

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Bc. Dana Hrachová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Potřeby seniorů na konci života
Diplomová práce

2023

Bc. Dana Hrachová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Dana Hrachová**
Osobní číslo: **Z21330**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Potřeby seniorů na konci života**
Téma práce anglicky: **Needs of seniors at the end of life**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
2. KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4225-3.
3. KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-496-8.
4. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.
5. SLÁMA, Ondřej a Ladislav KABELKA. *Paliativní medicína pro praxi*. 3., přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**

Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2023**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Potřeby seniorů na konci života“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10. 04. 2023

Bc. Dana Hrachová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí práce PhDr. Kateřině Horáčkové, Ph.D., za cenné rady, trpělivost, ochotu a odborné vedení při tvorbě diplomové práce.

Děkuji také seniorům – respondentům, kteří souhlasili se zapojením do výzkumného šetření. Velké díky také patří mé rodině za jejich podporu a trpělivost.

ANOTACE

Diplomová práce zjišťuje potřeby seniorů na konci života, kteří žijí v domově pro seniory. Teoretická část, která představuje teoretické východisko pro část empirickou, popisuje základní pojmy stáří, umírání a smrt pomocí literární rešerše odborné literatury. Empirická část diplomové práce předkládá metodiku a výsledky kvalitativního výzkumu. Výzkum byl realizován za přístupu interpretativní fenomenologické analýzy, pomocí polostrukturovaných rozhovorů se skupinou seniorů žijících v instituci. Výsledky průzkumné části ukazují, že senioři přemýšlí o své smrti, svých potřebách a možnostech péče o ně na konci života. Senioři vyjadřovali potřebu hovořit o svých přáních a potřebách se svými nejbližšími. Tato potřeba často není ze strany blízkých saturována.

KLÍČOVÁ SLOVA

Komunikace, paliativní péče, potřeby, přání, smrt, umírání

TITLE

Needs of seniors at the end of life.

ANNOTATION

The diploma thesis examines the needs of seniors at the end of life who live in a retirement home. The theoretical part, which represents the theoretical starting point for the empirical part, describes the basic concepts of old age, dying and death by means of a literary search of specialized literature. The empirical part of the thesis presents the methodology and results of qualitative research. The research was carried out using the approach of interpretive phenomenological analysis, using semi – structured interviews with a group of seniors living in the institution. The results of the exploratory part show that seniors do think about their death, their needs and the possibilities of care for them at the end of life. Seniors expressed the need to talk about their wishes and needs with their loved ones. This need is often not satisfied by loved ones.

KEYWORDS

Communication, palliative care, needs, wishes, death, dying

OBSAH

ÚVOD	11
1 CÍLE A METODY PRÁCE	13
1.1 Cíl práce	13
1.2 Metody k dosažení cíle.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
2 STÁŘÍ	15
2.1 Teorie stárnutí	15
2.2 Změny ve stáří.....	15
2.3 Stáří a lidské potřeby.....	16
2.4 Důstojnost stáří.....	18
3 UMÍRÁNÍ	20
3.1 Historie umírání	20
3.2 Umírání v instituci.....	21
3.3 Komunikace s umírajícím	22
3.4 Potřeby umírajících	24
3.5 Paliativní péče	27
3.6 Důstojné umírání	29
3.7 Truchlení	31
4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	32
VÝZKUMNÁ ČÁST	33
5 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI	34
5.1 Hlavní výzkumné otázky a problém	35
5.1.1 Charakteristika výzkumného souboru	36
5.1.2 Etické aspekty výzkumu	38
5.1.3 Metoda sběru dat.....	38
5.1.4 Metoda analýzy dat.....	39

5.2	Interpretace výsledků	42
5.2.1	Vnímání konce života	42
5.2.2	Komunikace s blízkými	47
5.2.3	Potřeby v závěru života.....	52
5.2.4	Místo, kde si přeji zemřít	58
5.2.5	Přínos rozhovoru.....	61
5.3	Závěrečné shrnutí výzkumu	62
6	DISKUZE	64
6.1	Přínos diplomové práce.....	73
6.2	Limity výzkumu a doporučení pro další výzkum	74
	ZÁVĚR	75
	POUŽITÁ LITERATURA.....	78
	PŘÍLOHY.....	82

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Druhá fáze kvalitativní analýzy.....	40
Obrázek 2 Čtvrtá fáze kvalitativní analýzy.....	41
Obrázek 3 Prezentace hlavních témat a podtémat	42
Tabulka 1 Charakteristika souboru respondentů	37
Tabulka 2 Hlavní témata a kódy	40

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
FZS	Fakulta zdravotnických studií
GPC	geriatrická paliativní péče
IPA	interpretativní fenomenologická analýza
MMSE	Mini Mental State Exam
PSP	pracovník v sociálních službách
SZP	střední zdravotnický pracovník
UPCE	Univerzita Pardubice
WHO	World Health Organization

ÚVOD

„Celý lidský život není nic jiného než cesta k smrti.“

(Seneca)

Dnešní medicínská věda tabuizovala smrt (Postman, 2010). Pro člověka současné doby je samozřejmostí, že bude žít dlouho, šťastně a úspěšně. Dnes se lidé chtějí bavit, ne se zaobírat nemocí, utrpením, stářím a smrtí. Vyspělost medicíny je v dnešní době obdivuhodná, proto je velmi obtížné zemřít. Člověk dokáže racionálně svou smrtelnost přijmout – každý ví, že jednou musí zemřít, ale toto chápání je bez emoční stránky, tu disociujeme (Kupka, 2014, s. 18).

Změna hodnot, postojů a praktik poskytovatelů zdravotní péče nastala v druhé polovině 20. století, kdy došlo k uvědomění si institucionalizace smrti a začala být prosazována myšlenka „*dobré institucionalizované smrti*“. Za „*dobrou*“ smrt je považováno umírání bez zbytečného utrpení a trápení, podle přání pacientů a jejich rodin. Podmínkou je zachování klinických, kulturních a etických norem. Granda–Cameron a Houldin (2012) diskutují pojem „*klidná smrt*“, kde jsou ve společném propojení medicína, sociální, psychologické a osobní prvky, které hledají smysl vlastní smrti, zacházení se soucitem, úctou, důstojností a nadějí, že člověk není ostatními opuštěný ani přítěží, má naději na smrt bez utrpení, bolesti a zůstane spojen v prostoru a čase s jinými, s Vyšší silou, Bohem, Univerzem (Sovářiová Soosová, 2022, s. 45).

Předkládaná diplomová práce na téma „Potřeby seniorů na konci života“ se zabývá problematikou splnění potřeb seniorů blížících se konci svého života, kteří žijí v domově pro seniory, tedy instituci.

Oblasti práce se seniory se profesionálně dlouhodobě věnuji a často se setkávám s protichůdnými požadavky seniorů a jejich blízkých na zdravotnickou péči v poslední fázi života, kdy příbuzní a blízcí v této fázi vyžadují hospitalizaci a léčbu svého blízkého, i když on si to již nepřeje. Cílem této diplomové práce je poukázat na důležitost komunikace seniorů žijících v institucích, komunikace jejich rodin a personálu o přáních a potřebách, které budou senioři upřednostňovat v závěru svého života.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, na teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřena na oblasti:

- Vymezení pojmu stáří a stárnutí, změny ve stáří a s nimi související potřeby seniorů.
- Problematika umírání seniorů v institucích, komunikace s nimi v kontextu jejich potřeb a vymezení paliativní péče.
- Důstojnost a respektování důstojnosti člověka v závěru života, smrt a truchlení.

V empirické části je využit kvalitativní výzkum, který se zabývá nejčastějšími otázkami o potřebách seniorů žijících v instituci na konci jejich života. Výzkum je proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů s využitím přístupu interpretativní fenomenologické analýzy se zaměřením na individuální myšlení účastníků výzkumu. Otázky jsou kladeny s cílem zjistit:

- Jak senioři vnímají konec života?
- Jak komunikují se svými blízkými o konci svého života?
- Jaké mají potřeby v závěru života?
- Kde si přejí senioři žijící v domově pro seniory zemřít?

Tyto hlavní otázky jsou rozpracovány na další okruh podotázek. Rozhovory byly zaznamenány a převedeny do písemné podoby. Odpovědi na otázky byly posléze zpracovány a vyhodnoceny, přičemž byly ve výpovědích seniorů vyhledávány společné znaky tak, aby z nich bylo vytěženo co nejvíce pro tento výzkum.

Závěr práce sumarizuje, co považují senioři na sklonku života za nejdůležitější, tj. které potřeby vidí jako nejvýznamnější, co je pro ně důležité a jak oni vnímají komunikaci s personálem a svými blízkými z pohledu naplňování svých potřeb a přání. Na základě toho jsou zformulována doporučení, která eventuálně poslouží jako východisko pro další plánování péče o seniory v závěru jejich života.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Hlavním cílem této diplomové práce je identifikace a analýza jednotlivých potřeb ve smyslu bio-psycho-sociálně-spirituálních u seniorů na konci života žijících v instituci.

Cílem teoretické části je popis problematiky a vytvoření teoretického východiska pro empirickou část pomocí zpracování odborné literatury.

Cílem empirické části je:

- Zjistit, jak senioři vnímají konec života.
- Zjistit, jak senioři komunikují se svými blízkými o konci života.
- Zjistit, jaké mají senioři potřeby v závěru života.
- Zjistit, kde si přejí senioři žijící v domově pro seniory zemřít.

1.2 Metody k dosažení cíle

Metodou výzkumu byl zvolen ad hoc kvalitativní terénní výzkum s technikou sběru dat za využití přístupu interpretativní fenomenologické analýzy pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce má za cíl nabídnout ucelený přehled o problematice umírání. Práce je rozvržena do navazujících kapitol, které jsou podloženy odbornou literaturou napsanou českými i zahraničními autory. Všechny zdroje byly vyhledány pomocí databází Medvik, PubMed, Google Scholar a v katalogu Odborné knihovny Oblastní nemocnice Náchod, a. s.

2 STÁŘÍ

Stáří se obecně označuje jako pozdní fáze ontogeneze. Jedná se o poslední vývojovou etapu jedince. Jde o završení života po stránce osobnostní, duševní, spirituální, tělesné a sociální (Čeledová et al., 2016, s. 11).

Dle Kabelky (2017, s. 61) není stáří nemocí, ale v 21. století je stáří spojeno s nemocemi. I tak může být život seniorů kvalitní, pokud bude mít dostatečnou podporu, včasnou diagnostiku a potřebné intervence. Aby tyto procesy probíhaly efektivně je nutné využívat model komunitní péče.

Také Mareš (2012, s. 127) uvádí, že současně se stářím přibývají onemocnění, většinou vážná, přicházejí ztráty, které narušují pocit vlastní výjimečnosti, fyzické a psychické zdatnosti a vlastní sebepojetí. Staří lidé mění názory na to, co je pro ně důležité a na čem jim v životě nejvíc záleží.

2.1 Teorie stárnutí

Stáří je součástí ontogenetického vývoje, ve kterém na sebe během času působí změny chorobné, důsledky úrazů a snaha organismu adaptovat se na ně. Nejvýraznější složkou stárnutí je různě rychlý pokles potenciálu zdraví, zdatnost jedince, jeho odolnost a adaptabilita. Se zvyšujícím se věkem postupně klesá výkonnost organismu, schopnost přizpůsobovat se změnám, zátěži a stresorům (Čevela a Čeledová, 2014, s. 17-18).

Příbyl (2015, s. 9) udává shodu mezi autory zabývajícími se problematikou stáří a stárnutí v tom, že stáří neboli senium je vývojové období – konečná etapa života, a stárnutí neboli senescence je proces fyziologický, kterému se žádný živý jedinec nemůže vyhnout.

