

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra teologických věd

Diplomová práce

**SMRT A UMÍRÁNÍ V DOMOVĚ PRO SENIORY POHODA
NETOLICE**

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Veber, Th.D.

Autor práce: Bc. Josef Křenek

Studijní obor: Etika v sociální práci (prezenční forma)

Ročník: druhý

2014

Prohlášení:

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

DATUM.....

PODPIS.....

Poděkování

Touto cestou bych rád poděkoval Mgr. Tomáši Vebrovi, Th.D. za odborné vedení diplomové práce, podporu a cenné rady. Dále děkuji pracovníkům Domova pro seniory Pohoda Netolice a Centra sociální pomoci Vodňany za pomoc při realizaci výzkumu k diplomové práci.

Obsah

Úvod	6
1 Smrt a umírání	9
1.1 Definice smrti a umírání	9
1.2 Rozdíl fenoménu smrt a umírání v minulosti a dnes.....	10
1.3 Obava ze smrti a umírání	11
1.4 Fáze vyrovnávání se smrtí podle Elisabeth Kübler-Rossové	13
2 Paliativní péče	17
2.1 Definice paliativní péče	17
2.2 Stručná historie paliativní péče	19
2.3 Rozdělení paliativní péče	20
2.4 Komunikace v paliativní péči	21
3 Domov pro seniory	23
3.1 Základní charakteristika domovů pro seniory	23
3.2 Činnost sociálního pracovníka v domově pro seniory	23
3.3 Zdravotní péče o umírajícího	24
3.4 Domov pro seniory Pohoda Netolice	25
3.4.1 Historie domova Pohoda Netolice	25
3.4.2 Poskytované služby	26
3.4.3 Ceník poskytovaných služeb	27
3.4.4 Rozpočet.....	28
3.5 Domov pro seniory- Centrum sociální pomoci Vodňany.....	28
4 Etické problémy umírání a smrti	30
4.1 Sdělení pravdy	30
4.2 Institucionalizace smrti.....	31
4.2.1 Domácí model umírání.....	32
4.3 Euthanasie	33
4.3.1 Aktivní euthanasie	33
4.3.2 Nevyžádaná a nedobrovolná euthanasie	34

4.3.3 Pasivní euthanasie	34
4.3.4 Asistovaná sebevražda	35
4.3.5 Dystanázie	36
4.3.6 Euthanasie ve světě a v České republice.....	36
4.3.7 Argumenty pro a proti euthanasii	37
4. 4 Dodržování lidské důstojnosti	40
5 Cíl práce a výzkumné otázky	42
5.1 Cíl práce.....	42
5.2 Výzkumné otázky.....	42
6 Metodika	43
6.1 Použitá metodika a technika sběru dat	43
7 Výsledky rozhovorů.....	46
7.1 Otevřené kódování	46
7.2 Tabulky utvořené otevřeným kódováním	47
7.3 Komparace zařízení.....	59
8 Diskuse.....	63
9 Závěr	72
10 Seznam použité literatury	74
11 Seznam příloh.....	79
12 Přílohy.....	80
Abstrakt.....	100
Abstract.....	101

Úvod

Tato diplomová práce se zabývá fenoménem smrti a umírání ve vybraném zařízení sociální péče. Práce je nazvána *Smrt a umírání v Domově pro seniory Pohoda Netolice*.

K výběru tématu diplomové práce mě přivedla osobní zkušenost se smrtí blízkých osob a dále mě ovlivnil předmět vyučovaný na teologické fakultě, Fenomén smrti a umírání. Za zařízení sociální péče jsem si vybral Domov pro seniory Pohoda Netolice, protože jsem zde absolvoval souvislou praxi. Jelikož jsem místní, znám převážnou část pracovníků i klientů domova.

Smrt má mnoho definic, které se nemusí vždy shodovat, většinou však panuje jistá shoda v určitých bodech. Obecně řečeno je smrt poslední fází života. Dostál definuje smrt jako „Kompletní a trvalé přerušení charakteristických aktivit živé hmoty.“¹ Problém smrti a umírání řeší pouze lidé. Člověk je jediný tvor, který ví, že musí umřít. Toto vědění může způsobovat úzkost. Když jsme mladí, téma smrti nás netrápí, ale s přibývajícím věkem si uvědomujeme konečnost našeho života a různě se s tím vyrovnáváme.² Kdy nastává okamžik smrti? S přibývajícím věkem a moderními technologiemi se hranice smrti neustále posouvají. Je etické v každých případech bojovat o život pacienta?³

Nejprve bych rád objasnil základní pojmy týkající se dané problematiky včetně souvisejících témat. V první kapitole tedy definuji smrt a umírání, jelikož si myslím, že je to důležité pro uvedení do problematiky. V této kapitole se nejprve zaměřím na rozdíl chápání smrti dnes a v minulosti. Dále zde neopomenou zmínit obavu jedinců ze smrti a umírání, jelikož je to velmi často diskutovaným tématem souvisejícím s touto problematikou.

Protože každá osoba je individuální, také reakce na to, že se člověk nachází v terminálním stádiu, se různí. Dle E. Kübler-Rossové procházejí lidé velmi často

¹ Srov. DOSTÁL, P., ŘEHÁČEK, Z., DUCHAČ, V., *Kapitoly z obecné biologie*, s. 73.

² Srov. KŘENEK, J., *Fenomén smrti a umírání*, seminární práce.

³ Srov. Tamtéž

různými fázemi. Těmito fázemi však nemusí procházet každý, některé mohou být vynechané, jiné zase mohou trvat déle, než je obvykle uváděné, nebo mohou následovat v jiném sledu.

Další kapitola je zaměřena na paliativní péči. I přesto, že si uvědomuji, že paliativní péče je nejčastější v hospicových zařízeních, také v domovech pro seniory se setkávají pracovníci s umírajícími klienty, tedy i paliativní péčí. Právě z tohoto důvodu považuji za důležité tuto kapitolu ve stručnosti zmínit. Poté definuji obecně domovy pro seniory, jelikož právě tento typ zařízení je stěžejní pro moji diplomovou práci. Pak uvedu základní informace o domově pro seniory Pohoda Netolice a ve stručnosti zmíním také Centrum sociální pomoci ve Vodňanech, pod které spadá domov pro seniory ve Vodňanech.

Jelikož jsem měl možnost při absolvování práce v obou domovech pro seniory hovořit s pracovníky o jejich práci, často jsem u nich postřehl jisté dilema při řešení různorodých problémů. Proto jsem zde uvedl nejčastější etické problémy smrti a umírání, kam spadá sdělení pravdy, institucionalizace smrti, euthanasie a dodržování lidské důstojnosti.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak vybraná cílová skupina, pracovníci domu pro seniory Pohoda Netolice, vnímá problematiku smrti a umírání. Ke splnění cíle mi dopomůže stanovení těchto výzkumných otázek:

- Jak pracovníci přistupují ke smrti svého klienta?
- Je častější umírání pacientů v domově pro seniory, či v nemocničním zařízení?
- Jaké názory mají pracovníci domova pro seniory na euthanasii?
- Zažili pracovníci domova pro seniory situaci, kdy klient už nechtěl dále žít?

Ke zjištění cíle mi pomůže komparace dvou zařízení, neboť díky tomu pochopím, zda je chápání fenoménu smrti a umírání typické jen pro mnou zvolené zařízení, nebo jde o jistou shodu v zařízeních stejného typu. V diplomové práci jsem použil kvalitativní výzkum, konkrétně strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami s pracovníky domova pro seniory. Rozhovorů se budou účastnit pracovníci zařízení

Pohoda Netolice. Následně se pokusím, aby mi stejné otázky zodpověděli také v Centru sociální pomoci ve Vodňanech.

Po uskutečnění rozhovorů bude následovat otevřené kódování u obou zařízení, které pomáhá k lepší přehlednosti zjištěných výsledků. Nejprve byly určeny a pojmenovány jednotlivé kategorie: základní identifikační údaje, práce v domově pro seniory, pracovníci a smrt jejich klientů, víra, euthanasie a touha zemřít. Poté bude následovat stručná komparace obou zařízení, aby bylo poukázáno na jisté shody, či naopak rozdíly v chápání fenoménu smrti a umírání včetně přidružených témat. Nakonec bude následovat kapitola diskuse, ve které budou propojeny poznatky z výzkumu s poznatky v odborných literaturách včetně zodpovězení výše zmiňovaných výzkumných otázek.

1 Smrt a umírání

Téma smrti a umírání je aktuální v každé době. V moderní společnosti se toto téma tabuizuje nebo vytěsňuje z vědomí lidí. Společnost preferuje zdraví, majetek a úspěch. Umírání patří k životu a dříve či později se s ním každý člověk setká. Pro dospělého člověka by mělo být samozřejmostí, že si je vědom své konečnosti. *"Jestliže si totiž člověk bude opakovaně připomínat konečnost svého života, bude pak zcela jistě jinak a odpovědněji zacházet s drahocenným časem, který mu je pro pobyt na tomto světě dán. Nepochybně bude též vnímavější k problémům občanů, kteří už stojí na prahu smrti".*⁴

1.1 Definice smrti a umírání

Na otázku, co smrt vlastně je, existuje mnoho různých pohledů. Materialistický pohled spatřuje ve smrti zánik všech fyzických a psychických složek lidské bytosti. Další pojetí může být například biblické, kdy je smrt spojena se ztrátou dechu života, který byl dán člověku Bohem. V křesťanství se smrt váže k individuální vině, odpuštění a také trestu. Opačně smrt chápou východní náboženství, kdy smrt a umírání vidí, jako nekonečný koloběh, který je určován skutky člověka. V lékařství je smrt chápána jako ucelený zánik organismu. Smrt se objevuje i v mnoha dalších odvětvích, například v oboru práva.⁵

Z odborných literatur je patrné, že existuje mnoho definic umírání, které se ve vymezení pojmu ne vždy příliš shodují. Například Hegyl ve své knize uvádí, že umírání je nepřesně ohraničený proces, který směřuje ke smrti. Z klinického hlediska je poslední fáze umírání označována jako terminální stav. Vyznačuje se postupným nezvratným selháváním životně důležitých funkcí.⁶ Haškovcová definuje umírání především jako proces, kdy je vývoj smrti podmiňován životem a život je umožňován smrtí.⁷

⁴ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 15.

⁵ Srov. SÍGL, M., *Co víme o smrti*, s. 387.

⁶ Srov. HEGYI, L., *Vybrané kapitoly zo sociálnem gerontologie a geriatrie*, s. 72.

⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, s. 272.

Jasně známky, kdy poznáme, že člověk vstupuje do poslední fáze života, tedy smrti, je postupně se zhoršující celkový stav a prohlubování několika symptomů: narůstající celková slabost a únava, jedinec nevstává z lůžka, prodlužuje se denní spánek, nemocný je více závislý na cizí pomoci, pacient ztrácí zájem o okolí, vzdaluje se od dřívějšího světa, bývá mnohdy často dezorientován, někdy se mohou objevovat také halucinace jedince, odmítá jídlo a pití, někdy se mohou objevovat i tyto příznaky: nauzea, dysfagie či zhoršené polykání, člověk nepravidelně dýchá, což se může projevit například apnoickými pauzami Cheyneovo - Stokesovo dýcháním, chrčivým dýcháním (obvykle není projevem plicního edému, ale kumulace sekretu v dýchacích cestách); problémy močového ústrojí - oligurie či anurie a další příznaky: cyanóza nohou, mramorová kůže.⁸

Každé umírání znamená, že se člověk loučí se vším, co měl rád a koho měl rád. Velmi dobré je, když rozloučení člověka s životem proběhne důstojně a umírající se stačí připravit na poslední cestu. Důraz by měl být kladen zejména na doprovázení umírajícího. To je velice důležitá věc nejen pro umírajícího, ale i pro členy jeho rodiny a jeho blízké. Poslední úsek cesty člověka má být založen na křesťanských tradicích - lásky k člověku, respektování a smysluplnost života až do jeho konce.⁹

1.2 Rozdíl fenoménu smrt a umírání v minulosti a dnes

Medicína se zaměřuje na boj s nemocí a smrtí. Lékař je úspěšný jen tehdy, dokáže-li smrt oddálit mnohdy za jakoukoliv cenu. Dnešní medicína bojuje o ohrožený život každého člověka. V posledních letech umí medicína doslova zázraky. Rozvoj léčebných a diagnostických dovedností spolu s rozvojem technických vymožeností znamená, že lékaři mohou zachránit i ty nemocné, které by před půl stoletím čekala nevyhnutelně smrt.¹⁰

V Evropě se v posledních 100 letech změnila věková struktura umírajících. V našich zemích nejčastěji umíraly děti ve věku do 5 či 15 let. Kontakt se smrtí se dnes odsunul do stáří. Převážná část umírajících je starších 65 let. Dříve se často umíralo

⁸ Srov. SLÁMA, O., KABELKA, L., *Paliativní medicína pro praxi*, s. 302.

⁹ Srov. KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*, s. 71.

¹⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 19-23.

v mládí, tudíž stáří bylo více ctěno. Zemřít stářím bylo výsadou. Se změnou věkových vrstev umírajících došlo ke znevážení stáří. Postoj ke smrti a umírání se změnil tím, že ubylo dětské úmrtnosti a tím, že přibylo násilí v televizi.¹¹

Generace před námi se učily, co znamená umírat v průběhu svého života, když pozorovali smrt v okolí nebo pomáhali u těch, kteří umírali. Dříve byla útěchou všeobecně sdílená víra v posmrtný život. Přinášelo to umírajícím jiný postoj ke smrti než v dnešní sekularizované společnosti.¹² To, že svět ztratil víru, významně ovlivňuje poslední století. Ke smíření s tím, že náš život jednou skončí, můžeme dojít i bez víry v Boha. Každý nějak smrt reflektuje. I malé dítě, které jde do školy, si uvědomuje, že smrt existuje.¹³

V evropském kulturním kontextu je křesťanské pojetí nemoci a smrti rozšířené i dnes. Při vysoce emotivních situacích nabízejí církevní rituály zklidnění i pro nevěřící a mohou jim pomoci překonat složité životní situace.¹⁴ Rituály hrají důležitou roli při formování života. Úloha rituálů spočívá ve snižování úzkosti, bez nich jsme nejistí. Možná příčina úpadku pohřebního rituálu spočívá v jejich psychické a fyzické náročnosti. Rituál nám pomáhá zvládat vysoce emočně náročné situace. Rituály odvádějí úzkost a vytváří novou zkušenost. Pohřební rituály mají více významů. Od projevení pocty zemřelému po zamyšlení se nad jeho životem apod. Pohřeb má význam pro pozůstalé a pomáhá jim vyrovnat se s odchodem člena rodiny.¹⁵

1.3 Obava ze smrti a umírání

Strach ze smrti a umírání je univerzální a máme stejné obavy ze smrti, jako měli naši předci. Změnil se přístup k umírání a k umírajícím pacientům. Dříve bylo naprosto normální, že lidé umírali doma v kruhu svých nejbližších. Umírající se mohl rozloučit v klidu a v prostředí, které zná. Bylo naprosto normální, že byli u

¹¹ Srov. HÖSCHL, C., *Tabuizované téma smrti*, [online].

¹² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 23-25.

¹³ Srov. HÖSCHL, C., *Tabuizované téma smrti*, [online].

¹⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 23-25.

¹⁵ Srov. HÖSCHL, C., *Tabuizované téma smrti*, [online].

umírajícího přítomné i malé děti. Takováto zkušenost jim pomáhala vidět smrt jako součást života. Sdílené trápení jim dávalo pocit, že nejsou samy ve svém zármutku.¹⁶

Strach ze smrti ovlivňuje mnoho faktorů:

- Věk - postoje lidí k vlastní smrti jsou různé a individuální. Většinou se obava ze smrti snižuje s rostoucím věkem. Lidé vnímají délku svého života odlišně a chtějí se dočkat pro ně důležitých událostí - například se chtějí stát prababičkou nebo dočkat se svatby vnučky).
- Gender - ženy mají ze smrti menší strach než muži. Také s myšlenkou svého závěru života se lépe vyrovnávají. Lépe komunikují o tomto problému s blízkými a navíc se nebojí projevit své pocity. U mužů se mnohdy setkáváme s popřením aktuálnosti.
- Vlastnosti osobnosti.
- Míra obtížnosti současného života - strach ze smrti snižuje těžší život a menší naději na zlepšení se zdravotního stavu. Lidé, kteří jsou zásadně ve svých schopnostech omezeni, přijmou smrt snadněji a dokonce si mnohdy přejí, aby už byl konec a nemuseli se více trápit.
- Vyrovnání se s vlastním životem - strach ze smrti je podněcován, pokud má člověk pocit, že ještě něco musí udělat, má nějaké závazky, něco nestihl (např. péče o nemocného manžela).
- Stabilita hodnot a identifikace s určitým životním názorem snižují strach ze smrti. Lidé, kteří v něco věří, se méně obávají smrti.¹⁷

Každý živý tvor je podmíněn biologickým zákonitostem, které jsou dané a nelze je popřít ani nad nimi zvítězit. Člověku nezbyvá nic jiného, než respektovat svoji konečnost a vyvodit z toho závěry pro svůj vlastní život. Konečnost svého života si lidé uvědomovali vždycky, ale postoje ke smrti a umírání se v historickém kontextu lišily. V dřívějších dobách lidé krátce stonali a rychle umírali, protože smrt nebyla oddalována lékařskými zásahy.¹⁸

¹⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 26-27.

¹⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie II*, s. 432-433.

¹⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 23-25.

Strach ze smrti je složitým jevem a je v něm možné diagnostikovat řadu složek:

- strach z bolesti - že to bude bolet, případně hodně bolet
- strach z opuštěnosti - že člověk bude v nejtěžších chvílích zcela sám, že ho všichni opustí
- strach ze změny vzezření - bolest, operace nemoc mě změní a to tak, že sám sebe nepoznám
- strach z utrpení
- strach ze selhání - že to v nejtěžších chvílích nezvládnou, že se projeví jako zbabělec, slaboch
- strach z regrese - že při bolestech a těžkostech člověk ztratí úroveň zralé osobnosti
- strach ze ztráty samostatnosti - že člověk nebude moc dělat, co chce, ale naopak bude muset dělat, co mu ostatní přikážou.
- strach o rodinu - pocit, že se bez dotyčného finančně neobejdou, že to bez něho všechno nezvládnou
- strach z nedokončení práce či životního díla.¹⁹

„Je dobré si uvědomit, že strach je zcela přirozenou reakcí člověka v situaci, kde nad tím, co se děje člověk ztrácí kontrolu (vládu), kdy je bezmocný a bezradný.“²⁰

1.4 Fáze vyrovnávání se smrtí podle Elisabeth Kübler-Rossové

Elisabeth Kübler-Rossová (1926-2004) je autorkou dnes již proslulé knihy O smrti a umírání, kde poprvé popsala pět stádií vyrovnání se se ztrátou známé též jako fáze umírání. V procesu umírání lze rozpoznat tyto fáze: popírání, hněv, smlouvání, depresi a smíření.²¹ Autorka na základě rozhovorů s pacienty s nevyлéčitelnou nemocí zjistila, že člověk prochází tzv. dráhou smrti. Tyto fáze začínají mnohem dříve než v terminální fázi umírání. Není proto dobré je redukovat pouze na stav v terminálním stádiu umírání.²² E. Kübler-Rossová hovořila s pacienty až 5 let před

¹⁹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Poslední úsek cesty*, s. 26-27.

²⁰ KŘIVOHLAVÝ, J., *Poslední úsek cesty*, s. 27.

²¹ Srov. KÜBLER-ROSS, E., *Světlo na konci tunelu*,

²² Srov. KASANOVA, A., *Až za hranice života: Súvislosti medzi životom a smrku*, s. 74.

jejich smrtí. Celou tuto dobu označuje za umírání. Lze tedy umírání počítat na měsíce až roky.²³

I. stádium – popírání a izolace

Téměř všichni pacienti se uchylují k částečnému nebo úplnému popírání kdy se dozvědí svojí diagnózu. Pacienti popírají, že se diagnóza týká jejich osoby, že muselo dojít k omylu ve výsledcích a není možné, že se jedná o ně samotné.²⁴ Vážně nemocní se mohou zabývat myšlenkami o vlastní smrtelnosti nějakou dobu, ale toto uvažování musí přestat, aby udělali prostor životu.²⁵ Tento postup je považován za zdravý způsob jak se vyrovnat se závažnou a těžkou situací. Odmítání nebo popírání reality funguje jako nárazník, který tlumí účinky náhlé a obtížné situace. Dovolí pacientům vzchopit se a zmobilizovat další obranné mechanismy.²⁶

Pacienti v tomto stádiu vítají rozhovor, ale ten se musí konat tehdy, jsou-li schopni unést téma smrti a umírání. Někdy se stává, že pacient přijímá svoji smrt lépe než jeho rodina a přátelé.²⁷ Potřeba negovat realitu se na určitý čas objeví skoro u všech pacientů. V podvědomí si nepřipouštíme smrtelnost a konečnost. Pacienti si vybírají komu z rodiny a lékařského personálu se otevřou se svými problémy a starostmi. Při kontaktu s lidmi, kteří nebudou schopni akceptovat myšlenku jejich smrti, raději předstírají, že jim je dobře.²⁸

II. stádium – zlost

Po prvním stádiu nastupuje zlost, hněv, vzpoura. Pacienta se zmocňuje hněv a je agresivní na sebe samého i na ostatní. Příčinou zlosti bývá frustrace.²⁹ V tomto stádiu nachází pacientova rodina a zdravotní personál pochopení jen obtížně, jeho hněv si vybíjí na lecčems. Pacient ve druhém stádiu je náročný především pro

²³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 55-56.

²⁴ Srov. KÜBLER-ROSS, E., *O smrti a umírání*, s. 35-36.

²⁵ Srov. KASANOVA, A., *Až za hranice života*, s. 75.

