### 3.1 Přehled služeb pro seniory v České republice

V posledních třiceti letech došlo k postupné decentralizaci péče o seniory, neboť sociální ústavy pro staré občany nezřizuje pouze stát, ale také kraje a obce. Mimo uvedené také neziskové, církevní organizace, ale také se na sociálních službách podílejí právnické a fyzické osoby. Nestátní organizace, zabývající se službami pro seniory, se pohybují zejména v oblasti ambulantní a terénní služby.

Ústavy sociální služby již nabízejí takové služby, aby byly otevřeny i pro seniory, kteří jinak pobývají v domácí péči a nemuseli tak měnit své návyky v pro ně známém prostředí.

Zákon č. 108/2006, o sociálních službách, který vstoupil v účinnost od 1. ledna 2007 a vymezuje tři základní okruhy sociálních služeb a těmi jsou: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

**Sociální poradenství** zajišťuje předávání důležitých informací v oblasti problematiky seniorů a jejich nároků v systému sociálního zabezpečení a sociálních služeb. Služby sociální péče je nepřehledné množství ať již pobytových nebo ambulantních služeb, které mají pomoci seniorovi udržovat fyzickou i psychickou soběstačnost. Služby sociální prevence podporují jedince takovým způsobem, aby u něj nedošlo k sociálnímu vyloučení z široké společnosti. (Zákon č. 108/2006 Sb.) Poskytují takové informace, aby se dokázal senior v oblasti nepřehledné škály sociálních a zdravotnických služeb vyznat a plně je využívat. (Haškovcová, 2010)

**Domovy pro seniory** jsou *"pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby."* (§49 odst.1 zák. č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Kromě samotného ubytování a stravy také poskytují tyto Domovy asistenční služby při osobní hygieně i zvládání každodenních úkonů, které senior vykonává. Zajišťují kontakt s veřejnospolečenským prostředím, ale také zajišťují pomoc při zajišťování občůzek na úřadech. Kromě uvedeného seniori mohou využívat též sociálně terapeutické služby, ale také je jim zajišťována pomoc při vykonávání jejich koníčků a zájmů. (Haškovcová, 2010)

Senior, případně jeho rodina, pokud je dotčený natolik nesoběstačný, si může vybrat z nabízených možností a zvolit si takový Domov pro seniory, který bude vyhovovat jeho potřebám a zájmům. Senior se přihlásí k pobytu v domově pro seniory pomocí přihlášky, kterou vyplní sám, případně mu s ní pomůže sociální pracovníce. V současnosti již nemají

domovy pro seniory charakter kasáren, ale jde spíše o hotelový typ ubytování, kdy jsou nabízeny pokoje jedno až čtyřlůžkové s vlastním nábytkem. V některých domovech je tolerována vlastní kus nábytku. V rámci nabízených služeb se vykytují zdravotně terapeutické služby, jako jsou kondiční cvičení, masáže, ale také je hojně rozvíjena tzv. petterapie, kdy se jedná o terapeutické služby konané se zvířaty, jako je hypoterapie, canisterapie apod. V některých zařízeních je tolerován i domácí mazlíček, ať je to již pes, kočka, nebo rybičky. Mezi volnočasové aktivity jsou řazeny například možnosti kolektivních výletů na vzdálená místa. (Haškovcová, 2010)

Součástí poskytovaných služeb mohou být také kosmetické a kadeřnické služby, ale také možnost si nakoupit základní potřeby nebo tisk. Ceny za poskytované služby i za pobyt se různí, neboť v současnosti tvoří 15% všech pobytových služeb pro seniory nestátní sektor a z toho důvodu se také ceny za ubytování různí. Některé domovy jsou luxusnější a orientují se na movitější klientelu, zbývající domovy jsou vybaveny standardně. I přes různost cenové relace za poskytované ceny, zákon 108/2006 udává, že seniorovi musí zůstat minimálně 15% z jeho příjmu, tedy důchodu. (Haškovcová, 2010)

Kromě klasických domovů pro seniory rozlišuje zákon č. 108/2006 ještě dvě sociální zařízení a těmi jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem. **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** jsou zde pro osoby, které mají z důvodu zdravotnického omezení, sníženou soběstačnost a kdy potřebují dlouhodobou zdravotní i sociální pomoc. V **domovech se zvláštním režimem** jsou hospitalizovány osoby, které z důvodu výskytu nějaké stařecké duševní nemoci - demence, Alzheimerovy nemoci - jsou odkázány na pravidelnou pomoc druhé osoby. Nabídka služeb je obdobná jako je u klasických domovů pro seniory, jen zde je více kladen důraz na podpůrné činnosti, které mají zamezit rozvoji uvedených nemocí nebo postižení. (Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Před účinností zákona o sociálních službách, byly Domovy se zvláštním režimem součástí klasických domovů důchodců, v nichž bylo vyčleněno jedno oddělení, nebo část objektu právě pro jedince s psychickou nemocí. Dle Kalvacha (2011) jsou v současnosti tyto instituce velice diskutované a to zejména z pohledu poskytovaných služeb a z pohledu respektování práv klienta. Je to zejména způsobeno tím, že rodinní příslušníci si nechtějí připustit, že blízká osoba vyžaduje péči v takových zařízeních.

Kromě stálých pobytových zařízení, jsou také poskytovány seniorům **ambulantní služby**, kdy samotný senior do uvedených zařízení dochází, nebo je doprovázen jinou osobou, aby mohl využívat služeb nabízených těmito institucemi. Oproti domovů pro seniory neposkytují tyto instituce ubytování. V současnosti nejrozšířenější službou poskytovanou v rámci ambulantní péče jsou tzv. **domovinky**, kdy se jedná o denní stacionáře, kam každé ráno mohou senioři docházet a večer se vrací do svých rodin. Aktivní členové rodiny, z nichž pochází senior, pak jsou uklidněni vědomím, že se celý den o jejich předka stará odborná veřejnost a je tedy seniorovi poskytnuta adekvátní sociální i zdravotnická péče a pro seniora je velkým kladem denního stacionáře, že se každý večer vrací do prostředí, které je mu blízké a známé. Pokud se z nějakého důvodu nemůže senior do denního stacionáře dopravit sám, nebo v doprovodu rodinného příslušníka, ve většině případů je možné, aby pracovníci denního stacionáře vyzvedli seniora v místě jeho bydliště a do centra jej dovedli oni. Tato služba je hrazena seniorem nebo jeho rodinou.

Kromě uvedených odlehčovacích pobytových služeb je také **chráněné bydlení** a využívají ji jedinci, kteří potřebují, z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, pomoc jiné fyzické osoby. Tyto služby nejsou primárně zacílené přímo na seniory, ale spíše na osoby, které mají nějaký zdravotní nebo psychický handicap. (Kalvach, 2011)

Obdobný ráz mají i **domy s pečovatelskou službou**, kdy se jedná o klasické byty, v nichž žijí senioři v rámci rodinného prostředí a kterým je poskytována jakákoliv zdravotnická a sociální služba o níž si požádají. Žijí samostatně ve vlastních bytech a všichni účastníci jsou si blízcí věkem, případně i zájmy a svými potřebami. Někdy jsou poskytované sociální služby (denní stacionář, či centrum sociálních služeb) otevřeno i široké veřejnosti, takže služeb takového domu mohou užívat i senioři z okolí.

Mimo uvedenou ambulantní péči je poskytována také **pečovatelská služba**. Pečovatelská služba je zajišťována přímo v místě pobytu seniora. Takže senior zůstává v dobře známém prostředí a není na něho vyvíjen takový psychický nátlak, jako tomu může být při převozu do domova pro seniory nebo jiného pobytového centra. Sociální pracovníce navštěvují seniory doma a poskytují jim adekvátní služby spojené s sebeobsluhou, také jim mohou dovést oběd a případně poskytnout takové služby, které jsou spojeny s péčí o zevnějšek, jako jsou kosmetické a kadeřnické služby. Sociální pracovník, také může pomoci seniorovi dopravit se do nějakého zdravotnického zařízení. Bohužel současná pečovatelská péče

se zaměřuje zejména na období od pondělí do pátku a o víkendu jsou pečovatelské služby velmi okleštěny - ve většině případů dochází k pouhému rozvozu obědů.

Samotné ambulantní péče by měly mít takový rozsah, aby nedocházelo k sociálnímu vyloučení seniora a měly by dbát o zachování soběstačnosti a důstojnosti seniora.

Kromě uvedené ambulantní péče je také velice vítanou možností tzv. **osobní asistence**, kdy sociální pracovník, nebo jiná, odborně vzdělaná, osoba přispívá k zachování či nácvičku dovedností, které musí každý senior vykonávat, aby tak neztratil svou důstojnost, nebo aby se nestal společensky vyloučeným. Jsou dva základní druhy osobní asistence, a to sebeurčující, kdy si senior sám určí, v čem by mu mohl osobní asistent pomoci, nebo řízená, kdy je na samotném osobním asistentovi, jakým směrem bude plynout jeho péče o seniora.

Další specifickou službou v rámci sociálních a zdravotnických služeb pro seniory je tzv. tísňová služba, na kterou by se osamělý senior, žijící sám, mohl mít kdokoliv obrátit buď o radu nebo o pomoc. V některých větších městech je kromě tísňové služby také zřízen institut **senior na telefonu**, kdy v jednotlivých oblastech obce jsou registrováni senioři, u nichž hrozí vysoké riziko sociálního vyloučení anebo nemožnosti dovolat se pomoci, a to zejména z důvodu toho, že zůstali sami. Senior na telefonu je taková služba, kdy je uvedený senior kontaktován (většinou jednou za 48 hodin) a pokud se ohlásí, je vše v pořádku, pokud ne, dochází k intervenci života takového seniora, s cílem zjištění, zda se mu něco nestalo a případně mu poskytnout adekvátní pomoc. (Haškovcová, 2010)

Kromě uvedených služeb, které jsou dány zákonem v současné České republice se vyskytují tzv. **hospice**. Hospice jsou dle Haškovcové (2012) zdravotnická zařízení, která se stará o dlouhodobě nemocné, u nichž již není možnost uzdravení a jsou v poslední fázi svého života. Nejen pro umírající jsou hospice určené, ale také pro jejich rodinné příslušníky. Oběma těmito skupinám podávají pracovníci a pracovnice hospice podporu a adekvátní fyzickou i psychickou péči, aby se jak umírající i jeho rodina smířili s nastávající smrtí. Hospic ale není pro každého a z toho důvodu je paliativní péče poskytovaná v hospicích také již rozšiřována na zdravotnické a sociální instituce, kde se se smrtí mohou pracovníci setkat. Dle Bočákové (2015) má hospic tři základní oblasti vůči umírajícímu, které musí naplnit. Těmito okruhy jsou, aby umírající **příliš netrpěl a to jak po fyzické tak i po psychické stránce**; každý pracovník hospice by měl mít na zřeteli **důstojnost umírajícího** a zejména, aby **umírající nebyl na cestě koncem života osamocen**.

Hospic je dle Zimmelové (2008) je specializovaná instituce, která kromě paliativní péče poskytuje nemocnému také symptomatickou léčbu a zejména je určen pro jedince, u nichž byly všechny možnosti léčby využity. Hospice neslibují uzdravení danému jedinci, ale na straně druhé zachovává naději u umírajícího. Nejdůležitějším aspektem hospicové péče je kvalita života umírajícího. Hospic má vždy charakter nestátního lůžkového zdravotnického zařízení. Při přijetí je dbáno na nutný a plný souhlas nemocného, což sebou nese, také plnou informovanost nemocného o svém zdravotním stavu. Státní aparát se podílí na vzniku hospice ve výši 70% dotací.