2.2 Změny ve stáří

Příbyl (2015, s. 9-10) dělí stárnutí na fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí (též primární nebo zdravé stárnutí) prochází přirozenými projevy, které souvisejí s věkem, vytváří se typický obraz – stařecký fenotyp. Jedná se o nepřetržitý proces zrychlující se po 65. roce věku. Patologické též sekundární stárnutí je zejména stárnutí chorobné, kdy se proces stárnutí urychluje. Někdy je ještě zmiňováno tzv. terciární stárnutí, které souvisí s rychlým tělesným úpadkem v období umírání a s umíráním samotným.

Specifické poruchy zdraví se v autochtonním modelu nazývají křehkost (frailty) a jí podmíněné geriatrické syndromy. Pozitivní hodnoty jsou v tomto modelu hodnoceny jako potenciál zdraví

– vzájemné porovnávání míry adaptability, zdatnosti a odolnosti. Autoři tím konstatují, „že geriatrická křehkost (*frailty*) je klinickou manifestací, symptomatickou formou nízké úrovně potenciálu zdraví, která negativně interferuje se subjektivní pohodou, obvyklými sociálními rolemi, běžnými aktivitami denního života, souhrnně s kvalitou života, svébytností a soběstačností daného člověka“ (Čevela a Čeledová, 2014, s. 31). Jedná se zde o definování funkčního zdraví, na kterém se společně podílejí faktory biologické, neurobiologické, psychické, sociální, spirituální i faktory prostředí (Čevela a Čeledová, 2014, s. 31).

Autoři dále uvádějí, že pro seniory je z hlediska zdravotního stavu charakteristická polymorbidita, kdy dochází ke změně spektra chorob – přibývají chronické a degenerativní nemoci. Vznikají vyšší rizika komplikací a neúplná vyléčení, což často vede k chronicitě. Neméně důležitá je v tomto období pro seniory i komponenta sociální (Čevela a Čeledová, 2014, s. 34).

Medicínský obor zabývající se diagnostikou a léčbou specificky se vyskytujících chorob ve stáří, se nazývá geriatric. Geriatric je především zaměřena na prevenci následků snižujícího se zdravotního potenciálu a usiluje o udržení co možná nejlepší kvality života (Kabelka, 2017, s. 55).

2.3 Stáří a lidské potřeby

Dle Haškovcové (2010, s. 97) má každý člověk potřeby různého druhu, které je potřeba dělit podle naléhavosti.

U geriatrických pacientů je nutné během sociální a zdravotní péče myslet na teorii potřeb člověka. Základnou jsou potřeby biologické: nestrádat žízní, hladem, bolestí. Další jsou potřeby psychosociální: sounáležitost, komunikace, soukromí, láska. Na nejvyšším stupni je seberealizace, spiritualita. Aby se zabránilo zhoršení kvality života seniorů při poskytování péče, je nutné pracovat se všemi stupni potřeb (Holmerová et al., 2014, s. 51).

Potřeby se významně podílejí na orientaci člověka v prostředí a pomocí seberealizace pomáhají jedinci měnit prostředí. Proto je nutné, aby si pečující uvědomili, že způsob vyjadřování a uspokojování potřeb je individuální a u každého se projevuje jinak. Uspokojování potřeb pozitivně nebo negativně ovlivňuje psychické funkce člověka týkajících se pozornosti, myšlení a volných procesů a podílí se na tvorbě vzorců chování. Činnosti vedoucí k uspokojení potřeb jsou řešeny na psychologické úrovni jedince. Potřeba není pouze chápána jako nedostatek

něčeho, ale je rovněž silou, která člověka posouvá k jiným lidem, činnostem a předmětům (Příbyl, 2015, s. 31).

S přibývajícím věkem a změnou prostředí se mění i potřeby jedinců. Vlivem stárnutí dochází ke změnám zdravotního stavu jedince, jeho rodinných a společenských vztahů a tím ke změnám priorit při uspokojování potřeb (Čevela et al., 2012, s. 34).

Dle principů OSN (1991) jsou prioritami života ve stáří důstojnost (váženost), autonomie (samostatnost, nezávislost), seberealizace, participace a bezpečí. Smysl i cíl života jednotlivých seniorů jsou různé, odvíjejí se od životní situace a hodnotového žebříčku. U lidí vyššího věku jsou nejčastěji zdůrazňovány priority ve smyslu urovnání vlastního života, vytrvalý osobnostní růst, udržení povinností v rodině, život v partnerství, zachování svébytnosti (Čevela et al., 2012, s. 30-31).

K naplňování potřeb, je nezbytné potřeby nejdříve rozpoznat a identifikovat. Pojmenování potřeb u seniorů bývá často složitou záležitostí. Jediným možným prostředkem k identifikaci potřeb seniora je komunikace, především naslouchání. Dnešní doba od pečujících vyžaduje dovednost, obratnost, korektnost, výstižnost a přesnost ve slovní i mimoslovní komunikaci se seniory. Nepřesnost v komunikaci, která se jiným může jevit jako bezvýznamná, může mít nepříznivé důsledky. Během rozhovoru je důležité uvědomit si s kým, kde a jak komunikujeme a tím předejít nesprávné interpretaci sdělovaného na všech úrovních komunikace (Příbyl, 2015, s. 43).

Pro naplňování potřeb je důležitá motivace. V případě uspokojování potřeb je motivací nedostatek v psychofyzickém či biosociálním existování jedince nebo v jeho chování. Motivace zde působí jako nástroj pro odstraňování těchto nedostatků. Při narušení vnitřní psychické rovnováhy dochází pomocí motivace k pohybu, který následně vede k vyrovnání psychofyzického, biosociálního bytí jedince a jeho chování (Plevová, 2019, s. 93).

Teorie ošetřovatelství podle Wiedenbachové je primárně zaměřena na ošetřovatelství v těhotenství a šestinedělí, ale vystihuje i péči o potřeby seniorů. „*Wiedenbachová je přesvědčena, že filozofie péče zahrnuje tři základní aspekty: úctu k životu, respektování důstojnosti, hodnot, samostatnosti a individuality každého pacienta, konání v souladu s osobní a profesní vírou a přesvědčením. Její teorie vychází z filozofického názoru, který respektuje individualitu, důstojnost, hodnotu a autonomii člověka. Její přístup k ošetřovatelské péči je naplněn úctou k daru života*“ (Špirudová, 2015, s. 53).

2.4 Důstojnost stáří

Důstojnost je váženost či velebnost. V dnešní době je vyzdvihována důstojnost ke každému (i těžce nemocnému). Důstojnost jako pojem je často používán, ale málokdy naplňován. V ošetrovatelské praxi je přitom možné ho naplňovat řadou drobných aktivit, např. vhodným oslovováním těch, o které se staráme, příkladnou péčí a hygienou, vytvářením pocitu bezpečí, materiální a vztahovou jistotou (Haškovcová, 2012, s. 76).

Plevová (2019) při zdůrazňování etických požadavků na sestry během vykonávání ošetrovatelské péče vyzdvihuje zachování úcty, respektování lidské důstojnosti a autonomie pacienta. Tím se předpokládá, že se sestry k nemocnému nebudou chovat lhostejně, nebudou jej ponižovat, budou brát v úvahu jeho zájmy a zapojí ho do rozhodování o věcech, které se ho týkají. Je důležité pochopit i pacientův stud a obavy a podporovat ho v činnostech, které zvládne sám. Najít si dostatek času a aktivně naslouchat je projev respektu a úcty, kterou sestra projevuje pacientovi při komunikaci (Plevová, 2019, s. 80-81).

Součástí důstojnosti stáří je zachování autonomie (autonomy). Gerontologie zachováním autonomie usiluje o osobnostní rozvoj seniorů, zrání osobnosti a dokončení ontogeneze (Čevela a Čeledová, 2014, s. 219).

Senioři spojují s důstojností především úctu a participaci. Dle Kisvetrové (2019) jsou senioři nejvíce ohroženi nedůstojným zacházením při závislosti na péči druhých, špatnou komunikací a odosobněním péče. Důstojnost seniorů chrání porozumění problémům pečujícími. Z pohledu seniora zachování důstojnosti znamená, že je s ním jednáno s respektem, má svůj život pod kontrolou, je zachována jeho autonomie a osobní identita. Aby toho bylo dosaženo, musí být senior ostatními vnímán jako jedinečná lidská bytost a jako respektovaný člen společnosti (Kisvetrová, 2019).

Pro zachování důstojnosti je nezbytný psychologický přístup zdravotníků, který vyžaduje citlivé chování a jednání jak s pacientem, tak s jeho blízkými. Základem je respekt k soukromí a studu, ochrana intimity, „*lidsky slušné, citlivé a vstřícné chování*“, které je zmiňováno již v Rogersově humánním konceptu. Takto směřovaný zájem o pacienta s sebou ale také nese zvýšené požadavky na dovednosti zdravotníků v komunikaci a způsobech jednání s pacienty (Špirudová, 2015, s. 61).

Dle Milfajta je povinností všech pečujících o vážně nemocné a umírající respektovat a chránit jejich důstojnost. Tento respekt a ochrana se zrcadlí v poskytování přiměřeného prostředí, které umožňuje jedinci důstojné umírání. Závazek o respektování svébytné jedinečnosti

a nezaměnitelnosti každého je založen na statusu a ochraně lidské důstojnosti a etickém aspektu pojetí člověka (Milfait in Sláma a Kabelka, 2022, s. 40).

K respektu k individualitě pacienta patří i tolerance a uznání rozdílů mezi lidmi, které zdravotník akceptuje, i když je sám vnitřně nemusí schvalovat. Zdravotnický tým má pacientovi a jeho blízkým dávat pocit, že nejsou na své problémy sami, že nejsou opuštěni. Pro eliminaci negativních následků je důležité vést rozhovory o negativních emocích, dodávat pacientovi i jeho blízkým odvalu, pomoci zvládat psychické nároky nemoci a tím vytvořit základ pro dobrou spolupráci mezi zdravotníky a nemocným. Takto navozený pozitivní vztah je základem pro udržení nebo návrat co možná nejvyšší kvality života nemocného (Špirudová, 2015, s. 62).

Za důstojné je považováno i vhodné chování nebo jednání s příbuznými pacienta. Komunikace s pozůstalými vyžaduje empatii a umění ve verbální i neverbální komunikaci (Plevová, 2019, s. 82).

Pro populaci křehkých pacientů s potřebami paliativní péče je důležitý etický přístup okolí a etická péče. Jedná se o doplnění tradiční normativní etiky, která je primárně založena na principech jednání a individuální autonomie. Etika péče považuje křehkého nemocného za zdroj kontextově citlivého, obezřetného úsudku a péče. Zranitelnost je zde chápána nejen jako nedostatek autonomie, ale také jako výzva pro pečující k posílení schopností nemocného. Samostatná autonomie je obohacena o mezilidské vztahy (Voumard et al., 2018, s. 220).

3 UMÍRÁNÍ

Umírání je proces, při kterém dochází k postupnému a nevratnému selhávání jedné či více životně důležitých soustav. Jedná se o terminální fázi probíhající poslední hodiny nebo dny života. Není to pouze patofyziologický proces, protože zde probíhá konečná fáze jedinečného života člověka, který měl a má svou spirituální, psychologickou a sociální dimenzi (Slámová a Sláma in Sláma a Kabelka, 2022, s. 307).

Umíráním a smrtí se zabývají vědci nejrůznějších oborů, ale spojením těchto vědních oborů vznikla thanatologie. Thanatologie se snaží na umírání a smrt pohlížet holisticky, protože v dnešní době je na smrt nahlíženo hlavně medicínsky, mluvíme o medikalizaci smrti (Špatenková, 2014, s. 19).

Špatenková (2014, s. 33) cituje Haškovcovou v jejím názoru na umírání, kdy je umírání bráno jako synonymum konečného, terminálního stavu člověka. V této fázi života „*dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů s následkem smrti individua. Jedná se o „vlastní umírání“, stav, který bývá označován také pojmem in finem.*“ Délka tohoto stavu může být v řádech hodin, dnů, ale i týdnů.