²⁶ Srov. KÜBLER-ROSS, E., *O smrti a umírání*, s. 36.

²⁷ Srov. KASANOVA, A., *Až za hranice života*, s. 75.

²⁸ Srov. KÜBLER-ROSS, E., *O smrti a umírání*, s. 38-39.

²⁹ Srov. KASANOVA, A., *Až za hranice života*, s. 75.

zdravotnický personál, který dělá podle pacienta všechno špatně. Člověk by se měl vcítit do pacientovy situace a pochopit odkud se pramení jeho bolest.

Pacient se snaží, aby nebyl zapomenut. Zvyšuje hlas, nadává a stěžuje si. Když mu lidé budou naslouchat a respektovat ho, brzy se uklidní. Pacient musí získat pocit, že je ceněnou bytostí, které je snaha pomoci. Nebezpečí nastává, pokud rodina a zdravotnický personál si vezmou urážky a negativní reakce osobně a tudíž reagují stejným způsobem jako nemocný. Tímto jednáním pouze zvyšují nepřátelské chování nemocného.³⁰

III. stádium – smlouvání

Třetí stádium je méně známé, ale je stejně důležité jako stádia předcházející. Již došlo k malé akceptaci skutečnosti, že zemře a nastává vyjednávání, kdy si pacient stanovuje cíle, kterých se chce dožít. Toto stádium netrvá příliš dlouho.³¹

Toto stádium se často přirovnává k chování malých dětí. Děti se dožadují toho, co chtějí a pokud to nedostanou, vztekají se a přemýšlí nad možností, jak dosáhnout svého. Podobné manévry praktikují i vážně nemocní. Naděje, byť nepatrná existuje vždy a nemocní se této malé šance chytají. Nejčastější přání je prodloužení života, netrpět bolestí nebo se dožít nějaké důležité události. Většinou se jedná o tajné smlouvy uzavřené mezi nemocným a Bohem.³² Smlouvání je vždy pokusem o odklad smrti. Obsahuje cíl, kterého chce nemocný dosáhnout a slib, že pokud se naplní, nebude požadovat více.³³

IV. stádium – deprese

Čtvrté stádium je označováno jako deprese nebo zoufalství. Jedná se o fázi psychického utrpení. Když pacient ztrácí fyzických sil, přibývá nemoci a musí podstupovat stále náročnější léčebné zákroky.³⁴

³⁰ Srov. KÜBLER-ROSS, E., *O smrti a umírání*, s. 45-47.

³¹ Srov. KASANOVA, A., *Až za hranice života*, s. 75.

³² Srov. KÜBLER-ROSS, E., *O smrti a umírání*, s. 74-76.

³³ Srov. KASANOVA, A., *Až za hranice života*, s. 75.

³⁴ Srov. KASANOVA, A., *Až za hranice života*, s. 75-76.

Chápající člověk rychle zjistí příčiny deprese nemocného a může pomoci zmírnit pocit studu a viny, které často depresi doprovází. Naší přirozenou reakcí vůči smutným lidem je snaha o jejich rozveselení a povzbuzení. U prvního typu deprese vážně nemocných pacientů je tato reakce užitečná. V případě, že deprese je jakýmsi nástrojem na vyrovnávání se s blížící smrtí a dosažení smíření se svým osudem, není vhodné nutit nemocného do rozveselení. Pokud ho podpoříme, aby vyjádřil svůj žal, dospěje ke smíření rychleji než nereálným povzbuzováním. Nikdy to již nebude takové jako před nemocí, protože umírající ztrácí všechny, které miluje. V době zármutku není nazbyt slov, postačí být umírajícímu nablízku a vzít ho za ruku nebo pohladit ho.

V této fázi je důležité, aby si okolí uvědomovalo, co přesně nemocný potřebuje. V případě, že se tak nestane, nemocnému nepomohou, ale naopak prohloubí jeho depresi. Má-li umírající dosáhnout smíření je toto stádium deprese nezbytné a prospěšné.³⁵

V. stádium- akceptace

Páté a poslední stádium se nazývá akceptace nebo smíření. Podstatou stádia je, že umírající se smíří se svou nemocí a smrtí. Umírající si uvědomí, že smrt je přirozeným zakončením života, které se týká každého.³⁶ Tohoto stádia umírající dosáhne, měl-li dostatek času a pomoci zvládnout předcházející stádia. Dosáhne stádia, kdy nebude truchlit nad hrozící ztrátou lidí a věcí, které pro něj byli důležité, ale bude v tichosti očekávat konec. Ve většině případů bude umírající velmi unavený a zesláblý. Zvolna poroste potřeba prodlužovat čas vyhrazený spánku, do kterého bude často upadat. Toto stádium se často nesprávně považuje za šťastné.

Umírající už nepotřebuje tolik pomoci jako v předchozích stádiích. Po dosažení vnitřního smíru se okruh jeho zájmů zúží. V tomto stádiu potřebuje více pomoci a podpory jeho rodina, kterou on sám opouští.³⁷

³⁵ Srov. KÜBLER-ROSS, E., *O smrti a umírání*, s. 77-80.

³⁶ Srov. KASANOVÁ, A., *Až za hranice života*, s. 76.

³⁷ Srov. KÜBLER-ROSS, E., *O smrti a umírání*, s. 99-100.

Umírající si přeje být sám a v klidu. Nepřeje si návštěvy, zve pouze nejbližší a na krátkou dobu. Neverbální komunikace začíná převládat. Mlčky s umírajícím posedět u jeho lůžka a držet ho za ruku může být tím nejsmysluplnějším konáním, co v danou chvíli umírající potřebuje. Čím tvrději bude umírající vzdorovat konci a popírat svojí konečnost, bude pro něj těžší dosáhnout stádia akceptace a zemřít v klidu a důstojně. Když umírajícímu pomůžeme odpoutat se od vztahů v jeho životě, nemocný umírá snadněji. Smrt přichází jako velká úleva.³⁸

Je důležité uvědomit si, že tyto fáze nemusí vždy přicházet v tomto sledu ba naopak, často se některé z nich vracejí, střídají a mohou se i dvě nebo tři prolínat. Nejsou stejně dlouhé a může se stát, že některá z nich dokonce chybí. Nemělo by to nikoho překvapit, neboť každý člověk je individuální. Potřeba je upozornit na časový postup, v jakém prožívá tyto fáze pacient a jeho blízcí. Může se stát, že pacient dojde do fáze smíření, kdežto jeho blízcí jsou stále ve fázi smlouvání a vyjednávání. V tomto případě je důležitá role další osoby, která se ujme role doprovázejícího. Důležitou podmínkou je, aby doprovázející získal důvěru všech dotyčných lidí.³⁹

2 Paliativní péče

Následující kapitola je zaměřena na paliativní péči, neboť smrt, umírání a paliativní péče nejsou důležité pouze pro pracovníky v hospicovém zařízení, ale dotýkají se i pracovníků domova pro seniory, kde jsem realizoval výzkum.

2.1 Definice paliativní péče

Paliativní péče je aktivní péčí, která je poskytována pacientovi trpícímu nevyлéčitelnou chorobou. V pokročilém nebo konečném stádiu života. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest, včetně dalších tělesných a duševních strádání, zachovat pacientovi důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.⁴⁰

³⁸ Srov. KÜBLER-ROSS, E., *O smrti a umírání*, s. 100-104.

³⁹ Srov. MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi*, s. 198.

⁴⁰ Srov. SKÁLA, B., a kol., *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*, s. 3.

Ve významu slova „paliativní“ je mezi lékaři a hlavně onkology neshoda, proto se většinou vychází z definice Světové zdravotnické organizace. Paliativní péči se rozumí aktivní a komplexní péče o klienty, jejichž onemocnění neodpovídá kurativní léčbě. Mezi základní a důležité spadá léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, ale také zmírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro umírající a jejich rodiny. Principy paliativní péče mají však širší rozsah, než pouze pro onkologicky nemocné pacienty.⁴¹

Světová zdravotnická organizace doplnila tuto definici o tyto hlavní zásady, kdy paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolestí;
- podporuje život a umírání bere jako přirozený proces;
- neusiluje o urychlení ani o oddálení smrti;
- obsahuje psychologické, sociální a duchovní aspekty péče o umírajícího člověka;
- nabízí systém podpory, který pomáhá umírajícím lidem žít co nejaktivněji a to až do jejich smrti;
- nabízí systém podpory, který pomáhá rodinám zvládat období nemoci jejich člena rodiny, včetně v období zármutku;
- využívá týmové práce pro uspokojování potřeb umírajících a jejich rodin.⁴²
- usiluje o zlepšení kvality života, čímž lze ovlivnit nebo zlepšit průběh onemocnění.

V péči o umírající pacienty mnohdy nastává situace, kdy není zcela jasné, zda daný postup je dobrý pro pacienta, nebo zda by si pacient přál, aby byl aplikován či ukončen postup, který mu pouze způsobí utrpení a není pro něj přínosem. Z etického hlediska je bez pochyby jasné, že přání pacienta má jasnou prioritu. Ovšem může nastat problém, kdy je pacient nekompetentní vyjádřit svou vůli a to z pravidla pokročilé chronické nemoci. Všeobecně platí, že dříve vyjádřená přání, kdy byl člověk kompetentní, musí být zohledněna.⁴³

⁴¹ Srov. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., a KOPTÍKOVÁ, J., *Obecná onkologie a podpůrná léčba*, s. 545.

⁴² Srov. BYSTRICKÝ, J., MUCHA, I., *Etika a fragmenty života*, s. 22.

⁴³ Srov. KUŘE, J., *Kapitoly z lékařské etiky*, s. 89.

Podle Kelnarové zahrnuje paliativní péče tyto cíle:

- symptomatickou léčbu,
- zmírňující péči,
- efektivní terapii tělesné a psychické bolesti,
- podporu emotivní,
- pomoc duchovní,
- sociální zázemí,
- individuální program pro umírající,
- doprovodnou odbornou pomoc nejbližším příbuzným.⁴⁴

U každé paliativní péče je nutné zohlednit tyto pacientovo potřeby:

- A) Potřeby somatické - zajišťují vše, co se týče těla - hygiena, tišení bolesti, péče o co nejpřirozenější - vyprazdňování, apod.
- B) Potřeby psychické – jsou naplňovány především ochranou lidské důstojnosti.
- C) Potřeby sociální - znamenají možnost kontaktu s okolím a je důležité, aby měl umírající člověk možnost přijímat návštěvy, dle jeho rozhodnutí a v intenzitě jakou si on sám přeje.
- D) Potřeby spirituální - nabývají v posledním stádiu života na důležitosti.⁴⁵

2.2 Stručná historie paliativní péče

I přestože paliativní péče je jedna z nejstarších forem, zdá se, že se jedná o obor, který není příliš známý. Po několik staletí patřilo k hlavním úkolům lékařů i ošetřovatelek mírnění utrpení lidí a jejich provázení k dobré smrti. Přirozeným prostředím, kde se na péči podíleli vedle zdravotníků také rodinní příslušníci, přátelé i duchovní, bylo domácí prostředí.

Později v 19. století začal růst počet lidí, kteří umírali bez přítomnosti svých blízkých a rodiny, což vedlo k rozvoji chorobinců. Pečovat o umírajícího člena rodiny bylo zcela normální ještě za dob druhé světové války. Rodině byl nápomocný lékař a v některých případech také ošetřovatelky.⁴⁶

⁴⁴ Srov. KELNAROVÁ, J., *Tanatologie v ošetřovatelství*, s. 49.

⁴⁵ Srov. ŠTOLBOVÁ, H., *Fenomén smrti: Důstojné umírání v domovech pro seniory*, s. 23.

⁴⁶ Srov. MARKOVÁ, M., *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 13.

Moderní paliativní péče vzniká v druhé pol. 20. st. jako reakce na problémy, které přinesl prudký rozvoj medicíny v tehdejší době. Úspěšná medicína, která zastínila potřebu kvalitní péče o nevléčitelně nemocné, byla zaměřena jednak na prodloužení života, ale také na léčbu a uzdravování s kladným výsledkem. Moderní paliativní péče vzniká v důsledku skutečnosti, že ne každého pacienta lze uzdravit. Tak se opírá o poznatky moderní medicíny. Především v oblasti léčby bolesti a přidružených symptomů.

V České republice se tato moderní paliativní medicína aktivně rozvíjí od 90. let 20. století. První oddělení paliativní péče vzniklo ještě v Československu, v Nemocnici tuberkulózy a respiračních nemocí. Nacházelo se v Babičích nad Svitavou a provoz tohoto dvaceti jedna lůžkového oddělení byl zahájen 2.11.1992.⁴⁷ V roce 2004 se podařilo dosáhnout uznání paliativní medicíny jako samostatného atestačního oboru s názvem „Paliativní medicína a léčba bolesti“. Také se podařilo definovat obor vzdělání. V říjnu 2008 vznikla „Česká společnost paliativní medicíny - ČLS JEP“. Tato společnost je jednou z odborných společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a současné době má 130 řádných členů.

Základním cílem a posláním této společnosti je rozvoj a podpora vzdělávání a dobré klinické praxe v oblasti obecné i specializované péče v konečné fázi života člověka. Významným krokem k dosažení tohoto cíle bylo v roce 2013 uveřejnění Standardů paliativní péče 2013, který vznikl za podpory MZČR.⁴⁸ Česká společnost paliativní medicíny je pochopitelně multidisciplinární. Je otevřena všem, kteří se problematikou péče o nevléčitelně nemocné zabývají z hlediska klinického, etického, organizačního a ekonomického.⁴⁹

2.3 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péči lze rozdělit na *obecnou* a *specializovanou*. Formu obecné paliativní péče by měla ovládat všechna zdravotnická zařízení a to v rozsahu své specializace. Součástí obecné paliativní péče je brzké vyhodnocení stavu pacienta a zhodnocení

⁴⁷ Srov. SKŘICKOVÁ, J., *Dvacet let paliativní péče v České republice*, [on-line].

⁴⁸ Srov. Česká společnost paliativní medicíny. *Paliativní péče v České republice v roce 2013*, [online].

⁴⁹ Srov. KABELKA, L., Založení České společnosti paliativní medicíny. In: *Umírání*, [online].

smysluplnosti, zda pokračovat v aktivní léčbě. Dále sledování pacienta, porozumění, poskytování léčby a péče, která je pro kvalitní život pacienta nejdůležitější. Zahrnuje hlavně respektování autonomie pacienta, léčení bolesti a ostatních příznaků.⁵⁰

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče, která je poskytována pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi a znalostmi. Poskytování této péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu.

Tato péče má určité základní formy:

- zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“) hospic
- hospic jako samostatné lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben)
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny).⁵¹
- specializovaná ambulance paliativní péče.
- denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“)
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.

2. 4 Komunikace v paliativní péči

Klíčem dobré komunikace na sklonu života je otevřená komunikace mezi všemi, kterých se problém týká: nemocný, rodinný příslušník, přátelé, ale také zdravotníci. Bohužel často právě popření problémů a odmítnutí ústředního tématu blízcího se konce života brání v diskusích o mnoho souvisejících otázkách, což způsobuje, že dotyčná osoba i jeho blízcí, prožívají toto období zvláště bolestně.⁵²

⁵⁰ Srov. MARKOVÁ, M., *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 20–21.

⁵¹ Srov. *Umírání*, [online], Dostupné z: <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>.

⁵² Srov. HOLMETOVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*, s. 126.

Základním předpokladem při práci s umírajícím člověkem a jeho rodinou je otevřená a zároveň empatická komunikace. Člověk by měl být citově a otevřeně informován o povaze a průběhu svého onemocnění.⁵³

Při péči o umírajícího je nutné dodržet několik zásad týkající se komunikace:

- nevnucovat umírajícímu potřebu akceptace faktu konce, nikdy neříkat: „Musíš přijmout, že umíráš.“
- v případě, že člověk vyjadřuje strach ze smrti, je důležité pacienta v klidu vyslechnout, zeptat se na konkrétní obavy a pomoci mu uspořádat jeho věci.
- počkat až umírající sám začne mluvit o smrti.
- důležité aktivní naslouchání, ne snaha něco sdělit, nést monology.
- umožnit umírajícímu, aby nebyl sám, ale měl u sebe blízké osoby, na něž se může obrátit
- důležité vyjadřovat také blízkost neverbálně- pohled, dotyk, postoj.⁵⁴

Ačkoli Bouček uvádí že, je důležité vyjadřovat neverbální komunikaci, existují také opačné názory na tento projev komunikace. Dle Tausch-Flammerové je jedinec někdy tak zaneprázdněný vlastním životem, že i letmé doteky jej mohou rušit. Právě z toho důvodu není vždy vhodná všeobecná rada držet umírajícího za ruku.⁵⁵

V komunikaci nejde pouze o přenos informací, ale o porozumění. Je to proces, kterého se účastní mnoho lidí. K hlavním cílům komunikace patří výměna informací, vzájemné porozumění i podpora. Lidé ve většině případů, potřebují mít někoho na blízku, kdo jim pomůže vyrovnat se s bolestivými problémy a překonat citové strádání. K celému procesu komunikace je zapotřebí dostatek času, dostatek upřímné vůle si vyslechnout problémy a starosti druhých.⁵⁶

⁵³ Srov. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., *Klinická onkologie pro sestry*, s. 153.

⁵⁴ Srov. BOUČEK, J., *Lékařská psychologie*, s. 60.

⁵⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 79-80.

⁵⁶ Srov. BYSTRICKÝ, Z., *O organizaci paliativní péče*, s. 36.

3 Domov pro seniory

Domovy pro seniory představují jednu z forem služeb sociální péče pro staré občany a řadí se mezi pobytové sociální služby. Tyto služby jsou spojené s ubytováním a stravováním. Můj výzkum je zaměřen právě na tato zařízení, proto považuji jako nezbytné věnovat část mé diplomové práce právě této kapitole.

3.1 Základní charakteristika domovů pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.⁵⁷

Tato služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí⁵⁸

Zákon o sociálních službách upřesňuje kromě výše zmíněných základních činností také financování těchto služeb.

3.2 Činnost sociálního pracovníka v domově pro seniory

Matoušek ve své knize uvádí, že mezi základní činnosti sociálního pracovníka, pracujícího v domově pro seniory patří:

- administrativní práce.

⁵⁷ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁵⁸ Srov. Tamtéž

- plánování příchodu do instituce, sociální šetření, přijímání klientů do zařízení, umístění klientů na jednotlivá lůžka, kontakt s klientem, ale také s rodinou.
- informování veřejnosti a žadatelů o konkrétním domově důchodců, rozhovory se zájemci o bydlení daného zařízení, zajištění zkušebních pobytů.
- plán péče a individuální plán adaptace.
- programy kulturních a společenských akcí, včetně aktivizačních činností.
- spolupráce s rodinou klienta.
- mezigenerační programy včetně zapojení široké veřejnosti.
- dobrovolnický program.
- sociální služby pro obyvatele, např. nakupování.
- psychosociální pomoc seniorům, socioterapie, trénování paměti apod.
- manažerská činnost.
- dohled nad dodržováním lidských práv klientů.
- zajišťování programu kvality.

Mimo všechny tyto aktivity je důležité, aby sociální pracovník dokázal vybudovat rovnocenné postavení v týmu a uplatňovat důsledně sociální hledisko při všech změnách, jimiž v současné době domovy pro seniory procházejí.⁵⁹

3.3 Zdravotní péče o umírajícího

V Domově pro seniory Pohoda Netolice pracuje i mnoho zdravotníků, kteří často musí čelit úmrtí svých pacientů. Právě z tohoto důvodu byly mé rozhovory zaměřené nejen na sociální pracovníky, ale také na zdravotníky, ať už se jednalo o zdravotní sestry či ošetřovatelky.

Poznat, že pacient se blíží ke konci svého života, není mnohdy snadné. Je důležité, aby u zdravotníků nedocházelo k „planému poplachu“. Pokud však pracovníci dojdou ke zjištění, že se pacient nachází v terminálním stádiu, je nutné dodržovat soubor těchto podnětů: jak se chovat a co dělat, když pacient umírá.⁶⁰

- pečovat o dokonalou hygienu a vyprazdňování pacienta.

⁵⁹ Srov. MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi*, s. 180.

⁶⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Poslední úsek cesty*, s. 19.

- snažit se, aby měl pacient, co nejvyšší osobní pohodlí
- navlhčovat rty pacienta.
- otírat pot z obličeje.
- zajistit pohodlné lůžko- naklepávání polštářů.
- nemluvit před pacientem netaktně.
- postarat se o bezpečnost pacienta, např. postranice.
- nenechávat pacienta o samotě.⁶¹

3.4 Domov pro seniory Pohoda Netolice

Část této kapitoly bude věnována domovu pro seniory Pohoda Netolice, neboť právě v tomto zařízení, je také realizován výzkum potřebný pro splnění cíle diplomové práce.

3.4.1 Historie domova Pohoda Netolice

Zřizovatelem Domova pro seniory Pohoda Netolice je město Netolice. Stavba domova začala v roce 2000 a slavnostně byla otevřena v dubnu 2002. Domov pro seniory se nachází v příjemné lokalitě městské památkové zóny cca 5 minut od centra města. Zahájení provozu nebylo jednoduché. Personál do domova pro seniory se přijímal postupně se zaplňováním domova uživateli. Před otevřením domova pro seniory bylo sto počet žádostí o přijetí z Netolic a okolí. Při otevření domova reagovalo kladně pouze 16 uživatelů. Zbytek uživatelů se omluvilo, že zatím nenastoupí a podali žádost o umístění do domova pro případ, že se jejich situace v budoucnu změní. Vedení domova bylo nuceno inzerovat poskytované služby po celém Jihočeském kraji i v jiných krajích. Plně obsadit kapacitu domova se podařilo až koncem roku 2002. Do těžké ekonomické situace se domov pro seniory dostal v roce 2005 a 2006, protože nebylo vyhověno žádosti domova o přidělení další státní dotace. V této době bylo nutno zavést přísně úsporné opatření, aby domov pro seniory tuto dobu překonal. Situace se změnila až účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Významný posun nastal v možnosti financování domova z

⁶¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Poslední úsek cesty*, s. 19-20.

více zdrojových příjmů.⁶² V letošním roce byla dokončena stavba terasy s bezbariérovým přístupem, která slouží obyvatelům doma v letních měsících. Celá stavba stála téměř dva miliony korun.