Hospic nemusí mít pouze institucionalizovanou podobu, ale je rozlišována také péče poskytovaná **agenturami domácí péče**, kdy se jedná většinou o "*nelékařskou zdravotnickou pomoc, převážně ošetrovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí.*" (Kalvach, 2011, str. 183) A druhou možností je tzv. **mobilní hospic**, které je charakterizováno multidisciplinárními službami, "zahrnující i pravidelné vizity a dostupnost akutní návštěvy lékaře specializovaného na paliativní péči kdykoliv je třeba." - 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. a to v přirozeném prostředí umírajícího (Kalvach, 2011).

### 3.2 Péče pro seniory v domovech

V současnosti je tato problematika laickou veřejností vnímána spíše negativisticky, neboť je dle všeobecného uvážení, že pečující osoba v domovech pro seniory nebo jiném obdobném zařízení nevynakládá takovou míru péče, jakou by mohla poskytnout. Také neochota samotných ošetrovatelů vstoupit pracovně do oblasti geriatry je brána jako možnost vyhnout se tzv. beznadějně medicíně. Kdy jde v podstatě o to, že oproti vítězné medicíny, kdy se většinou dokáže zabránit rozvoji nemoci a dochází také k jejímu úplnému uzdravení, pak nastává okamžik, kdy je lékař, případně jiná pečovatelská osoba, zahrnuta vděkem ze strany samotného uzdraveného, ale také ze strany jeho nejbližších. Oproti tomu v beznadějně medicíně, ve většině případů se nemoc nebo postižení hůře léčí a málokdy je zcela vyléčeno, z toho důvodu se dostává na řadu frustrace ze strany samotného nemocného anebo jeho nejbližších a následně pečovatelský personál zahrnou výtkami, že by se mohli o nemocného starat lépe a svědomitěji. To sebou následně nese nespokojenost samotného pečujícího ve výkonu svého poslání a může to vést k odlivu pracovníků z geriatrické oblasti. Z tohoto důvodu je třeba nahlížet na oblast geriatry jako na oblast chronické nemoci. Kdy bohužel již nelze, v některých případech, dosáhnout úplného uzdravení, ale je třeba vnímat kompenzační snahu personálu o usnadnění prožívání nevléčitelné nemoci. Protože

pokud dojde k úlevě zdravotních obtíží u nevléčitelného, i toto je úspěchem a nikoliv prohrou. Z toho důvodu by i laická veřejnost měla nahlížet na snahu pečovatelů, jako na takovou činnost, která by měla být kladně ohodnocena. (Haškovcová, 2010)

Dle Haškovcové (2010) většina rodinných příslušníků, kteří mají seniora v ústavní péči, se domnívá, že pracovník v ústavní péči by měl seniorovi dopřát i trochu lásky, nejen se o něj formálně starat. Je třeba uvést, ale také skutečnost, že tyto výtky a nemístné narážky na neadekvátně odvedenou práci ošetřovatelem je zejména ze strany rodinných příslušníků, kteří jinak o svého předka nejeví zájem, maximálně navštíví svého seniora jednou za měsíc po 15. dni v měsíci, neboť patnáctého v měsíci jsou vypláceny důchodové dávky. Jedním z možných důvodů je, dle laické veřejnosti, vysoké poplatky za ústavní péči.

Jednou ze základních podmínek adekvátní a prospěšné péče o staré lidi je přijmout a pochopit individuální potřeby každého seniora a k takovému klientovi si následně vytvořit oboustranný profesní, ale i lidský vztah, na základě kterého následně budeme uplatňovat kompenzační snahy o navození pohody seniora, jak po fyzické tak po psychické stránce. (Haškovcová, 2010)

Z tohoto hlediska je nutné pozvedávat i minimální posuny k lepšímu, kdy za pomoci sérií daných malých cílů, které jsou ovlivněny zejména individuálními potřebami a možnostmi daného seniora, a jejich naplnění dochází ke zlepšení psychického i fyzického zdraví seniora. Tato situace se označuje jako individuální léčebný plán. (Haškovcová, 2010)

Proto aby mohli ošetřovatelé mohly dostatečně vykonávat toto těžké povolání musí být náležitě proškoleni, a to zejména v komunikačních dovednostech. Musí se naučit jednat s klienti, kteří nejsou příliš pozitivně naladěni apod. I když se zdá, že klient není při vědomí a nevnímá okolí, tedy ani slovní či fyzické projevy ošetřovatele, není tomu tak a ošetřovatel by měl přistupovat k seniorovi takovým způsobem, aby byla zachována jeho důstojnost a aby z jeho projevu byla rozpoznatelná určitá míra něhy a chtění pomoci (Haškovcová, 2010).

Často se stává se osamělý senior potřebuje svého ošetřovatele také k tomu, aby si mohl postěžovat a celkově s pečovatelem byl v sociální interakci. Zde je důležité si uvědomit, že pečující si nemůže takovýchto opuštěných seniorů přijmout více, a dbát o adekvátní psychohygienu. Neboť pokud ošetřovatelka nezvládne tuto situaci postupem času dochází ke změně jejího chování ke starým.



Každý člověk potřebuje občas obejmout a nebo pohladit, a to i slovně a proto je dobré využívat pro tyto skutečnosti techniku bazální stimulace, kdy se jedná o soubor konkrétních prvků, které jsou ovlivněny aktuálním prožíváním seniora, ale mají vést k navození klidného, vlidného prostředí, v němž se senior nachází a to jak v rámci prostředí fyzického, tak i ze strany přístupu ošetrovatelského personálu. (Haškovcová, 2010)

Dle Bočákové (2015) by měla myšlenka hospicové, či paliativní péče ("v respektu voči dôstojnosti a sebaurčeniu ťažko chorých a umierajúcich ľudí, prijíma celostný pohľad na človeka v procese umierania, neoponecháva ho osamoteného, podporuje členov jeho rodiny a priateľov, od ktorých umierajúci očakáva pocit blízkosti a bezpečia." (Bočáková, 2015, str. 84 - 85)) proniknout do všech zařízení, která se starají o staré lidi či umírající. A jsou zajištěny všechny potřeby (biologické, psychologické, sociální i spirituální) umírajícího v adekvátní míře. Spirituální potřeby ale nejsou chápány jako potřeby církevní, nebo s církevním učením spjaté, ale Opatrný (in Kalvach, 2011, str. 226) ji definuje jako "hodnoty obtížně sdělitelné a druhému do značné míry nepřístupné hloubky bytí a životní jistoty člověka, které během života hledá a opírá se o ně."

V rámci spirituální péče se objevuje to, jak je pracovník v pomáhajících profesích komunikačně vyškolen a zdatný. Neboť se může jednat o rozhovor, který přináší umírajícímu klid, například vzpomínání na minulost a s tím spojená sebereflexe, ale také se může jednat pouze o mlčení, kdy umírající se vyrovnává se svým nitrem, ale je spokojen s přítomností jiné osoby. Spirituální péče je vnášení klidu do období nejistoty (Kalvach, 2011).

Paliativní péče se zahrnuje, dle zdravotního stavu jedince, 3-6měsíců. Má dvě podoby konečnou, ale také dočasná a to v případě, kdy dojde ke zhoršení stavu, krize apod. Je souborem dvou směrů péče. Na jedné straně jde o péči doprovázení umírajícího, která je složena s podpůrné, psychoterapeutické, sociální jednání, která má umírajícímu dodat potřebných sil k vyrovnání se s přibližující smrtí, tedy sem spadají i spirituální záležitosti a druhým směrem jsou expertní lékařské zákroky, které mají vést k usnadnění zejména k utišení bolesti (Kalvach, 2011).

V každé pomáhající profesi může dojít u pracovníků k syndromu vyhoření a aby se tak nestalo jsou rozšířeny metody napomáhající k zachování psychické pohody pracovníků. Jednou z možností je realizování tzv. balintovské skupiny, kdy jde o supervizi mezi ošetrujícími personálem a samotným ošetrovaným. Další z možností je supervize,

kdy dochází k prodiskutování aktuálních potřeb pracovníka s jeho nadřízeným, či s odborným pracovníkem, ve většině případů se jedná o psychoterapeuta, či jiného sociálního pracovníka, který je řádně proškolen v problematice supervize. (Haškovcová, 2010)

K tomu, aby mohla být geriatrická péče zcela adekvátní a smysluplná je třeba rozvinout zejména týmovou komunikaci uvnitř domovů pro seniory nebo hospiců, i zde může pomoci supervize, na základě které dojde k upevnění interpersonálních vztahů na pracovišti. Pomoci mohou také společné a společenské aktivity mimo pracoviště (vánoční večírky, teambuildingové akce apod.) Nedílnou součástí geriatrické péče by mělo být celoživotní vzdělávání. Kurzy, kterými by pracovníci v pomáhajících profesích měli procházet, by měly být adresné a zcela s kurzem jejich práce, aby nejen obohacovala poznatky, ale také naplňovala. (Haškovcová, 2012)

### **3.3 Adaptace seniorů na umístění v domovech pro seniory**

V rámci stáří a v průběhu stárnutí je dochází ke snížení schopnosti seniora se adaptovat na nové sociální prostředí a míra schopnosti adaptace úzce souvisí se změnami v psychické i sociální stránce osobnosti jedince (Venglářová, 2007).

Adaptace je proces, kdy v určitém čase a za určitých podmínek dochází k sžití se s nově nastalou situací. Seniori, jenž jsou celý život zvyklí na určité sociální prostředí - domov, rodinu, okruh blízkých, ale mají také své specifické návyky a zvyklosti, které nemusí být adaptabilní s novým sociálním prostředím a z těchto důvodů se hůře adaptují na změny proběhlé v jejich životech. Nejdůležitější je zachovat potřebu jistoty a také adaptování se na domovy pro seniory, nebo odlišné sociální prostředí spojené s institucionalizovanou péčí by mělo probíhat postupně. Pro zlepšení adaptace s novým prostředím je třeba jedince zaktivizovat, případně vyměnit stávající aktivity, které již nemůže vykonávat za jiné aktivity, které ještě dokáže konat.

Samotná adaptace závisí na různých faktorech a její vývoj nelze dopředu odhadnout. Faktory, které mají vliv na délku a intenzitu adaptace, jsou interakce seniora s novým prostředím, jeho individuální vitalita a celkový zdravotní stav jedince. Je důležitý pohled seniora na svůj dosavadní život, zda je s ním spokojený, či nespokojený.