V představách laické veřejnosti je umírání vnímáno jako synonymum konečného stadia života v krátkém časovém intervalu, kdy dochází k nevratnému selhávání životních funkcí. Skutečně však toto období trvá měsíce i léta a zasluhuje si komplexní péči o kvalitu života (Haškovcová in Ondrušová a Krahulcová, 2019, s. 195).

3.1 Historie umírání

V jednotlivých historických etapách se péče o umírající lišila. Ovlivňovala ji úroveň ošetrovatelských a medicínských znalostí, ale i filozofie konkrétní doby. Vývoj procházel změnami od evropského středověkého léčitelství, spojovaného s významnými ženami této doby, pokračujícími charitativní péčí, až po dnešní moderní hospicovou a paliativní péči poskytovanou v institucích, ale i domácím prostředí (Kisvetrová, 2018, s. 18).

Dřívější domácí umírání mělo stejný, opakující se scénář a každý věděl, co je jeho úkolem. Péče o umírajícího člena rodiny byla běžnou záležitostí. Každý se během svého života setkal se smrtí a plnil různé úkoly, když jeho blízcí onemocněli a umírali. Díky tomu věděl, že i on jednou v této situaci bude a dokázal si představit, jak umírání a smrt probíhá. Součástí této školy života byly i děti, které takto mohly lépe pochopit smrt, jako součást života a učily se

jednotlivým rolím, které budou v roli doprovázejícího během života zastávat, až po svoji roli poslední, roli umírajícího (Kupka, 2014, s. 19).

Z předchozích řádků vyplývá, že péče o umírající v dobách minulých byla převážně laická, ale bylo by mylné se domnívat, že všichni měli to štěstí umírat v kruhu svých blízkých. Proto již v době evropského středověku se společnost snažila o zajištění základních fyzických, materiálních a prostorových potřeb pro umírající. Tohoto úkolu se postupně ujímala církev, šlechta a obce. Tím začíná historický vývoj špitálů, chorobinců a chudobinců se snahou o fungující a dostupnou síť pomoci nemocným a umírajícím (Ariés, 2000; Haškovcová, 2007 in Kupka, 2014, s. 20).

Problematikou umírání a smrti se ve 20. století zabývala americká lékařka švýcarského původu E. Kübler-Rossová (1926-2004). „*Myslím, že naše současná neschopnost vyrovnat se se smrtí klidně, má řadu důvodů. Jedním z nejdůležitějších je fakt, že samo umírání má dnes v mnoha směrech děsivější podobu než dříve, je mnohem osamělejší, mechanické, odlidštěné – občas je dokonce obtížné přesný okamžik smrti technicky stanovit*“ (Kübler-Ross, 2015, s. 17). Její dílo významně přispělo k tomu, že se o umírání začalo opět otevřeně hovořit (Špatenková, 2014, s. 32). Průkopnicí tohoto oboru u nás je Helena Haškovcová (nar. 1945) (Špatenková, 2014, s. 19).

3.2 Umírání v instituci

V současné době umírá v nemocnicích přibližně 70 % všech zemřelých v České republice. Což znamená, že tito umírající své poslední hodiny, týdny nebo měsíce života prožívají v závislosti na péči zdravotníků. Přitom se během této hospitalizace odehrává jejich životní bilance, uzavírají své vztahy a může docházet k urychlení utrpení jak umírajících pacientů, tak jejich blízkých. My, jako zdravotníci, máme v této situaci možnost podpořit pozůstalé, ovlivnit jejich postoje, zmírnit truchlení a „zlidštit“ současnou medicínu. Je alarmující, že většina těchto hospitalizovaných pacientů je chronicky a progresivně nemocných a my stále neumíme zajistit jejich péči v domácím prostředí (Kabelka, 2017, s. 30-31).

Shodné údaje udává i ČSÚ, kde podle jeho zjištění o místě úmrtí v roce 2020 došlo u téměř 2/3 všech úmrtí v nemocnicích nebo léčebných ústavech. V zařízeních sociální péče došlo přibližně k 10,7 % ze všech úmrtí. Z toho vyplývá, že v domácím prostředí zemřela pouze pětina osob (ÚZIS, 2021, s. 11–12).

Kübler-Rossová (2015, s. 17) napsala, že současné umírání v institucích je osamělé a neosobní. Nemocný je ve spěchu přijat do nemocnice, kde zdravotníci nemají čas soustředit se na lidskou stránku potřeb nemocného, protože se obávají ztráty drahocenného času, potřebného pro záchranu jeho života.

Současné vytěšňování smrti z kruhu rodinného do institucí znamená profesionální péči o umírající. Smrt zde přestala být nevyhnutelným přirozeným jevem, součástí života, naopak je vnímána jako neúspěch medicíny (Ariés, 2000 in Špatenková, 2014, s. 65). Smrt a umírání se v současné době potkávají v léčebnách dlouhodobě nemocných, které se staly „čekárnami na smrt“ nebo synonymem „špatného umírání“. Jsou to pracoviště, kde vládne a vítězí smrt. Pro zdravotníky, ale i laiky je to místo vyvolávající negativní pocity, protože v době minulé sem byli umísťováni pacienti, aby zde dožili. Léčebny dlouhodobě nemocných bývaly místem, kam se „chodilo umírat“ (Špatenková, 2014, s. 65-66).

Dle Eriksona (2015, s. 129-130) musí mnoho seniorů čelit vynuceným ústupkům. Jejich zhoršování zraku, sluchu a dalších tělesných systémů způsobuje jejich odloučení od vnějšího světa a sociálních kontaktů. Většinový podíl na této situaci nese společnost, která své staré seniory umísťuje tam, kde nejsou vidět a slyšet.

Špatenková a Polzerová (in Špatenková, 2014, s. 67) se domnívají, že snahou o optimalizaci institucionální péče o umírající je péče hospicová. Zakladatelkou hospicové péče v České republice je Marie Svatošová (nar. 1942).

Doprovázení umírajícího je emotivní a velice důležitá součást péče o nevléčitelně nemocného. Zdravotníci by si měli tuto roli doprovázejícího dovolit a zvládat ji, měli by umět připravit sebe i nemocného na „*rituály závěru života*“ a nepodceňovat psychologický význam doprovázení (Kabelka, 2020, s. 200).

3.3 Komunikace s umírajícím

Komunikace se dělí na neverbální a verbální, kdy neverbální ve výsledném efektu představuje více jak 70 %. V emočně vypjatých situacích je důležitost neverbální komunikace téměř 100 %. Komunikace v paliativní medicíně se neobejde bez emocí, vcítění se, sdílení a empatie všech zúčastněných (pacient, zdravotníci, rodina) (Kabelka in Sláma a Kabelka, 2022, s. 56).

V neverbálním projevu jsou dobře viditelné emoce. V případě jejich rozpoznání u druhé osoby komunikujícím pomáhá v orientaci, co druhý prožívá a umožňuje mu předvídat, jak asi zareaguje. Podle toho je možné své chování a komunikaci s druhými přizpůsobovat. Lidé se při

projevování a prožívání emocí různí, ale každý z nás je při jejich projevu více či méně srozumitelný a čitelný (Bednařík a Andrášiová, 2020, s. 32).

Otevřená a empatická komunikace mezi pacientem, zdravotníky a rodinou pacienta je klíčová pro paliativní medicínu. Cílem paliativní medicíny je pomáhat nevyлéčitelně nemocným a umírajícím udržet co nejlepší kvalitu života. Základem takové péče je vytvoření lidských vztahů a předání informací pomocí vzájemné komunikace (Kabelka, 2017, s. 278).

I Sláma upozorňuje na zkušenosti v paliativní medicíně, kde empatická a otevřená komunikace vytváří možnosti k dosažení shody mezi zdravotníky a pacientem pro dosažení co nejlepších cílů léčby a péče. Ani tak nelze předem stanovit, zda vybraná léčba nebude marná, ale u většiny pacientů dosáhne shody, která léčba je pro ně prospěšná (Sláma in Černý a Doležal, 2013, s. 223).

Komunikace rodiny, pečujících a zdravotníků se v péči o nemocné vyššího věku v závěru života ničím neliší. Emoce, závažnost a složitost situace jsou stejné jako u ostatních pacientů (Kabelka, 2020, s. 171).

Komunikace s rodinou, která o svého nemocného pečuje, vyžaduje určitý cit a pochopení. V českém zdravotnictví se často stává, že rodina, která má zkušenost s pečováním, pokládá dotazy a má načerpané informace nebo nesouhlasí s nějakou částí péče či léčby, je označována jako „stěžovatelská“. Přitom při správné komunikaci může být tento člověk pro zdravotníky nejlepším partnerem a spolupracovníkem. Pro křehké pacienty je tento pečující často jedinou možností, jak zůstat i se svou závažnou nemocí v domácím prostředí (Kabelka, 2017, s. 42).

Problémy umírajícího jeho smrtí skončí, ale problémy jeho pozůstalé rodiny zůstávají. Mnohému jde ale předejít nebo zmírnit, když je umírající se svojí rodinou probere ještě před smrtí. Tím umírající svým blízkým prokáže velikou službu a pomůže jim, aby se s jeho smrtí vypořádali. Jednou z možností, jak toho docílit, je svěřit se s vlastními pocity a myšlenkami a povzbudit je, aby totéž udělali i oni. Tím bude umírající pro své blízké příkladem, jak odcházet z tohoto světa vyrovnaně a oni díky tomu lépe zvládnou svůj smutek (Kübler-Ross, 2015, s. 178).

Velmi těžkou zkouškou pro doprovázejícího bývá pokušení rozhodovat za nemocného. Často si myslí, že je potřeba nemocného chránit před pravdivou informací o jeho zdravotním stavu a blížící se smrti. Ale nemocný ve většině případů chce znát pravdu, nechce být klamán. Je potřeba naslouchat jeho nepřímým a nesmělým otázkám. Pro takového nemocného

je důležité nic neskrývat, nevyhýbat se odpovědím a odpovídat pravdivě. Umírající člověk tuto skutečnost velmi dobře tuší a pečující, který zamlčuje pravdu, jej vrhá do osamělosti, která je poté příčinou ukončení komunikace, stáhnutí se nemocného do sebe a způsobí jeho vyrovnávání se s blízcí smrtí v osamění (Špinková, 2016, s. 13).

V komunikaci s pacientem s infaustní prognózou Svatošová nedává jako cíl intervencí uzdravení pacienta, ale pocit bezpečí a nemít strach z budoucnosti. V této fázi je nutná podpora reálné naděje, nikdy nesmí pečující dávat naději falešnou. Znamená to, připustit možnost uzdravení, ale i neuzdravení. Milosrdné lži pacient i jeho blízcí rádi v první chvíli uvěří, ovšem následky takto chybné komunikace se jen velmi těžko napravují (Svatošová in Černý a Doležal, 2013, s. 232).

Jak již bylo v předchozích odstavcích řečeno, neexistují žádná správná či nesprávná rozhodnutí o péči v závěru života. Protože pro umírajícího je nejdůležitější mít možnost rozhodovat se informovaně. Pro Volandese (2015, s. 89) jsou důležité dvě věci, které pro nevléčitelně nemocné pacienty může udělat. Co nejpravdivěji jim vysvětlit dostupné možnosti jejich léčby tak, aby tomu porozuměli a aby jejich lékař pochopil, ve které části své osobní cesty se tito lidé nacházejí.

Terminální fáze onemocnění podněcuje v pacientovi myšlenky o konečnosti vlastní existence, přináší strach z bolesti a možné ztráty důstojnosti. O těchto tématech je těžké mluvit. Možnost mluvit o nich na rozdíl od mlčení, přináší úlevu, že pacient se svými obavami a pocity nezůstane sám. Podporování umírajících ve falešnou naději může způsobit, že nedostanou šanci včas se rozloučit s blízkými, ukončit nedokončené a připravit se na poslední fázi svého života (Bednařík a Andrášiová, 2020, s. 164).