3.4.2 Poskytované služby

Domov pro seniory Pohoda Netolice poskytuje pobytové služby a terénní pečovatelskou službu. Pobytové služby jsou určeny pro uživatele ve věku od 50 let a seniory, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Terénní pečovatelská služba je určena osobám s chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením ve věku od 18 let a rodinám s dětmi do 4 let věku, vyžadující pomoc jiné fyzické osoby.⁶³

Domov pro seniory poskytuje služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, podle § 40 pečovatelskou službu a podle § 49 domov pro seniory.⁶⁴

Kapacita domova je určena, pro 84 uživatelů, kteří jsou ubytováni v jednolůžkových a dvojlůžkových pokojích. V roce 2012 zemřelo 18 uživatelů a 24 bylo přijato. V ročním průměru byl tedy domov obsazen z 97 %. Věkový průměr u obyvatel domova v roce 2012 byl 83,1 roku.⁶⁵

Základní činnosti v rámci pobytové služby:

- ubytování
- celodenní stravování
- základní ošetrovatelskou péči
- podpora při zvládnutí úkonů a vlastní osobu
- podpora při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- vzdělávací a aktivizační činnosti
- volnočasové a terapeutické aktivity
- sociálně terapeutické činnosti

⁶² Srov. VÍT, J.; VELÍKOVÁ, M., *Deset let Domova pro seniory Pohoda v Netolicích*, s. 4.

⁶³ Srov. DOMOV PRO SENIORY POHODA NETOLICE. *Výroční zpráva 2012*, s. 6.

⁶⁴ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁶⁵ Srov. DOMOV PRO SENIORY POHODA NETOLICE. *Výroční zpráva 2012*, s. 8.

- podpora při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.⁶⁶

Základní činnosti v rámci pečovatelské služby:

- podpora při zajištění chodu domácnosti
- poskytnutí stravy a pomoc při zajištění stravy
- podporu při osobní hygieně
- podporu při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.⁶⁷

V rámci pečovatelské služby poskytuje domov i terénní pečovatelskou službu pro 80 klientů a její kapacita je dlouhodobě a plně obsazena. V roce 2011 byla navýšena kapacita služby o 10 míst, na nynějších 80 míst. Uživatelům této služby se poskytuje především dovoz oběda z jídelny domova (celkem 34 seniorů) a 46 klientům se poskytuje terénní pečovatelská služba v jejich přirozeném prostředí. V rámci Domova pro seniory Pohoda je i dům s pečovatelskou službou o 9 malometrážních bytových jednotkách, které jsou majetkem obce Netolice.⁶⁸ Hlavní cílem domova do budoucna je rozšíření poskytovaných služeb o oddělení se zvláštním režimem pro klienty trpící Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí.⁶⁹

3.4.3 Ceník poskytovaných služeb⁷⁰

Cena pokojů – denní sazba

Druh pokoje	Ubytování	Stravování	Služby	Celkem
1 lůžkový se samost.sanit.zař.	140,-	127,-	55,-	322,-
1 lůžkový se společ.sanit.zař.	130,-	127,-	55,-	312,-

⁶⁶ Srov. DOMOV PRO SENIORY POHODA NETOLICE. *Výroční zpráva 2012*, s. 6.

⁶⁷ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁶⁸ Srov. VÍT, J.; VELÍKOVÁ, M., *Deset let Domova pro seniory Pohoda v Netolicích*, s. 4.

⁶⁹ Srov. Tamtéž

⁷⁰ Srov. DOMOV PRO SENIORY POHODA NETOLICE. *Výroční zpráva 2012*, s. 7-8.

2 lůžkový se samost.sanit.zař.	120,-	127,-	55,-	302,-
2 lůžkový se společ.sanit.zař.	110,-	127,-	55,-	292,-

Zdroj: Domov pro seniory Pohoda Netolice

Cena fakultativních služeb se účtuje podle skutečně odebraných služeb podle jejich povahy a množství ve výši od 5,- do 300,-Kč. za službu.

3.4.4 Rozpočet

Domov pro seniory Pohoda je financován z více zdrojových příjmů. Mezi hlavní příjmy domova patří úhrady od klientů, příspěvek na péči, platby od zdravotních pojišťoven za poskytované zdravotní úkony a dotace ze státního rozpočtu na provoz domova pro seniory.⁷¹

Rozpočet domova v roce 2011 a 2012 byl naplánován a čerpán jako vyrovnaný. Na straně příjmové obdržel domov za rok 2012 celkem 24 350 838,- Kč a vydal za rok 2012 celkem 24 364 371,- Kč.⁷² Průměrné náklady na lůžko a měsíc byly v roce 2012 24 171,-Kč. V porovnání s průměrnou cenou v rámci ČR se jedná o nižší průměr. Státní dotace na jedno lůžko a rok činila 52 643,- Kč.⁷³

3.5 Domov pro seniory- Centrum sociální pomoci Vodňany

Jelikož jsem měl možnost absolvovat praxi také v jiném zařízení stejného typu, rozhodl jsem se poukázat na jisté shody či rozdíly mezi těmito dvěma zařízeními. První je tedy výše zmíněný Domov pro seniory Pohoda Netolice a nyní bych rád věnoval část této kapitoly druhému zařízení a to právě Centru sociální pomoci ve Vodňanech - domovu pro seniory.

⁷¹ Srov. VÍT, J.; VELÍKOVÁ, M. *Deset let Domova pro seniory Pohoda v Netolicích*, s. 4.

⁷² Srov. DOMOV PRO SENIORY POHODA NETOLICE. *Výroční zpráva 2012*, s. 12-14.

⁷³ Srov. Tamtéž

Centrum sociální pomoci ve Vodňanech bylo založeno k 1. lednu 2000. Jedná se o příspěvkovou organizaci zřízenou městem Vodňany. Centrum sociální pomoci sloučilo již existující sociální služby do jednoho zařízení. Poskytovaná sociální pomoc má na Vodňansku dlouholetou tradici. Generální přestavba centra proběhla v roce 2006-2007. Centrum sociální pomoci se nachází blízko centra města Vodňany. Výhodou je blízká poloha k autobusovému a vlakovému nádraží, jakož i možnost navštívit sousedící městský park.⁷⁴

Toto zařízení poskytuje sociální, zdravotní a jiné služby občanům, kteří mají z důvodu věku nebo zhoršeného zdravotního stavu sníženou soběstačnost. Služby jsou poskytovány v různých formách. Centrum sociální pomoci poskytuje tyto služby: dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, podle § 40 pečovatelskou službu, podle § 49 domov pro seniory a podle § 44 odlehčovací službu.⁷⁵ Pro moji práci však považuji za dostačující uvést krátký vstup o domově pro seniory.

Domov pro seniory je určen osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o pobytovou službu s kapacitou pro 80 uživatelů. Poskytované služby a činnosti se řídí podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Domov pro seniory nabízí ubytování v jednolůžkových, dvojlůžkových a dvou trojlůžkových pokojích. Zdravotní péče je uživatelům zajišťována 24 hodin denně.⁷⁶ V roce 2012 zemřelo v domově pro seniory 34 uživatelů, v roce 2013 zemřelo 24 uživatelů. Průměrný věk obyvatel v roce 2012 se pohyboval kolem 85 let.

Cena ubytování na den se pohybuje od 140,- Kč za trojlůžkový pokoj až 185,- Kč za jednolůžkový pokoj s vlastním sanitárním zařízením. Cena za stravu činí 118,- Kč denně. Cena fakultativních služeb se vyúčtovává podle počtu odebraných služeb od 8,- do 50,- Kč.⁷⁷

⁷⁴ Srov. Centrum sociální pomoci Vodňany. *Brožura k 10. výročí organizace*, [online].

⁷⁵ Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁷⁶ Srov. Centrum sociální pomoci Vodňany. *Domov pro seniory - Základní informace*, [online].

⁷⁷ Srov. Centrum sociální pomoci Vodňany. *Domov pro seniory*, [online].

4 Etické problémy umírání a smrti

Každý pomáhající pracovník se při svém povolání setká s různými etickými dilematy a problémy. Tudíž považuji za důležité, tuto kapitolu ve své diplomové práci zmínit. Zmiňovat všechny problémy, které musí pracovníci řešit, by bylo zbytečné, proto uvedu pár příkladů. Domnívám se, že to bude dostačující pro pochopení problematiky.

4.1 Sdělení pravdy

Etické problémy při práci s umírajícími lze spatřovat například v míře informovanosti nemocného. Pravda o závažném onemocnění je obtížnou a obávanou kategorií. Významnou roli v rozhodování lékaře hrála celospolečenská dohoda o tom, komu, kde, kdy, jak a co říci.⁷⁸ Otázka, zda říci či neříci pacientovi, že umírá je dlouhodobým diskutovaným tématem. Přináší s sebou několik již zmíněných otázek: kdo má pravdu sdělit, kdy, komu, proč, jak, apod.

V našem geografickém a kulturním prostoru je nezbytné ujasnit si nejprve, co znamená pojem pravda. Pravda může být redukována na takzvanou pravdu diagnostickou, tj. pravdu o diagnóze, ale existují a jiné pravdy. Pravda o situaci, pravda o nemoci, pravda o životě s nemocí. Ostatně pacient chce často znát diagnostickou pravdu právě proto, aby si mohl odvodit pravdy ostatní. Svízelná situace se týká zejména pravdy prognostické. Pokud je diagnóza neblahá, pak je potřeba její tvrdý dopad zmírnit.⁷⁹

Nemocný má právo na autentický rozhovor, ve kterém mu lékař nemusí říci všechno důležité. Jde však o to, aby co řekl, byla pravda. Nalézt střední cestu neboli najít vhodnou formu je obtížné. Nemocný se zpravidla k pravdě protrpí a pochopí ji, i když bude jistě potřebovat čas. Nesdělit pravdu ve chvílích, kdy je nemocnému „zcela jasno“, znamená posilovat v něm nedůvěru a strach z další léčby. Každý

⁷⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, s. 150.

⁷⁹ Srov. *Pravidla na nemocničním lůžku*, [online].

zkušený lékař potvrdí, že milosrdnou lež mohou oba zúčastnění partneři akceptovat pouze do určité míry a do určité doby.⁸⁰

Dříve, rozhodoval lékař o tom, zda vůbec bude nebo nebude, informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. V případě, že se rozhodl poskytnout informace o stavu pacienta, určoval i jejich množství a pečlivě zvažoval způsob podání.⁸¹ „*Za zmínku stojí i náš zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který i v době plného paternalismu pamatoval na poučení a souhlas pacienta. Lékaři totiž byla zákonem uložená povinnost přiměřeně poučit pacienta o povaze jeho onemocnění s následným vyžádáním souhlasu s léčbou. Pacient byl, ale plně a pravdivě informován většinou v případě, že jeho nemoc byla léčitelná.*“⁸²

Dnes hraje při hospitalizaci velkou roli etický kodex a platný právní předpis, kde má pacient právo na dostatek informací o svém zdravotním stavu, povaze onemocnění, postupu diagnostiky a léčby, aby se mohl svobodně rozhodnout, zda s takovým postupem souhlasí. Má právo znát rizika a komplikace, která daný výkon může přinést.⁸³

Otázka zda sdělit pravdu pacientovi či nikoliv je dnes z pohledu lékařské etiky téměř vyřešena. Odborné literatury, které v posledním desetiletí pojednávají o tomto problému, uvádí, že není otázkou, zda sdělit či nesdělit pravdu, ale jak ji sdělit nebo případně v jaké míře.⁸⁴

4.2 Institucionalizace smrti

Dalším etickým problémem, který je nutné podotknout je bez pochyby institucionalizace smrti. Institucionální model umírání se vyvíjel postupně, kdy nejprve bylo nutné zajistit, aby každý umírající měl čisté lůžko, teplo, jídlo, pití a ostatní základní potřeby. Nemocní byli většinou umístováni do azylových domů, později do zdravotnických zařízení. Ve velkých pokojích bylo mnoho lůžek, které

⁸⁰ Srov. *Pravidla na nemocničním lůžku*, [online].

⁸¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Informovaný souhlas*, s. 12.

⁸² HAŠKOVCOVÁ, H., *Informovaný souhlas*, s. 12.

⁸³ Srov. BUŽGOVÁ, R., *Etika ve zdravotnictví*, s. 40-44.

⁸⁴ Srov. Komínková, H., *Uplatňování práv pacientů v rámci ošetrovatelského procesu*, s. 6.

byly děleny úzkými prázdnými uličkami, později jednoduchými nočními stolky. Ve 20. letech 20. století se začala používat praxe tzv. bílých plent, která měla umírajícímu zajistit klid a spolu-pacienty ušetřit pohledu na umírajícího.⁸⁵

Generace před námi ještě věděly, jak vypadá umírání, co mají dělat, a z této zkušenosti nebyly vyloučeny ani děti. Lidé se doma rodili a také doma umírali. Smrt byla přirozenou součástí života. Současného člověka však obtěžuje a málokdo je ochoten připustit, že na svou smrt a smrt svých blízkých se musí připravovat celý život. Důsledkem toho je, že mnohdy lidé přivázejí svého blízkého do nemocnice, aniž by tušili, že umírá. Tím nemocného zbaví vlastně přirozené sociální vazby a uvrhnou ho do samoty, protože ošetřující personál se věnuje také jiným nemocným. Přístroje tuto samotu jen prodlužují, což je paradox dnešní doby: máme technologie, kterými můžeme prodloužit život, ale pozbýváme soucit s životem.⁸⁶

Názory populace a zdravotnického personálu, na místo, kde by lidé nechtěli umírat, se v určitých aspektech shodují. Jak dotázaní lidé, tak i lékaři a sestry, uvedli na prvním místě léčebnu dlouhodobě nemocných. Dle vyjádření běžné populace by nechtělo strávit poslední dny života 69 % osob v léčebně dlouhodobě nemocných. Z pohledu zdravotníků vyjadřujících se ke svým pacientům dokonce 76 % respondentů. Druhým nejméně populárním místem, kde se laická i odborná veřejnost shodla, je nemocnice. V nemocnici by nechtělo zemřít 45% běžné populace a 59 % zdravotníků. Na třetím místě byly uváděny sociální zařízení, typu domova důchodců či domova s pečovatelskou službou.⁸⁷

4.2.1 Domácí model umírání

„Dnešní situace umírajících, především jejich citové strádání v osamění důmyslných institucí, je pochopitelně poměřována ideálem tzv. domácího modelu umírání.“⁸⁸

Standardní postup spočíval v tom, že umírající sám poznal, že nastala jeho „poslední hodinka“. Svolal všechny členy rodiny, vyslovil poslední přání a pak se s nimi

⁸⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 29-30.

⁸⁶ Srov. PAUL, J., *Domácí zdravotní péče v Praze*, [online].

⁸⁷ Srov. UMÍRÁNÍ A PÉČE O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉ. In: *Umírání*, [online].

⁸⁸ HAŠKOVSOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 27.

důstojně rozloučil. Poté příbuzní zavolali kněze, který přicházel se zvonečkem a dával tím najevo ve vsi, že někdo zemřel. Je však nutné podotknout, že ne vždy tomu tak bylo, jelikož mnoho umírajících rodinu nemělo nebo mělo nefunkční, případně nedosažitelnou, což ukazuje mnohé nevýhody. Někteří nemocní poté umírali sami a v opuštění. Bylo výhodou, že se každý setkal s umírajícím, se smrtí, věděl jaká je jeho role a každý znal smrt z blízka.⁸⁹ Moderní člověk uvedenou znalost nemá, a většinou je přesvědčen, že péče o umírající je výhradně v kompetenci zdravotního personálu.⁹⁰

4.3 Euthanasie

Fenoménem smrti a umírání úzce souvisí s problematikou euthanasie, která má mnoho příznivců i odpůrců. Ne všichni vědí, co přesně pojem euthanasie znamená.

Euthanasie současně označuje řadu různých situací. V tradičním smyslu je euthanasie chápána jako dobrá smrt (z řeckého eu- dobrý a thanatos – smrt). Dobrou smrtí se rozumí rychlá, bezbolestná smrt po dlouhém spokojeném životě. Dobrou smrtí se rozumí i smrt ve spánku. Toto tradiční pojetí bylo časem nahrazeno a termínem euthanasie nyní rozumíme smrt z milosti (útrpnosti).⁹¹ Jedna z definicí euthanasie zní: „*Euthanasie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (=lékařem), na jeho vlastní žádost.*“⁹² Tato definice však vystihuje pouze aktivní euthanasii. Proto je nutné nejprve vymezit další pojmy, které s euthanasií souvisí.

4.3.1 Aktivní euthanasie

Pro aktivní euthanasii se vžilo označení „*strategie přeplněné stříkačky.*“ Při této strategii hraje lékař aktivní roli. Lékař ji vykonává u pacienta nevyлéčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi a na jeho osobní žádost.⁹³ Žádost musí být učiněna svobodnou a uvážlivou vůlí pacienta. Pro aktivní euthanasii se dále

⁸⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 27-29.

⁹⁰ Srov. Tamtéž, s. 29

⁹¹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 120.

⁹² Srov. MUNZAROVÁ, M., *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 49.

⁹³ Srov. JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*, s. 148.

používá řada zpřesňujících výrazů, v případech kdy nejsou nebo nemohou být splněny vyjmenované podmínky pro aktivní euthanasii.⁹⁴

4.3.2 *Nevyžádaná a nedobrovolná euthanasie*

Jedná se o varianty aktivní euthanasie. Při nevyžádané euthanasii není pacient schopen o ní předepsaným způsobem požádat, s ohledem na závažný zdravotní stav. Předpokládá se, že kdyby mohl předepsaným způsobem by o euthanasii požádal. Jedná se o zásadně chtěnou euthanasii. Při nedobrovolné euthanasii nelze jasně doložit, zda pacient by si euthanasii přál nebo nepřál. Jedná se tedy o nevyžádanou nebo nechtěnou euthanasii.⁹⁵

4.3.3 *Pasivní euthanasie*

Pasivní euthanasie se označuje jako „*strategie odkloněné stříkačky*“.⁹⁶ Spočívá v ustoupení od aktivity. Dochází k přerušení léčby nebo omezení léčebného postupu v případech, kdy bezprostřední prognóza pacienta směřuje ke smrti, která se očekává v nejbližší době. Proces umírání definitivně započal a léčebné postupy by prodlužovaly nebo neúměrně zatěžovaly umírání pacienta.⁹⁷ K pasivní euthanasii se přistupuje zejména tehdy, když byly vyčerpány všechny dosažitelné formy pomoci. Přesná všeobecná kritéria, kdy se pasivní euthanasie může vykonat, nejsou definována.⁹⁸

Podle prof. Munzarové by mělo být od pojmu pasivní eutanazie ustoupeno z důvodu, že pod tímto pojmem se nacházejí dva různé postupy. První postup spočívá v nekonání léčby s úmyslem zabít. Druhý postup je neléčení v případě, že je pro umírajícího nadměrně zatěžující a přináší jen další trápení umírajícímu. V tomto případě je lepší používat termín **ponechání zemřít**. „*Tento způsob je zcela v souladu s lékařskou etikou.*“⁹⁹

⁹⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 120.

⁹⁵ Srov. JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*, s. 148.

⁹⁶ Srov. JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*, s. 148.

⁹⁷ Srov. MÜHLUM, A., et al., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 83.

⁹⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 120.

⁹⁹ Srov. MUNZAROVÁ, M., *Proč ne eutanazii*, *Filosofický časopis*.

S problematikou pasivní euthanasie souvisí program DNR (do not resuscitate) nebo v české literatuře NR (neresuscitovat). Jde o soubor pravidel opravňující zdravotnický personál nezačínat oživování pacienta. Při dodržení zákonných pravidel se nejedná o euthanasii.¹⁰⁰ Člověk je vyzván, aby se vyjádřil předem, zda si v určitých situacích přeje nebo nepřeje zahájit léčebný postup. V případě, že sami v budoucnu nebudeme moci rozhodovat, můžeme si zvolit jinou osobu nám blízkou, aby za nás rozhodovala v našem nejlepším zájmu.¹⁰¹

V České republice existuje tzv. „dříve vyslovené přání“ v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Občan se může svobodně rozhodnout, v jakých zdravotních situacích nebude chtít, aby byly zahájeny vyjmenované zdravotní výkony. Tento souhlas platí po dobu 5 let od data sepsání a musí mít úředně potvrzený podpis. Dříve vyslovené přání, ale nesmí nabádat k postupům, jejichž výsledkem by bylo aktivní způsobení smrti.¹⁰²

4.3.4 Asistovaná sebevražda

Jedná se o zvláštní druh euthanasie. Nevyléčitelně nemocný pacient trpící nesnesitelnými bolestmi žádá lékaře o pomoc nebo radu jak ukončit svůj život. Případně o konkrétní prostředek. K asistované sebevraždě dochází v přítomnosti lékaře, ale samotný akt usmrcení vykonává pacient sám.¹⁰³

¹⁰⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 120 -121.

¹⁰¹ Srov. MUNZAROVÁ, M., *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 17.

¹⁰² Srov. KŘENEK, J., *Fenomén smrti a umírání*, seminární práce, nevydáno.

¹⁰³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 122.