Dle Vágnerové (2007, str. 419) je "umístění seniora do domova pro seniory významnou životní situací starého člověka. Představuje zásadní změnu životního stylu, návyků

a stereotypů. Adaptace v tomto případě je tedy obtížnější a trvá delší dobu." Proces adaptace, jeho délka i intenzita je také závislá na to, zda se jedná o dobrovolné, tedy se souhlasem seniora, nebo nedobrovolné, bez souhlasu seniora, například kvůli závažnému zhoršení se jeho zdravotního stavu, přijetí do domova pro seniory. Kromě zhoršení zdravotního stavu, jsou dalšími důležitými proměnnými pro umístění seniora do institucionalizované péče také ztráta schopnosti se o sebe postarat anebo pocit osamělosti. (Vágnerová, 2007)

Jak dobrovolné umístění, tak i nedobrovolné umístění má určité fáze adaptace. U nedobrovolného umístění se rozlišují fáze odporu, fáze zoufalství a apatie a fáze vytvoření nové pozitivní vazby. Fáze odporu se vyznačuje negativitou, hostilitou a agresivitou seniorů proti okolí, a to zejména jsou obrány na personál zařízení, ale i na ostatní klienty. Toto chování je bráno jako obrana jedince při nově vzniklé sociální situaci. Fáze zoufalství a apatie nastává v době, kdy senior rezignuje na svou nově vzniklou situaci, neboť zjišťuje, že odpor nikam nevede. V takovém případě ztrácí o své okolí, i o sebe sama zájem. V této fázi je důležité seniora zaktivizovat, aby si vytvořil v nové sociální skupině sociální interakce, a to buď již s ostatními seniory nebo s pracovníky, či pracovníkem, daného zařízení. Pokud toto zaktivizování seniora neproběhne, může tato fáze probíhat až do úmrtí seniora. Poslední fází nedobrovolného umístění je fáze vytvoření nové pozitivní vazby, klient se stává v novém prostředí aktivním, vyhledává sociální interakce a na základě pozitivních zkušeností z takto nově vzniklých sociálních vztahů, dochází u klienta ke smíření se s novou sociální událostí. Pozitivní adaptaci také umocňuje získané pohodlí (pravidelná ošetrovatelská péče, lékařská péče atd.) a také zvyknutí si na nový řád, což je spojeno s pochopením režimu, který v zařízení panuje a jeho zvládnutí. (Vágnerová, 2007)

V rámci dobrovolného umístění seniora do zařízení je adaptace podstatně jednodušší, ale i ta může přinášet různá úskalí. Fáze adaptování se na nový režim a nové sociální prostředí jsou dvě. Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu, kdy se senior učí "pohybovat se" v novém sociálním prostředí. Ve většině případů dochází k jeho přecitlivělosti a s tím je spojeno také možné zhoršení zdravotního stavu. Vzhledem k uvedenému je potřeba, aby první zkušenosti, které v zařízení senior získá byly veskrze pozitivní. Druhou fází je fáze adaptace a přijetí nového životního stylu, přičemž klient, který je s mířený s novým prostředím, aktivně se zapojuje do jeho života, tj. vytváří si nové sociální vazby, přejímá nové sociální role a celkově svůj život zaktivizuje. A to nejen mezi vrstevníky, ale také směrem k personálu zařízení. (Vágnerová, 2007)

Pro pozitivní průběh adaptace každého seniora v zařízení je nejdůležitější individuální přístup ze strany všech zaměstnanců instituce a také vytvoření takového programu, který bude odpovídat potřebám a možnostem daného seniora a kdy půjde o postupné naplňování dílčích cílů, které budou posilovat pozitivní myšlení seniora až k úspěšné adaptace. V rámci adaptačního období je přidělen seniorovi jeden pracovník zařízení, na něhož se může senior obracet s každým problémem, který se mu v období adaptace přihodí a s daným pracovníkem eliminují problém. Zároveň klíčový pracovník vytváří individuální adaptační plán, na němž se seniorem a vzhledem k jeho možnostem a schopnostem dohodnou (Kalvach, 2004).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 NADPIS

Po teoretické části naší práce přecházíme k její praktické části, kde se pokusíme danou problematiku objasnit.

Výzkum je prováděn v zařízení Sociálních služeb Vyškov, p. o. – Domov pro seniory. Důležitou součástí této práce je získat důvěru respondentů k upřímným odpovědím.

### 4.1 Cíl výzkumu, výzkumný problém

Cílem této práce je pochopit postoje dotazovaných uživatelů k umírání a smrti v závislosti na umístění v pobytovém zařízení sociálních služeb. Zda umístění ovlivnilo jejich vnímání a pohled na smrt, a to i svou vlastní či nikoliv.

Výzkumným problémem je označen postoj seniorů k umírání a smrti v pobytovém zařízení sociálních služeb.

### 4.2 Výzkumné otázky

Stanovením výzkumného cíle jsme si formulovali dílčí výzkumné otázky, které udávají cíl a směr naší práce.

#### **Výzkumné otázky a jejich znění:**

Jak uživatelé vnímají postoj k smrti a umírání?

Změnilo se toto vnímání po umístění do zařízení sociálních služeb?

Bojíte se vlastní smrti?

Ovlivňuje Vás smrt vašeho spolubydlicího na pokoji?

Přemýšlel jste o průběhu vašeho pohřbu? (podoba parte, hrané písně, uložení)

### 4.3 Druh výzkumu

Vzhledem k stanovenému výzkumnému problému, jsme zvolili kvalitativní výzkum, který je v tomto případě nejvhodnější. „Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (Švaříček, Šedová a kol., 2007, s. 17).

Pro účely této práce je osobní vnímání uživatelů velmi cenné. Při rozhovoru lépe vyjádří své subjektivní pocity než při vyplňování připravených dotazníků a z toho důvodu jsme usoudili, že kvalitativní výzkum bude nejvhodnější volba.

#### **4.3.1 Etika v kvalitativním výzkumu**

Ve výzkumu v sociální oblasti obecně platí, že je třeba dodržovat zásady etiky. Vzniká zde specifické kritérium etických zásad sociální práce ve vztahu k názorům, kompetencím a možné zranitelnosti účastníků výzkumu.

Výzkumníkovo desatero

- 1., 2. Soukromí a důvěrnost
3. Poučený souhlas
4. Emoční bezpečí
5. Citlivost výzkumníka
6. Zatajení cílů a okolností výzkumu
7. Princip řádného citování a odkazování
8. Reciprocita
9. Zpřístupnění práce účastníkům výzkumu
10. Zodpovědnost výzkumného pracovníka

##### **Ad. 1,2) Soukromí a důvěrnost**

Jen někdo je ochoten sdělovat důvěrné informace ze svého soukromí s vědomím, že budou zveřejněny. Důvěrnost znamená, že nebudou zveřejněna žádná data, jež by umožnila čtenáři identifikovat účastníky výzkumu.

##### **Ad 3) Poučený souhlas**

Kromě principu důvěrnosti je třeba v každém sociálněvědním výzkumu získat souhlas od účastníků výzkumu. Souhlas k účasti na výzkumu může mít buď ústní, nebo písemnou podobu. V případě ústního souhlasu je vhodné si jej nahrát na diktafon spolu s krátkou charakteristikou samotného výzkumu a ujištěním o důvěrnosti získaných dat.

##### **Ad 4) Emoční bezpečí**

Ve kvalitativním výzkumu se vyskytuje spousta příležitostí, kdy se účastník výzkumu musí vyjádřit k emočně citlivé záležitosti. Výzkumník, dává účastníkovi příležitost, aby se uvolnil a vysvětlil své pocity.

**Ad 5) Citlivost výzkumníka**

Každý z experimentů či výzkumů může mít i negativní dopad na osobnosti těch, kdo jsou do daného pokusu zařazeni.

**Ad 6) Zatajení cílů a okolností výzkumu**

Měli bychom při uskutečnění výzkumu postupovat takto:

- „Kdykoliv je to možné, má výzkumník použít postup, který nevyžaduje zatajení skutečností;
- jestliže nelze použít alternativní metody, výzkumník se rozhoduje o zatajení podle vědecké a aplikované hodnoty výsledků studie,
- jestliže výzkumník musí něco zatajit, pak o tom informuje účastníky dostatečným způsobem, jakmile to bude možné.“

**Ad 7) Princip řádného citování a odkazování**

Výzkumník se nedopouští plagiátorství. Při každém citování jiných autorů uvede odkaz na informační zdroj, přitom při shrnutí poznatků jiného autora vyjádří původní myšlenky v dobré víře a bez vědomého zkreslení.

**Ad 8) Reciprocita**

Výzkumník může při realizaci výzkumu s jeho účastníky navázat osobní vztah a může mít pocit, že by jim měl jejich ochotu nějak oplatit, recipročně reagovat. Jindy si dokonce může výzkumník položit otázku, zda závěry svého výzkumu bude vůbec publikovat. Vždy je třeba dodržet pravidla, že „výzkum nesmí ohrozit tělesné nebo psychické zdraví zkoumaných jedinců“.

**Ad 9) Zpřístupnění práce účastníkům výzkumu**

Pokud mají ti, kteří byli do výzkumu zařazeni, zájem o výsledky realizovaného výzkumu, je možné jim tyto výsledky vhodnou formou sdělit.

**Ad 10) Zodpovědnost výzkumného pracovníka**

Výzkumník přijímá odpovědnost za preciznost a objektivitu jím prováděného výzkumu (včetně studia a rešerše literatury, navrhování a provádění experimentů, pozorování a publikování získaných výsledků na základě svých odborných znalostí).



### 4.3.2 Metoda výzkumu

#### Zakotvená teorie

Zakotvená teorie je vzhledem k dané problematice tou nejvhodnější. V úvahu jsme brali specifickou oblast, ve které se pohybujeme, a téma práce, které je velmi subjektivní a individuální. Základem zakotvené teorie je princip kódování.

#### Fáze kódování jsou:

Otevřené kódování je analytickým procesem, jímž jsou pojmy identifikovány a rozvíjeny, ve smyslu vlastností a dimenzí. Základní analytické postupy pomocí nichž se toho dosahuje jsou: kladení otázek o údajích a zjišťování podobností a rozdílů porovnáváním jednotlivých případů, událostí a jiných výskytů zkoumaného jevu mezi sebou. Podobné události a případy jsou označeny a seskupeny do kategorií.

Označování jevů – událostem přiřazujeme jména, která je potom reprezentují.

Kategorizace – více souvisejících pojmenování jevů spadá do jedné kategorie. Rozvíjení dimenze kategorie – umístění vlastnosti na nějaké škále a proces rozložení vlastnosti na její jednotlivé dimenze

*„Axiální kódování je proces uvádění subkategorií do vztahu k nějaké kategorii. Je to složitý induktivně-deduktivní proces o několika krocích, které jsou stejně jako při otevřeném kódování vykonávány prostřednictvím porovnávání a kladení otázek. Ovšem při axiálním kódování je použití těchto postupů více zaměřené a je cílené na objevení a rozvinutí kategorií ve smyslu paradigmatického modelu. To znamená, že rozvíjíme každou kategorii (jev) ve smyslu jejích příčinných podmínek, které ji způsobují, a konkrétní dimenzionální umístění tohoto jevu ve smyslu jeho vlastností, kontextu, strategií jednání nebo interakce užitými ke zvládnutí, ovládnutí nebo reakci na tento jev v tomto kontextu a následků jednání nebo interakce. Kromě toho při axiálním kódování pokračujeme v hledání dalších vlastností každé vlastnosti a v zaznamenávání dimenzionálního umístění každého případu, situace nebo události.“* (Strauss, Anselm, Corbinová Juliet. 1999. Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie. Brno: Sdružení Podané ruce, Boskovice: Nakladatelství Albert. Str. 84 – 85.)

*„Selektivní kódování je proces, kdy se vybere jedna centrální kategorie, která je pak systematicky uváděna do vztahu k ostatním kategoriím. Tyto vztahy se dále ověřují a kategorie, u nichž je to třeba, se dále zdokonalují a rozvíjejí.“* (Strauss, Anselm, Corbinová

Juliet. 1999. Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie. Brno: Sdružení Podané ruce, Boskovice: Nakladatelství Albert. Strana 86.)

V případě, že procházíme procesem kódování, je důležité procesní ukotvení výzkumu a uvědomění si procesu jako takového, rozdělení procesu do stádií nebo fází – pro lepší zacházení s kategoriemi. Proces sám při takovémto úhlu pohledu generuje empirickou teorii, kterou postupně dokumentujeme a srovnáváme s aktuálně používanými koncepty. Tím, že zkoumáme jev v konkrétním situačním kontextu, můžeme dosáhnout pochopení vztahu mezi metodou, teorií a empirií, což je odlišné od kvantitativního výzkumu, kdy je formální teorie zkoumána z různých úhlů pohledu a v různých situacích. Tímto postupem dochází k formování hypotéz. Hypotézy v kvalitativním výzkumu ověřujeme teoretickým vzorkováním a nasyceností, teoretickou sensibilitou a konstantním srovnáváním. Komparace je základní obecnou metodou.