3.4 Potřeby umírajících

Základní potřeby, zvyklosti a rituály je možné nalézt v životním příběhu daného seniora. Dobře sepsaná biografie poskytuje osnovu k uspokojování jednotlivých potřeb, jako je například spánek, klid, příjem potravy, vylučování. Objevují se i potřeby lásky a sounáležitosti, seberealizace, duchovní potřeby. Ve spirituální oblasti je důležité rozdělit tyto potřeby na oblast víry osobní a víry náboženské. Oblast osobní víry může přinést další rozměr na spirituální potřeby seniora v závěru života, kde může zaznít jasná formulace potřeby zemřít, které velmi často neumí personál naslouchat nebo nechce slyšet, natož tuto potřebu odborně uchopit (Procházková, 2019, s. 69).

Během závěrečné fáze života je čas na vyhledávání potřeb nemocného i jeho blízkých. Je zde čas na empatii, lidskost, podporu, otázky a odpovědi, čas pro psychologickou a spirituální péči s bilancováním, možnou úzkostí, strachem, přijetím nemoci a přípravou na umírání. Je to čas hledání k co možná nejlepší a dosažitelné kvalitě života. Je to čas na ukončení preventivní léčby a komplikací civilizačních chorob. Čas na odpočinek i během dne (Kabelka, 2020, s. 198).

O dobré kvalitě života nesvědčí absence závažných symptomů. I pacient, který je závislý na péči druhých, jeho výkonnostní stav je nízký nebo jsou u něho přítomny závažné symptomy, může svoji kvalitu života hodnotit jako dobrou. Vnímání kvality života je závislé na vztahu mezi očekáváním a možnostmi pacienta. Frustrace s pocitem špatné kvality života často vzniká při nepoměru mezi přáním a očekáváním a realitou s omezenými možnostmi. Paliativní péče cílí na zvýšení pacientových možností, jeho potenciál, očekávání a aspirace. Pomocí celkového přístupu dochází u nemocných k adaptaci na nevyлéčitelné onemocnění, hodnocení vlastní situace, změny v prioritách a cílech, přípravu na závěr života. Praxe s uvedenými skutečnostmi dokazuje důležitost psychologické, spirituální a sociální podpory nevyлéčitelně nemocným a umírajícím (Sláma in Sláma a Kabelka, 2022, s. 36-38).

Dle Clarka (2013) zklidňující a terapeutické účinky dotyku přispívaly k lepší pohodě a zdraví po celá staletí. Privilegium zdravotnických pracovníků spočívá ve využití dotyku jako formy komunikace. Nemocných a umírajících se nejčastěji a nejintimněji dotýkají sestry. Pacienti během fyzické péče nezřídka vyjadřují své obavy a strach ze závislosti nebo se mohou svěřovat se svými duchovními obavami. Dotyk u obou osob může vyvolat různou intenzitu a kvalitu emocionálních odpovědí. Empatický dotyk může vést k pocitům vzájemné opory, spojení, zmírnění strachu, úzkosti a osamělosti (Sovářiová Soósová, 2022, s. 106-107).

Umírající člověk je obvykle zaměřen sám na sebe. Doprovázející by měl umět vycítit, co je umírajícímu příjemné. Od blízkých je možné zjistit, jak nemocný vnímal blízkost ostatních lidí během života. Zda mu byla příjemná nebo nepříjemná, jak překonával nesnáze a bolesti, jak vyjadřoval své city (Špinková, 2016, s. 10).

U umírajícího je přirozené, že již nechce přijímat potravu. Mění se stravovací návyky, chutě. Nemocný upřednostňuje tekutou stravu nebo už nejí nic. Tělo už nepotřebuje získávat energii z jídla. Opakem bývá potřeba pití, umírající má pocit žízně. Často není schopen tekutiny polykat, proto je umírajícímu příjemné zvlhčování úst. Blízcí tuto situaci vyžadují řešit pomocí infuzí. Je důležité jim vysvětlit, že tento výkon je pro umírajícího zatěžující, necitlivě ovlivňuje přirozené umírání, způsobuje otoky, dušnost a zmatenost. Pocit žízně snižuje důkladná péče

o dutinu ústní. Umírajícímu je příjemné zvlhčování dutiny ústní nebo navození pocitu chladu v ústech, které je možné docílit pomocí bezpečného podání zmrzlé kuličky ledu z čaje nebo šťávy (Špinková, 2016, s. 10-11).

Potřeba uzavřít rozdělané věci se může projevit úpornou touhou umírajícího sbalit se a odjet. Zde je nutné pomoci umírajícímu završit vztahy, uzavřít rozdělané věci, rozloučit se. Umírající potřebuje vědět, že má dovoleno odejít. Blízcí mu mohou ještě říct, že ho mají rádi, poprosit za odpuštění nebo naopak odpustit, ubezpečit ho, že vše bez něho zvládnou. Takové rozloučení je prospěšné a snazší pro umírajícího i jeho blízké (Špinková, 2016, s. 14-15).

Vysvětlení slova spiritualita lze hledat v latinském výrazu „spiritus“, což znamená duch, vánek, dech (také líh). Jedná se o nehmotné skutečnosti, velmi těžce uchopitelné. Spiritualita zahrnuje téma hlubokého smyslu lidské existence a lidské bytosti jako celku. WHO řadí naplnění spirituální potřeby na stejnou úroveň, jako zvládnání managementu fyzické bolesti a symptomů onemocnění. Umění rozhovoru o duchovních potřebách by mělo patřit k základní výbavě zdravotníka. Jedná se o lidský vztah k pacientovi, kdy zdravotník vystupuje ze své profesní role. Nevidí pacienta jako diagnózu s různými výsledky testů, ale vstupuje do jeho života a setkává se s ním jako člověk s člověkem (Horáková in Sláma a Kabelka et al., 2022, s. 51-52).

Dle Kabelky (2017, s. 277) je spiritualita významná pro pomoc smíření se s nevléčitelnou nemocí a zkvalitnění závěrečné fáze života nemocného a jeho blízkých. Proto si myslí, že duchovní péče by měla být vždy zařazena do práce multidisciplinárního týmu.

Posláním spirituální péče je smíření se se sebou samým, s vlastním životem a bližními. Lidé „víry“ potřebují usmíření svědomí a důvěru v Boží lásku. Poté může přijít síla na odpuštění sobě i blízkým, přijetí minulosti, ale i poděkování za dobré situace, děti, blízké. Předání materiálních věcí, poděkování, vyslovení lásky (Chvílová Weberová a Sojka in Kosová, 2021, s. 259).

Skutečný stav duchovní nouze vzniká při nenaplnění potřeby smysluplnosti. Nabízejí se otázky existenciální o smyslu života, nemoci, utrpení. Jinak se bude tázat člověk věřící, jinak nevěřící, ale vždy budou hledat naději. U umírajících často jde o potřebu urovnání vztahů, smíření s lidmi, ale i s Bohem. Zdá se, že jde o pacientovu soukromou věc, ale když pacient potřebuje pomoc vytvořit podmínky pro vyřešení svých problémů, je naší povinností mu pomoci. Stačí přivolat ty, které potřebuje nebo když už nezbývá dostatek času, nahradit je a projevit lítost, která pomůže smazat vinu a uleví od výčitek svědomí (Svatošová in Černý a Doležal, 2013, s. 237-238).

Psychickou situaci křehkého seniora zhoršuje uvědomění si závislosti na pomoci druhých, na ztrátě sebehodnoty. Přichází tzv. sociální složka bolesti spojovaná s lítostí nad selháním, nemožností splnění úkolů, obavou z opuštěnosti, ztráty postavení a závislosti. Jedinou pomocí při takovém strádání je chápající a respektující blízké okolí, respekt k důstojnosti (Chvílová Weberová a Sojka in Kosová, 2021, s. 257).

V závěru života je dle Svatošové (2013) potřeba odpustit těm, kteří nám ublížili, odpustit sám sobě, přijmout odpuštění, urovnat vztahy, důstojně a pokojně uzavřít život (Svatošová in Černý a Doležal, 2013, s. 233).

V průběhu života bolest zasáhne do všech lidských potřeb. Bolest a nemoc přivolávají myšlenky na možný konec života. Lidé mají strach z bolestného a krutého umírání (Chvílová Weberová a Sojka in Kosová, 2021, s. 255-256).

Význam komunikace je patrný i při odběru anamnézy, kdy dochází k navázání vztahu důvěry mezi pacientem a zdravotníkem. Při vytvoření důvěrného vztahu pacient sám vyjeví, jaké vyznává hodnoty v životě. To může být poté základem při doprovázení pacienta v závěrečné fázi života. Podrobně odebraná anamnéza často pomůže v závěru života vyřešit psychické problémy, které kolikrát trápí umírajícího víc než tělesné symptomy (Svatošová in Černý a Doležal, 2013, s. 233).

3.5 Paliativní péče

Povahu paliativní péče včetně jejího vymezení novodobě nastínila Cicely Saundersová (1918-2005), která je považována za zakladatelku „*novodobého hospicového hnutí*“. Sama to odůvodnila: „*Uvědomila jsem si, že potřebujeme nejen lepší kontrolu bolesti, ale celkovou péči. Lidé potřebovali prostor, aby byli sami sebou. Zavedla jsem pojem „celková bolest“ (celkové utrpení, total pain), neboť jsem pochopila, že umírající lidé trpí bolestí nejen tělesnou, ale také spirituální, duševní či sociální, které všechny se musejí léčit. A od té chvíle jsem na tom pracovala*“ (Kalvach, 2019, s. 15).

Současnou definicí paliativní péče dle WHO je přístup k pacientovi a jeho rodině tak, aby se zlepšovala jejich kvalita života, i když čelí život ohrožující nemoci, a to předcházením a zmírňováním utrpení včasným zjištěním, vyhodnocením a řešením pacientovy bolesti a jeho dalších fyzických, duševních a psychosociálních potíží (WHO 2008 in Ondrušová a Krahulcová, 2019, s. 194).

Z právního hlediska je paliativní péče nedílnou součástí zdravotní péče. Platí pro ni stejné právní předpisy. Lékař paliativní péči poskytuje podle uznávaných medicínských postupů, pravidel vědy, respektuje pacientovu individualitu. Řídí se etickými pravidly nonmaleficence a beneficence, uznává pacientovu autonomii (Steinlauf a Sláma in Sláma a Kabelka, 2022, s. 43).

Sláma definuje paliativní péči jako aktivní péči poskytovanou pacientovi trpícímu závažnou, život ohrožující nemocí, která je v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je poskytnout pacientovi a jeho blízkým podporu, zmírnit pacientovu bolest, jeho další duševní a tělesné strádání a zachovat co nejvyšší kvalitu života (Sláma in Sláma a Kabelka, 2022, s. 21).

Geriatrická paliativní péče (GPC) je součástí mezioborové spolupráce sjednocující kompetence z paliativní péče a geriatrické medicíny s cílem reagovat na sociodemografické změny a výzvy seniorů s těžkými a život ohrožujícími stavy. Hlavními výzvami GPC je klinický výzkum křehkých a kognitivně postižených pacientů, rozhodování o zdravotní péči, plánování a koordinace péče. Současně je zapotřebí dodržovat přístup založený na etice péče a praktické moudrosti, aby bylo možné této zvláště zranitelné skupině pacientů a jejich rodinám poskytovat co nejlepší péči v rámci jejich potřeb (Voumard et al., 2018, s. 220).

Paliativní péče u umírajících pacientů je součástí odborného i podpůrného doprovázení umírajících. Usiluje o zachování kvality života a usnadnění realizace přání člověka. Neměla by umírajícího tlumit, oddělovat od rodiny a blízkých a zkracovat jeho život. Jejím krédem je mírnit utrpení, ctít naději a život, posilovat smysl života a jistotu nepřerušeno kontaktu s rodinou a nejbližšími (Kalvach, 2019, s. 15).