4.3.5 Dystanázie

K dystanázii (zadržené smrti) dochází čím dál častěji. Pomocí vyspělé technické péče lze nevyléčitelně nemocného umělými prostředky udržovat při životě i tehdy, když smrt je neodvratitelná. Dochází k oddalování přirozené smrti a prodlužování procesu umírání.¹⁰⁴

4.3.6 Euthanasie ve světě a v České republice

Legálním způsobem ukončit svůj život na vlastní přání lze pouze v Nizozemí, Belgii, Lucembursku, ve státě Oregon v USA a specifickou formou ve Švýcarsku.¹⁰⁵

4.3.6.1 Holandský model

Postoj k euthanasii v Nizozemí není tak liberální jak se může zdát. Podle zákona je euthanasie stále trestným činem. Uzákoněná je beztrestnost pro lékaře, který vykonal euthanasii. V případě, kdy byla aktivní euthanasie uzákoněná, její neprovedení by bylo trestným činem. Lékař musí mít právo odepřít euthanasii z důvodu svého svědomí. Z výzkumů vyplývá, že pouze 2 % Holandských lékařů uznává právo pacientů na milosrdnou smrt. Samotný akt usmrcení se provádí nejprve usmáním umírajícího za podání vysoké dávky uspávacích prostředků a následně je podáno umírajícímu kurare. Jedná se tedy o aktivní euthanasii. Během několika minut dochází ke smrti.¹⁰⁶

4.3.6.2 Švýcarský model

Euthanasie ve Švýcarsku zaujímá zvláštní postavení. Pomoc při sebevraždě není podle Švýcarské ústavy trestná, pokud není vykonána z egoistických zájmů. Umírající musí kontaktovat jednu ze 4 organizací poskytující pomoc při asistované sebevraždě. Nejznámější jsou organizace Exit a Dignitas. Umírající musí podepsat žádost o asistovanou sebevraždu v případě, že trpí nesnesitelnými bolestmi, byly

¹⁰⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 121.

¹⁰⁵ Srov. Tamtéž, s. 126.

¹⁰⁶ Srov. Tamtéž, s. 126-143.

vyčerpány všechny léčebné možnosti, nachází se v terminálním stádiu života a trvale a uváženě žádá o asistovanou sebevraždu.¹⁰⁷

Švýcarsko se stalo vyhledávanou zemí sebevražedné turistiky. V současné době je snaha švýcarské vlády zpřísnit pravidla pro asistovanou sebevraždu nebo euthanasii úplně zakázat.¹⁰⁸

4.3.6.3 Česká republika a euthanasie

V České republice je euthanasie i asistovaná sebevražda stále trestným činem. O její legalizaci se vedou diskuse a všechny pokusy o její legalizaci, byly zamítnuty. Dle současného právního řádu je euthanasie považována za vraždu podle § 140 trestního zákoníku s trestní sazbou odnětí svobody na deset až osmnáct let. Za trestně odpovědné jednání je považována i účast na sebevraždě podle § 144 trestního zákoníku. Kdo jinému pomáhá při sebevraždě, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta, došlo-li alespoň k pokusu o sebevraždu.¹⁰⁹ Součástí ústavního pořádku České republiky je Listina základních práv a svobod. Ve druhé hlavě, prvním oddílu, článku šest se uvádí, že každý má právo na život a nikdo nesmí být zbaven života.¹¹⁰

4.3.7 Argumenty pro a proti euthanasii

Každý člověk, ať laik či odborník má na euthanasii odlišný názor, proto bych rád v této kapitole uvedl argumenty pro a proti euthanasii.

4.3.7.1 Argumenty pro euthanasii

Za argument euthanasie se uvádí odstranění bolesti nemocného a zkrácení jeho utrpení. Zastánci euthanasie tvrdí, že lidé mohou o svém životě svobodně rozhodovat. Člověk má právo na aktivní pomoc při umírání na základě možnosti rozhodovat o sobě samém. Liberální státy mají toto právo umožnit. Lidé podporující aktivní pomoc při umírání tvrdí, že člověk má neustále právo na plnohodnotný život

¹⁰⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 129-130.

¹⁰⁸ Srov. Eutanazie bude zřejmě ve Švýcarsku omezena nebo dokonce zakázána, *Česká televize* [online].

¹⁰⁹ Srov. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákon.

¹¹⁰ Srov. Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

a plnohodnotné umírání. Neúměrným prodlužováním umírání jej o toto právo připravujeme.¹¹¹

Lékař má udělat vše co je v jeho silách, aby člověka vyléčil. Nemá, ale právo uměle oddalovat smrt pacienta a vystavovat ho tím nesnesitelnému utrpení. Smrt pacienta nesmí brát jako osobní prohru. Právo nemocného je odmítnout takovou péči, která může prodloužit život, musí si být, ale i vědom následků svého rozhodnutí.¹¹²

Reprezentanti euthanasie se odvolávají na humanitu. Před krutým umíráním a nesnesitelnými bolestmi jej ochrání jedině euthanasie. Vůle zemřít je vrcholným právem na sebeurčení.¹¹³

4.3.7.2 Argumenty proti euthanasii

Ve světě vznikají hnutí za právo zemřít s důstojností. Právo na euthanasii není žádnou ústavou chráněno. V případě uzákonění euthanasie by lékař získal nesmírnou moc a rozhodoval by o životě svých pacientů. Dovolávání se důstojné smrti neznamena euthanasii. Člověk má svou důstojnost jednoduše proto, že je člověk. Nemoc ani utrpení nemůže tedy člověka zbavit důstojnosti. Pro legalizaci euthanasie neexistují žádné morální, legální nebo sociální důvody.¹¹⁴ Argumentem proti takovým to skupinám bývá, že členové těchto hnutí nejsou ti nemocní nebo umírající, o jejichž právech se bijí. Jedná se spíše o mladé a zdravé lidi, kteří se hlásí ke smrti z milosti.¹¹⁵

Euthanasie odporuje z etického hlediska jednak Hippokratově přísaze, tak dekalogu (desatero Božích přikázání). Úkolem lékaře je pacienta léčit a chránit jeho život.¹¹⁶ Podle Hippokrata má lékař učinit rozhodnutí, kdy léčit a kdy je léčba marná. Lékař si má být vědom, že má léčit a pečovat.¹¹⁷ Povinnost chránit život zní v Hippokratově přísaze takto: *“Nehodlám se pohnouti od nikoho, ať je to kdokoli,*

¹¹¹ Srov. KÜNG, H., *Věčný život?*, s. 194-195.

¹¹² Srov. KÜNG, H., *Věčný život?*, s. 197.

¹¹³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 157.

¹¹⁴ Srov. MUNZAROVÁ, M., *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 49-55.

¹¹⁵ Srov. KÜNG, H., *Věčný život?*, s. 194.

¹¹⁶ Srov. JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*, s. 149.

¹¹⁷ Srov. MUNZAROVÁ, M., *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 91.

*abych mu podal jedu, nebo abych mu dal za podobným účelem radu.*¹¹⁸ Celá řada lékařů zastává názor, že euthanasie je prohřeškem proti etice a základnímu učení lékařské profese.¹¹⁹

Z křesťanského hlediska je euthanasie nepřístupná. V pátém přikázání stojí „nezabiješ“ Je zřejmé, že člověku nepřísluší právo rozhodovat o svém životě, pokud by člověk žádal o svou smrt lze to považovat za neetické.¹²⁰ Křesťanská etika uznává lidský život jako dar Boha člověku. Ten je pouze jeho správcem ne však vlastníkem. Člověk se musí o svůj život řádně starat a nemá právo o něm rozhodovat.¹²¹

Odpůrci euthanasie se bojí jejího možného zneužití. Jako příklad je často uváděn americký lékař Jacka Kevorkiana (*1928-2011). Jack Kevorkian známí též jako „Doktor Smrt“ byl propagátorem euthanasie a sestrojil pro své pacienty přístroj na sebevraždu Mercitron. Praktikoval asistovanou sebevraždu u nevléčitelně nemocných pacientů. Nakonec byl odsouzený za vraždu, umožnil zemřít i lidem, kteří sice byli vážně nemocní, ale nemoc je bezprostředně neohrožovala na životě.¹²²

Odpůrci euthanasie poukazují na hrozbu kluzkého vztahu. Tento termín lékařské etiky značí hrozbu dalšího uklouzávání a existence reálné hrozby zneužití a usmrcování lidí, kteří si to sami nepřejí. Holandský model se již na tomto svahu nachází. Došlo již k euthanasii u lidí nekompetentních nebo těch, kteří o zabití nežádali.¹²³

¹¹⁸ HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 147.

¹¹⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*, s. 158.

¹²⁰ Srov. JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*, s. 149 – 150.

¹²¹ Srov. MUNZAROVÁ, M., *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, s. 28.

¹²² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 142-148.

¹²³ Srov. MUNZAROVÁ, M., *CO MLUVÍ I DNES PROTI EUTANAZII?*, [online].

4. 4 *Dodržování lidské důstojnosti*

Pojetí důstojnosti je do jisté míry subjektivní, což vede k tomu, že se představy jednotlivců o důstojnosti a důstojné smrti mohou značně lišit a lze tedy jen obtížně formulovat jasnou a obecně platnou definici. Je ovšem možné ukázat společná témata, jež mohou pocit důstojnosti ovlivňovat.¹²⁴

Jak jsem již zmínil, důstojnost jako taková je velmi problematický pojem, který nelze jednoznačně vymezit. Při práci s umírajícími jedincem je nejdůležitější důraz na respektování lidské důstojnosti v inherentním neboli ontologickém pojetí. To znamená takovou důstojnost, která je dána člověku jeho bytím, což znamená, že ji máme již od svého narození. Není získaná sociálním statutem, penězi, atd.¹²⁵

V případě, že se člověk nedokáže sám najíst, obléknout, vyprázdnit se a zvládat ostatní činnosti, jež během svého života bez problémů zvládal, rozhodně to neznamena, že by tímto byl připraven o lidskou důstojnost. Důležité však je, aby s člověkem bylo zacházeno s úctou, jelikož pocit ztráty důstojnosti je největší utrpení člověka, které může pocítit.¹²⁶

Důstojnost je možné rozdělovat na dva druhy. Prvním typem je základní neboli neodmyslitelná důstojnost každé lidské bytosti, jež nemůže nikdo nikdy ztratit. Druhým typem je důstojnost osobní, která se vztahuje k pocitu vlastní hodnoty. Týká se sebeúcty a respektování druhými, což vede k tomu, že může být odejmuta anebo naopak zesílena.¹²⁷ Lidská důstojnost umírajících může být porušena různými způsoby, ať už se jedná o nedostupnost paliativní péče, prodlužování umírání či nevyhovujícím způsobem.¹²⁸

¹²⁴ Srov. GENNIP, I. E., et al., *Death with dignity from the perspective of the surviving family*, s. 2.

¹²⁵ Srov. ŠRAJER, J., *Lidská důstojnost a sociální práce*, s. 109.

¹²⁶ Srov. BYOCK, I., *Dobré umírání*, s. 108 – 109.

¹²⁷ Srov. ALBERS, G., et al., Analysis of the construct of dignity and content validity of the patient dignity inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*, [online], s. 1

¹²⁸ Srov. MUNZAROVÁ, M., *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 85.

Právě proto by pracovníci při řešení jakéhokoliv problému či dilematu by měli dodržovat tyto etické zásady práce zdravotníků v terminální péči:

- autentičnost- kdy pracovníci s nemocnými hovoří o jeho nejistotě, úzkosti, obavách
- upřímnost – důležité, aby pracovníci vždy hovořili pravdu, aby nedošlo k narušení důvěry
- akceptovat pacienta/klienta takového jaký je- bez předsudků
- trpělivost, uctivost a empatie
- partnerství- pracovník musí akceptovat individuality, autonomie, intimity
- spolupráce s rodinnými příslušníky¹²⁹

¹²⁹ Srov. VRUBLOVÁ, Y., *Etika v ošetrovatelství*, [online].

5 Cíl práce a výzkumné otázky

5.1 Cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak vybraná cílová skupina, pracovníci doma pro seniory Pohoda Netolice, vnímají problematiku smrti a umírání.

5.2 Výzkumné otázky

U kvalitativního výzkumu výzkumník na začátku stanoví výzkumné téma a základní výzkumné otázky.¹³⁰ Pro naplnění cíle diplomové práce jsem stanovil tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1:

Jak pracovníci přistupují ke smrti svého klienta?

Výzkumná otázka 2:

Je častější umírání pacientů v domově pro seniory, či v nemocničním zařízení?

Výzkumná otázka 3:

Jaké názory mají pracovníci domova pro seniory na euthanasii?

Výzkumná otázka 4:

Zažili pracovníci domova pro seniory situaci, kdy klient už nechtěl dále žít?

Případné **hypotézy**, zjištěné v průběhu výzkumu, budou naznačeny v Diskuzi a mohou sloužit dalšímu navazujícímu kvantitativnímu výzkumu.

¹³⁰ Srov. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*, s. 50.

6 Metodika

6.1 Použitá metodika a technika sběru dat

Vzhledem k tématu diplomové práce zvolil jsem metodu kvalitativního výzkumu. Téma smrti a umírání je dosti citlivé. Respondenti mohou mít proto ostych se mnou na toto téma hovořit. Z tohoto důvodu byla pro výzkum vybrána zařízení, kde jsem vykonával praxi, tudíž jsem nebyl pro respondenty neznámý a použití kvalitativního výzkumu zde bylo vhodnější. Kvalitativní výzkum je založen na procesu hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumaného sociálního nebo lidského jevu. Výsledkem je vytvoření holistického obrazu a informování o názorech respondentů výzkumu.¹³¹ Kvalitativní výzkum objasňuje v daném prostředí a situaci jednání a postoje dotyčných lidí.¹³² Vzhledem k tématu byl tento výzkum považován za nejvhodnější. Výhoda kvalitativního výzkumu spočívá v možnosti upravovat nebo měnit otázky v průběhu výzkumu, během sběru a analyzování dat.¹³³ Nevýhodou je obtížnější záznam dat než u výzkumu kvantitativního.¹³⁴

Kvalitativní výzkum jsem si vybral proto, že zkoumá fenomén v jeho přirozeném prostředí. Protože se jedná o časově náročnější metodu, není zapotřebí značného počtu respondentů. Proto můj výzkumný vzorek tvořilo 14 respondentů.¹³⁵ S respondenty jsem hovořil o jejich názorech a postojích na různá témata související s touto diplomovou prací. Zkoumání bylo prováděno v pracovní době a na místě výkonu práce respondentů. Za nástroj kvalitativního výzkumu jsem určil strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Účelem strukturovaného rozhovoru je co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru. Zároveň je vhodný tam, kde není možnost rozhovor opakovat nebo není dostatek času se respondentovi věnovat. Jak jsem již psal výše, výzkum probíhal v pracovní době respondentů, proto použití tohoto nástroje bylo nejvhodnější.¹³⁶

¹³¹ Srov. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 50.

¹³² Srov. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 52.

¹³³ Srov. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 50.

¹³⁴ Srov. DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*, s. 311.

¹³⁵ Srov. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 50-52.

¹³⁶ Srov. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 173.

Výzkum probíhal ve 2 termínech. První jsem dělal výzkum v Domově pro seniory Pohoda Netolice v termínu od 12. 2. do 21. 2. 2014. Výzkum v Centru sociálních služeb ve Vodňanech probíhal současně s mou vykonávanou praxí v tomto zařízení, tedy od 3. 3. do 21. 3. 2014. Vzhledem k tomu, že jsem v těchto zařízeních vykonával praxi, stihl jsem navázat vztahy s pracovníky, ale pro nedostatek času jsem si nemohl dovolit vybrat časově náročnější nástroj zkoumání.

Otázky pro rozhovor jsem sestavil z nabytých poznatků při studiu relevantních dokumentů potřebných k napsání teoretické části této diplomové práce. Rozhovor se pohyboval v základním okruhu týkajících se identifikačních údajů (věk, dosažené vzdělání, délka pracovního poměru), v otázkách týkajících se vlivu práce na respondenty, v otázkách zaměřených na smrt klientů a euthanasii. S těmito otázkami souvisely pocity a názory respondentů. Dále jsem zařadil do rozhovoru otázku vztahující se na víru a posmrtný život. Respondenty jsem upozornil, že tyto otázky jsou osobního rázu a jsou čistě dobrovolné. Všichni respondenti podle svých možností na tuto otázku odpověděli. Strukturu rozhovoru jsem sestavil tak, že jsem nejprve pokládal otázky mapující identifikační údaje, teprve pak přišly na řadu náročnější dotazy, které vyžadovaly hlubší zamyšlení a více času na odpověď. Přepis jednotlivých rozhovorů uvádím v Příloze I a II.

Základní soubor byl tvořen třemi cílovými skupinami osob, se kterými jsem plánoval rozhovor realizovat. Byli to:

- sociální pracovníci
- pracovníci v sociálních službách
- zdravotnický personál.

Výzkumný vzorek byl tvořen 14 respondenty. Hlavním kritériem vhodnosti respondentů byl zaměstnanecký poměr v zařízeních, kde probíhal můj výzkum a pracovní činnost spočívající v sociálním nebo zdravotním kontaktu s uživateli. Pomocí náhodného výběru jsem respondenty oslovil. Výběr nebyl limitován kategoriemi, jako je věk, pohlaví apod. Z pohledu genderu nebyl výzkumný vzorek vyrovnaný, protože personál v zařízeních, kde výzkum probíhal, tvoří především ženy.

Pro záznam jsem chtěl použít nahrávání na diktafon, ale od této možnosti jsem ustoupil po rozhovoru s vedoucími pracovníky a s ohledem na respondenty. Pro záznam rozhovorů jsem používal písemný záznam během rozhovorů. Proti tomuto záznamu nikdo z respondentů nic nenamítal.

Od respondentů jsem před začátkem rozhovoru získal informovaný souhlas, díky němuž se stali účastníky výzkumu. Všichni respondenti byli informováni o písemném zápisu a následném zpracování rozhovorů do diplomové práce. Respondenti projevili svou vůli ústním souhlasem.

Respondenty jsem předem informoval o délce trvání rozhovoru, přičemž doba rozhovoru se pohybovala přibližně okolo 20-30 minut. Rozhovory probíhaly v bezpečném a důvěrném prostředí ve společenské místnosti nebo kancelářích, když byl klid a na rozhovor čas.

7 Výsledky rozhovorů

7.1 Otevřené kódování

Otevřené kódování se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí studia údajů, kdy obsah pojmů je vymežován formou výroků a vztahy mezi nimi. Jak uvádí Hendl, otevřené kódování představuje prvotní práci se sesbíranými daty¹³⁷. Dle některých autorů při otevřeném kódování vzešlé kódy seskupujeme podle podobnosti nebo jiné vnitřní souvislosti.¹³⁸ Pomocí tohoto postupu jsem stanovil tyto kategorie: základní identifikační údaje, práce v domově pro seniory, pracovníci a smrt jejich klientů, víra, euthanasie a touha zemřít.

Následně jsem vytvořil tabulky, pod které jsem vždy přidal komentáře, aby bylo patrné, co z tabulek vyplývá. Data v tabulkách jsou použita z rozhovorů, které jsem zhotovoval ve dvou domovech pro seniory. Nejprve jsou vytvořeny tabulky, z Domova pro seniory Pohoda Netolice, poté je stejný postup realizován u Centra sociální pomoci ve Vodňanech. Pod tyto tabulky jsem následně uvedl komparaci, jelikož se domnívám, že by při tomto dvojím rozdělení tabulek chyběla přehlednost.

¹³⁷ Srov. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 244.

¹³⁸ Srov. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, s. 8.

7.2 Tabulky utvořené otevřeným kódováním

Domov pro seniory Pohoda Netolice

Tabulka č. 1.1: Základní identifikační údaje: věk, pohlaví, dosažené vzdělání

Respondent	Věk	Pohlaví	Dosažené vzdělání
A	39	žena	SŠ
B	55	žena	VŠ
C	39	žena	SOU
D	56	žena	SOU
E	33	žena	SŠ
F	48	žena	SOU
G	36	žena	SŠ

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 1.1 znázorňuje základní identifikační údaje respondentů, tedy pracovníků Domova pro seniory Pohoda Netolice – věk, pohlaví a dosažené nejvyšší vzdělání.

Z pohledu genderu byl zkoumaný soubor tvořen 7 ženami. Tento údaj byl ovlivněn předvýzkumem. V Domově pro seniory Pohoda Netolice pracují pouze 2 muži, na pozici ředitele domova a správce budovy. Oba s umírajícími klienty nepřichází do kontaktu, proto jsem je z výzkumného souboru vyloučil. Průměrný věk respondentek je 43,5 let. Nejstarší respondentce bylo 56 let, nejmladší 33 let.

Pouze jedna dotázaná má ukončené vysokoškolské vzdělání, ostatní pracovnice mají střední školu s maturitou nebo střední odborné učiliště. Přestože, pro diplomovou práci, toto zjištění není stěžejní, já ho zde uvádím, protože považuji tyto informace za základ pro další uvedení do problematiky.

Tabulka č. 2.1: Práce v Domově pro seniory Pohoda Netolice

Respondent	Doba pracovního poměru	Je práce v domově náročná?
A	více než 5 let	ano
B	více než 5 let	ano
C	více než 5 let	ano
D	1-5 let	ano
E	1-5 let	ano
F	více než 5 let	ano
G	více než 5 let	ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 2.1 ukazuje, jak dlouho respondentky pracují v domově a jestli považují práci v domově pro seniory náročnou.

Pro přehlednost jsem respondentky roztrídil do dvou skupin podle odpracovaných let. První skupina byla od 1 do 5 let¹³⁹. Do druhé skupiny patří respondentky, které pracují v domově více než 5 let. Některé dotázané pracovnice pracují v domově od uvedení do provozu, tedy od roku 2002. Všechny se shodly na tom, že práce v domově pro seniory je náročná, hlavně co se týče umírání klientů. Dále uvedly, že svoji práci zvládají a nevadí jim tato práce. Pracovnice si již zvykly na tuto práci, i co obnáší a nepřemýšlí, že si hledaly jiné místo. Tento fakt může být ovlivněn i věkem pracovnic, kde je těžší si hledat jiné pracovní místo a lokalitou, kde se domov nachází.