#### Obtížnost tématu smrti

Naše setkání s umíráním a smrtí nejen významně ovlivňuje následující kvalitu života, ale především základní existenciální strategie. Život je vymezen zrodem a smrtí, umírání a smrt jsou součástí života. Každému, kdo se zrodí, je do vínku dána také smrt. Zatímco zrození člověka bývá obvykle oslavováno, smrt je okamžikem, kterého se většina z nás bojí. Umírající je však pro rodinu stejně důležitý jako kojeneček, smrt je stejné memento jako narození dítěte. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se nelze vymanit, které nelze popřít a nad kterými nelze zvítězit.

Nemyslet na konec života patří zřejmě k lidské přirozenosti. Není však možné vytěšňovat smrt ze svého života tam, kde se jedná o profesní kontakt s umírajícími. Ve spojitosti se smrtí se hovoří o „fenoménu tabuizované smrti“, což souvisí jednak s vývojem společnosti, ale i s pokroky medicíny, která nyní dokáže zachránit život člověka i v situacích, kde by se to dříve zdálo nemožné.

Smrt většinou vnímáme jako špatnou, negativní, neboť je spojena s odchodem našich blízkých, smutkem, osamělostí, strachem a bolestí. Smrt je hrozba. To, že se v dnešní společnosti nemluví o smrti, vede mj. k tomu, že se jí člověk bojí asi mnohem více než dříve, neboť předtím byla každodenní součástí života. Lidé umírali mladí a často, takže člověku skutečnost smrti a umírání připadala normální.

Institucionální model umírání se však vyvíjel postupně. Nemocní byli nejdříve umístováni

do azylových domů, později do zdravotnických zařízení. Institucionální model umírání je spojen s moderní dobou a přesunem do nemocnic, kdy často může docházet k tomu, že se člověk cítí sám, opuštěný. Institucionální model také souvisí s postupným rozvojem ošetrovatelství jako odborné činnosti.

Člověk se snaží jako jediný živý tvor prodloužit si život a na smrt, pokud možno, nemyslet. Člověk jako jediný živý tvor ví, že smrt je všudypřítomná a může se stát realitou v každém okamžiku života, ví, že zemře. Člověk se bojí smrti, zakouší strach a úzkost – strach z bolesti, opuštění, ze selhání či utrpení, strach ze ztráty soběstačnosti, strach o rodinu a blízké. Strach je zcela přirozená lidská reakce na situaci, kdy člověk ztrácí kontrolu nad tím, co se děje; do jeho podvědomí vstupuje bezradnost a bezmocnost.

## 5 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 5.1 Výzkumný vzorek

Na základě definovaného výzkumného problému jsme zvolili záměrný výběr.

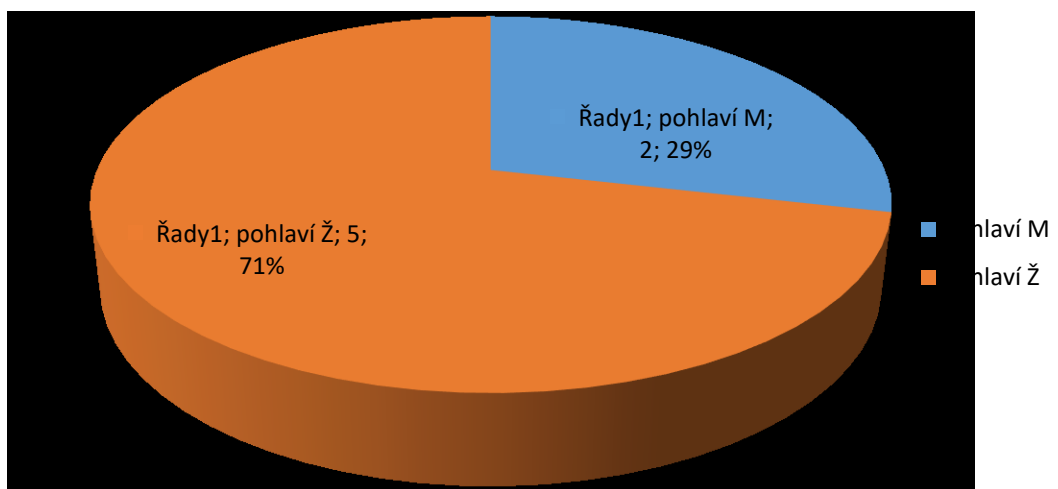
Respondenti jsou do vzorku vybráni podle jejich možností a schopnosti komunikace a duševního zdraví. Výzkumný vzorek je tedy tvořen sedmi oslovenými uživateli, kteří jsou umístěni v Domově pro seniory.

Vzhledem k tomu, že pracuji jako sociální pracovnice ve zmíněném zařízení, jsme denně v kontaktu s vybranými respondenty, máme mezi sebou vzájemnou důvěru, a proto byli rozhovory více důvěrné a bez bariér, které by nastaly v kontaktu s cizím člověkem.

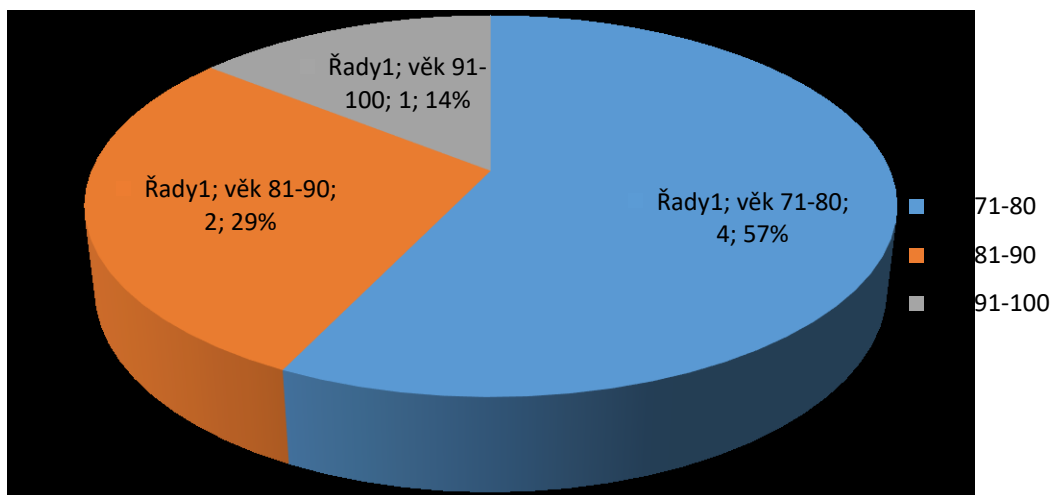
Z etického pohledu byla při zpracování práce dodržena anonymita respondentů.

Pro větší názornost jsou v níže uvedených grafech znázorněny základní informace o zkoumaném vzorku dotazovaných uživatelů sociální služby.

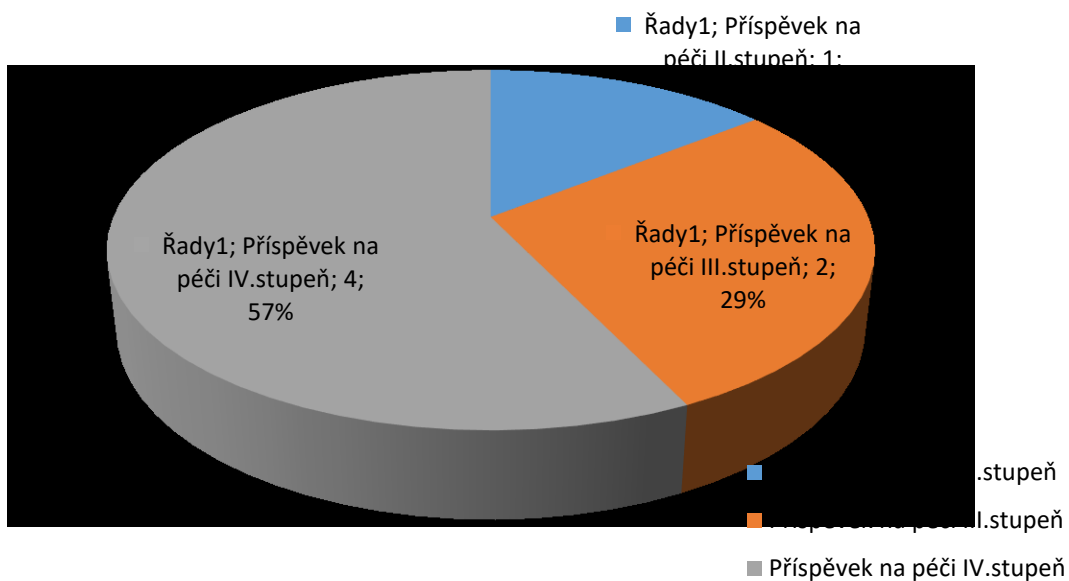
#### Pohlaví respondentů



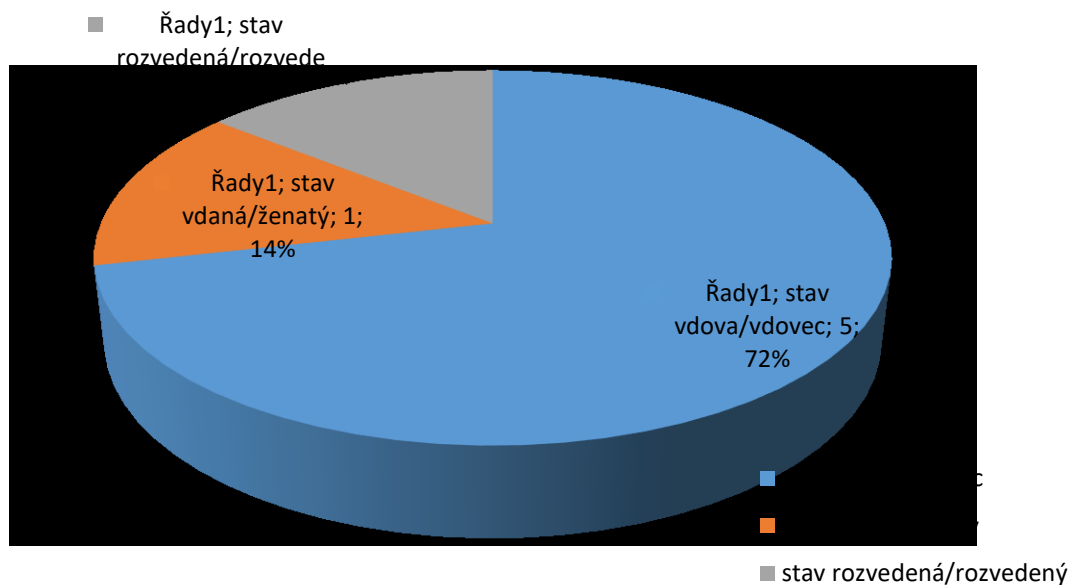
Věkový rozptyl respondentů



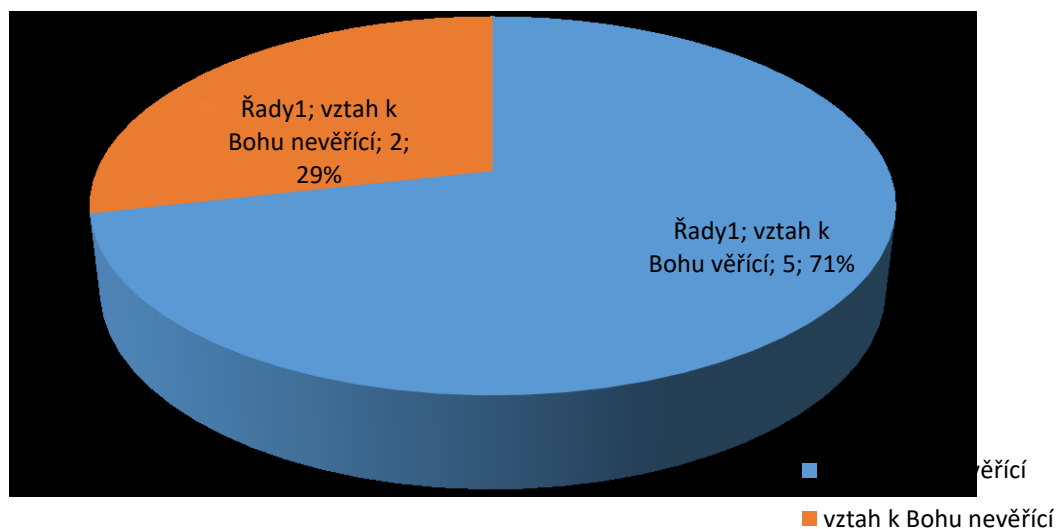
Závislost na péči (dle výše uznaného Příspěvků na péči)



### Rodinný stav



### Vztah k víře



## 5.2 Popis produktu

Sociální služby Vyškov, p. o. – Domov pro seniory

Sociální služby Vyškov, p. o. je organizace, která zajišťuje služby: Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem a Denní stacionář pro osoby se zdravotním postižením.