Při poskytování paliativní péče se nesmí zapomenou i na rodinu a blízké umírajícího, protože i tito lidé psychicky, sociálně i spirituálně strádají. Mnozí z nich pod tíhou poskytování ošetrovatelské péče strádají psychosomaticky i tělesně (Kalvach, 2019, s. 15).

Přínosem paliativní péče pro nemocného a jeho blízké je mírnění utrpení, pomoc při adaptaci na závažnou nemoc, koordinace zdravotní péče, která je zaměřená na preference a hodnoty cílů péče, zamezení riziku neúčelné nebo nepřiměřené intenzivní péče. Tím dochází k udržení lepší kvality života nemocného. Těsná spolupráce s rodinou a blízkými pomáhá zvládnout jejich těžkou roli v péči o umírajícího, ale i po jeho smrti (Sláma in Sláma a Kabelka, 2022, s. 21).

Paliativní péče v geriatrii by měla být zahájena při selhávajících intervencích frailty syndromu a při diagnostikování život ohrožující nevyлéčitelné chorobě (Kabelka, 2020, s.171). Těmto

nemocným ale není paliativní péče prospěšná pouze v posledních týdnech života. Jak dokazují informace ze zahraničí, u geriatrických pacientů je prospěšná kombinace paliativní a kurativní péče již od časně fáze nemoci. Příkladem může být diskuse s nemocným a jeho blízkými při odhalení časněho stádia demence o možnosti sepsání „*Dříve vysloveného přání*“. Důležité je zjistit jakou péči pacient preferuje v pozdních fázích choroby včetně sondové výživy, hospitalizace nebo intenzivní péče, edukovat rodinu, představit jim jejich role a možnosti péče, informovat o možnostech podpory profesionálů. V rámci komunitní péče zapojit terénní péči a praktického lékaře. Ve fázi pokročilé demence začíná být v rámci komunikace příprava rodiny a blízkých na roli pozůstalých (Kabelka in Sláma a Kabelka, 2022, s. 264-265).

Během onemocnění zažívají pacienti různé problémy a potřeby. Jejich závažnost a individualita se v průběhu nemoci mění. Úkolem paliativního týmu je vyhodnotit, které z potřeb jsou dominantní a podle toho naplánovat paliativní intervenci (Sláma in Sláma a Kabelka, 2022, s. 26).

Konečným cílem paliativních intervencí je udržení co možná nejvyšší kvality života. Paliativní péče klade důraz na subjektivní hodnocení kvality života pacientem (Sláma in Sláma a Kabelka, 2022, s. 34).

Lidé vyššího věku, přijímající své stáří, jeho handicap a nemoci, vyžadují v geriatrické paliativní péči podporu pro zvládnutí každodenního života, ale i pro období jeho závěru a podobnou péči potřebují i jejich pečující blízcí (Kabelka, 2017, s. 78).

3.6 Důstojné umírání

Každý člověk má právo na prožívání svého závěru života a umírání v důstojných podmínkách s komplexní medicínskou, ošetrovatelskou, spirituální a psychosociální péčí, která bude odpovídat jeho osobní i klinické situaci. Umírající musí mít jistotu, že v poslední fázi jeho života budou respektována jeho přání, vůle a rozhodnutí. Z etického hlediska mají umírající, osoby blízké a pozůstalé nárok na vyšší náklonost a solidaritu ze strany společnosti (Milfait in Sláma a Kabelka, 2022, s. 39).

Nevzít nemocnému s infaustní prognózou naději, a přitom sdělit pravdu, není snadné. „*Dříve bylo běžné, že všichni kolem všechno věděli, jen pacient nevěděl nic*“ (Svatošová in Černý a Doležal, 2013, s. 232). V dnešní době internetu a jazykové gramotnosti je tato situace spíše výjimkou. Nemocní, kteří výslovně odmítají informace o svém zdravotním stavu, jsou dnes již výjimkou. Většina pacientů chce být informována. Nechtějí, aby jiní rozhodovali o nich bez

nich, potřebují znát výhody i nevýhody léčby, prognózu a musí mít čas zařídit si, co pokládají za důležité a prioritní. Tím nemocnému pomůžeme k odstartování procesu zrání a bilancování (Svatošová in Černý a Doležal, 2013, s. 233).

Úkolem paliativní péče je dle Kalvacha (2019) vytvořit chráněný saundersovský prostor, ve kterém budou moci umírající lidé zůstat sami sebou a v kontaktu se svými blízkými (Kalvach, 2019, s. 15).

Americký psycholog M. R. Leary (1920-1996) použil Maslowovu (1908-1970) „pyramidu základních lidských potřeb“, kde jako základní potřebu označil pocit, být uznáván jako člověk, „být někým“. Být člověkem, který má svou hodnotu, důstojnost, dostává se mu potřebné pozornosti, úcty a ohledu od druhých. Kalvach (2019, s. 28) zde předkládá hlavní úkol paliativních týmů, jehož součástí je pomoc umírajícím, zachovat si svou tvář, svoji sebeúctu a pozitivitu až do konce života.

Když Milfait (in Sláma a Kabelka, 2022, s. 40) píše o důstojném právu na závěr života a umírání, vyjmenovává základní postoje a cnosti. Řadí mezi ně důvěru, úctu, respekt, pokoru, naději, lásku, empatii, naslouchání, porozumění, pravdivost, odvahu, vytrvalost, konečnost člověka.

U umírajícího člověka a jeho blízkých je zachování důstojnosti velice významné. Způsob jednání s umírajícím a jeho prožívání posledních chvil, je známkou kultury společnosti. Blízcí potřebují mít pocit, že jejich druh prožil poslední okamžiky života důstojně, bylo s ním patřičně a citlivě zacházeno. Určující faktory důstojné péče jsou zdvořilost, vlídnost, náležitá komunikace a naslouchání (Rotter in Kutnohorská, 2015).

Dle Tučkové (2016) má důstojnost základy v uznávání autonomie každého člověka. V době umírání je důstojnost hodnotou, na které se podílejí umírající i pečující společně. Důstojnost jako sebeúcta musí být promítnuta v očích druhých, aby ji umírající pocítil. „*A právě zde se otvírá prostor, který nám umožňuje náročnou, ale velmi smysluplnou práci na reinterpetaci situace, protože to, co považujeme za důstojné, je dáno společensky.*“ (Tučková, 2016).

Smrt z lékařského hlediska je stav, kdy dojde k nezvratným změnám mozku, při kterých nastane selhání funkce a zániku center řídících dýchání a krevní oběh. Jedná se o zánik jedince, u kterého vymizely známky života a jeho funkce (Vokurka a Hugo, 2022).

Kastová (2015, s. 128-129) popisuje smrt jako součást života, kdy dochází ke ztrátám, opouštění, loučení. Díky tomu má člověk příležitost se rozvíjet a učit se poznávat nové aspekty

sám u sebe. Naučit se truchlit, vzpomínat. Zármutek je součástí lidského života, patří k němu. Při správném truchlení nastává příležitost dozvědět se, co je pro truchlícího v životě důležité. „*Smrt je nevyhnutelná a trvale nás provází, ale právě tak jistý jako smrt je náš život, naše vztahy, náš příběh*“ (Kast, 2015, s. 128-129).

„*Závěr života je vždy jedinečný, tak jako je jedinečný život sám*“ (Kabelka, 2020). Většinou se předpokládá, že když umírá člověk, který se dožil vysokého věku, bude on i jeho blízcí preferovat důležitost důstojnosti a kvalitní péče. Ale dle klinické praxe Kabelky (2020, s. 199) se v dnešní době postoje pacientů i rodin mění a vyvíjejí podle změn společenských hodnot. Nedá se tedy předpokládat, že závěr života osmdesátiletého pacienta bude snazší než u mladšího člověka nebo dítěte.

3.7 Truchlení

Truchlení je normální a přirozenou reakcí na úmrtí blízkého člověka. Jedná se o velkou životní ztrátu, která se projevuje úzkostí, zármutkem, doprovodnými somatickými obtížemi až depresí. Většina pozůstalých je schopna se s nastalou situací vyrovnat v průběhu několika měsíců. Americký psychiatr I. D. Yalom upozorňuje ještě na jedno důležité uvědomění si při úmrtí blízké osoby a tím je připomínka vlastní smrtelnosti (Alexandrová et al. in Sláma a Kabelka, 2022, s. 316).

Dle Kastové (2015, s. 10) člověk při úmrtí milovaného blízkého sám zakouší, co je to smrt. V této době si pozůstalí sami uvědomují své vztahy k jiným lidem nebo věcem a jak taková ztráta vztahu vyžaduje novou orientaci, nutí k proměně. Přitom se nejedná o nic nového, protože tato zkušenost je stará jako lidstvo samo.

Levy (2021, s. 34–35) se domnívá, že smutek je základní primitivní prožitek, kterým je nutné projít a nebránit se mu. Je to projev neschopnosti pochopit smrt blízké osoby. Nemožnost si představit, že milovaný člověk odešel navždy, že se už nevrátí, že není naživu.

4 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem péče o pacienty v konečné fázi jejich života je odstranění nebo alespoň snížení fyzického a emocionálního utrpení, ochrana důstojnosti, podpora kontaktu s blízkými a umožnění duchovní podpory. Základním principem této péče je zachování důstojnosti. Důstojnost je často diskutovaným fenoménem současné doby, hlavně ve spojení s křehkými nesoběstačnými seniory a umírajícími pacienty. Tito pacienti se často obávají, že budou vnímáni jako přítěž společnosti nebo zátěž pro pečující personál a nebude jim poskytnuta péče respektující jejich důstojnost a autonomii. S myšlenkou ztráty vlastní důstojnosti si spojují i strach ze ztráty duševních schopností, prodlužování umírání a s ním souvisejícího utrpení. Pochopení těchto faktorů ošetřujícím personálem, pomáhá vytvořit strukturu péče a tím i vytváření a navazování vztahů s těmito pacienty (Kisvetrová, 2018, s. 121).

Správná komunikace ošetřujícího personálu s pacientem, jeho rodinou a blízkými je nezbytná k řešení složitých situací, které nastávají u nevléčitelně nemocných, umírajících nebo při zajištění paliativní péče (Holmerová et al., 2014, s. 103).

Manželé Irvin a Mariln Yalom popisují vlastní zkušenost s obavami z vlastního konce, kdy chce každý získat co nejlepší lékařskou péči, mít citovou podporu svých blízkých a zemřít bez bolesti. Ale i se spoustou společenských a medicínských výhod a možností, nikdo není přirozeně odolný vůči bolesti a strachu ze smrti. Každý touží po uchování kvality života, který mu zbývá. Co je pro to ochoten udělat? Jak prožít poslední dny s co nejmenší bolestí? A jak odevzdat tento svět dalšímu pokolení s co největší důstojností? (Yalom a Yalom, 2022, s. 8).

Teoretická část diplomové práce je zpracována pomocí aktuálních bibliografických zdrojů, zabývajících se tématikou umírání a představuje teoretické východisko pro část empirickou.

Jednotlivé kapitoly představují různé potřeby seniorů v závěru jejich života. Pojmenování těchto potřeb bývá pro seniory velmi obtížné. Senieorem pojmenovaná potřeba často bývá ta, která mu dlouhodobě schází a nenaplnění této potřeby snižuje kvalitu života. Uvědoměním si a vyhledáváním jednotlivých potřeb spolu s jejich naplňováním dochází k příjemným pocitům spokojenosti a radosti u umírajících seniorů, jejich blízkých i u pečujících.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Cílem výzkumné části je zjistit a popsat, jaké jsou potřeby ve smyslu bio-psycho-sociálně-spirituální a přání seniorů na konci života žijících v domově pro seniory.

5 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Pro výzkumnou část diplomové práce byl zvolen ad hoc výzkum, provedený pouze pro účely získání informací a podkladů pro tuto diplomovou práci, za využití metody kvalitativního výzkumného designu. V kvalitativním výzkumu nedochází jen k pochopení jevu s jeho převyprávěním. Výzkumník zde hledá, nachází a odhaluje skrytá spojení s jinými jevy. Objevuje jejich příčiny, vysvětluje vzájemné vztahy a významy (Ondrejko, 2008 in Mišovič, 2019, s. 22).