¹³⁹ Podle odborníků je právě ve 4 až 5 letech vhodné uvědomit si zda dosavadní práci člověk chce dále vykonávat nebo si najít jinou práci.

Tabulka č. 3.1: Pracovníci a smrt jejich klientů

Respondent	Pocity	Nejčastější reakce ze smrti klientů
A	bezmoc	smrt klientů se mě dotýká, ale jinak než blízkých osob
B	smutek a bezmoc	smrt klientů se mě dotýká, ale jinak než blízkých osob
C	smutek	smrt klientů se mě dotýká, ale jinak než blízkých osob
D	špatná zkušenost	smrt klientů se mě dotýká, ale jinak než blízkých osob
E	lítost a smutek	patří k životu a práci
F	bolest, lítost, úleva, zlost	smrt klientů se mě vždy dotýká, v případech kdy klient umíral bolestivě, cítím hlavně úlevu a lítost
G	úleva	smrt klientů se mě dotýká, ale jinak než blízkých osob

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 3.1 se zabývá smrtí klientů. Všechny 100 % dotázaných bylo někdy přítomno úmrtí klienta. Pocity, které měli dotazovaní, se různí, s ohledem na jakého klienta se jednalo a jak moc jim byl blízký. Nejčastější reakce pracovníků je smutek, že klient zemřel. Druhý nejčastější pocit byla bezmoc, protože jim nemohly pomoci. Respondentka F mimo bolesti a lítosti, že klient zemřel, cítí i úlevu. Samozřejmě si nepřeje něčí smrt, ale v případech kdy klient umírá dlouho a v bolestech mu přeje vysvobození od jeho bolesti. V případě, že klient zemřel náhle, někdy pocítí i zlobu, že se nemohla s klientem rozloučit.

Většina respondentek odpověděla, že smrt klientů se jim samozřejmě dotýká, ale méně než smrt blízkých osob, jak na to odkazují ve výzkumné části.

Tabulka č. 4.1: Víra

Respondent	Věřící	Praktikující	Víra v posmrtný život	Představa o posmrtném životě
A	ano	ne	ano	určitý druh energie
B	ano	ano	ano	reinkarnace
C	ano	ne	ne	
D	ano	ne	ne	
E	ano	ne	ano	určitý druh energie
F	ano	ne	ano	reinkarnace
G	ano	ne	ano	určitý druh energie

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 4.1 se týká víry a představy o posmrtném životě. Po dotázaných jsem chtěl vědět, zda se pokládají za věřícího člověka. Z tabulky vyplývá, že 100 % dotázaných se považuje za věřící, ale pouze respondentka B praktikuje svojí viru. Z výzkumu jsem zjistil, že pracovnice se považují za věřící, ale neumí mi vysvětlit v co. Nejčastější odpověď byla, že věří v něco, co nás převyšuje, ale nepovažují to za Boha.

Tabulka č. 5.1: Euthanasie – postoje pracovníků

Respondent	Měla by být euthanasie povolena	Chtěla bych mít možnost volby	Emoce
A	ano, měla by být	ano, chtěla	smíšené
B	ne, neměla	ne	zabití
C	ne, neměla	ne	vražda
D	ne, neměla	ne	strach ze zneužití
E	ano, měla by být	ano, chtěla	uklidnění
F	ano, měla by být	ano, chtěla	smíšené
G	ano, měla by být	ano, chtěla	důstojná smrt

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 5.1 zobrazuje, jaké názory mají pracovníce na euthanasii a zda by uvítaly legální možnost euthanasie jako způsobu ukončení života.

Čtyři pracovníce uvedly, že euthanasie by měla být povolena. V případě, že by euthanasie v České republice povolena byla, by chtěly mít možnost volby zvolit si euthanasie jako možnost ukončení svého života. Dvě pracovníce se shodují, že vykonání euthanasie je vražda člověka. Tři pracovníce jsou proti euthanasii a nechtěly by, aby byla povolena a jako možnost ukončení svého života by o ní neuvažovaly.

Z výzkumu vyplývá, že pro euthanasii jsou spíše mladší pracovníce. Skupiny argumentující pro povolení euthanasie nejsou ti nemocní nebo umírající, o jejichž

právech se bijí. Jedná se spíše o mladé a zdravé lidi, kteří se hlásí ke smrti z milosti.¹⁴⁰

Tabulka č. 6.1: Touha zemřít

Respondent	Přání klienta zemřít	Reakce pracovnice
A	ano	nevěděla jsem co dělat, nahlásila jsem to nadřízeným
B	ano	snažila jsem se klientovi to rozmluvit
C	ano	snažila jsem se klientovi to rozmluvit
D	ano	snažila jsem se klientovi to rozmluvit
E	ano	přemýšlela jsem, jak jinak bych mohla klientovi pomoci
F	ano	snaha jinak pomoci
G	ano	snaha jinak pomoci a nahlásila jsem to nadřízeným

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č. 6.1 vyplývá, že 100% dotázaných zažilo situaci, kdy klient vyslovil přání zemřít. Personál zažívá poměrně často, že klienti trpící bolestmi vyslovují přání zemřít. Pracovnice mi sdělily, že ne všichni tím myslí euthanasii, ale spíše přirozenou smrt, kterou vítají jako milostivé vysvobození z jejich bolestí.

Tři respondentky uvedly, že se snaží klientovi rozmluvit přání po vlastní smrti. Pouze dvě respondentky nahlásily toto přání klienta svým nadřízeným. Jako důvod

¹⁴⁰ Srov. KÜNG, H., *Věčný život?*, s. 194.

ohlášení uvedly, že mohou společně při poradě poradit o klientovi a vymyslet jak mu pomoci, třeba jen úpravou medikace.

Centrum sociální pomoci Vodňany – domov pro seniory

Tabulka č. 1.2: Základní identifikační údaje: věk, pohlaví, dosažené vzdělání

Respondent	Věk	Pohlaví	Dosažené vzdělání
H	38	žena	SŠ
CH	30	muž	SOU
I	50	žena	SOU
J	45	žena	SŠ
K	59	muž	SŠ
L	59	žena	SŠ
M	30	žena	VŠ

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 1.2 znázorňuje základní identifikační údaje respondentů, tedy pracovníků Centra sociální pomoci Vodňany – věk, pohlaví a dosažené nejvyšší vzdělání.

Z pohledu genderu byl zkoumaný soubor tvořen 5 ženami a 2 muži. Průměrný věk respondentů je 44,5 let. Nejstaršímu respondentovi je 59 let, nejmladšímu 30 let. Čtyři respondenti, tedy 57 % má nejvyšší dokončené vzdělání střední a maturitou. Pouze jedna respondentka má ukončené vysokoškolské vzdělání.

Tabulka č. 2.2: Práce v Centru sociální pomoci

Respondent	Doba pracovního poměru	Je práce v domově náročná?
H	více než 5 let	ano
CH	více než 5 let	ano
I	více než 5 let	ano
J	1-5 let	ano
K	více než 5 let	ano
L	více než 5 let	ano
M	více než 5 let	záleží na situaci

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 2.2 ukazuje, jak dlouho respondenti pracují v domově a jak je náročná práce v domově pro seniory.

Pro přehlednost jsem respondenty roztrídil do dvou skupin podle odpracovaných let. První skupina byla od 1 do 5 let. Do druhé skupiny patří respondenti, které pracují v domově více než 5 let. Jedná se o 6 respondentů, tedy o 85,7 % dotázaných. Respondent I pracuje v domově nejdéle, celých 20 let. Nejkratší dobu pracuje respondent J, tedy 4 roky.

Respondenti se shodli na tom, že práce v domově pro seniory je náročná. Jedná se o práci fyzicky, ale hlavně psychicky náročnou. Kompletní výpovědi naleznete v Příloze II.

Tabulka č. 3.2: Pracovníci a smrt jejich klientů

Respondent	Pocity	Nejčastější reakce ze smrti klientů
H	zvláštní pocit	smrt klientů se nás dotýká, vytváříme si s nimi vztahy
CH	normální pocit, je to součást práce	smrt klientů se respondenta nedotýká
I	nepříjemný pocit	smrt klientů se mě dotýká, ale méně než blízkých osob
J	nepříjemný pocit	smrt klientů se mě dotýká, ale méně než blízkých osob
K	při úmrtí trpícího klienta jsem pocítil klid	snažím se to brát více rozumem než srdcem
L	v noci je to nepříjemné	smrt klientů se respondenta dotýká skoro stejně jako smrt blízkých osob
M	lítost, smutek, ale i radost	snaha brát úmrtí klientů profesionálně

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 3.2 se zabývá smrtí klientů. Všechny 100 % dotázaných bylo někdy přítomno úmrtí klienta. Pocity respondentů se liší, s ohledem o jakého klienta se jednalo a jaké s ním měli vytvořené vztahy. Respondenti, kteří jsou přítomni úmrtí klienta, cítí nepříjemný pocit, když klient zemře. Respondent CH bere úmrtí jako součást práce, proto se ho smrt klientů nijak nedotýká. Dva respondenti se shodli na tom, když umírá klient, který trpí bolestmi, jsou rádi, že tento klient zemřel. Nemyslí to nijak zle, ale berou smrt jako vysvobození od bolesti. Většina respondentů odpověděla, že smrt klientů se jich dotýká, ale méně než smrt blízkých osob. Shodují se na tom, že smrt patří k životu a hlavně již nastupovaly s tím, že se ze smrti setkají. Snaží se úmrtí brát profesionálně jako součást práce.

Tabulka č. 4.2: Víra

Respondent	Věřící	Praktikující	Víra v posmrtný život	Představa o posmrtném životě
H	ne	ne	nevím	
CH	ano	ne	ne	
I	ano	ano	ano	lepší místo
J	ano	ne	ano	znovu se narodím
K	ano	ne	ano	reinkarnace
L	ano	ne	ne	
M	ano	ne	ano	reinkarnace

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 4.2 se týká víry a představy o posmrtném životě. Po dotázaných jsem chtěl vědět, zda se pokládají za věřícího člověka. Z tabulky vyplývá, že 86 % respondentů se považuje za věřícího, ale pouze respondent I praktikuje svojí víru. Z výzkumu vyplynulo, že respondenti se považují za věřící, ale pouze respondent L věří v Římskokatolickou víru. Při rozhovoru jsem zjistil, že v posmrtný život věří polovina dotázaných. Nejčastěji respondenti uvedli, že posmrtný život si představují jako určitý způsob reinkarnace. Pouze jeden dotazovaný uvedl, že po smrti odejdeme na lepší místo.

Tabulka č. 5.2: Euthanasie – postoje pracovníků

Respondent	Měla by být euthanasie povolena	Chtěl/a bych mít možnost volby	Emoce
H	ano, měla	asi ano	vysvobození
CH	ne	ne	negativní, vražda
I	spíše ne	asi ne	vysvobození od bolesti
J	ano	ano	vysvobození
K	nevím	ne	vysvobození
L	ne, neměla	ne	vysvobození
M	ano, ale...	záleželo by na nemoci	zbavení bolesti

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 5.2 zobrazuje, jaké názory mají respondenti na euthanasii a zda by uvítaly legální možnost euthanasie jako způsobu ukončení života. Na otázku zda by jednotlivý respondent chtěl mít možnost volby, odpověděli 4 respondenti, že by tuto možnost mít nechtěli. Další dva dotazovaní uvedli, že by byly rádi, kdyby tato volba byla. Zbývající respondent uvedl, že by záleželo na nemoci. Dále jsem se dotazoval na to, jaké emoce v pracovnících euthanasie vzbuzuje. V odpovědích panovala jistá shoda a to zejména v odpovědích, že euthanasie považuje 5 respondentů za vysvobození.

Z výzkumu vyplývá, že pro euthanasii jsou především mladší respondenti. Průměrný věk respondentů v Centru sociální pomoci je 44,4 let, kdežto pro euthanasii jsou respondenti s průměrným věkem 37,7 let.

Tabulka č. 6.2: Touha zemřít

Respondent	Přání klienta zemřít	Reakce respondenta
H	ano, je to časté	snaha s klientem hovořit o jeho přání
CH	ano	nahlásil jsem to nadřízené
I	ano, každou chvíli	snaha rozmluvit klientovo přání zemřít
J	ano	snaha rozmlouvat klientovo přání zemřít
K	ano	respondent přesvědčuje klienta, že tu má ještě poslání
L	ano	snaha s klientem hovořit o jeho přání
M	ano	snaha přesvědčit klienta, že má pro co žít, nerozmlouvat

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č. 6.2 vyplývá, že 100 % dotázaných zažilo situaci, kdy klient už nechtěl žít a přál si zemřít a informoval o svém přání personál. Respondenti uvádějí, že situaci, kdy si uživatel přeje zemřít, zažívají celkem často. Jedná se většinou o klienty trpící bolestmi nebo klienty, kteří si myslí, že nemají pro co žít. Při rozhovoru s respondenty jsem zjistil, že klienti nejspíš nemyslí, že by chtěli na sobě provést euthanasii, ale přejí si, aby brzo zemřeli přirozenou smrtí.

Nejčastější reakcí respondentů, když zazní podobná žádost od klienta, je snaha klientovi myšlenky na vlastní smrt rozmlouvat nebo si s ním o jeho přání promluvit. Pouze jeden respondent uvedl, že po vyslovení klientova přání jej raději nahlásil nadřízené.

7.3 Komparace zařízení

V této kapitole se pokusím poukázat na jisté shody či naopak rozdíly, které vyplývají z tabulek otevřeného kódování.

První tabulky u obou zařízení ukazují základní identifikační údaje. Bylo zjištěno, že v Domově pro seniory Pohoda Netolice je průměrný věk pracovníků 43,5 let. Ve Vodňanech byl průměrný věk velice podobný, jednalo se o 44,5 let. Průměrný věk pracovníků obou zařízení je tedy rovných 44 let. Co se týká pohlaví dotazovaných v Pohodě, jsou na pozicích pomáhajících profesí pouze ženy. V Centru sociální pomoci ve Vodňanech se mi podařilo udělat rozhovory také s dvěma muži-pracovníky v sociálních službách. Tyto výsledky ukazují jistou shodu s odbornou literaturou, jelikož se mnohdy uvádí, že ženám imponují profese založené na komunikaci a kontaktu s lidmi. Mají také všeobecně dobré verbální schopnosti, jimiž převyšují dle některých názorů muže. Dále mají ženy schopnost intuitivního uvažování, citlivost a soucítění, jak je mnohdy považováno pouze za stereotypní předsudky. Někteří autoři udávají, že vyšší počet žen pomáhajících profesí je dán biologickými, sociálními a jinými vlivy.

Co se týká nejvyššího dosaženého vzdělání, pouze dva respondenti ze čtrnácti byli pracovníci vysokoškolsky vzdělání. V každém zařízení jedna žena. Sedm pracovníků má maturitu a ostatní jsou pouze vyučení na odborném učilišti. Tyto výsledky však nejsou nijak stěžejní, jelikož nebylo v mé kompetenci udělat rozhovory se všemi pracovníky zařízení.

Další tabulka vytvořená otevřeným kódováním ukazuje práci v domově pro seniory, kde jsem znázornil dobu pracovního poměru a zda se práce zdá být dotazovaným náročná. Právě doba, jak dlouho pracovníci v zařízení pracují, může odrážet nejen chování pracovníků ke klientům, ale také přístup ke smrti a umírání. Z tabulek vyplývá, že jsem vytvořil dvě kategorie, a to 1-5 let a 5 let a více. Toto umělé vytvoření je způsobené tím, že nikdo z mých dotazovaných nepracuje v ani jednom zařízení méně než rok. Jelikož v zápisech rozhovorů obsažených v příloze je přesný věk uveden, nepovažoval jsem za důležité uvádět ho v tabulce. Domnívám se, že tyto umělé kategorie jsou přehlednější.

V prvním zařízení, v Domově pro seniory Pohoda, pracovníci pracují průměrně 7,3 let. Ve druhém mnou zkoumaném zařízení, ve Vodňanech, je průměrný věk něco málo přes deset let, což je bez pochyby dáno tím, že zařízení ve Vodňanech je déle fungující zařízení. Domov v Netolicích funguje pouze dvanáct let.

Považuji za důležité poukázat na průměrný věk trvání pracovního poměru v jednotlivých zařízeních, jelikož za neutrální faktory z hlediska vzniku a rozvoje syndromu vyhoření jsou považovány inteligence a také demografické charakteristiky, jako jsou věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru atd.¹⁴¹ Syndrom vyhoření zde zmiňuji právě proto, že tento syndrom, jak uvádí Jeklová, ovlivňuje přístup pracovníků ke zvládnutí zátěžových situací, což může být jeho příznakem. Obecná míra odolnosti vůči všem zátěžovým situacím je označována jako frustrační tolerance. Tato míra odolnosti vůči zátěžím závisí jednak na vrozených předpokladech, jednak na dosažené vývojové úrovni a také na individuálních zkušenostech a na celkovém stavu jedince.¹⁴²

V druhé tabulce je také poukázáno na to, zda se zdá pracovníkům být práce v domově pro seniory náročná. V odpovědích z obou zařízení je 100 % shoda, jelikož všichni dotazovaní uvedli, že jejich zaměstnání pro ně náročné opravdu je.¹⁴³

V další tabulce je znázorněno, jak se jednotliví pracovníci staví k smrti. Na otázku, jak se jednotliví pracovníci cítili při úmrtí jejich pacienta či klienta, byly odpovědi různé. Někdy si dotazovaní v odpovědi protiřečili, což vysvětlovali tím, že i přesto, že pociťovali lítost či smutek, panovala u nich zároveň úleva, že se člověk zbavil trápení. Pouze jeden dotazovaný, muž z centra sociální pomoci, uvedl, že úmrtí bere bez jakýchkoliv emocí, jelikož smrt bere jako součást práce. Ostatní popisovali smrt jako nepříjemnou zkušenost. Také na otázku, zda se jednotlivých dotazovaných smrt nějakým způsobem dotýká, panovala shoda, vyjma výše zmíněného pracovníka z Vodňan. Avšak je nutné upozornit na to, že sedm dotazovaných odpovědělo, že smrt klientů je pro ně bez pochyby méně zátěžová než smrt blízké osoby. Závěrem

¹⁴¹ Srov. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření*, s. 17.

¹⁴² Srov. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E., *Syndrom vyhoření*, s. 12.

¹⁴³ Viz přepisy rozhovorů

bych podotkl, že žádné výrazné rozdíly v pojetí smrti v mnou zkoumaných zařízeních se neprokázaly.

Další tabulka je zaměřena na euthanasii. První otázka v obou zařízeních byla zaměřena na názor, zda by měla být euthanasie povolena i v našem státě, jak je tomu v některých zemích. Také v těchto názorech mohu poukázat na jistou shodu, jelikož to bylo vždy téměř 50:50.

Přes otázku, zda by měla být euthanasie povolena, jsme se dostali k otázce, zda by respondenti chtěli mít v budoucnu možnost rozhodnout o ukončení svého života tímto způsobem. Tuto otázku jsem zvolil zejména kvůli tomu, aby se pracovníci pokusili vžít do role umírajícího pacienta. Z odpovědí lze také vyvodit, že na tento názor nemá vliv zařízení, ve kterém jedinci pracují. V obou zařízeních se objevovaly protichůdné názory. Hovořili jsme také o emocích, které evokuje euthanasie v jednotlivých pracovnících. Dovolil bych si tvrdit, že v Centru sociální pomoci ve Vodňanech se pracovníci spíše přiklánějí k tomu, že euthanasie je pro jedince vysvobození. Naopak v Netolicích pracovníci v tomto přerušení života vysvobození příliš nespatřují a obávají se zneužití.

Poslední tabulka byla zaměřena na smrt, zejména na přání klienta zemřít. Všichni dotazovaní uvedli, že se setkali s tím, že si klienti přáli zemřít. V literatuře se často uvádí, že přání zemřít se objevuje zejména u pacientů trpících depresemi.¹⁴⁴

Na základě těchto odpovědí mě zajímaly reakce jednotlivých pracovníků na toto přání klientů. U všech pracovníků se vždy objevovala jedna z těchto odpovědí:

- nevěděli, co mají dělat
- nahlásili to nadřízenému
- snažili se to pacientovi vymluvit a hovořit s ním o tomto problému.

Závěrem bych rád tuto kapitolu krátce shrnul. Dle mého názoru se v pojetí smrti a umírání neobjevovaly žádné výrazné rozdíly. Díky tomu, že jsem měl možnost absolvovat praxi v obou zařízeních, musím přiznat, že jsem jisté rozdíly v přístupu

¹⁴⁴ Srov. RAUDENSKÁ, J., *Biopsychosociální model onkologického onemocnění*, [online].

pracovníků ke klientům zaznamenal. Proto jsem se domníval, že naleznu jisté rozdíly v chápání smrti, k euthanasii a třeba také v počtu věřících pracovníků, což by mohl přístup bezesporu ovlivnit. Žádné markantní rozdíly však zaznamenány nebyly. Nejprve jsem se domníval, zda odlišný přístup lidí ke klientům není dán chodem celého zařízení a nastavenými pravidly či zaběhnutými vzorci chování. To jsem si však díky výzkumu vzápětí vyvrátil, jelikož se domnívám, že opravdu nezáleží na tom, kde člověk tráví své poslední chvíle života, ale na individuálních vlastnostech každého pracovníka, na názorech apod.

8 Diskuse

Obsahem této kapitoly bude srovnání výsledků, které jsem zjistil díky realizovaným rozhovorům a názory v odborné literatuře. Každý člověk má individuální prožívání, chování, motivy a názory, proto jsem považoval za důležité realizovat výzkum ve dvou zařízeních, abych zjistil určité podobnosti či naopak rozdíly. Zajímalo mě, zda na to, jak člověk přistupuje ke smrti a umírání, má vliv zařízení, ve kterém člověk pracuje.