Pro výzkum mojí práce jsem vybrala respondenty ze služby Domova pro seniory, jehož posláním je poskytnout komplex pobytových sociálních služeb osobám starším 60 let,

kteřé vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu nemohou dlouhodobě zajišťovat své životní potřeby ve vlastním prostředí, ani za pomoci dostupných terénních služeb.

Snahou je zajistit bezpečné a důstojné prostředí, zabránit izolaci uživatelů a podporou soběstačnosti minimalizovat závislost na službě. Důraz je kladen na individuální přístup ke každému uživateli v podpoře jeho osobnostního rozvoje s ohledem na jeho možnosti, schopnosti, zájmy, potřeby a osobní cíle.

Poskytované sociální služby:

- a) poskytování ubytování a stravování,
- b) poskytování základního sociálního poradenství,
- c) poskytování pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o osobu uživatele, při osobní hygieně, příp. zajištění podmínek pro osobní hygienu,
- d) poskytování ošetrovatelské péče, pokud je potřebná,
- e) zajištění lékařské péče pro uživatele,
- f) poskytování rehabilitační péče uživatelům,
- g) organizování a poskytování kulturní péče, zájmové, aktivizační a sociálně-terapeutické činnosti,
- h) poskytování pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zásady poskytování služby:

- Zachování lidské důstojnosti uživatelů
- Individuální přístup - služba je poskytována na základě možností, schopností, zájmů, potřeb a osobních cílů uživatele
- Podpora samostatnosti uživatelů
- Podpora sociálního začlenění uživatelů
- Dodržování lidských práv a základních svobod uživatelů

Služby se neposkytují osobám:

- nespádajícím do cílové skupiny,
- trpícím významnou poruchou osobnosti, která by narušovala soužití s ostatními uživateli služeb,
- se závislostí na alkoholu, omamných látkách a hazardních hrách, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí péče ve zdravotnickém nebo specializovaném zařízení

se zvláštním režimem (např. významná porucha prostorové orientace u mobilních uživatelů, závažná forma duševního onemocnění, psychóza či psychopatie), trpícím závažnou infekční nemocí, ohrožující ostatní uživatele.

### 5.3 Metoda získávání dat

Požadovaným cílem našeho výzkumu bylo zjištění na základě výpovědi respondentů a proto byla zvolena metoda strukturovaného rozhovoru. Prioritou našeho dotazování bylo získat od respondentů pro nás důležité a stěžejní informace.

Předem jsme si připravili témata otázek, které jsou důležité pro náš výzkum a rádi bychom na ně získali odpovědi. Podle průběhu rozhovoru s respondentem jsme upravovali pořadí otázek, aby nebyla potlačena chuť odpovídat a to vzhledem k citlivému tématu.

Vzhledem k citlivému obsahu odpovědi, věku respondentů a specifickému tématu jsme rozhovory nenahrávali na diktafon, ale zapisovali do předem připravených archů. Rozhovory trvaly v průměru asi tak 20 minut, a to v závislosti na osobnosti a momentálním fyzickém stavu daného uživatele.

#### Struktura rozhovoru

Jedná se o plně standardizované interview, kdy výzkumník pokaždé předkládá dotazovanému tytéž předem pečlivě připravené otázky ve shodném pořadí.

Výhody:

- menší časová náročnost získávání i zpracování dat
- možnost aplikovat na početný vzorek respondentů
- snazší komparovatelnost
- minimalizace vlivu tazatele

Nevýhody:

- omezený prostor pro vyjádření vlastních názorů dotazovaného
- riziko zkreslení odpovědí vlivem špatného porozumění otázkám
- nemožnost jít do hloubky a některé odpovědi upřesňovat v průběhu rozhovoru
- vyšší pravděpodobnost, že výzkumník neodhalí nic, co již předem nepředpokládal



Jak je uvedeno výše, respondenti mě znají již několik let a z toho důvodu nebylo potřeba se ve vstupní části rozhovoru představovat. Jednalo se o již předem domluvené setkání, a proto již měli respondenti určitou představu o našem setkání.

Na počátku dotazování byl každý respondent znovu obeznámen s naším výzkumným projektem a požádán o zaznamenávání odpovědí formou psaní do připravených archů. Bylo dbáno na příjemnou atmosféru, která je dle našeho názoru vhodná, vzhledem k danému tématu. A to především formou úvodních otázek, které se týkaly momentálního stavu respondenta, a to jak fyzického, tak psychického.

Byly stanoveny tyto základní okruhy otázek:

Můžeme začít s rozhovorem, jste připraven?

Jak se Vám nyní daří?

Jaká byla Vaše představa o konci vašeho života před umístěním do zařízení?

Myslíte si, že se váš pohled na umírání a smrt změnil při pobytu v zařízení?

Dal by jste přednost odchodu z tohoto světa za přítomnosti blízkých?

Ovlivňuje vaše vnímání smrt vašeho spolubydlícího?

Zažitý názor – „Umístění do domova je špatné – čekárna na smrt“, je to i Váš názor?

Vnímáte smrt v zařízení jako dostatečně důstojnou?

Chtěl by jste být nesmrtelný?

Na konci našeho rozhovoru jsme se ujistili, zda se nechce respondent vrátit k nějaké otázce, zda se nechce na něco zeptat či upravit své odpovědi.

Předchozí obavy respondentů, zda nepůjde o větší množství otázek nebo náročnost rozhovorů, byly rozptýleny a rozhovory se uskutečnily v příjemné a klidné atmosféře.

Tato část práce představuje výsledky našeho šetření, zpracování bylo zvoleno metodou otevřeného kódování. Díky podkladům z rozhovorů s respondenty jsme usoudili, že je tato metoda vhodná. Témata v textu jsme lokalizovali a přiřadili jim vlastní kódy a analyzovali jsme základní kategorie. Danými kódy jsou smrt, umírání, důstojnost smrti v zařízení a přítomnost blízkých, změna vnímání smrti spolubydlícího, nesmrtelnost.

Rozhovory se většinou uskutečňovali, na přání respondentů, u nich na pokoji, a to v době po obědě. Z důvodu anonymity byly jménům přiřazeny kódy a to formou písmen.

## 5.4 Interpretace zjištěných dat

Tato část práce představuje výsledky našeho šetření, zpracování bylo zvoleno metodou otevřeného kódování. Díky podkladům z rozhovorů s respondenty jsme usoudili, že je tato metoda vhodná. Témata v textu jsme lokalizovali a přiřadili jim vlastní kódy a analyzovali jsme základní kategorie. Danými kódy jsou smrt, umírání, důstojnost smrti v zařízení a přítomnost blízkých, změna vnímání smrti spolubydlícího, nesmrtelnost.

Rozhovory se většinou uskutečňovali, na přání respondentů, u nich na pokoji, a to v době po obědě. Z důvodu anonymity byly jménům přiřazeny kódy, a to formou písmen.

### **Otázku pohledu na smrt a představu o konci života před umístěním do zařízení**

Většina respondentů před umístěním do zařízení o smrti nepřemýšlela, jen u dvou se objevuje obava ze smrti a zjištění, že realita je jiná než původní představa. Respondentka "F" uvádí: *"Já si představovala, že umřu dříve než manžel, ale skutečnost je jiná. S jeho odchodem jsem se dodnes nesmířila"*

Vzhledem ke svému věku se většina respondentů dívá na smrt pragmaticky, berou ji jako přirozenou součást života. Odpověď respondentky G je podle našeho názoru tou nejčastější, která vystihuje přání většiny z nás: *"Taková jednoduchá. Zavřu oči a bude to. Je to moje přání takto odejít."*

Odpovědi na tuto otázku nám ukazují, že pokud je člověk schopný se o sebe sám postarat, tráví čas ve svém domácím prostředí, tak nad myšlenkou vlastní smrti moc nepřemýšlí. Až v okamžiku, kdy se stane člověk méně soběstačným, se otázka smrti objeví. U věřících je smrt brána přirozeněji, např. podle odpovědi respondenta "C": *„O odchodu z tohoto světa moc nepřemýšlím, až mě Pán povolá, půjdu. Měla jsem v životě veliké štěstí. Dokázala jsem být dcerou, matkou, manželkou, babičkou, kamarádkou, prababičkou atd. Ne každému se to povede.“*

### **Důstojnost smrti v zařízení a přítomnost blízkých**

Přesto, že jsou respondenti umístěni v zařízení, tak většina z nich by si přála rozloučit se se svými blízkými. Respondent "A" uvedl: *„Nechci nikoho zatěžovat, lidi mají svých starostí až nad hlavu a hlavně nemají čas. Ale rozloučit bych se s blízkými chtěl.“* Je tedy vidět, že přítomnost blízkého je důležitým bodem při rozloučení, ať už je v zařízení či nikoliv.

Je tedy zřejmé, že v okamžiku nadcházející smrti, by si většina lidí nepřála zůstat sama, ale odejít v kruhu svých blízkých a mít možnost se s nimi rozloučit.

Podle odpovědí na otázku o "čekárně na smrt" je zřejmé, že toto mínění je zastaralé a respondenti, kteří jsou umístění v zařízení, tento názor nezastávají. Odpověď respondenta "F" je shrnutím konce života: *"V čekárně na smrt je každý od 70 let. A je jedno, zda je doma ve vlastním anebo v Dps. To jsou jenom hloupé řeči. Starý člověk ocení zázemí a úroveň života, kterou mu život v domově umožní. Já jsem již nezvládala se o sebe postarat, proto jsem v tomto zařízení a je mi jedno, že mu někdo říká čekárna na smrt. Já si žiju dobře."*

Co se týče důstojnosti smrti v zařízení, všichni respondenti bez výjimky se shodly na tom, že se nesetkaly s nějakou neúctou či problémem a že díky personálu konec života probíhá, v rámci možnosti, důstojně. Respondent "G" odpověděl: *"Ano, důstojná je, to si myslím. Co mám zkušenost, tak se personál i chodící spolubydlící uživatelé služby chovají s respektem. Na vícelůžkových pokojích je možné oddělit uživatele, a tak má umírající i optický klid. Sestřičky se opravdu hezky starají."*

Je proto velmi důležité, aby personál v podobných zařízeních, který se věnuje lidem na sklonku stáří, byl empatický a dokázal vytvořit důstojné prostředí v okamžiku konce života.