Výzkumník při kvalitativním výzkumu vybere na začátku výzkumu téma a výzkumné otázky, které během výzkumu, sběru a analýzy modifikuje a doplňuje. Proto je kvalitativní výzkum někdy považován za typ emergentní nebo pružný. Výzkumník analyzuje a vyhledává informace, které by přispěly k doplnění výzkumných otázek a současně provádí induktivní a deduktivní závěry. Pracuje v terénu v přirozeném prostředí zkoumaných osob (Hendl, 2016, s. 46).

Pro kvalitativní výzkum potřeb seniorů v závěru života byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza (dále jen IPA), která se zaměřuje na individuální myšlení účastníků výzkumu, jejich vnímání určitého fenoménu. Jejím základem je rekonstrukce skutečnosti, kterou vytvořil informátor na základě své zkušenosti (Šuránová, 2013 in Mišovič, 2019, s. 30).

U výzkumu typu IPA se pracuje s nižším počtem respondentů, kteří ale dobře reprezentují dané téma, proto je na výzkumníka kladen nárok pečlivého výběru respondentů (Smith et al., 2009). Je tedy zřejmé, že volba respondentů pro IPA je záměrná, jasně definovaná (Smith a Osborn, 2003 in Řiháček, 2013, s. 14). Smith et al. (2009 in Řiháček, 2013, s. 14) pro diplomovou práci doporučují vzorek 3-6 respondentů, pro možnost detailní analýzy každého případu s případným provedením následné mikroanalýzy (Řiháček et al., 2013, s. 14).

Vhodnou metodu pro sběr dat IPA Novotná et al. (2019) doporučuje polostrukturovaný rozhovor. Výzkumník v něm zachycuje zkušenosti účastníků výzkumu s nějakým fenoménem, jejich reflexi na daný problém. Data jsou poté analyzována segmentací a kódováním (Novotná et al., 2019, s. 275).

Záměrem průzkumného šetření bylo zmapovat potřeby seniorů blížících se ke konci svého života a žijících mimo domov v instituci. Kritériem pro výběr respondentů byl jejich souhlas s výzkumem, být klientem domova důchodců a mít kognitivní funkce na úrovni odpovídající věku, bez diagnózy demence. Úroveň kognitivních funkcí byla vyhodnocena pomocí Mini

Mental State Exam (dále pouze MMSE) testu, což je krátký test kognitivních funkcí. MMSE obsahuje 10 subtestů, které pomohou zhodnotit orientaci vyšetřovaného v čase a prostoru, početní schopnosti, krátkodobou paměť, pozornost, řeč, psaní, čtení, konstrukčně–teoretické dovednosti (Příloha A). Maximální počet možných získaných bodů je 30, celkový součet bodů 24 nebo méně je pásmem demence. Test je volně dostupný na internetu. Kritériem pro zařazení do výzkumu bylo získání minimálně 24 bodů. Respondenty dosažené počty bodů jsou uvedené v tabulce 1.

5.1 Hlavní výzkumné otázky a problém

Tato diplomová práce se zabývá problémem seniorů žijících v Domově odpočinku Justynka (dále jen Domov), kteří se blíží k závěru svého života. Autorka z praxe v Domově ví, jaká přání a představy ohledně svého závěru života senioři mají. Tyto představy nejsou často v hodině H realizovány, a to zejména na přání rodiny. Setkáváme se s prosbou o hospitalizaci a léčbu blízkého, která ale pouze vede k prodlužování umírání a tím i utrpení seniorů v neznámém prostředí mezi cizími lidmi.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit od klientů Domova, jak vnímají umírání a smrt, jakou saturaci potřeb ve smyslu bio-psycho-sociálně-spirituální by si představovali v konečné fázi svého života a jaká mají přání a očekávání od pobytového zařízení. Předpokládaným výsledkem výzkumného šetření je zjištění přání a potřeb seniorů žijících v sociální službě v konečné fázi života. Dalším cílem bylo zjistit, jestli jsou tito senioři ochotni mluvit o svém závěru života. Podobné otázky jsou součástí příjmové anamnézy. Nástup seniora do domova důchodců je stresující záležitostí pro seniora i jeho rodinu, proto je důležité odhadnout správný čas na kladení těchto otázek.

Na základě studia odborné literatury, praxe v Domově a stanovení cílů v empirické části diplomové práce byly vymezeny tyto výzkumné otázky:

- Jak senioři žijící v Domově vnímají konec života?
- Jak senioři žijící v Domově komunikují se svými blízkými o konci života?
- Jaké mají senioři potřeby v závěru života?
- Kde si senioři žijící v Domově přejí zemřít?
- Zda byl rozhovor pro seniory přínosný?

Z výzkumných otázek bylo připraveno 7 otázek do rozhovoru (otázka č. 1., 3., 4., 5., 6., 7. a 8.). Během prvních dvou rozhovorů, byly doplněny o otázky č. 2. a 9.

Otázky v rozhovoru:

1. Přemýšlel(a) jste někdy o své smrtelnosti? O konci života?
2. Zažil(a) jste někdy přímo něčí smrt nebo umírání? Pečoval(a) jste o umírajícího? Ovlivnilo to nějak váš postoj k umírání?
3. Mluvil(a) jste někdy o smrti a umírání s někým z rodiny nebo blízkým?
4. Přejete si mít v těchto chvílích někoho blízkého u sebe? A pokud ano, řekl(a) jste mu to?
5. Co myslíte, že budete v závěru života nejvíce potřebovat z hlediska potřeb tělesných, psychických a spirituálních?
6. Máte představu, co byste chtěl(a) abychom po vaší smrti předali vašim blízkým?
7. Kde si představujete, že chcete prožít poslední chvíle svého života?
8. Přál(a) byste si, aby se zdravotníci v závěru vašeho života snažili váš život prodlužovat?
9. Byl pro vás náš rozhovor přínosný?

Výzkumné otázky byly rozděleny do subtémat, která se konkrétně dotazují a zkonkrétnují jednotlivé výzkumné otázky. Pro co nejlepší charakteristiku a popsání výzkumných otázek byly vybrány přímé citace respondentů, které dané téma nejvíce charakterizují.

5.1.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum probíhal v Domově odpočinku Justynka Hronov během ledna a února 2023. Zde je pečováno o 62 klientů vyžadujících ošetřovatelskou a pečovatelskou službu od středně zdravotnického personálu (SZP) a pečovatelů v sociálních službách (PSP) 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. O souhlas s výzkumem byla požádána ředitelka Domova, která svým podpisem stvrdila souhlas.

Výběr respondentů byl záměrný. Bylo třeba, aby splňovali předem daná kritéria a byli reprezentativní pro dané výzkumné šetření. Vzhledem k tomu, že autorka pracovala v Domově a osobně znala všechny klienty, bylo možné vybírat vhodné respondenty i intuitivně. Bylo možné předem odhadnout, kdo je pro výzkum vhodný.

Kritéria pro zařazení do výzkumu byla: být klientem Domova pro seniory, souhlasit s výzkumem a souhlas stvrdit podpisem informovaného souhlasu (Příloha B), souhlasit s testem

MMSE (Příloha A) s minimálním počtem získaných bodů 24 pro zaručení validity výsledků výzkumu.

Respondentům byl vysvětlen cíl výzkumu s možností kdykoli od výzkumu odstoupit. Poté dostali čas na rozmyšlenou a možnost poradit se s rodinou. Po vyslovení souhlasu podepsali informovaný souhlas s výzkumem a s pořizováním mluveného záznamu na mobilní telefon.

Rozhovory probíhaly ve vlastním sociálním prostředí respondentů na pokojích Domova. Nikdo z respondentů nevyžadoval přítomnost rodinného příslušníka nebo jiné osoby. Osloveno bylo 10 klientů domova. Jeden klient byl vyřazen z důvodu nesplnění počtu bodů v testu MMSE a druhý klient byl vyřazen pro nedokončení výzkumu. Před plánovaným rozhovorem byl hospitalizovaný a do Domova se již nevrátil. Charakteristika souboru respondentů je zaznamenána v tabulce 1.

Tabulka 1 Charakteristika souboru respondentů

respondent	věk	pohlaví	rodinný stav	osoby blízké	délka rozhovoru v min	MMSE
č. 1	83	Ž	rozvedená	dcera, syn	20	25
č. 2	85	M	vdovec	syn	26	24
č. 3	92	Ž	vdova	2 x syn, přítelkyně	28	27
č. 4	88	Ž	vdova	dcera, syn	28	27
č. 5	86	M	vdovec	2 x syn, 2 x vnučka	30	26
č. 6	82	M	rozvedený	2 x dcera	28	25
č. 7	84	Ž	vdova	syn	24	26
č. 8	92	Ž	vdova	2 x dcera	27	25

Legenda : Ž - žena, M - muž; MMSE - počet získaných bodů

Rozhovorů se zúčastnilo 8 klientů Domova. Mužského pohlaví byli 3 respondenti, ženského 5 respondentek. Průměrný věk respondentů byl 86,5 roku (v době rozhovoru bylo nejmladšímu respondentovi 82 let a nejstaršímu 92 let). Jeden respondent má žijící manželku, ale jsou rozvedení a neudržují vzájemné vztahy, ostatní respondenti již nemají žijící partnery. Všichni respondenti označili jako osoby blízké své děti, 1 respondent k synům přidal 2 vnučky a 1 respondentka dlouholetou přítelkyni. Rozhovory trvaly v průměru 26 min (nejkratší rozhovor byl 20 min., nejdelší 30 min.). Zjištěné počty bodů MMSE testu byly v průměru 25,5 bodu (nejnižší počet dosažených bodů byl 24, nejvyšší 27).

5.1.2 Etické aspekty výzkumu

Etické zásady „*Helsinské deklarace WMA*“ byly dodrženy po celou dobu výzkumu. Všichni účastníci výzkumu byli seznámeni s povahou, průběhem a cílem výzkumu. Všichni byli také informováni o možnosti kdykoliv z výzkumu vystoupit a jak bude zachována jejich anonymita. Současně bylo všem účastníkům garantováno, že odmítnutí nebo vystoupení z výzkumu nebude mít vliv na jejich péči. Před podpisem Informovaného souhlasu si ho každý účastník pečlivě přečetl a byly mu zodpovězeny případné dotazy. Všichni účastníci byli rovněž požádáni o možnost nahrání hlasového záznamu na mobilní telefon. Všichni souhlasili a stvrdili to podpisem v informovaném souhlasu.

Při nastupování seniorů do Domova nejsou otázky týkající se smrti a umírání diskutovány ani se seniory, ani s jejich blízkými, i když to administrativa doporučuje. V době, kdy je senior do Domova přijímán, jsou o něm známá pouze základní data z předběžných šetření. Není navázán žádný vztah mezi seniorem a personálem, navíc v době nástupu je většinou každý senior rozrušený a nezdá se vhodné s ním hned hovořit o tak vážném osobním tématu. Proto se řešení otázky umírání časově odsouvá do doby, kdy je mezi seniorem a personálem navázán bližší vztah. Ale ne s každým seniorem je toto téma diskutováno. Personál vychází z přání seniorů samotných, tj. snaží se s nimi téma komunikovat, požádají-li o to.

5.1.3 Metoda sběru dat

Vhodnou metodou pro výzkum potřeb je IPA. Fenomenologický přístup je jedním z pilířů kvalitativního výzkumu (Novotná et al., 2019, s. 275). Pro detailní a bohatý popis respondentovy zkušenosti je důležité při sběru dat vstoupit do „*světa účastníka výzkumu*“. Získávání dat by mělo facilitovat myšlenky, pocity a příběhy spojené s daným fenoménem (Smith et al., 2009). IPA jako nejčastěji používanou metodu pro výzkum doporučuje polostrukturovaný rozhovor, který umožňuje respondentovi volně mluvit o tématu, rozvíjet své myšlenky, vyjadřovat svůj postoj. Současně může výzkumník sledovat, co je pro respondenta významné, co nového se vynořuje a zároveň usměrňovat odchylování od tématu (Smith, 2004 in Řiháček, 2013, s. 14). Přepis rozhovoru je doslovný, neverbální projevy v něm mohou ale i nemusí být popsány. Poznámky se doporučuje psát za široký okraj (Řiháček et al., 2013, s. 14-15).

Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost ponechání prostoru pro vlastní formulace a vyjádření respondentům, tak i umožnění výzkumníkovi během rozhovoru improvizaci a reakci na nastalé situace, nová a zajímavá témata, která se během rozhovoru teprve objevují.

Výzkumník při takto vedeném rozhovoru může být naveden na otázky, které při přípravě rozhovoru neočekával. Flexibilita a otevřenost polostrukturovaného rozhovoru umožňují výzkumníkovi i dotazovanému ujasňovat si otázky i odpovědi a tím předcházet riziku vzájemného neporozumění (Zandlová in Novotná et al., 2019, s. 323).

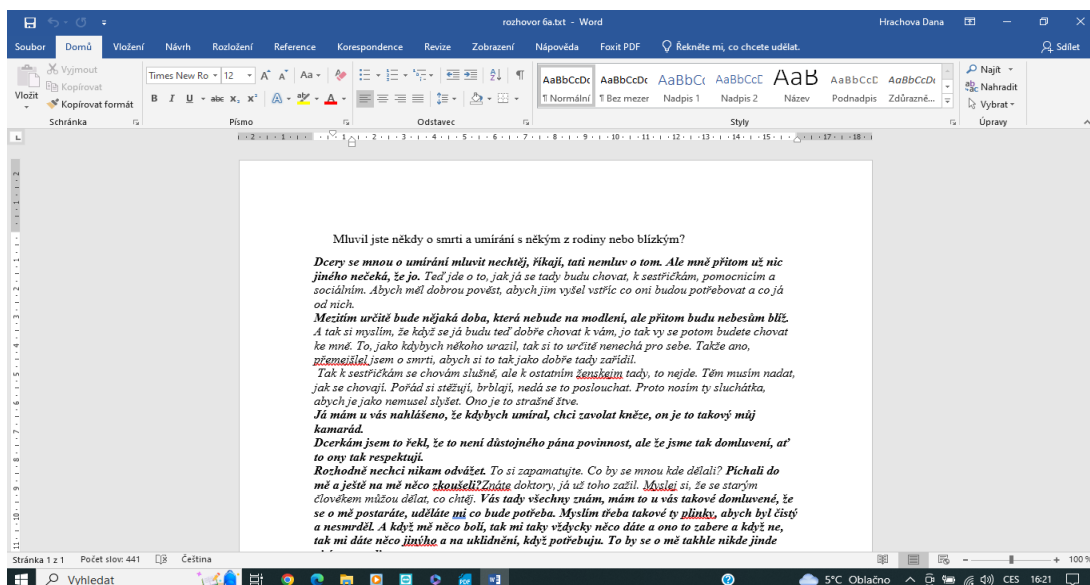
Konečným výstupem IPA je popis zkušenosti dotazovaného tak, jak ji porozuměl, nahlédl a interpretoval výzkumník, eventuálně zjištění témat, která se projevila jako významná (Novotná et al., 2019, s. 275).

Rozhovory s respondenty v průměru trvaly 26 minut. Otázky byly zaměřeny na představy o potřebách dotyčného člověka na konci života. Rozhovory byly nahrány na záznamník v mobilním telefonu a následně přepsány v programu Microsoft Word, kde byl za čarou vytvořen prostor pro vepisování poznámek (Obrázek 2). Pro úplnost údajů byl u respondentů zaznamenán věk, pohlaví, rodinný stav, osoby blízké. Všechny zvukové záznamy, poznámky a doslovné přepisy byly zakódovány z důvodu zachování anonymity respondentů.

5.1.4 Metoda analýzy dat

Willig (2001 in Řiháček, 2013, s. 16) za cíl analýzy IPA uvádí formulování témat, která „zachycují esenci fenoménu“, která jsou objektem výzkumu. Proces analýzy IPA autoři doporučují začít vždy u prvního rozhovoru. Upřednostňují analytický postup dle Smith et al. z roku 2009 popsany v bodech 0-6.

0. „*Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu*“ – reflexe k tématu výzkumu. Autorka se během praxe v Domově často setkávala s protichůdnými požadavky seniorů a jejich blízkých o péči a hospitalizaci v závěru života těchto klientů. Pečující personál musí plnit požadavky těchto blízkých osob na úkor přání svých klientů.
1. „*Čtení a opakované čtení*“ – cílem je vcítění se do respondentovy kůže, sledovat svět jeho očima, opakované čtení a poslouchání nahrávky. Autorka opakovaně četla přepisy rozhovorů a znovu poslouchala nahrávky, aby se lépe vcítěla do respondentova světa.
2. „*Počáteční poznámky a komentáře*“ – nejdetailnější část analýzy, cílem je detailní a komplexní tvorba poznámek. Autorka v této fázi začala v přepsaném textu označovat vše, co bylo důležité a co se nejvíce opakovalo (Obrázek 1).



Obrázek 1 Druhá fáze kvalitativní analýzy

3. „Rozvíjení vznikajících témat“ – dochází k redukci dat, formulování témat. V této fázi výzkumu autorka sumarizovala text, označila hlavní témata a kódy (Tabulka 2). Tento typ kódování je označován jako tzv. otevřené kódování.

Tabulka 2 Hlavní témata a kódy

Hlavní témata	kódy
vnímání konce života	přemýšlení o konci života
	umírání
	smrt
	pečování o umírajícího blízkého
	postoj ke smrti
komunikace s blízkými	rozhovory
	mluvení
	přání přítomnosti
potřeby	tělesné
	psychické
	spirituální, duchovní, farář
	sociální
místo úmrtí	Domov
	nemocnice
	prodlužování
přínos rozhovoru	pozitivní
	negativní
	žádný

4. „Hledání souvislostí napříč tématy“ – hledání vztahů a propojení témat. Zde autorka opět zredukovala témata, značila si je barevně v textu a komentovala poznámkami na širokém okraji (Obrázek 2).

<p><i>Samořejmě, že jsem přemýšlela o smrti. A né jednou, víte, co všechno jsem si zažila a prodělala? Ale nebylo to úplně konkrétní, jako co bude a nebude. Spíš takové, jestli už to přichází nebo se zítra ještě probudím? Uvidím ještě děti, vnoučata?</i></p>	<p><i>Přemýšlení o smrti - ANO</i></p>
<p><i>Přemýšlela jsem o tom, jestli budu chtít jít do nemocnice, ale nechci. Proč bych šla? Já jsem kdysi byla spokojená v nemocnici v Hradci, ale teď už mi nikdo nepomůže. Chtěla bych zůstat tady u vás.</i></p>	<p><i>Přemýšlení o nemocnici - nechce</i> <i>Přeje si zůstat v Domově</i></p>
<p><i>Nejdůležitější věci? Úplně jsem o tom nepřemýšlela, přišlo mi, že to nebylo potřeba. Ale něco jsme s dcerou Evou samozřejmě probíraly. Majetek už žádný nemám, všechno jsem rozdělila, když jsem šla sem k vám</i></p>	<p><i>Letem v ruce nepřemýšlela</i> <i>Pozůstalost má vyřešenou</i></p>
<p><i>Ano něco málo jsme probíraly. Já jsem si toho po nemocnicích prožila dost. Ale nikdy jsme se nebavily o tom, jestli se mnou bude na úplném konci. Vůbec ne. Ani nevím, jestli bych ji tady chtěla. Nebo syna nebo někoho jiného. Už nemám sestru ani bratra. Jsme si blízké se švagrovou, navštěvujeme se, ale o něco takového ji žádat nemůžu. O pohřbu jsme spolu kdysi mluvily, když mi řekli, že mám rakovinu. Operaci jsem zvládla, víc jsme to neprobíraly. Ale chci kremaci, to dcera ví. Žádný velký pohřeb, jenom rozloučení, ale to ví.</i></p>	<p><i>Přítomnost BO neřešila</i> <i>Nechce nikoho prosit, aby s ní byl</i> <i>Nechce zatěžovat rodinu</i> <i>O pohřbu mluvila s dcerou</i></p>

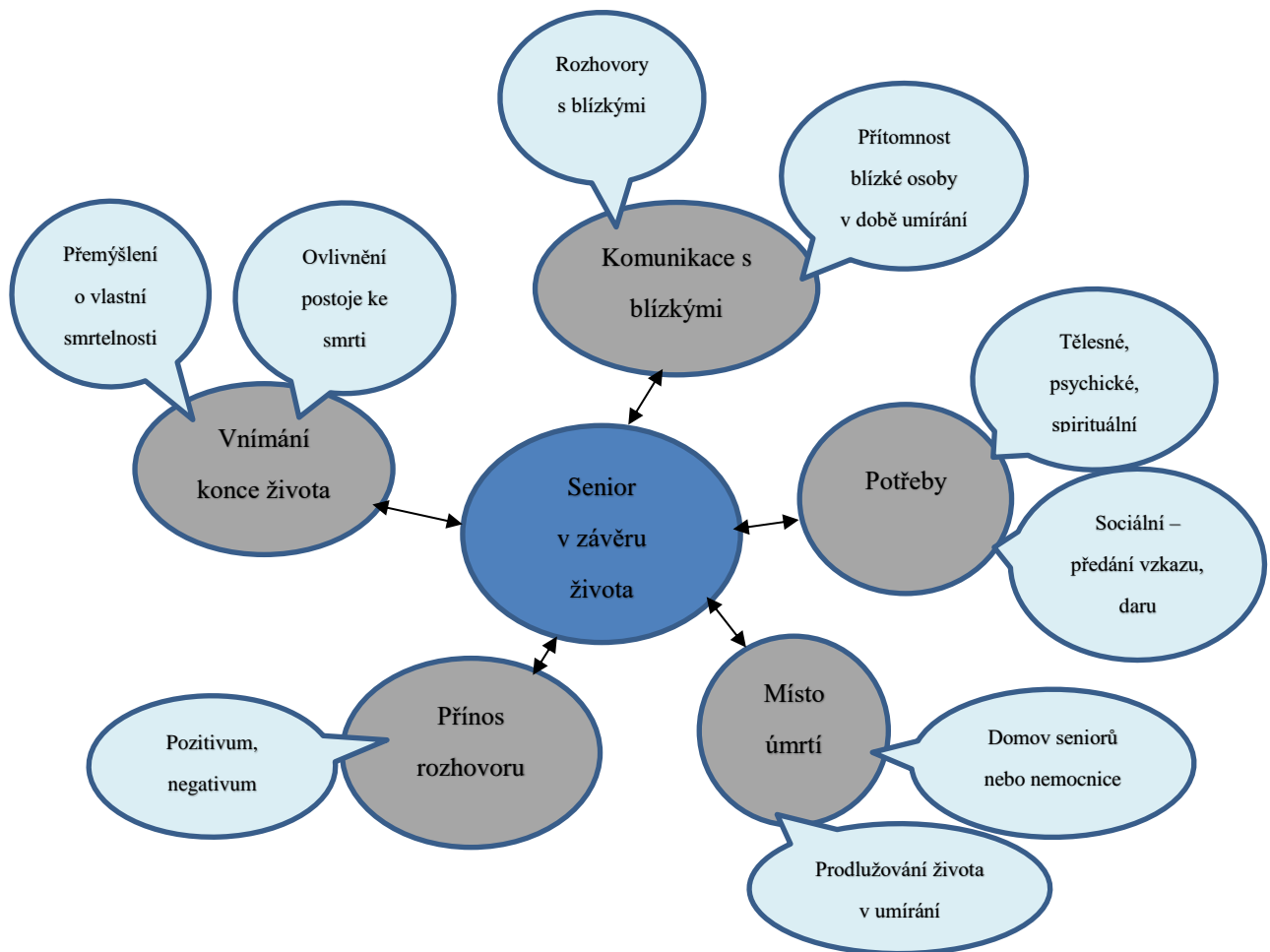
Obrázek 2 Čtvrtá fáze kvalitativní analýzy

5. „Analýza dalšího případu“ – opakování fází 1-4 u všech rozhovorů. Pomocí opakování fáze 1–4 autorka vytypovala 5 hlavních témat a 9 podtémat.
6. „Hledání vzorců napříč případy“ – propojování jednotlivých analýz, revize a přejmenování některých případů. V poslední fázi autorka vytvořila jednotlivé protokoly, našla souvislosti mezi analýzami.
(Řiháček et al., 2013, s. 16-21).