Zkoumaný vzorek je tvořen pracovníky v Domově pro seniory Pohoda Netolice a pracovníky z Centra sociální pomoci ve Vodňanech. Celkové personální zajištění v Domově pro seniory Pohoda Netolice je 52 pracovníků, z toho je však 34 lidí zaměstnáno v pomáhajících profesích, ať už se jedná o zdravotní sestry, sociální pracovníky, pečovatele apod. Respektive vzato lidé, u kterých je pravděpodobnost, že se setkají se smrtí klienta. Nejvíce zde pracuje sanitářek.¹⁴⁵ Můj výzkumný vzorek z tohoto zařízení byl tvořen sedmi respondenty různých profesí- ženy, jelikož se domnívám, že tento počet je dostačující, a to právě z důvodu, že pro kvalitativní výzkum je typický malý počet dotazovaných.¹⁴⁶ Tento nižší počet byl způsoben zejména zvoleným kvalitativním výzkumem. Jistě to bylo ovlivněno také tím, že rozhovory byly realizovány v pracovním procesu. Lidé zde dělají na směny a ne každý byl ochotný o tomto tématu se mnou hovořit.

V Centru sociální pomoci ve Vodňanech je také 52 pracovníků. Tým pracovníků pomáhajících profesí je tvořen 32 pracovníky. Velmi mě překvapilo, že v Pohodě je 18 sanitářek¹⁴⁷, kdežto ve Vodňanech je pouze jedna.¹⁴⁸ Také v tomto zařízení jsem realizoval výzkum se sedmi pracovníky, z čehož byli dva muži.

Cílem práce a zároveň výzkumu bylo zjistit, jak vybraná cílová skupina, pracovníci Domova pro seniory Pohoda Netolice, vnímají problematiku smrti a umírání. Ke zjištění daného cíle byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

¹⁴⁵ Srov. DOMOV PRO SENIORY POHODA NETOLICE. *Výroční zpráva 2012*, s. 10.

¹⁴⁶ Srov. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 50-52.

¹⁴⁷ Srov. Centrum sociální pomoci Vodňany. *Výroční zpráva 2012*, [online].

¹⁴⁸ Srov. DOMOV PRO SENIORY POHODA NETOLICE. *Výroční zpráva 2012*, s. 10.

- Jak pracovníci přistupují ke smrti svého klienta?
- Je častější umírání pacientů v domově pro seniory, či v nemocničním zařízení?
- Jaké názory mají pracovníci domova pro seniory na euthanasii?
- Zažili pracovníci domova pro seniory situaci, kdy klient už nechtěl dále žít?

Od respondentů bylo zjištěno plno informací, které byly následně vloženy do kategorií: základní identifikační údaje, práce v domově pro seniory, pracovníci a smrt jejich klientů, víra, euthanasie a touha zemřít. Výsledky jsou vždy uvedené pod tabulkami, v kapitole: 7.1 Otevřené kódování. V následujících řádcích se budu věnovat odpovědím na výše zmíněné výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zněla:

Jak pracovníci přistupují ke smrti svého klienta?

Pro to, abych zjistil, jak pracovníci přistupují ke smrti, jaké pocity u nich převažují, když jim některý klient zemře, a jak se s tím celkově vyrovnávají, jsem se nejprve zeptal, zda vůbec mají zkušenost se smrtí klienta či pacienta. Jelikož jsem u každého rozhovoru nejprve zjistil, jak dlouho pracovníci v jednotlivém zařízení profesi vykonávají - každý minimálně 3 roky, bylo velmi pravděpodobné, že se se smrtí klienta setkal každý. To se později také ukázalo.

Z výzkumu bylo zjištěno, že téměř každý pracovník při smrti klienta pociťuje lítost, smutek, zlost, obecně vzato nepříjemné pocity. Čtyři dotazovaní uvedli, že pro ně smrt byla zároveň také úleva, jelikož si uvědomovali, že pro pacienta či klienta je to určité vysvobození. Pouze jeden respondent, muž z Centra sociálních služeb ve Vodňanech uvedl, že smrt je pro něj normální jev, při kterém neprožívá žádné zvláštní pocity. Popisuje to takto: „*Ano, párkrát jsem u úmrtí klienta byl, cítil jsem se normálně. Je to hold součást práce, takže to nějak neřeším. Prostě to беру, že to*

*tak je.*¹⁴⁹ Přesto, že lidé vědí, že žádná osoba není nekonečná, smrt čeká každého. Téměř každý si uvědomuje, že smrt může přijít kdykoliv.¹⁵⁰ Smrt jedince pracovníka vždy „zaskočí“ a pociťuje výše zmíněné nepříjemné pocity. Pro větší pochopení uvedu dvě krátké výpovědi některých respondentů, kdy jeden respondent pracuje v Pohodě a druhý ve Vodňanech.

Respondent A: *„Ano, byla, věděla jsem, že klient umírá. Když se zamyslím, jak jsem se vlastně cítila, asi vždy záleželo na situaci, na průběhu umírání, na stavu umírajícího a na jeho vyrovnávání se se smrtí. Z toho vyplývající pocity jde nejvíce o bezmoc pomoci.*“ Respondent H uvedla: *„Jak se cítím, když někdo umírá? Musím přiznat, že je to zvláštní pocit. Snažíte se chovat ke klientovi tak, aby bylo důstojné i to rozloučení s ním. Například u věřících lidí zapalujeme svíčky, vkládáme do rukou růženec. Vždy se snažím, aby pacient, respektive klient, nebyl sám“* Také odborná literatura uvádí, že lidé ve většině případů potřebují mít někoho na blízku, kdo jim pomůže vyrovnat se s bolestivými problémy a také překonat citové strádání. K procesu komunikace je zapotřebí dostatek času, dostatek upřímné vůle vyslechnout si problémy a starosti druhých.¹⁵¹

Ke splnění výzkumné otázky mi dopomohl další dotaz: jak se pracovníků dotýká smrt klientů. Smrt se dotýká opravdu všech dotazovaných respondentů, vyjma jednoho respondenta: *„Vůbec se mě to nedotýká, to bych se z toho musel zbláznit, jak jsem řekl, je to práce a já to tak prostě беру. Když jsem se rozhodoval, kde budu pracovat, bylo mi jasné, že mě konec života u lidí prostě nemine.*“¹⁵² Byly však rozdíly v pojetí smrti jedince v zařízení a osoby blízké. Bezprostředně po úmrtí blízkého člověka přichází především zmatek, chaos a šok. Člověk se cítí jako omámený a ještě úplně nechápeme, že náš blízký nežije. Vlastně ztrácíme schopnost adekvátně vnímat a cokoli prožívat. Je důležité si uvědomit, že to co jedinec prožívá, je v podstatě normální reakce na ztrátu blízkého člověka. Odchod blízkého člověka je velmi bolestná zkušenost.¹⁵³ U pracovníků je však doba smíření většinou kratší a není doprovázena tak silnými reakcemi, jelikož se nejedná o blízkého člověka, ale o pacienta či klienta.

¹⁴⁹ Respondent CH

¹⁵⁰ Srov. ELIAS, N., *O osamělosti umírajících: v našich dnech*, s. 9-14.

¹⁵¹ Srov. BYSTRICKÝ, Z., *O organizaci paliativní péče*, s. 36.

¹⁵² Respondent CH

¹⁵³ Srov. CESTA DOMŮ: *Umírání. Truchlení*, [online].

Závěrem bych rád podotkl, že pracovníci ke smrti přistupují většinou s nepříjemnými emocemi, a reakcí jsou ve většině případů smutek, lítost a bezmoc. U některých pracovníků, tří respondentů, přichází také úleva. Vyjma jednoho respondenta se všech smrt určitým způsobem dotýká. Sedm respondentů nezapomnělo podotknout, že to berou „lépe“ než smrt blízkého člověka.¹⁵⁴ Vnímání smrti je jak u odborníků, tak laiků individuální. Záleží na věku, pohlaví, životních zkušenostech a také na charakterových vlastnostech.

Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Druhá výzkumná otázka:

Je častější umírání pacientů v domově pro seniory, či v nemocničním zařízení?

Protože se mnohdy v literatuře uvádí, že pacienti častěji umírají v nemocničních či jiných lůžkových zařízeních, neopomenul jsem se při svém výzkumu zeptat, zda si pracovníci myslí, zda klienti častěji umírají doma, nebo právě ve zmíněném zařízení.

Z výzkumu vyplynulo, že, dle názorů pracovníků z Netolic, drtivá většina klientů umírá v nemocnicích, poté až v domovech pro seniory. Odpověděli také, že doma už je umírání opravdu jen zcela výjimečné, spíše neobjevující se. V Centru ve Vodňanech pracovníci vypověděli, že klienti umírají nejčastěji právě v jejich zařízení. Vedoucí pracovnice uvedla, že kolem 90 % lidí umírá právě v jejich zařízení, ostatní jsou většinou převezeni do nemocnice, kde následně umírají. S domácím umíráním se ani zde nesetkávají, což je jistě způsobeno tím, že převoz umírajícího člověka z domova pro seniory domů je zatěžující jak pro klienta, tak pro rodinu. Respondentka H uvedla: „*Nedovedu odhadnout, kde pacienti častěji umírají, ale jsem přesvědčená, že buď se jedná o domovy pro seniory, nebo v nemocnici. Situaci, že by si rodina vzala umírajícího domů, jsem nikdy nezažila, a to už zde pracuji přes 8 let.*“¹⁵⁵ Respondent CH říká: „*Pacienti nejčastěji umírají v posteli (smích), ne, vážně, asi tady v domově. Lidí přenechávají péči nám. Mnohdy ani netráví s umírajícím jeho poslední chvíle. Což mi přijde trochu smutné, ale je to*

¹⁵⁴ Vlastní výzkum.

¹⁵⁵ Respondent H

život. Paradoxně se rodiny vždy snaží svého rodinného příslušníka udržet co nejdéle na životě, ale pak ho ani nedojdou navštívit. ¹⁵⁶

Z toho vyplývá markantní rozdíl v přístupu těchto dvou zařízení. V Pohodě, v Netolicích, je spíše běžné, že pokud se jedinec ocitne v terminálním stádiu, většinou je převezen do nemocničního zařízení, kde stráví zbytky svého života. Kdežto ve Vodňanech většinou klienti dožívají v zařízení, kde jsou zvyklí. Pro to, aby člověk dožil, jsou podávány opiáty, kdežto v Netolicích tyto léky podávají pouze výjimečně.

Jak jsem již uvedl, Haškovcová uvádí, že péče o umírající je převážně péčí zdravotních pracovníků. Právě v tomto spatřuji shodu mezi mým výzkumem a odbornou literaturou.¹⁵⁷ Jak jsem již zmínil v kapitole institucionalizace smrti, lidé si nejméně často přejí zemřít ve zdravotnickém zařízení. Tím vzniká paradox, jelikož umírání doma je dnes ojedinělé.

V tématu na umírání, smrt klientů domova pro seniory, jsem narazil ještě na jeden překvapující rozdíl, který mě přivedl na spoustu myšlenek. Když pacient zemře, v Netolicích je jeho tělo odvezeno do speciálně klimatizované místnosti, kde je uloženo do příjezdu pohřební služby. V Centru sociální pomoci ve Vodňanech však tělo zemřelého zůstává na tom pokoji, kde zemřel. Tělo se nepřeváží, převáží se pouze „spolubydlící“. Když jsem přemýšlel nad tím, čím je to způsobené, došel jsem k závěru, že je to způsobeno tím, že budova v Netolicích je novější a s touto místností se již počítalo při realizaci stavby. Na toto téma jsem se bavil s pracovníky ve Vodňanech. Problém si uvědomují a do budoucna plánují pokoj tohoto typu zřídit.

Závěrem bych shrnul odpověď na tuto otázku. Nejméně časté je umírání klientů doma, pracovníci spíše uvedli, že je to ojedinělé. Jistý rozdíl se ukázal v mnou zkoumaných domovech. V Netolicích umírá většina klientů v nemocničních

¹⁵⁶ Respondent CH

¹⁵⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., Thanatologie, s. 27-29.

zařízeních, ale ve Vodňanech většina klientů zůstává v domově pro seniory do konce svého života.

Výzkumná otázka zodpovězena.

Třetí otázka v pořadí zněla:

Jaké názory mají pracovníci domova pro seniory na euthanasii?

Pomocí rozhovorů jsem se dozvěděl, že ze 14 lidí by sedm lidí souhlasilo s tím, aby v České republice byla euthanasie uzákoněna. Šest respondentů uvedlo, že jsou striktně proti euthanasii. Zbývající jeden respondent uvedl, že na toto ukončení smrti názor žádný nemá, respektive sám neví, zda by byl radši, kdyby euthanasie byla či nebyla povolena. Přímou to popisuje takto: *„Řekl bych, že to nemám ujasněný ještě. Každý musí projít fází smrti, aby pochopil, proč tu je ten smysl bytí. Nesmí se nechat člověk trpět, ale v bolesti je na druhou stranu i to poznání. Já za sebe, jak jsi asi pochopil, bych to nechtěl, protože bych porušil ty fáze. Ale zase na druhou stranu. [zamýšlení]. Všechno má svoje pro a proti. Tak je tomu třeba i u potratů. Musím přiznat, že často nad tím přemýšlím, ale, jak říkám, názor nemám ustálený.“*¹⁵⁸ Zeptal jsem se všech dotazovaných na odůvodnění jejich názorů. Pro větší specifikaci zde uvedu dva argumenty pro a dva proti.

Souhlas s euthanasii:

Respondent H: *„Ano, byla bych pro euthanasii, a to zejména proto, že někteří lidé umírají velice dlouho, a to myslím v tom smyslu, že to srdíčko je v tom těle silné, proto si myslím, že by mnohdy bylo lepší pacientovi pomoc, aby odešel dříve.“*

Respondent E: *„Ano, protože vidím v jakých stavech a bolestech lidé umírají, a proto v terminální fázi by měli mít možnost volby.“*

Zásadně proti euthanasii:

Respondent CH: *„Jsem zásadně proti euthanasii, protože si myslím, že by toho lidé mohli zneužívat. Proto si myslím, že by člověk měl prostě v klidu dožít a ne ho odpojovat z přístrojů, když kolikrát sám neví, co si má myslet.“*

¹⁵⁸ Respondent K

Respondent L: *Jsem proti euthanasii, z jedné strany to je možná vysvobození, ale rozhodně bych nesouhlasil, aby byla zavedena i u nás. Je to podle mě vražda, která se dá lehce zneužít*¹⁵⁹

Když srovnám argumenty pro a proti euthanasii s odbornou literaturou a názory dotazovaných respondentů, musím poukázat na jistou shodu. Haškovcová uvádí, že před krutým umíráním a nesnesitelnými bolestmi jej ochrání jedinež euthanasie.¹⁵⁹ Stejně takto argumentuje respondentka E. Také u lidí, kteří argumentovali proti euthanasii, spatřuji jistou shodu, jelikož někteří autoři uvádí, že euthanasie může být často zneužitelná.¹⁶⁰ Tento argument byl nejčastější odpovědí respondentů proti euthanasii.

Při řešení tohoto tématu jsem se také pokusil o to, aby se pracovníci vžili do role umírajícího pacienta či klienta, a zeptal jsem se respondentů, zda si myslí, že až budou jednou v terminálním stádiu, že by chtěli mít možnost volby. Jak jsem předpokládal, ti lidé, kteří jsou pro to, aby euthanasie byla povolena, uvedli, že by tuto možnost chtěli mít. Zbývající, kteří s euthanasií nesouhlasí, by tuto možnost ani mít nechtěli.

Když shrnu názory pracovníků v domovech pro seniory na euthanasii, je to přibližně půl na půl. Průměrný věk respondentů, kteří jsou pro euthanasii, je 38,4, kdežto průměrný věk respondentů odmítajících euthanasii je 48,2. Díky těmto výsledkům se domnívám, že mladší pracovníci se k euthanasii přiklánějí více než pracovníci starší. Nemusí to však být pravidlem, spíše jen postřehem. Také Küng uvádí, že odpůrci euthanasie si myslí, že s euthanasií souhlasí zejména mladí lidé.¹⁶¹ Argumenty v obou případech se v určitých bodech shodují. Viz. Přepisy rozhovoru v příloze.

Z výzkumu lze stanovit hypotézu, která by mohla znít: *Mladší pracovníci v domovech pro seniory jsou zastánci euthanasie*. Tato hypotéza může být předmětem ověřování v dalším výzkumu.

Výzkumná otázka byla zodpovězena.

¹⁵⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Tahanatologie*, s. 157.

¹⁶⁰ Srov. MUNZAROVÁ, M., *CO MLUVÍ I DNES PROTI EUTANAZII?*. [online].

¹⁶¹ Srov. KÜNG, H., *Věčný život?*, s. 194.

Poslední výzkumná otázka zněla:

Zažili pracovníci domova pro seniory situaci, kdy klient už nechtěl dále žít?

Z rozhovorů jsem se dozvěděl, že všech 14 respondentů zažilo situaci, kdy klient či pacient s nimi hovořil o přání zemřít. V této otázce panovala 100 % shoda v obou zkoumaných zařízeních. Toto zjištění bylo pro mě překvapivé, ale jak uvedla respondentka L: *„Zažila, je to tu celkem normální, že klienti už nechtějí žít, ale snažím se s nimi o tom mluvit. Chodí sem čím dál tím více ve špatném zdravotním stavu a mají bolesti. Nebo je sem rodina odloží na dožití a hold takovýto člověk už nechce nebo nemá pro co žít. Snažíme se je podporovat, aby našli vůli pro něco žít. Často se říká, že ten život musí mít nějaký smysl, a když ho klient nemá nebo nenajde, tak tu v podstatě jen čeká na smrt.“* Smysl života je důležitý v každém věku, ale ve stáří člověk o smyslu svého života více přemýšlí a přemýšlí, zda vůbec svůj život naplnil. Když senior řekne, že si přeje zemřít, nemusí si přát opak života. Může to být způsobeno tím, že nevidí už nadále v životě smysl.¹⁶² Je běžné, že se u seniorů objevují otázky po naplnění a smyslu života, které bývají příčinou trápení ve stáří. Hlavním úkolem podle Eriksona je dosáhnout ve stáří integrity jako protipólu beznaděje a zoufalství.¹⁶³

Zeptal jsem se pracovníků, jak tuto situaci řeší. Respondenti nejčastěji uvedli, že se snaží klientům přání po vlastní smrti rozmlouvat. Takto to řeší 5 respondentů. Naopak pouze respondentka M uvedla, že se klientům toto přání nemá rozmlouvat. *„Ano, zažila. Ani jsem nebyla překvapená. Vyrůstala jsem se seniory. Hlavně se jim to nesmí rozmlouvat. Snažit se jim ukázat, že mají ještě pro co žít. Kdybych jim to rozmlouvala, mohli by se mnou přestat pracovat nebo se mi přestat svěřovat. Oni mi svěřili své přání a já bych je přesvědčovala o opaku. Je opravdu lepší o tom hovořit a pracovat s klientem.“* Hledal jsem shodu, zda má vzdělání vliv na reakci klientova přání zemřít, ale nemohu to z výzkumu potvrdit. Mohu se pouze domnívat, že míra vzdělání hraje roli v tom, jak respondent bude reagovat na podobné situace. Respondentka M je mladší pracovníce, vysokoškolsky vzdělaná, která dále studuje,

¹⁶² Srov. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I., *Soužití se staršími lidmi*, s. 40-41.

¹⁶³ Srov. ONDRUŠOVÁ, J., *Stáří a smysl života*, s. 87.

na rozdíl od respondentky B, která je mnohem starší a studovala již dříve. Tři respondenti uvedli, že přání klientů zemřít hlásí nadřízeným. Jak ale dva respondenti uvedli, hlásili to především v době, kdy začali v zařízení pracovat. „*Ano, zažil a hned jsem to nahlásil nadřízený, aby o tom věděla. Poprvé jsem byl hrozně překvapený, že mi klient řekl, že chce umřít, tak jsem to letěl říct nadřízený, ale zjistil jsem, že se to stává i kolegům a za ty roky, co už tu dělám, jsem si na to zvyk, že někteří klienti už chtějí umřít. To je tu normální*“¹⁶⁴

Shrnu-li odpověď na tuto otázku, pracovníci zažívají poměrně často situaci, kdy klient vyslovuje touhu zemřít. Pracovníci obou zařízení reagují podobným způsobem. Jistá shoda panuje v tom, že starší pracovnice reagují podobným způsobem, snaží se klientům tyto myšlenky rozmlouvat.

Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Na tomto místě bych se rád věnoval diskusi nad případnými veličinami, které mohly získání dat a výzkum v diplomové práci zkreslit. Téma této diplomové práce je velice citlivé a intimní. Ne všichni pracovníci se mnou byli ochotni hovořit na toto téma. Rozhovory probíhaly v době a místě výkonu práce, proto jsem nemohl z časového důvodu navázat hlubší vztahy s pracovníky a hlouběji se ponořit do rozhovoru s nimi. Výpovědi respondentů působí věrohodně, musím se ale zamyslet i nad tím, že respondenti mohli zkreslovat své odpovědi, aby působili lépe. Respondenty jsem ujistil, že výzkum bude anonymní a bude sloužit pouze pro účely této práce. Musím brát v úvahu, že na některé citlivé otázky mohli odpovídat jinak, než si myslí, z obavy zneužití rozhovoru proti nim. Záměrné zkreslení odpovědí jsem nezaznamenal, proto při vyhodnocování spoléhám na pravdivost získaných materiálů.

¹⁶⁴ Respondent CH

9 Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak vybraná cílová skupina, pracovníci Domu pro seniory Pohoda Netolice, vnímá problematiku smrti a umírání. Tento cíl byl naplněn díky kvalitativnímu výzkumu za pomoci strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, který mi pomohl získat mnoho informací a zjistit, jak se pracovníci staví ke smrti a umírání.