### **Změna vnímání smrti spolubydlícího**

Na základě odpovědí na otázku, zda se změnil pohled na smrt smrtí spolubydlícího, je zřejmé, že i v případě krátkého spolubývání na jednom pokoji, ovlivňuje smrt druhého každého respondenta. Pouze jeden respondent, který není příliš otevřený k druhým lidem, se vyjádřil takto: *"Ani ne. S nikým se nestýkám více, moc si lidi nepouštím k sobě. Nemám důvěru. Proto ani většinou nevím, že někdo zemřel."* Jedná se ale o respondenta, který je umístěn na jednolůžkovém pokoji a dle jeho odpovědí na ostatní otázky, je trochu pesimističtější, i z důvodu, že nemůže být spolu s manželkou doma, ve svém přirozeném prostředí.

V zařízeních tráví více času uživatel se svým spolubydlícím než-li se svou rodinou. Je proto přirozené, že smrt druhého ho ovlivní. Ve většině případů je to smutek, ale pokud byl spolubydlící těžce nemocný, jsou uživatelé "rádi", že se dotyčný již "netrápí". I do doby,

kdy nepřemýšlel nad svou vlastní smrtí, ho tato událost ovlivní a sám si uvědomí, že i on je smrtelný. A začne více přemýšlet o vlastní smrti.

### **Nesmrtelnost - ano či nikoliv**

Z odpovědí respondentů na tuto otázku, se víceméně shodli, že takové přání nemají, a to vzhledem ke svému věku a některým nemocem. Jeden z respondentů uvedl, že možná takové přání měl, když byl mlád a plný síly, ale postupem času a jeho věku by si to již nepřál. Pouze respondent "C" odpověděl: *"A možná, že ano. Měla jsem krásný život. Vlastně mám ho i teď. Mám kamarády v DpS, na návštěvy chodí rodina i známí. A že jich mám požehnaně."* Ale to se odvíjí i od zdravotního stavu a pozitivního myšlení dané osoby.

## **5.5 Interpretace dat**

Co se týče přemýšlení nad vlastní smrtí, tak se žádný z respondentů nebojí a jsou na ni víceméně připraveni. Tento pohled ale víceméně získali až po umístění do zařízení, protože v době kdy byli soběstační a více aktivní, nad vlastní smrtí většinou nepřemýšleli. Chtějí ji ale prožít za přítomnosti svých blízkých, kde se jedná o rozloučení s nimi. Také by si přáli jednoduchou a bezbolestnou smrt, nejlépe ve spánku. Všichni respondenti vnímají smrt v zařízení kladně, shodně odpovídají o důstojném odchodu v zařízení, což je dle nich i zásluhou personálu. Vyvrátili špatný zažitý pohled na domov, vlivem zhoršené soběstačnosti hodnotí kladně péči v domově pro seniory, díky které se nemusí obávat, že zůstanou sami bez pomoci. Jejich pohled na smrt je i ovlivněn, zda jsou věřící či nikoliv. Spíše se bojí bolestivého, dlouhého umírání. Všichni respondenti, mimo jednoho respondenta, nikdo nechce být nesmrtelný. Je pravda, že v mládí měli jiný náhled, ale v jejich věku už je to spíše děsí a nechtějí být nikomu na obtíž.

## 6 ZÁVĚR

Senioři v české republice tvoří velkou položku obyvatelstva. Dle Českého statistického úřadu v roce 1989 bylo osob starších šedesáti pěti let téměř 1,3 mil. obyvatel. V 2015 jich bylo již bezmála 2 mil. obyvatel. (Vybrané demografické údaje v České republice) A stejně, jako v celé Evropě, dochází v České republice ke stárnutí obyvatelstva.

V rámci sociální práce a sociální pedagogiky je nejdůležitější na práci se seniory, nebo pro ně, aby byli aktivní. To přináší sebou velké množství nabízených volnočasových aktivit zaměřených právě na seniory, ale i rozvoj institucionalizovaných sociálních služeb. Správná aktivita seniora dokáže zvýšit adaptabilitu seniora na změny probíhající ve společnosti, ale mu umožňuje lepší vnímání sebe sama, jakožto jedince, který může být pro společnost výhodným. A také by se měla společnost, a to nyní myslím, celou společnost, a nikoliv jen zainteresované profesionály, snažit o zainteresování seniorů do jejího chodu. Z hlediska sociální práce je nejdůležitější přístup k senioru, vzhledem k jeho individualitě, tedy pojímat tu skutečnost, že každý starý člověk dospěl do stáří jiným způsobem, že má za sebou jiné zkušenosti, které blízce souvisí s prostředím, v němž předcházející život trávil, ale také by nemělo docházet, ze strany sociálního pracovního, k dehonestování seniora, ale měl by se vždy a za každých situací snažit vzbudit snahu seniora dbát o svůj život nadále, případně ve spolupráci se sociálním pracovníkem. Sociální pedagog se prostřednictvím dalšího vzdělávání snaží předat stárnoucí populaci poznatky z novodobých technologií, ale pozitiva celoživotního vzdělávání jsou také v tom, že jedinec není vystaven pocitu osamění, že získává poznatky z oborů, kterými se v životě nezabýval a nebo si prohlubuje již získané poznatky, ale zejména v rámci celoživotního vzdělávání navazuje stále nové sociální interakce a rozšiřuje si tak sociální síť. A vedou spokojený a plnohodnotný život až do případné své smrti a samozřejmě s tím, jak jsou spokojeni se svým životem, také přistupují k nepopíratelnému faktu vlastní smrti.

Přístup ke smrti je u každého seniora (jedince, nemusí se jednat o seniora) je individuální, neboť stejně jako přistupuje senior ke svému životu, přistupuje také ke své smrtelnosti. Pokud je senior spokojený s prožitým životem, lépe se mu odchází než osobě, která není se svým životem spokojená. Samozřejmě také musíme vzít v potaz extrémy na obou dvou protipólech. Pokud je někdo až nadpříliš spokojený s dosavadním životem, odmítá smrt a rád by využíval života co nejvíce by to šlo, na stranu druhou, pokud není někdo spokojený se svým životem až do té míry, kdy nastávají různá psychická onemocnění, pak může dojít

k suicidiálnímu jednání. I přes individuálnost každého člověka k vlastní smrti, je možné vygenerovat pět fází. První fází je šok, popírání a izolace, u umírajícího dochází k silnému psychologickému jevu, kdy se nemůže z nastalou situací ztotožnit, neboť nemůže pochopit, proč se mu daná skutečnost stala (smrtná nemoc, smrtná rána apod). V případně smrtné nemoci, která trvá po nějakou dobu, dochází následně k popření, kdy jedinec, postižený smrtnou chorobou si tuto skutečnost nechce připustit a dochází také na zážitek izolace, v němž se umírající nachází ve stavu, jakoby trpěl uvedenou nemocí jediný na světě. Druhé stádium provází zlost, agrese a hněv. V uvedené fázi umírající napadá, ať již fyzicky či slovně, okolí. Tyto agresivní výpady jsou způsobeny aktuální životní krizí. Následující fáze je stádium smlouvání. Umírající se nechce smrtné nemoci podmanit, ale spíše žádá o prodloužení života, a to jak spirituálně, tak i prakticky. Aktivní částí je zjišťování a zajišťování nových způsobů léčby, případně nově objevených medikamentů a nemusí jít pouze o odborné lékařské postupy, ale také o laické snahy vypořádat se ze smrtnou nemocí. Může se jednat o navštěvování lidových léčitelů, ale také o modlitby za zachování života apod. Po období smlouvání dochází k depresi. Dochází ke ztrátě radosti ze života a je vyplněna zanedbáváním svého zevnějšku. Duši umírajícího prostupuje lítost a hluboký smutek. Finální fází je stádium odevzdání se, smíření se s osudem a přijetí smrti - jedinec, postižený smrtnou nevléčitelnou nemocí, se stává apatickým, jeho kontakt s okolím je nahrazen spíše bloumáním a sebezpytováním.

Kromě objektivně pojatých fází uvědomění si vlastní smrtelnosti se také senioři hůře adaptují na možnost, že jsou buď dobrovolně a nebo nedobrovolně umístěny v instituci se sociální a zdravotnickou péčí - v domovech pro seniory, v hospicích apod. U dobrovolně umístěných seniorů v domovech pro seniory se jedná o dvě fáze. Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu, kdy se senior učí "pohybovat se" v novém sociálním prostředí. Ve většině případů dochází k jeho přecitlivělosti a s tím je spojeno také možné zhoršení zdravotního stavu. Vzhledem k uvedenému je potřeba, aby první zkušenosti, které v zařízení senior získá byly veskrze pozitivní. Druhou fází je fáze adaptace a přijetí nového životního stylu, přičemž klient, který je s mířený s novým prostředím, aktivně se zapojuje do jeho života, tj. vytváří si nové sociální vazby, přejímá nové sociální role a celkově svůj život zaktivizuje. A to nejen mezi vrstevníky, ale také směrem k personálu zařízení. U nedobrovolného umístění v domovech pro seniory, nebo jiném zdravotnickém zařízení, a to z důvodu nesoběstačnosti, či nemohoucnosti seniora dochází ke třem fázím adaptace na nové institucionální prostředí. První je fáze odporu se vyznačuje negativitou, hostilitou a agresivitou seniorů proti okolí,

a to zejména jsou obrány na personál zařízení, ale i na ostatní klienty. Toto chování je bráno jako obrana jedince při nově vzniklé sociální situaci. Následující je fáze zoufalství a apatie nastává v době, kdy senior rezignuje na svou nově vzniklou situaci, neboť zjišťuje, že odpor nikam nevede. V takovém případě ztrácí o své okolí, i o sebe sama zájem. V této fázi je důležité seniora zaktivizovat, aby si vytvořil v nové sociální skupině sociální interakce, a to buď již s ostatními seniory nebo s pracovníky, či pracovníkem, daného zařízení. Pokud toto zaktivizování seniora neproběhne, může tato fáze probíhat až do úmrtí seniora. Poslední fází nedobrovolného umístění je fáze vytvoření nové pozitivní vazby, klient se stává v novém prostředí aktivním, vyhledává sociální interakce a na základě pozitivních zkušeností z takto nově vzniklých sociálních vztahů, dochází u klienta ke smíření se s novou sociální událostí. Pozitivní adaptaci také umocňuje získané pohodlí (pravidelná ošetrovatelská péče, lékařská péče atd.) a také zvyknutí si na nový řád, což je spojeno s pochopením režimu, který v zařízení panuje a jeho zvládnutí.

Ale i přes uvedené je třeba s výkonem práce se seniory zabývat se jeho individualitou a snažit se navázat s ním pozitivní vztah založený na důvěře a partnerství. Ale nesmíme také zapomenout na zapojení i rodinných příslušníků seniora a blízkých přátel. Protože pokud je jedinec v době umírání obklopen jedinci, s nimiž má navázaný blízký vztah, pak dojde, dle všeobecného mínění, k lepší smrti. Senior zemře v pokoji.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ASSMANN, Jan a Thomas H. MACHO. *Smrt jako fenomén kulturní teorie: obrazy smrti a zádušní kult ve starověkém Egyptě*. Praha: Vyšehrad, 2003. Světová náboženství. ISBN 80-7021-514-3.

BAĎUROVÁ, Monika. *Rituály smrti*. Praha: Národní muzeum, c2014. ISBN 978-80-7036-425-3.

*Bible: překlad 21. století*. Praha: Biblion, 2009. ISBN 978-80-87282-00-7.

BOČÁKOVÁ, Oľga. *Sociálny status seniorov v krajinách V 4*. Brno: Tribun EU, 2015. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0966-6.