Ke splnění cíle byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, které byly zodpovězeny v diskusi. Vhodným sestavením strukturovaného rozhovoru jsem neměl problém se zodpovězením otázek. Při zodpovězení jedné z výzkumných otázek byla stanovena hypotéza, která může být předmětem ověřování v dalším výzkumu.

Ve stručnosti zopakují odpovědi na výzkumné otázky. Otázka č. 1 zněla: Jak pracovníci přistupují ke smrti svého klienta? Vnímání smrti pracovníky domovů pro seniory je ve většině případů doprovázeno nepříjemnými pocity, jako je lítost a smutek. Pouze u jednoho dotazovaného se tyto emoce neobjevovaly a žádné neprožíval. Vnímání smrti je však různé v tom, jestli se jedná o smrt klientů či pacientů, nebo blízkých osob. Otázka č. 2 zněla: Je častější umírání pacientů v domově pro seniory či v nemocničním zařízení? Z výzkumu vyplynulo, že pacienti a klienti nejčastěji umírají buď v nemocničních zařízeních, nebo v domovech pro seniory. Domácí umírání je dle pracovníků v obou zařízeních vzácné. Rozdíl byl spatřen v tom, že v Netolicích jsou umírající převáženi do nemocnic, kdežto ve Vodňanech zůstávají v domově, kde jsou zvyklí. Odpověď na otázku č. 3: Jaké názory mají pracovníci domova pro seniory na euthanasii? V domovech pro seniory jsem se setkal s argumenty pro i proti euthanasii. Nepřevažovaly názory pro ani proti euthanasii, názory byly téměř vyrovnané. Možný rozdíl v přístupu k euthanasii lze spatřovat ve věku pracovníků. Poslední výzkumná otázka byla: Zažili pracovníci domova pro seniory situaci, kdy klient už nechtěl dále žít? V domovech pro seniory se často pracovníci setkávají s tvrzením klientů, že nechtějí nadále žít a vyslovují přání po brzké smrti. Rozdíl v přístupu pracovníků k reakci na toto přání nebyl zjištěn. V obou zařízeních reagují pracovníci podobným způsobem.

Výzkumné otázky byly zodpovězeny na základě rozhovoru s respondenty pracujícími v domovech pro seniory Netolice a Vodňany. Každý rozhovor byl anonymní a individuální, což znamená, že rozhovory trvaly různě dlouho. Průměrně se však pohybovaly kolem 20- 30 minut.

Dovolil bych si konstatovat, že cíl diplomové práce byl splněn a výzkumné otázky zodpovězeny. Práce může pomoci obohatit vědomosti o fenoménu smrti a umírání. Může pomoci jak laikům, tak pracovníkům zařízení jako zpětná vazba.

10 Seznam použité literatury

1. ADAM, Z., VORLÍČEK, J., a KOPTÍKOVÁ, J., *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 787 s. ISBN 80-247-0677-6.
2. ALBERS, G., et al., Analysis of the construct of dignity and content validity of the patient dignity inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*, [online]. 2011, ISSN 1477-7525. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=265aab6b-10f0-4630-83c9-90194090e53e%40sessionmgr112&vid=1&hid=128>.
3. BOUČEK, J., *Lékařská psychologie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 141 s. ISBN 80-244-1501-1.
4. BUŽGOVÁ, R., *Etika ve zdravotnictví*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, 104 s. ISBN 9788073685010.
5. BYOCK, I., *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005, 325 s. Cesty (Vyšehrad), ISBN 80-702-1797-9.
6. BYSTRICKÝ, J., MUCHA, I., *Etika a fragmenty života*. Praha: [s.n.], 2004, 222 s. ISBN 8086391124.
7. BYSTRICKÝ, Z., *O organizaci paliativní péče*. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. Praha: Cesta domů. 2004,
8. Centrum sociální pomoci Vodňany. *Brožura k 10. výročí organizace*. [online], [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://www.cspvodnany.cz/csp/o-nas/brozura>.
9. Centrum sociální pomoci Vodňany. *Domov pro seniory - Základní informace*. [online], [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://www.cspvodnany.cz/csp/sluzby/domov-pro-seniory/zakladni-informace>.
10. Centrum sociální pomoci Vodňany. *Pečovatelská služba – Základní informace*. [online], [cit. 2014-03-10]. Dostupné z: <http://www.cspvodnany.cz/csp/sluzby/pecovatelska-sluzba/zakladni-informace>.
11. Centrum sociální pomoci Vodňany. *Výroční zpráva 2012*. [online], [cit. 2014-03-18]. Dostupné z: <http://www.cspvodnany.cz/csp/o-nas/vyrocní-zprava>.
12. CESTA DOMŮ: *Umírání. Truchlení*. 2009, [online], [citováno 2014-03-15]. Dostupné z <http://www.umirani.cz/truchleni.html>.
13. Česká společnost paliativní medicíny. *Paliativní péče v České republice v roce 2013* [online], [cit. 2014-03-01]. Dostupné z

- <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/paliativni-pece-v-ceske-republice-v-roce-2013>.
14. Definice paliativní péče. In: *Umírání* [online], [cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>.
 15. DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
 16. DOMOV PRO SENIORY POHODA NETOLICE. *Výroční zpráva 2012: za pobytovou službu a terénní pečovatelskou službu*. Netolice, 2013, 14 s.
 17. DOSTÁL, P., ŘEHÁČEK, Z., a DUCHÁČ, V., *Kapitoly z obecné biologie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1994, 79 s. ISBN 80-042-6070-5.
 18. ELIAS, N., *O osamělosti umírajících: v našich dnech*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998, 66 s. ISBN 80-858-4439-7.
 19. Eutanazie bude zřejmě ve Švýcarsku omezena nebo dokonce zakázána. *Česká televize* [online], [cit. 2014-02-14], 2009 Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/70946-eutanazie-bude-zrejme-ve-svycarsku-omezena-nebo-dokonce-zakazana/>.
 20. GENNIP, I. E., et al., Death with dignity from the perspective of the surviving family: A survey study among family caregivers of deceased older adults. *Palliative Medicine* [online], [cit. 2014-02-25]. 2013, ISSN 0269-2163. s. 2. Dostupné z: <http://pmj.sagepub.com/content/early/2013/04/09/026921631>
 21. HAŠKOVCOVÁ, H., *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 104 s. ISBN 9788072624973.
 22. HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 8072621327.
 23. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepr. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-807-2624-713.
 24. HEGYI, L., *Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatricie*. 1. vyd. Bratislava: IVZ, 1996, 73 s. ISBN 80-7163-005-5.
 25. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.
 26. HOLMEROVÁ, I., et al., *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002, 110 s.

27. HÖSCHL, C., *Tabuizované téma smrti*. [online]. 1.vyd. [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: http://www.hoschl.cz/files/421_cz_Tabuizovane%20tema%20smrti.pdf.
28. JANKOVSKÝ, J., *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-725-4329-6.
29. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E., *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-869-9174-1.
30. KABELKA, L., Založení České společnosti paliativní medicíny. In: *Umírání* [online]. Brno, 2008 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/zalozeni-ceske-spolecnosti-paliativni-mediciny.html>.
31. KASANOVÁ, A., *Až za hranice života: Súvislosti medzi životom a smrťou*. 1. vyd. ŠEVT Bratislava, 2009, 131 s. ISBN 978-80-8094-525-1.
32. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-707-1231-7.
33. KELNAROVÁ, J., *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007, 112 s. ISBN 9788085763362.
34. KOMÍNKOVÁ, H., Uplatňování práv pacientů v rámci ošetrovatelského procesu. *Onkologická péče*, 2002, ročník 6, číslo 1, ISSN1214N5602.
35. KŘENEK, J., *Fenomén smrti a umírání*. Seminární práce, nevydáno, České Budějovice 22.4.2013, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Archiv autora.
36. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995, 93 s. ISBN 8085495430.
37. KÜBLER-ROSS, E., *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993, 251 s. ISBN 8090013465.
38. KÜBLER-ROSS, E., *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. 1. vyd. Brno: Jota, 2012, 248 s. ISBN 978-807-4621-451.
39. KÜNG, H., *Věčný život?*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2006, 297 s. ISBN 80-702-1836-3.

40. KUŘE, J., et al., *Kapitoly z lékařské etiky*. In: [online]. Brno, 2010, s. 144 [cit. 2014-03-01]. Dostupné z: <http://portal.med.muni.cz/clanek-561-kapitoly-z-lekarske-etiky.html>.
41. KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 9788024720692.
42. MARKOVÁ, M., *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 9788024731711.
43. MATOUŠEK, O., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-807-3678-180.
44. MÜHLUM, A., et al., *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. 1. vyd. Praha: H&H Vysočany, 2006, 161 s. ISBN 80-731-9059-1.
45. MUNZAROVÁ, M., CO MLUVÍ I DNES PROTI EUTANAZII?. *Zdravotnické právo v praxi* [online]. Konice: SOLEN, 2006, č. 1 [cit. 2014-02-16]. Dostupné z: <http://pravo.solen.cz/pdfs/pra/2006/01/01.pdf>
46. MUNZAROVÁ, M., *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
47. MUNZAROVÁ, M., *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 153 s. ISBN 8024710242.
48. MUNZAROVÁ, M., Proč ne eutanazii. *Filosofický časopis*, 60, Praha: Filosofický ústav AV ČR, 2012, ISBN 0015-1831.
49. ONDRUŠOVÁ, J., *Stáří a smysl života*. 1. vyd. V Praze: Univerzita Karlova, 2011, 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
50. PAUL, J., *Domácí zdravotní péče v Praze*. [online],[cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.mostkdomovu.cz/news/a70-lidi-v-ceske-republice-umira-v-nemocnici-mnoho-z-nich-na-pristrojich-za-plentou-a-to-jen-kvuli-strachu/>.
51. PICHAUD, C., THAREAU, I., *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.
52. RAUDENSKÁ, J., Biopsychosociální model onkologického onemocnění. *Onkologics* [online], 2011 [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://www.onkologics.cz/pdfs/xon/2011/04/14.pdf>.
53. SÍGL, M., *Co víme o smrti*. 1. vyd. Praha: Epoque, 2006, 415 s. ISBN 80-870-2711-6.

54. SKÁLA, B., *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005, 10 s. ISBN 80-869-9803-7.
55. SKŘICKOVÁ, J., *Dvacet let paliativní péče v České republice – ohlédnutí za významnými etapami*. Solen 2011, str. 11. [on-line], [cit. 2014-02-26]. Dostupné z: http://www.medicinapropraxi.cz/incpdfs/act-000102-0001_10_1.pdf.
56. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J., *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 362 s. ISBN 9788072625055.
57. ŠRAJER, J., *Lidská důstojnost a sociální práce*. Sociální práce/Sociálna práca. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2/2006, str. 109.
58. ŠTĚPÁNKOVÁ, I., *Pravidla na nemocničním lůžku*. In: [online],[cit. 2014-03-05]. Dostupné z: http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/1999/01/1999_1_04.html.
59. ŠTOLBOVÁ, H., *Fenomén smrti: Důstojné umírání v domovech pro seniory*. Sociální služby, 2009, roč. 11, s. 22-23. ISSN 1803-7348.
60. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* In: GULOVÁ, L., *Sociální práce, pro pedagogické obory*. 1 vyd. Praha (České Budějovice) Grada Publishing., 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
61. UMÍRÁNÍ A PÉČE O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉ. In: *Umírání* [online].[cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/res/data/017/001909.pdf>.
62. VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
63. VÍT, J., VELÍKOVÁ, M., *Deset let Domova pro seniory Pohoda v Netolicích. Netolice: Zpravodaj Města Netolice*. 2012, č. 2.
64. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., a VORLÍČKOVÁ, H., *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 328 s. ISBN 8024717166.
65. VRUBLOVÁ, Y., *Etika v ošetrovatelství*. [online],[cit. 2014-02-25]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-etika.pdf>.
66. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.
67. Zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník, v platném znění.
68. Zákon č.2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

11 Seznam příloh

Příloha I: Přepis rozhovorů s pracovníky Domova pro seniory Pohoda Netolice.

Příloha II: Přepis rozhovorů s pracovníky Centra sociálních služeb Vodňany.

12 Přílohy

Příloha I: Přepisy rozhovorů s pracovníky Domova pro seniory Pohoda Netolice.

Přepisy rozhovorů s pracovníky Domova pro seniory Pohoda Netolice

Vždy jsem předem požádal pracovníky domova, zda jsou ochotní se mnou uskutečnit rozhovor k výzkumu diplomové práce a sdělil jsem jim téma diplomové práce. Dále jsem je ujistil, že výsledky rozhovoru použiji pouze pro potřeby této práce a jejich jména nikde nepoužiji. Pro označení respondentů a zajištění jejich anonymity jsem použil pořadí písmen v abecedě. Rozhovory probíhaly v pracovní době a místo konání rozhovoru byl útulný kout na chodbě, kde jsme nebyli rušeni. Přepisy jsou zachovány včetně nespisovných výrazů.

Rozhovor č. 1 – paní A.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?“

„Je mi třicet devět a pracuji tady v domově asi osm let.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?“

„Mám maturitu. Takže střední s maturitou.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?“

„No převážná část v nemocnici, tady taky někteří zemřou, ale většina zemře v nemocnici.“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?“

(zamyšlení) „Ano je, jak po fyzické stránce tak psychické. Je to docela dřina.“

5. „Byla jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítila?“

„Ano, byla, věděla jsem, že klient umírá. Když se zamyslím, jak jsem se vlastně cítila, asi vždy záleželo na situaci, na průběhu umírání, na stavu umírajícího a na jeho vyrovnávání se se smrtí. Z toho vyplývající pocity jde nejvíce o bezmoc pomoci.“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?“

„Dotýká se mě to, ale o dost méně než třeba úmrtí v rodině nebo blízkých osob.“

7. „Označila by, jste se za věřícího člověka?“

„(zamyšleni) „Ano pokládám se za věřící, ale do kostela nechodím. Já věřím, ale ne na Boha co na nás dohlíží. Věřím v něco.“

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?“

„Ano věřím. Nepředstavuji si život posmrtný jako život zemský, ale spíš nějaký odchod energie, které, když není umožněno odejít, zůstává nespokojený zde nebo člověk, který umírá s nedokončeným pozemským životem.“

9. „Měla by být euthanasie povolena a uvažovala by, jste o této možnosti?“

„Ano, při dlouhém umírání, které přináší utrpení, velké bolesti, beznadějí. Měli by jsme mít právo na bezbolestný a dobrovolný odchod. Sama bych chtěla mít tu možnost se rozhodnout.“

10. „Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasií?“

„Smíšené, strach ze zneužívání euthanasie, ale i možnost volby při dlouhém utrpení a bolestech. Vím o tom, ale teď nevybavím si ten rozdíl.“

11. „Zažila jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?“

„Ano zažila, poprvé jsem nevěděla, co mám dělat a ohlásila jsem to radši nadřízeným. Teď, když se mi to stane tak se snažím přemýšlet, jak jinak mu můžu pomoci.“

12. „Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?“

„Určitě ano, v osobním životě se mě smrt více dotýká.“

13. „Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?“

„Poměrně často, ale ne denně. Tyto myšlenky přicházejí nejčastěji na podměty z okolí, jeli někdo těžce nemocný, zemře-li někdo a často jsme diskutovali na toto téma doma s dětmi v určitém období (kolem 6 roku).“

Rozhovor č. 2 – paní B.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?“

„Padesát pět let. Byla jsem tu od začátku.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?“

„Mam ukončené vysokoškolské vzdělání.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?“

„Převážná část v nemocnici, ale někteří klienti umírají i zde v domově.“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?“

„Jsem zvyklá, pracuji v této oblasti již hodně dlouho. Ze začátku byla náročná psychicky i fyzicky.“

5. „Byla jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítila?“

„Jistě, nejvíce pociťuji smutek a bezmoc. Mam z toho trochu strach“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?“

„To záleží klient od klienta, a jestli jsem čekala, že zemře nebo to bylo nečekané úmrtí. Převážně se mě to dotýká méně než u osob blízkých.“

7. „Označila by, jste se za věřícího člověka?“

„Ano, pokládám se za věřící.“ Na otázku, zda praktikuje svojí víru, odpověděla, respondentka, že ano, ale dále nspecifikovala jak.

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?“

„Věřím v reinkarnaci.“

9. „Měla by být euthanasie povolená a uvažovala by, jste o této možnosti?“

„Ne a ne.“

10. „Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasii?“

„Pro mě je to zabítí. Aktivní nebo pasivní euthanasie je pro mě stejné.“

11. „Zažila jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?“

„Ano, klientovi to rozmlouvám a snažím se mu být více nablízku“

12. „Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?“

„No v osobním se mě to dotýká více.“

13. „Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?“

„Občas se nad tím zamyslím. Dříve více často, dnes už tolik ne.“

Rozhovor č. 3 – paní C.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?“

„Čtyřicet mi teprve bude, takže třicet devět. Necelých 6 let.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?“

„Střední odborné učiliště.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?“

„V nemocnici.“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?“

„Nevadí mi to dělat, náročná je ze začátku na psychiku.“

5. „Byla jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítila?“

„Ano byla a cítila jsem převážně smutek.“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?“

„S tím sem člověk šel pracovat, že zde lidé umřou.“

7. „Označila by, jste se za věřícího člověka?“

„Ano, ale praktikující nejsem.“

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?“

„Ne“

9. „Měla by být euthanasie povolena a uvažovala by, jste o této možnosti?“

„Neuvažovala bych o ní a neměla by být povolena.“

10. „Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasií?“

„Asi žádný. Pro mě je euthanasie vražda.“

11. „Zažila jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?“

„Jo, jo. Snažím se to rozmlouvat klientům.“

12. „Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?“

„V osobním více.“

13. „Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?“

„Často, protože jsou tu klienti na dožití.“

Rozhovor č. 4 – paní D.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?“

„Padesát šest už. Pracuju zde kolem 4 let.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?“

„Učiliště, mam výuční list.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?“

„V našem domově“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?“

„Je náročná, člověk si, ale zvykne.“

5. „Byla jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítila?“

„Ano. Nebyl to pozitivní zážitek, cítila jsem se z toho špatně.“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?“

„To záleží na okolnostech. Většinou méně než úmrtí mimo práci.“

7. „Označila by, jste se za věřícího člověka?“

„Ano, Praktikující? To zase ne.“

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?“

„Nevěřím.“

9. „Měla by být euthanasie povolena a uvažovala by, jste o této možnosti?“

„Neměla by být povolena a u sebe ani u svých blízkých bych o ní neuvažovala.“

10. „Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasií?“

„Podle mě žádný rozdíl mezi nimi není. Nejvíc bych se bála možného zneužití euthanasie.“

11. „Zažila jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?“

„Již ano, snažím se s klienty o tom mluvit a ukázat jim, že mají pro co žít.“

12. „Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?“

„Jistě, že v osobním se mě to více dotýká.“

13. „Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?“

„Při práci, poměrně často, lidé chodí do domova dožít.“

Rozhovor č. 5 – paní E.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?“

„Třicet tři, pracuju tu jen pár let. Asi tři roky.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?“

„Středoškolského. Tedy mám střední školu s maturitou.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?“

„Co vím, tak většina v nemocnici.“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?“

„Než si člověk zvykne, tak psychicky hodně.“

5. „Byla jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítila?“

„Ano, byla. Záleží na situaci. Vždy je mi jich líto. Někdy o tom přemýšlím více, někdy méně. Reaguji profesionálně. Chci jim zajistit důstojné umírání.“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?“

„Dotýká se mě to, ale snažím se to brát profesionálně. Patří to k životu a naší práci.“

7. „Označila by, jste se za věřícího člověka?“

„Pokud je myšleno nějaké náboženství, tak ne. Věřím v něco, nevím přesně co.“

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?“

„Věřím, že je něco. Nějaká energie, síla.“

9. „Měla by být euthanasie povolena a uvažovala by, jste o této možnosti?“

„Ano, protože vidím v jakých stavech a bolestech lidé umírají, a proto v terminální fázi by měli mít možnost volby.“ Ano uvažovala, přesto že nevím, zda bych jí využila. Myslím tím v terminálních stavech.“

10. „Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasií?“

„Nevím, jestli bych jí využila. To by záleželo asi na situaci. Ale vědět, že je tady ta možnost, by mě uklidnila. Přestože ta bezmoc, čekání na smrt, dost často v bolestech je pro většinu lidí strašná. Velmi často to vidím ve své profesi, kdy lidé o to stojí. Aktivní je podání léku, nějaké látky. Pasivní přerušeni léčby, péče nebo výživy.“

11. “Zažila jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?”

„Ano zažila, přemýšlím, co bych pro klienta mohla udělat, rozmlouvám mu tyto chmurné myšlenky.“

12. “Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?”

„Samozřejmě, doma je to něco úplně jiného než v práci.“

13. “Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?”

„Nevím jak často, ale mluvím o tom se svými dětma, ptají se. Vysvětluju jim to, doma v rodině. Dost často, pokud zemře někdo z blízkých či známých. Pokud někdo je vážně nemocný a je pravděpodobné, že zemře, mluvíme o tom.“

Rozhovor č. 6 – paní F.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?”

„No, už my bylo čtyřicet osm. Pracuju tu už dlouho. Myslím, že jsem nastoupila s tím, jak se domov zaplňoval klienty.¹⁶⁵“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?”

„Střední odborné školy, bez maturity.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?”

„Zcela jistě v nemocnici.“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?”

„Každá práce je náročná, ale tady to hodně zatěžuje psychiku.“

5. „Byla jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítila?”

„Ano, pokud to byla osoba bližší, cítila jsem bolest, smutek, ale i zlost při úmrtí klienta klid, lítost, úlevu.“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?”

„Ano, dotýká se mě to. Hlavně ty, co jsou mi blíží, ale ne jako někoho z rodiny.“

7. “Označila by, jste se za věřícího člověka?”