ČŠÚ, Vybrané demografické údaje v České republice, dostupné online: [https://www.czso.cz/documents/10180/32955062/32018116\\_0101.pdf/748889f6-5739-401b-8aed-90924d1865af?version=1.2](https://www.czso.cz/documents/10180/32955062/32018116_0101.pdf/748889f6-5739-401b-8aed-90924d1865af?version=1.2)

HANUSKOVÁ, Gabriela. Německý soud povolil eutanazii, rozhodující je přání pacienta. dostupné online: [http://www.lidovky.cz/nemecky-soud-povolil-eutanazii-rozhodujici-je-prani-pacienta-pu5-/zpravy-svet.aspx?c=A100625\\_151500\\_ln\\_zahranici\\_gaa,cit.1.12.2016](http://www.lidovky.cz/nemecky-soud-povolil-eutanazii-rozhodujici-je-prani-pacienta-pu5-/zpravy-svet.aspx?c=A100625_151500_ln_zahranici_gaa,cit.1.12.2016)

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HYTYCH, Roman. *Smrt a nesmrtelnost: sociální reprezentace smrti*. Praha: Triton, 2008. Psyché. ISBN 978-80-7387-092-8.

KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-47-0548-6.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-3604-4.



KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7864-2.

Laštovičová, Michaela. Křesťanský pohřeb jako zvláštní komunikační situace. dostupné online: [http://cirkevko.osu.cz/data/clanky/l\\_pohreb.pdf](http://cirkevko.osu.cz/data/clanky/l_pohreb.pdf), cit. 30.3.2017

MALECKÁ, Jana. *Narození, svatba a pohřeb v sunnitském islámu*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. Etnologické studie. ISBN 978-80-210-7212-1.

MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2510-7

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.

PESCHKE, Karl-Heinz. *Křesťanská etika*. Vyd. 2. Praha: Vyšehrad, 2004. Theologica. ISBN 80-7021-718-9.

Pohřební liturgie krok za krokem. dostupné online: <http://www.liturgie.cz/pohreb/pohrebni-liturgie-krok-za-krokem/> cit. 30.3.2017

RINBOCHAY, Lati a Jeffrey HOPKINS. *Smrt, mezistav a znovuzrození v tibetském buddhismu*. Brno: Barrister & Principal, 2006. ISBN 80-7364-030-9.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. 3. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.

SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016. ISBN 978-80-7255-361-7.

ŠKRABAL, J. a kol. *Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu*

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VRIES, S. Ph. de. *Židovské obřady a symboly*. Praha: Vyšehrad, 2009. Světová náboženství. ISBN 978-80-7021-963-8.

VURM, Vladimír, Petra ZIMMELOVÁ a Ludmila ŠVEHLOVÁ. *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-090-4.

Walcyk <http://www.katyd.cz/clanky/nazory/jaky-je-polsky-katolicismus.html>

Zákon. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DNR do not resuscitate

NR neresuscitovat

p. o. Příspěvková organizace

Tzv. Takzvaně

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

- Graf č. 1      Pohlaví respondentů
- Graf č. 2      Věkový rozptyl respondentů
- Graf č. 3      Závislost na péči (dle výše uznaného Příspěvků na péči)
- Graf č. 4      Rodinný stav
- Graf č. 5      Vztah k víře

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI Seznam a specifikace respondentů

Příloha PII Rozhovor – respondent A

Příloha PIII Rozhovor – respondent B

Příloha PIV Rozhovor – respondent C

Příloha PV Rozhovor – respondent D

Příloha PVI Rozhovor – respondent E

Příloha PVII Rozhovor – respondent G

## PŘÍLOHA P I: SEZNAM A SPECIFIKACE RESPONDENTŮ

respondent	pohlaví	věk	Příspěvek na péči	stav	
A	M	78	IV. st.	vdovec	věřící
B	Ž	99	IV. st.	vdova	věřící
C	Ž	82	III. st.	vdova	věřící
D	M	75	III. st.	ženatý	ateista
E	Ž	77	IV. st.	rozvedená	ateistka
F	Ž	86	IV. st.	vdova	věřící
G	Ž	77	II. st.	vdova	věřící

## **PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR – RESPONDENT A**

respondent	pohlaví	věk	Příspěvek na péči	stav	
A	M	78	IV. st.	vdovec	věřící

### **Můžeme začít s rozhovorem, jste připraven?**

Ano, můžeme. Těšil jsem se na Vás, zase si trochu popovídáme. To téma je takový jiný než si obvykle povídáme. Ale k životu smrt patří. Já jsem ztratil několik blízkých, musíte to přežít. Jinak není. S úsměvem a optimismem je člověku lépe. I starému a bolavému.

### **Jak se Vám nyní daří?**

Končí zima a přijde jaro. A to mám rád, takže se mi daří dobře. Těším se na kytičky a vůni jara. A teplo na sluníčku.

### **Jaká byla Vaše představa o konci vašeho života před umístěním do zařízení?**

Představy jsem moc neměl. To bylo téma mojí ženy, která bohužel již zemřela. A mě moc chybí. Rád bych se ji zeptal na spoustu věcí a již to nejde.

### **Myslíte si, že se váš pohled na umírání a smrt změnil při pobytu v zařízení?**

Nevím, možná ano. To nebylo moje téma, jak jsem již říkal. Já zajišťoval praktické věci, o konci jsem neuvažoval.

### **Dal by jste přednost odchodu z tohoto světa za přítomnosti blízkých?**

Nechci nikoho zatěžovat, lidé mají svých starostí až nad hlavu a hlavně nemají čas. Ale rozloučit bych se s blízkými chtěl.

### **Ovlivňuje vaše vnímání smrt vašeho spolubydlicího?**

Nejspíš ano. Někdy se stane, že ani zemřelého neznám, ale stejně mi proběhne hlavou smutek.

Na stáří je smutné to zmenšování okruhu zámých, zkrátka milí lidé, kteří pro mě hodně znamenají mi umírají.

### **Zažitý názor – „Umístění do domova je špatné – čekárna na smrt“, je to i Váš názor?**

Není, to rozhodně ne. Já i díky pobytu tady v zařízení mám dobrý život. Pomůžou mi, zařídí, postarají se. A to je velká pomoc, ne že ne. A děkuji personálu za jejich starostlivost.

### **Vnímáte smrt v zařízení jako dostatečně důstojnou?**

Ano, umírající mají svoji péči a klid ke klidnému odchodu. O žádném excesu nevím.

### **Chtěl by jste být nesmrtelný?**

Nechtěl. To možná dříve, v době, když jsem byl mladý a plný síly. Ale již jsem spíš na obtíž, sám se o sebe nepostarám.

## **PŘÍLOHA PIII: ROZHOVOR – RESPONDENT B**

respondent	pohlaví	věk	Příspěvek na péči	stav	
B	Ž	99	IV. st.	vdova	věřící

### **Můžeme začít s rozhovorem, jste připravena?**

Ano. To domluvené téma stále platí? Nechcete psát o veselejších věcech?

### **Jak se Vám nyní daří?**

V zimě jsem prodělala zápal plic. Trochu jsem si myslela, že to bude můj konec. A vidíte, právě jdu posedět na lavičku do zahrady. Sluníčko už trochu hřeje. Moc dopředu neplánuji, to víte, v mém věku to ani nemá cenu.

### **Jaká byla Vaše představa o konci vašeho života před umístěním do zařízení?**

Mám hezké stáří. Ani jsem si nepomyslela, že ho budu mít tak hezké a klidné. Mám navařeno, nakoupeno, o prádlo nemám starost, do města na nákupy či do cukrárny se dostanu, ne, nemůžu si stěžovat.

### **Myslíte si, že se váš pohled na umírání a smrt změnil při pobytu v zařízení?**

Nezměnilo se. Alespoň si to myslím. Zažila jsem v životě bídu i dostatek, zlo i dobro, rození dětí i úmrtí blízkých. Ne, smrt je normální věc.

### **Dala by jste přednost odchodu z tohoto světa za přítomnosti blízkých?**

Pokud toto bude možné, byla bych ráda v kruhu rodiny.

### **Ovlivňuje vaše vnímání smrt vašeho spolubydlicího?**

Ano, odchod známého člověka zamrzí. Pokud je nemocný, tak je to vysvobození. Ale někteří Vám potom dost chybí v životě.

### **Zažitý názor – „Umístění do domova je špatné – čekárna na smrt“, je to i Váš názor?**

Není to můj názor. Mě například pobyt v DpS určitě život prodloužil. Ano, s častější smrtí spolubydlicích musíte počítat, jsme už velcí.

### **Vnímáte smrt v zařízení jako dostatečně důstojnou?**

Ano, zemřelého člověka personál dochová v úctě a důstojně. Nachystá mu oblečení na poslední cestu, omyjí, vyřídí administrativu, zavolají blízkým. Nesetkala jsem se tady s jiným přístupem.

### **Chtěla by jste být nesmrtelná?**

Abych na světě strašila děti? To ne, nesmrtelná bych tedy být nechtěla. Jak ubývají síly, tak i pošetilá přání ubývají.



## **PŘÍLOHA PIV: ROZHOVOR – RESPONDENT C**

respondent	pohlaví	věk	Príspevek na péči	stav	
C	Ž	82	III. st.	vdova	věřící

### **Můžeme začít s rozhovorem, jste připravena?**

Jsem připravena. Já jsem vždy připravena prožít nějakou zajímavou chvíli.

### **Jak se Vám nyní daří?**

Ale celkem dobře. Nohy mi tedy neběhají, asi už si nezatancuji. Zato můžu psát dopisy. Spoustu dopisů pro své známé. Třeba jim udělám radost.

### **Jaká byla Vaše představa o konci vašeho života před umístěním do zařízení?**

O odchodu z tohoto světa moc nepřemýšlím, až mě Pán povolá, půjdu. Měla jsem v životě velké štěstí. Dokázala jsem být dcerou, matkou, manželkou, babičkou, kamarádkou, prababičkou atd. Ne každému se to povede.

### **Myslíte si, že se váš pohled na umírání a smrt změnil při pobytu v zařízení?**

Neřekla bych. Ve stáří musíte se smrtí počítat každý den.

### **Dala by jste přednost odchodu z tohoto světa za přítomnosti blízkých?**

Ano, byla bych ráda. Otázkou je, zda se to povede. Ale nemuseli by si moji milí vyplatat všechny slzy, život je krásný a smrt do něj patří.

### **Ovlivňuje vaše vnímání smrt vašeho spolubydlicího?**

Ano ovlivňuje. Zatím jsem měla štěstí na fajn spolubydlicí. Povídali jsme si a i nějakou tu kávičku jsme pospolu vypily. Smrt přátel mě dokáže rozesmutnit.

### **Zažitý názor – „Umístění do domova je špatné – čekárna na smrt“, je to i Váš názor?**

Tak já si myslím, že zařízení sociální péče nejsou žádné odkladiště a čekárny na smrt. Prostě jsme jen starší a nemáme tolik sil, ale sny a chuť do života ještě máme. To mi věřte. Rodina mi nemůže posloužit, potřebuji péči a pomoc několikrát denně. V domovech máme personál po ruce.

### **Vnímáte smrt v zařízení jako dostatečně důstojnou?**

Smrt v zařízení je důstojná. Alespoň je to moje mínění. Když dojdou lidem síly, personál se o Vás postará. Taky to máte v těch plánech zaznamenané. Jsou tam vaše přání a úkoly, aby jste mohli umřít tak, jak si přejete.

### **Chtěla by jste být nesmrtelná?**

A možná, že ano. Měla jsem krásný život. Vlastně mám ho i teď. Mám kamarády v DpS, na návštěvy chodí rodina i známí. A že jich mám požehnaně.

## **PŘÍLOHA PV: ROZHOVOR – RESPONDENT D**

respondent	pohlaví	věk	Příspěvek na péči	stav	
D	M	75	III. st.	ženatý	ateista

### **Můžeme začít s rozhovorem, jste připraven?**

Mladá dámo, vítám Vás. Znáte mě, jsem morous, jen abych Vám to zkoumání nepokazil. Oběd jsme měli dobrý, tak třeba nebudu až tak špatným společníkem.

### **Jak se Vám nyní daří?**

Není mi moc dobře. Výsledky vyšetření neukazují ani zlepšení, nemůžu jít ani domů na víkend za manželkou.

### **Jaká byla Vaše představa o konci vašeho života před umístěním do zařízení?**

Úplně jiná než je realita. Dlouho jsem si nepřipouštěl, že slábnu a nezvládám věci, které jsem dříve zvládal. Postavil jsem dům vlastníma rukama. Ani jsem neuvažoval, že bych měl jednou zemřít.

### **Myslíte si, že se váš pohled na umírání a smrt změnil při pobytu v zařízení?**

Ano, rozhodně ano. Se smrtí se potkávám, proto o ni více přemýšlím. Nevím, zda mám strach, možná ano. Ale spíše z bolesti a z neznámého. Aby se ke mně okolí hezky chovalo, když již budu bezmocný.

### **Dal by jste přednost odchodu z tohoto světa za přítomnosti blízkých?**

Nevím. O smrti jsme doma vůbec nemluvili, nejsem na toto téma moc připraven ze svého dřívějšího života. V domově jsem párkrát zašel na bohoslužbu a možná i vyhledám kněze, třeba mě osvětlí tyto věci kolem umírání.

### **Ovlivňuje vaše vnímání smrt vašeho spolubydlicího?**

Ani ne. S nikým se nestýkám více, moc si lidí nepouštím k sobě. Nemám důvěru. Proto ani většinou nevím, že někdo zemřel.

### **Zažitý názor – „Umístění do domova je špatné – čekárna na smrt“, je to i Váš názor?**

Asi ano. Ale víc nevím. Chtěl bych být doma s manželkou, ale to nelze, jelikož je sama dost nemocná a starost o mě by fyzicky nezvládla. A tak jsem tady v čekárně na smrt. Nedá se nic dělat.

### **Vnímáte smrt v zařízení jako dostatečně důstojnou?**

Smrt je smutná. Konec. Zatím jsem kolem sebe neviděl, že by ji někdo zesměšňoval anebo se nevhodně choval. Tak asi důstojná smrt je.

### **Chtěl by jste být nesmrtelný?**

Jsem realista a vím, že to není možné. Takže nechtěl bych být nesmrtelný.

## PŘÍLOHA P VI: ROZHOVOR - RESPONDENT E

respondent	pohlaví	věk	Příspěvek na péči	stav	
E	Ž	77	IV. st.	rozvedená	ateistka

### **Můžeme začít s rozhovorem, jste připravena?**

No samozřejmě, jsem úplně připravená. Ráda si povídám, zvláště s mladými lidmi. A taky jste mě navnadila tímto tématem. Roky jsem pracovala jak knihovnice a do ruky se mi dostaly zajímavé knihy na téma umírání a smrti. Dříve se o tom tolik nemluvalo, teď je to větší téma.

### **Jak se Vám nyní daří?**

Co mám odpovědět? Žiju a chce se mi i dál. Tak se snažím. Někdy je to těžké mít důvod se ráno probudit.

### **Jaká byla Vaše představa o konci vašeho života před umístěním do zařízení?**

O umístění jsem se snažila delší čas. Dlouho nebylo volné místo. Ale zůstala jsem sama, nepohyblivá, neměla jsem jinou možnost. Dříve jsem neměla nějakou představu o konci svého života, to se ale změnilo mým příchodem do DpS.

### **Myslíte si, že se váš pohled na umírání a smrt změnil při pobytu v zařízení?**

Ano, změnil. Dřív jsem o těchto věcech vůbec nepřemýšlela. V DpS jsem již zažila několik úmrtí a uvědomuji si, že zemřeme všichni. A tak si pohrávám s úvahami, jak to asi bude u mě samotné.

### **Dal by jste přednost odchodu z tohoto světa za přítomnosti blízkých?**

Již žádné blízké nemám, tak se mi to asi nepodaří. Všichni moji blízcí již zemřeli.

### **Ovlivňuje vaše vnímání smrt vašeho spolubydlicího?**

Asi ano. Nikdo není kámen. A ani nemám s nikým zásadní spor, tak mi úmrtí spolubydlicích Zasáhne duši a myšlenky.

### **Zažitý názor – „Umístění do domova je špatné – čekárna na smrt“, je to i Váš názor?**

Já jsem zůstala sama, jinou možnost, než jít do důchod'áku jsem neměla. Stěžovat si nebudu. Ano, se smrtí se tady setkáváme častěji, ale taky jsme tady všichni staří a máme odžité skoro celé životy.

### **Vnímáte smrt v zařízení jako dostatečně důstojnou?**

Musím jenom chválit. V tomto ohledu jsou podmínky pro důstojný odchod ze života velmi příznivé. V zařízení je zázemí pro staré lidi

### **Chtěla by jste být nesmrtelná?**

Ne, nechtěla. Jsem unavená životem a starostmi. Lidské tělo není na nesmrtelnost připravené. A tabletkami to nedoženeme.

## PŘÍLOHA P VII: ROZHOVOR - RESPONDENT F

respondent	pohlaví	věk	Příspěvek na péči	stav	
F	Ž	86	IV. st.	vdova	věřící

### **Můžeme začít s rozhovorem, jste připravena?**

Ale ano, jsem. Horší se mi sluch, poprosím Vás o větší důraz. Děkuji Vám. To víte – věk.

### **Jak se Vám nyní daří?**

Ted' to tedy není žádná sláva. Ale to asi není celé stáří. Vy mladí si myslíte, že máte stáří daleko, ale člověk sestárne rychle, ani neví jak. Jdete ze starostí do starostí, potom povinnosti a najednou jste starý morous.

### **Jaká byla Vaše představa o konci vašeho života před umístěním do zařízení?**

Měla jsem z pobytu zde obavy. To víte, na vsi a mezi lidmi se povídá lecco. Ale jsem mile překvapena. Chybí mi spousta z dřívějšího života, třeba šatník. Je to možná úsměvné, ale tady máme jednu skříň a jeden botník, pro nás, které jsme se rády oblékaly jsme se musely vzdát velké části života. Ale nebud' me marnivé. Já si představovala, že umru dříve než manžel, ale skutečnost je jiná. S jeho odchodem jsem se dodnes nesmířila.

### **Myslíte si, že se váš pohled na umírání a smrt změnil při pobytu v zařízení?**

Ne, na smrt mám stejný pohled. Byla bych ráda, aby to bylo bum a konec. Jinak si to nepředstavuji, nechci si do hlavy vehnat strach a ani zbytečné přemýšlení.

### **Dal by jste přednost odchodu z tohoto světa za přítomnosti blízkých?**

S blízkými bych se chtěla rozloučit určitě. Stejně je lepší mít dobré vztahy během života, ke stáří už jsme rozmrzelí a bolaví. Není s námi moc veselo. Jenom hodně starostí. A to nepřidá ani vztahům s potomky. Ty už mají taky svoje velké starosti.

### **Ovlivňuje vaše vnímání smrti vašeho spolubydlicího?**

Nevím jak jiné lidi, ale mě ano. I když vím, že smrt je zakončením a startem něčeho nového. Stejně je mi na nějakou dobu smutno.

### **Zažitý názor – „Umístění do domova je špatné – čekárna na smrt“, je to i Váš názor?**

V čekárně na smrt je každý od 70 let. A je jedno, zda je doma ve vlastním anebo v Dps. To jsou jenom hloupé řeči. Starý člověk ocení zázemí a úroveň života, kterou mu život v domově umožní. Já jsem již nezvládala se o sebe postarat, proto jsem v tomto zařízení a je mi jedno, že mu někdo říká čekárna na smrt. Já si žiju dobře.

### **Vnímáte smrt v zařízení jako dostatečně důstojnou?**

V DpS jsem zažila již celou řadu odchodů. Lidí milých i protivných. Ještě jsem neviděla nic, co by nebylo důstojné. Personál je vychovaný, neviděla jsem neúctu.

### **Chtěla by jste být nesmrtelná?**

Víte, že ne? Co bych si počala bez přátel. To je na stáří těžké, každou chvíli přijdete o nějakého známého. Už ani není s kým si popovídat tak, aby jste si rozuměli.

## PŘÍLOHA P VIII: ROZHOVOR - RESPONDENT G

respondent	pohlaví	věk	Príspevek na péči	stav	
G	Ž	77	II. st.	vdova	věřící

### **Můžeme začít s rozhovorem, jste připravena?**

Jsem, jsem. Na Vás se těším každý den. Včera mi nebylo moc dobře, myslela jsem, že to budeme muset odložit, ale vidíte, je ráno a já jsem jako rybička.

### **Jak se Vám nyní daří?**

Teď to již jde. Byla jsem na operaci očí asi před měsícem. Chvilí trvá, než si to takzvaně sedne. Bolesti očí nemám, pouze mi hodně slzí.

### **Jaká byla Vaše představa o konci vašeho života před umístěním do zařízení?**

Taková jednoduchá. Zavřu oči a bude to. Je to moje přání takto odejít. Ale vím, že ne vždy se odchod ze života takto nekomplikovaný. Doma jsem měla obavy, že upadnu a už nevstanu a budu na zemi ležet celá zmrzlá. Takový konec bych nechtěla. To byl taky důvod jít do tohoto DpS. Jsem klidnější a ještě mám pocit, že jen tak hned nezemřu.

### **Myslíte si, že se váš pohled na umírání a smrt změnil při pobytu v zařízení?**

Ne. Rozhodně ne. Jsem křtěná a mám svoji víru. Na smrt je naše generace připravovaná během celého života. My jsme nebyli překvapení ani z vrásek a ani jsme neprožívali ty „kila navíc“. Žili jsme víc v kruhu rodiny a tudíž, když někdo umřel, tak se rodina kolem něj sjela a bolest z odchodu jsme prožili pospolu. V DpS je smrt velmi častá, jsme tady sami staří lidé.

### **Dala by jste přednost odchodu z tohoto světa za přítomnosti blízkých?**

Já nevím. Nevím, jak to budu snášet a taky nevím, jak to vidí děti. Ale až to přijde, chci návštěvu kněze. To bych moc ráda. Doba je moc hrrr, třeba se mi povede být při odchodu s lidmi blízkými. Kdoví.

### **Ovlivňuje vaše vnímání smrt vašeho spolubydlícího?**

Ano, to ano. Vždy je to důvod k zamyšlení a pozastavení. Přistěhování do DpS jsme si tak trochu rozšířili ty svoje vlastní rodiny. A na někoho si opravdu hodně zvyknete. Tak taková smrt i dokáže zabolet. Bohužel na pohřeb svým spolubydlícím většinou nechodíme, není se tam jak dopravit.

### **Zažitý názor – „Umístění do domova je špatné – čekárna na smrt“, je to i Váš názor?**

Není to továrna na smrt. Nelze se na tuto problematiku tak dívat. Dříve se umíralo doma, nebožtík pobyl v chalupě ještě několik dnů. Dnes jsou děti v práci anebo na druhém konci světa, proto starší lidé využívají sociálních zařízení. DpS je pro mě – důstojné stáří. A vím, kde asi zemřu. To není tak špatný výhled.

### **Vnímáte smrt v zařízení jako dostatečně důstojnou?**

Ano, důstojná je, to si myslím. Co mám zkušenost, tak se personál i chodící spolubydlící uživatelé služby chovají s respektem. Na vícelůžkových pokojích je možné oddělit uživatele a tak má umírající i optický klid. Sestřičky se opravdu hezky starají.

**Chtěla by jste být nesmrtelná?**

Ani náhodou. Strašit Vás tady na věky. Neslouží mi už moc zdraví, ani hlava. Já si říkám, že je taková hloupá. Dost zapomínám. Smrt je zakončení životní pouti, nebojím se. Vím, že se setkám zase se svými milovanými.