„Asi ano.“

¹⁶⁵ Nábor pracovníků probíhal s rostoucím počtem klientů v letech 2002 a 2003

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?“

„Věřím, že nám budou ukázány chyby, které jsem dělala v životě minulém a zároveň se poučím jak se chovat v dalším životě.“

9. „Měla by být euthanasie povolena a uvažovala by, jste o této možnosti?“

„Ano, ale chtěla bych, aby tento úkon nemohl být zneužitý. Asi bych o ní uvažovala, ale záleželo by na situaci.“

10. „Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasií?“

„Je mi nemocného líto, ale jsem ráda, že skončilo jeho utrpení. Podáním léku je aktivní a přerušení nebo odmítnutí léčby je pasivní.“

11. „Zažila jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?“

„Ano, již se mi to stalo. Přemýšlela jsem, jak bych mu mohla jinak pomoci, povzbudit ho do života.“

12. „Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?“

„Když mi zemře někdo z rodiny nebo mě blízkých více mě to zasáhne.“

13. „Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?“

„Zamýšlíme se i mluvíme o smrti často, hlavně v souvislosti se zhoršením zdravotního nebo psychického stavu klienta.“

Rozhovor č. 7 – paní G.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?“

„Třicet šest let. Nevím přesně, ale budu tu pracovat něco kolem sedmi let nejspíš.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?“

„Mam střední školu s maturitou.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?“

„Myslím si, že nejvíc v nemocnici, když se udělá klientům špatně, odvezou je do nemocnice a tam jich hodně zemře.“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?“

„Po psychické stránce je dost vyčerpávající, člověk si ji nesmí brát domů, je to náročné, když klient umírá.“

5. „Byla jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítila?“

„Jistě, pokaždé je to jiné. Cítila jsem úlevu za zemřelého, že skončilo jeho trápení.“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?“

„To záleží. Ze začátku jsem na tuto situaci nebyla připravená, ale dneska se mě jejich smrt dotýká samozřejmě, ale je to práce.“

7. „Označila by, jste se za věřícího člověka?“

„Ano pokládám se za věřící, ale žádné praktikování neprovozuju (smích).“

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?“

„Ano myslím si, že jo. Představuju si to jako určitý druh energie, která stoupá do vesmíru, je všude kolem nás.“

9. „Měla by být euthanasie povolena a uvažovala by, jste o této možnosti?“

„Ano, pokud se nezneužije. Byl by to konec trápení, konce bolesti, konec bezmocnosti. Ano uvažovala bych o ní.“

10. „Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasí?“

„Především konec utrpení, klid, důstojný odchod ze světa. Ale i smutek v zápětí smíření.“ Myslím si, že aktivní euthanasie je např. podání látky a pasivní odmítnutí léčby.“

11. „Zažila jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?“

„Ano a nahlásila jsem to svojí nadřízené. Raději to nahlásím a potom přemýšlím, jak bych jim mohla pomoci, myslím tím třeba kontaktovat rodinu nebo tak. Mluvím s klientem.“

12. „Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?“

„V osobním je to více intenzivní než v práci. Zde se to očekává, když pracujete se starými lidmi.“

13. „Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?“

„V práci velmi často, když dochází ke zhoršené zdravotního stavu klienta.“

Příloha II: Přepisy rozhovorů s pracovníky Centra sociální pomoci Vodňany

Přepisy rozhovorů s pracovníky Centra sociální pomoci Vodňany

Vždy jsem předem požádal pracovníky centra, zda jsou ochotní se mnou uskutečnit rozhovor k výzkumu diplomové práce a sdělil jsem jim téma diplomové práce. Dále jsem je ujistil, že výsledky rozhovoru použiji pouze pro potřeby této práce a jejich jména nikde nepoužiji. Rozhovory probíhaly v pracovní době. K rozhovoru jsem zvolil společenskou místnost nebo prostory kanceláře. Před začátkem každého rozhovoru jsem se ujistil, že s respondentem budeme sami a nebudeme rušeni.

Rozhovor č. 8 – paní H.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?“

„Je mi třicet osm a začínám tu pracovat 9 rok.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?“

„Středoškolského s maturitou.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?“

„Nedovedu odhadnout, kde pacienti častěji umírají, ale jsem přesvědčená, že buď se jedná o domovy pro seniory, nebo v nemocnici. Situaci, že by si rodina vzala umírajícího domů, jsem nikdy nezažila, a to už zde pracuji přes 8 let.“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?“

„Je velmi náročná. Musíte dost fyzicky pracovat a emočně se dostáváte do vypjatých situací.“

5. „Byla jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítila?“

„Jak se cítím, když někdo umírá? Musím přiznat, že je to zvláštní pocit. Snažíte se chovat ke klientovi tak, aby bylo důstojné i to rozloučení s ním. Například u věřících lidí zapalujeme svíčky, vkládáme do rukou růženec. Vždy se snažím, aby pacient, respektive klient nebyl sám“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?“

„Samozřejmě, že se nás to dotýká, vždyť tady s nimi trávíme většinu času a přeče jen si s nimi vytváříme vztah i kamarádský.“

7. “Označila by, jste se za věřícího člověka?”

„Ne.“

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?“

„To neumím posoudit, nevím.“

9. “Měla by být euthanasie povolena a uvažovala by, jste o této možnosti?”

„Ano byla bych pro euthanasii a to zejména proto, že někteří lidé umírající velice dlouho, a to myslím v tom smyslu, že to srdíčko je v tom těle silné, proto si myslím, že by mnohdy bylo lepší pacientovi pomoc, aby odešel dříve.“

10. “Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasií?”

„Pro trpícího člověka je to vysvobození. Jestli jsem to teda pochopila dobře (smích). Rozdíl nevím.“

11. “Zažila jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?”

„Ano zažila, je to tu velice časté, snažím se s klientem o tom hovořit.“

12. “Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?”

„Ne, je to pořád stejné, pořád se zde jedná o smrt. Jiná otázka je, když je to smrt tragická.“

13. “Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?”

„Vzhledem k naší pracovní pozici je smrt a zmírání skoro nebo téměř častým tématem.“

Rozhovor č. 9 – pan CH.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?“

„Rovných třicet. Pracuju tu sedm let.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhl?“

„Středoškolské s výučním listem.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?“

„Pacienti nejčastěji umírají v posteli (smích), ne, vážně, asi tady v domově. Lidi přenechávají péči nám. Mnohdy ani netráví s umírajícím jeho poslední chvíle. Což mi přijde trochu smutné, ale je to život. Paradoxně se rodiny vždy snaží svého rodinného příslušníka udržet co nejdéle na životě, ale pak ho ani nedojdou navštívit.“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?“

„Ano dost.“

5. „Byl jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítil?“

„Ano párkrát jsem u úmrtí klienta byl, cítil jsem se normálně. Je to holt součást práce, takže to nějak neřeším. Prostě to беру, že to tak je.“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?“

„Vůbec se mě to nedotýká, to bych se z toho musel zbláznit, jak jsem řekl je to práce a já to tak prostě беру. Když jsem se rozhodoval, kde budu pracovat, bylo mi jasné, že mě konec života u lidí prostě nemine.“

7. „Označil by, jste se za věřícího člověka?“

„Ano v něco věřím, ale do kostela nechodím.“

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?“

„Na to neumím odpovědět.“

9. „Měla by být euthanasie povolena a uvažoval by, jste o této možnosti?“

„Jsem zásadně proti euthanasii, protože si myslím, že by toho lidé mohli zneužívat. Proto si myslím, že by člověk měl prostě v klidu dožít a ne ho odpojovat z přístrojů, když kolikrát sám neví, co si má myslet.“

10. „Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasii?“

„Rozdíl? Neznám. Emoce asi negativní je to holt vražda.“

11. „Zažil jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?“

„Ano, zažil a hned jsem to nahlásil nadřízený, aby o tom věděla. Poprvé jsem byl hrozně překvapený, že mi klient řekl, že chce umřít, tak jsem to letěl říct nadřízený, ale zjistil jsem, že se to stává i kolegům a za ty roky, co už tu dělám sem si na to zvyk, že někteří klienti už chtějí umřít. To je tu normální“

12. „Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?“

„Tahle práce ze mě udělala cynika. Tak si to nepřipouštím ani v jednom případě.“

13. „Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?“

„Jen v práci, při rozhovoru s kolegy.“

Rozhovor č. 10 – paní I.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?“

„Letos padesát. Pracuji tu už 20 let, ale dřív se to jmenovalo jinak.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?“

„Střední odborné učiliště.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?“

„Tady v centru. To je většina a zbytek v nemocnici.“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?“

„Je náročná, čím jsem starší, tím mi připadá, že víc.“

5. „Byla jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítila?“

„Byla a bylo to nepříjemné. Jo cítila jsem takový nepříjemný pocit, i když jsem na tu situaci za ty léta zvyklá“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?“

„Méně než úmrtí v rodině nebo blízkých osob.“

7. „Označila by, jste se za věřícího člověka?“

„Ano jsem věřící a i praktikující, chodím do kostela a tak.“

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?“

„Věřím, bude to lepší než tady. Doufám“

9. „Měla by být euthanasie povolena a uvažovala by, jste o této možnosti?“

„Jsem proti euthanasii, z jedné strany to je možná vysvobození, ale rozhodně bych nesouhlasil, aby byla zavedena i u nás. Je to podle mě vražda, která se dá lehce zneužít“

10. “Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasí?”

„Nejvíce asi vysvobození od bolesti.“

11. “Zažila jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?”

„To je tady každou chvíli, snažím se to klientovi rozmlouvat, že ještě není čas, aby umřel.“

12. “Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?”

„No jistě, každý to musí v osobním cítit jinak než v tom pracovním.“

13. “Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?”

„Když slyším o nějaký zbytečný smrti. Třeba v televizi“

Rozhovor č. 11 – paní J.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?”

„Čtyřicet pět. Dělam tu 4 roky.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?”

„Nejprve střední odborné bez maturity a pak nástavbu s maturitou.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?”

„Nejvíce tady v domově, je jich hodně.“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?”

„Ano, není to práce pro každého. Myslím tím, že ne každý by to vydržel tu pracovat.“

5. „Byla jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítila?”

„Ano byla a není to nic příjemného.“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?”

„No, méně než u osob blízkých.“

7. “Označila by, jste se za věřícího člověka?”

„Jak v čem (směje se), ale ano věřím.“

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?”

„Ano, ale představu nemám. (přemýšlení) Znovu se třeba narodím.“

9. „Měla by být euthanasie povolena a uvažovala by, jste o této možnosti?“

„Ano. Nechci trpět a nechci, aby dlouho trpělo okolí. Určitě bych byla pro u sebe.“

10. „Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasí?“

„Vysvobození od stresu, od žalu. Záleží jak která. Aktivní je zabití a pasivní že se nechá umřít.“

11. „Zažila jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?“

„Jo, snažím se to rozmlouvat klientům.“

12. „Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?“

„Určitě ano. Doma je to něco jiného.“

13. „Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?“

„Hlavně když slyším o zbytečné smrti jako sebevražda, havárie apod. Je to hrozná škoda, když vidím tady ty klienty, kteří jsou rádi za každý den a pak si nikdo sáhne na život takhle zbytečně.“

Rozhovor č. 12 – pan K.¹⁶⁶

1. „Kolik je ti let a jak dlouho pracuješ v domově?“

„Za rok šedesát. Takže padesát devět. V centru pracuju 7 let.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jsi dosáhl?“

„Střední s maturitou.“

3. „Víš, kde nejčastěji umírají klienti domova?“

„Myslím, že je to tak 50 na 50, případ, že by si třeba vzala rodina seniory domů si nepomatuju. Klienti umřou buď tady, nebo v nemocnici.“

4. „Myslíš si, že práce v domově pro seniory je náročná?“

„Ano, určitě. Snažím se to, ale brát takový jaký to je.“

¹⁶⁶ S panem K. jsem si tykal během praxe, proto mu tykám během rozhovoru.

5. „Byl jsi někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak ses cítil?“

„Ano byl, díval jsem se, když umíral, věřím v reinkarnaci, takže smrt nepovažuji za něco tragického. V některých případech u těch co trpěli, jsem byl rád, že už mají klid.“

6. „Jak se tě dotýká smrt klientů?“

„Snažím se to brát více rozumem než srdcem.“

7. „Označil by, jsi se za věřícího člověka?“

„Samozřejmě asi jo. Věřím ve vyrovnávání energií, ale pozor jen té láskyplné energie. Já se dívám na svět trochu jako Květa Fialová.“

8. „Věříš v posmrtný život? Pokud ano, jaká je tvoje představa o posmrtném životě?“

„Jistě. Procházím tunelem a splynu se světlem na konci. Bude se mi promítat život a budu mít šanci se znovu převtělit, ale zapomenu, proč jsem sem na svět znovu přišel a musím to odhalit. To je cíl života. Když už budu na takový úrovni, nebudu se vracet a projdu světlem dál.“

9. „Měla by být euthanasie povolena a uvažoval bys o této možnosti?“

„Řekl bych, že to nemám ujasněný ještě. Každý musí projít fází smrti, aby pochopil proč tu je, ten smysl bytí. Nesmí se nechat člověk trpět, ale v bolesti je na druhou stranu i to poznání. Já za sebe, jak jsi asi pochopil, bych to nechtěl, protože bych porušil ty fáze. Ale zase na druhou stranu. [zamýšlení]. Všechno má svoje pro a proti. Tak je tomu třeba i u potratů. Musím přiznat, že často nad tím přemýšlím, ale, jak říkám, názor nemám ustálený.“

10. „Jaké emoce u tebe euthanasie vzbuzuje? Znáš rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasii?“

(zamyšlení) „ Asi vysvobození, ale víc o tom nepřemýšlím, nemám to ujasněný. Jsem přesvědčen, že se tomu vyhnu ve svém životě. Myslím tomu rozhodování.“

11. „Zažil jsi někdy situaci, že by tě klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?“

„ Samozřejmě. Řekl jsem mu: Ne ne máte tu ještě poslání.“

12. „Vnímáš fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?“

„V osobním to prožívá každé jinak, ale já to vnímám, jak si pochopil trochu jinak pořád než většina. Věřím v pochopení smyslu života, nevěřím třeba na náhody. Vše má jak se říká akci a reakci.“

13. „Jak často se zamyslíš nebo mluvíš na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech tě tyto myšlenky napadají?“

„Dost často zhledem k tomu kde pracuju, ale nedeprimuje mě to. Je to součást života.“

Rozhovor č. 13 – paní L.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?“

„Padesát devět. Pracuju tu celkem 17 let, ale začala jsem pracovat v domově a od roku 2000 máme jiný název.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?“

„Střední školy s maturitou.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?“

„Především v domově, to je nejčastější.“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?“

„Určitě ano, každá práce je náročná, ale tady to na člověka více působí, pracujeme se starými lidmi.“

5. „Byla jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítila?“

„Ano byla, záleží, kdy zemřel. V noci je to o hodně víc nepříjemné. Ve dne se s tím lépe vyrovnávám.“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?“

„Je to pořád smrt, takže se mě to dotýká skoro stejně, jako u toho koho mám ráda mimo domov.“

7. „Označila by, jste se za věřícího člověka?“

„Ano, ale nevěřím v náboženství. Věřím ve svého Boha.“

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?“

„V život po smrti nevěřím, takže si ho ani nijak nepředstavuju,“

9. „Měla by být euthanasie povolena a uvažovala by, jste o této možnosti?“

„Ne neměla, jsou i jiné možnosti. A osobně bych nechtěla, abych takto odešla.“

10. „Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasii?“

„No pro nikoho vysvobození, ale v mém případě nevím. Nemůžu si pomoc, ale bála bych se zneužití.“

11. „Zažila jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?“

„Zažila, je to tu celkem normální, že klienti už nechtějí žít, ale snažím se s nimi o tom mluvit. Chodí, jsem čím dál tím více ve špatném zdravotním stavu a mají bolesti. Nebo je sem rodina odloží na dožití a hold takovýto člověk už nechce nebo nemá pro co žít. Snažíme se je podporovat, aby našli vůli pro něco žít. Často se říká, že ten život musí mít nějaký smysl, a když ho klient nemá nebo nenajde, tak tu v podstatě jen čeká na smrt.“

12. „Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?“

„Ano, doma se mě to přece jen o trochu více dotýká.“

13. „Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?“

„Nejvíce při práci s kolegy a pak když koukám na TV a vidím tam, kolik životů zbytečně vyhaslo.“

Rozhovor č. 14 – paní M.

1. „Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete v domově?“

„Je mi třicet let. Pracuju tu od roku 2007, takže letos to bude 7 let.“

2. „Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?“

„Dodělávám si magisterský titul ze sociální práce. Ted' jsem bakalář.“

3. „Víte, kde nejčastěji umírají klienti domova?“

„Hodně v nemocnici, ale tady je jich asi více.“

4. „Myslíte si, že práce v domově pro seniory je náročná?“

„Jak, kdy, patří to k práci. Hodně záleží na situaci.“

5. „Byla jste někdy u toho, když klient zemřel? Pokud ano jak jste se cítila?“

„Ano, skoro u většiny co zemřeli tady. Záleží na tom, kdo zemře. Ted' už je to jiný. Dříve jsem je brala více a někteří si ke mně vytvořili pouto jako k vnučce třeba, ale ted' se snažím být více profesionální a nenavazovat takovýchle vztahy. Smrt je už

součástí života. Jinak bych se zbláznila z toho. Samozřejmě je mi jich líto a smutno, ale u některých jsme ráda, že už netrpí.“

6. „Jak se Vás dotýká smrt klientů?“

„Snažím se to brát profesionálně, jako součást práce. Vždy se to člověka nějak dotkne, ať si někdo říká, že se ho to nedotýká, podle mě se nás to aspoň trochu dotkne vždycky.“

7. „Označila by, jste se za věřícího člověka?“

„Jsem pokřtěná a vychovávána v Římskokatolické víře, ale táhne mě to spíše k buddhismu. Cítím, že něco je, ale myslím si, že náboženství jako takové může ubližovat.“

8. „Věříte v posmrtný život? Pokud ano, jaká je Vaše představa o posmrtném životě?“

„Ano v nějaký posmrtný život věřím. Přemýšlela jsem o tom jednou. Jako ráj si to nepředstavuju. Podle mě duše jde někam dál a převtělí se znova. Něco jako reinkarnace. Věřím třeba na duchy a posmrtný život. Vybavují se mi věci, co jsem asi zažila v jiném životě, protože si nepomatuji, že bych to zažila v tomhle. V peklo, ale nevěřím. Počítám i s tím, že třeba nic není, ale určitě bych to nechtěla vědět na 100%, že nic není.“

9. „Měla by být euthanasie povolena a uvažovala by, jste o této možnosti?“

„Ano i ne. Záleží, kdo to bude provádět a podle čeho se to bude určovat. Lékař by přece zabíjel. Věřím v to, že člověk, který je v terminálním stádiu a trpí nesnesitelnými bolestmi, tak si to dovedu představit, že tento člověk by mohl o euthanasii požádat. Ale u spousty případů je pořád ještě šance, že se to zlepší. Já osobně jestli bych o euthanasii uvažovala? Záleželo by na nemoci, jestli by nebyl už třeba lék.“

10. „Jaké emoce ve Vás euthanasie vzbuzuje? Znáte rozdíl mezi aktivní a pasivní euthanasii?“

„Jedná se o lidský život, obávám se zneužití, a kdo o tom bude rozhodovat. V některých případech zbavení bolesti. Rozdíl? To jsme se učili (smích), aktivní je, že si to například sám píchne a pasivní, když to udělá někdo za něj?“

11. „Zažila jste někdy situaci, že by Vás klient oslovil s tím, že si přeje zemřít?“

„Ano, zažila. Ani sem nebyla překvapená. Vyrůstala jsem se seniory. Hlavně se jim to nesmí rozmlouvat. Snažit se jim ukázat, že mají ještě pro co žít. Kdybych jim

to rozmlouvala, mohli by se mnou přestat pracovat nebo se mi přestat svěřovat. Oni mi svěřili své přání a já bych je přesvědčovala o opaku. Je opravdu lepší o tom hovořit a pracovat s klientem.“

12. “Vnímáte fenomén smrti a umírání jinak ve svém osobním životě než v tom pracovním?”

„Určitě ano. Rodina je více citově, než v práci. Kdo říká, že je na to stejný tak lže, pokud třeba nemá už rodinu a upne se na nikoho, který mu ji nahrazuje tak v tomto případě asi ano.

13. “Jak často se zamyslíte nebo mluvíte na téma smrti a umírání? V jakých souvislostech Vás tyto myšlenky napadají?”

„Každý den, dokonce několikrát denně. Řeknu to asi takhle, senioři se zajímají 2 věci, o smrt a o jídlo.“

Abstrakt

KŘENEK, J., *Smrt a umírání v Domově pro seniory Pohoda Netolice*. České Budějovice 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra teologických věd. Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Veber, Th.D.

Klíčová slova: smrt, umírání, paliativní péče, euthanasie, domov pro seniory.

Diplomová práce se zabývá fenoménem smrti a umírání. Práce se snaží porovnat zjištěné poznatky z vlastního výzkumu provedeného v Domově pro seniory Pohoda Netolice a Centra sociální pomoci ve Vodňanech a výsledků z odborné literatury. Cílem práce bylo zjistit, jak pracovníci domova pro seniory vnímají smrt a umírání. Pro splnění cíle byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Sběr informací probíhal použitím strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami.

Abstract

Death and dying in a home for the elderly Pohoda Netolice.

Key words:: death, dying, palliative care, euthanasia, home for the elderly.

This thesis deals with the phenomenon of death and dying. The paper tries to compare the obtained findings from research conducted in their own home for elderly Welfare Centre Netolice and social assistance Vodnany and results from the literature. The aim of the study was to determine how workers home for the elderly perceive death and dying. To meet the targets were four research questions. Information gathering was conducted using a structured interview with open questions.