Všechny rozhovory byly postupně prepisovány do programu Microsoft Word, kódovány, opakovaně pročitány, pojmenovávány a identifikovány významné části.

5.2 Interpretace výsledků

Následující kapitola prezentuje výsledky samostatného kvalitativního výzkumu zaměřeného na potřeby a přání seniorů na konci života (Obrázek 3). Na základě doporučení IPA byly pro sběr dat použity polostrukturované rozhovory s jejich následnou analýzou, ve které byla výsledná témata syntetizována a prezentována písemnou podobou a doplněna přímými citacemi respondentů.



Obrázek 3 Prezentace hlavních témat a podtémat

5.2.1 Vnímání konce života

Přemýšlel(a) jste někdy o své smrtelnosti? O konci života?

Otázka byla původně myšlena jako úvod do rozhovoru, nasměrování k tématu. Během rozhovorů se ale ukázala nejen jako velmi důležitý odrazový můstek pro další témata. Většina respondentů udává, že o umírání a smrti přemýšlí. Tento jev spojují se svým stářím, zdravotním stavem, sledováním okolí. Někteří si myslí, že se již smrti blížili, přemýšleli, zda se ještě setkají

se svými blízkými. Vědí, že smrt je součástí života v Domově, ale nezaznamenali nějaké negativní zážitky. Svoji smrt někteří spojují i s určitým druhem osvobození jejich blízkých od starostí a zatěžování.

R1: „Samozřejmě, že jsem přemýšlela o smrti. A ne jednou, víte, co všechno jsem si zažila a prodělala? Ale nebylo to úplně konkrétní, jako co bude a nebude. Spíš takové, jestli už to přichází nebo se zítra ještě probudím? Uvidím ještě děti, vnoučata?“

R2: „Dopředu nevím, co bude. Nechce se mi o tom úplně přemýšlet. Ale za ty roky, co jsem tady, jsem poznal, co to je umřít. Ono to vlastně nic není. No, musí se o tom přemýšlet. Ani nevím, jestli se toho umírání bojím. Řeknu vám to, až to přijde. Ale nikdo tady nekřičí ani nesténá, tak to asi není tak hrozný. Kdyby šlo jenom usnout a potom už nic. Víte, že bych jako to vůbec nevěděl. Asi i synovi se by ulevilo. Starost by mu odpadla. Oni mají vnoučata, každou chvíli musej hlídat.“

R3: „Já už mám tady nachystané věci, do kterých bych chtěla abyste mě oblékli až umřu myslím jako věci do truhly. Mám nachystaný takový kostýmek už jsem to promýšlela. Nechci nikoho zatěžovat, přidělovat ještě starost. A když už opravdu mám tyhle léta co víc si můžu od života žádat, když jsem na tom takhle jak jsem. Vždyť to mám velikej dar a co všechno jsem prodělala víte, ...“

R5: „Jsem připravený na všechno, je mi 86 roků, jsem smířený. Mám pěkný požehnaný věk. Jiní by byli rádi, kdyby se vůbec dožili takového věku. My už jsme tady tak jako navíc, prospěšný nejsme, starost přiděláváme.“

R6: „Takže ano, přemejšlel jsem o smrti, abych si to tak jako dobře tady zařídil. Já mám u vás nahlášeno, že kdybych umíral, chci zavolat kněze, on je to takový můj kamarád. Dcerkám jsem to řekl, že to není důstojného pána povinnost, ale že jsme tak domluvení, ať to ony tak respektují.“

R7: „To víte, že jsem přemejšlela. Vždyť už jsem měla několikrát na kahánku. To už člověka donutí přemejšlet.“

R8: „Já jsem si ani nemyslela, že tady budu takhle dlouho. Rodiče ti mi zemřeli brzo, manžel to už je deset roků.“

Z uvedených rozhovorů se seniory Domova vyplynulo, že se nějakým způsobem zabývají myšlenkami a přípravou na závěr života. Nejčastěji zdůrazňují výšku svého věku, prodělané

nemoci a přežití svých blízkých, jsou spokojení, říkají: „*A když už opravdu mám tyhle léta co víc si můžu od života žádat, když jsem na tom takhle jak jsem. Vždyť to mám velkej dar a co všechno jsem prodělala*“ (R1) Vědí, že jsou v pokročilém věku a že směřují k jeho zakončení: „*Mám pěkný požehnaný věk. Jiní by byli rádi, kdyby se vůbec dožili takového věku*“ (R5). Uvědomují si také svůj vysoký věk i v kontextu zátěže pro společnost: „*My už jsme tady tak jako navíc, prospěšný nejsme, starost přiděláváme*“ (R5).

I když dříve bylo umírání a smrt vnímána lidmi jako běžná záležitost, něco přirozeného, k čemuž je člověk veden od neútlejšího věku v tom smyslu, jak popisuje Kupka (2014, kap. 3.1), dnes se tato samozřejmost z našich životů vytratila a tyto procesy se odehrávají ve většině případů jinde než v přirozeném prostředí člověka, nebylo zjevné, že by se některý z respondentů obával smrti: „*Ani nevím, jestli se toho umírání bojím. Řeknu vám to, až to přijde. Ale nikdo tady nekřičí ani nesténá, tak to asi není tak hrozný*“ (R2), i když si neumějí představit, jak jejich umírání bude probíhat, jaké to bude: „*Ale nebylo to úplně konkrétní, jako co bude a nebude. Spíš takové, jestli už to přichází nebo se zítra ještě probudím*“ (R1). Lze říci, že lidé v takto pokročilém věku jsou povětšinou již smíření s nevyhnutelností smrti, přijímají to klidně: „*Já jsem si ani nemyslela, že tady budu takhle dlouho*“ (R8).

Zároveň se ale snaží, aby měli vše připravené a nechtějí přidělovat starosti svým dětem, nechtějí obtěžovat. Svoji smrt vidí i jako jejich úlevu, vysvobození od povinností, kdy jim odpadne starost o rodiče a budou tak mít víc času pro své děti a vnoučata: „*Asi i synovi by se ulevilo. Starost by mu odpadla. Oni mají vnoučata, každou chvíli musej hlídat*“ (R2).

O připravování se seniorů na smrt svědčí i to, že se snaží mít připravené a domluvené věci ohledně pohřbu. Opět zde zaznívá obava, aby někoho neobtěžovali: „*Já už mám tady nachystané věci, do kterých bych chtěla abyste mě oblékli až umřu myslím jako věci do truhly. Mám nachystaný takový kostýmek už jsem to promýšlela*“ (R3).

Někteří hovoří o posledním pomazání nemocných, chtějí se připravit na smrt za pomoci kněze: „*Já mám u vás nahlášeno, že kdybych umíral, chci zavolat kněze*“ (R6). Pro člověka víry je usmíření svědomí a důvěra v Boží lásku právě v závěru jejich života tak, jak popisují Svatošová in Černý a Doležal (kap. 3.4.), velice významné. Věc víry je zmiňována seniory i v dalších otázkách.

Zažil(a) jste někdy přímo něčí smrt nebo umírání? Pečoval(a) jste o umírajícího? Ovlivnilo to nějak váš postoj k umírání?

Cílem této otázky bylo zjistit, jakou představu o umírání mají respondenti, což by mohlo eventuálně ovlivňovat jejich případné obavy či strach z umírání. Senioři žijící v Domově jsou ve věku, kdy jim zemřeli rodiče, partneři, přátelé, někdy děti. V době, kdy jim umírali rodiče bylo běžné posílat umírající do nemocnic. Návštěvní hodiny v nemocnicích byly omezené, přítomnost rodiny u umírajícího mimo návštěvní hodiny bylo výjimkou. Proto není překvapující, že dnešní senioři nezažili umírání v kruhu rodiny, ale mají ho spojené s nemocnicí. Někteří zažívají první kontakt se smrtí až při pobytu v instituci.

R1: *„Ne, nikoho jsem umřít neviděla, u nikoho jsem nepečovala. Rodiče zemřeli v nemocnici. Postupně, oba. Manžel myslím taky, ale byli jsme dlouho rozvedení, nestýkali jsme se, nezajímala jsem se o něj.“*

R2: *„Já jsem pomohl manželce, byl jsem s ní. Nechce se mi o tom úplně mluvit. Nebylo to pěkný. Asi bych to nikomu nepřál. Ale vy to děláte, je to vaše práce. Vám to můžu říct, vám to nevadí. Syn to nechce slyšet, že to jako moc dramatuji, ale on u toho nebyl, ona byla najednou pryč.“*

R3: *„Muže jsem měla taky doma, starala jsem se o něj, potom jsem to už nezvládla, odvezli si ho, a on tam stejně za chvíli umřel. vás je tady dost, abyste se o nás mohli postarat. Tak to je něco jiného Maminka mi zemřela v 28 letech“. Část odpovědi na tuto otázku lze čerpat i z odpovědi na první otázku: „Už ve dvaceti letech jsem byla vdovou bez prostředků s dvouměsíčním dítětem. To bylo strašný, víte. Ráno odešel do práce a už se nevrátil. Ani jsme se nijak nerozloučili“*

R4: *„Ne, o nikoho jsem před úplnou smrtí nepečovala. Rodiče nám tak jako odešli sami. Ty manželovy brzy. Moje rodiče byli i v nemocnici, ale potom zemřeli doma. Tatínek první, maminka ale chvíli po něm.“*

R5: *„Manželka mi umřela během týdne. Před 4 měsíci. Měla bércák, chodili jsme každý druhý den na převaz. Nehojilo se to. Teprve potom v nemocnici ji zjistili cukrovku. Ale už se domů nevrátila. Snažil jsem se ji navštěvovat, snad mě ještě vnímala. Bylo to strašně smutný.“*

R6: *„Úplně jsem nikoho nedoprovázel. Otec mi zemřel zrovna když jsem byl zavřenej a maminka potom byla chvíli tady v Domově. Zemřela tady a myslím, že nebyla sama, ona už moc nevěděla o světě, ale hezky jste se tady – no vy ještě ne, to tady byl úplně jiný personál, ale hezky se o ni postarali.“*

R7: „Zažila jsem to s manželem, byl nemocný, jezdil mezi nemocnicí a domovem a já to nemohla zvládnout. Zemřel sám v nemocnici. Bylo to všechno na mně, syn mi nechtěl pomoci, sám prohlašoval že je nemocný.“

R8: „Já jsem tady zažila spolubydlící, kterou jsem měla moc ráda, jo a ona, když umírala, tak se tak zhluboka nadechla, vydechla a umřela. Vypadala moc spokojeně, že jí nic nebolí. Manžel zemřel doma, usnul v křesle. Byl to šok, ale teď už mu to můžu závidět. Vypadal klidně, asi ho nic nebolelo, prostě usnul.“

Velká část respondentů (R2, 3, 5, 7) uvádí, že přímo u umírajícího nebyla přítomna, někteří však o něho v domácích podmínkách pečovali do té doby, než se zdravotní stav umírajícího natolik zhoršil, že musel být hospitalizován a v nemocnici později zemřel: „Muže jsem měla taky doma, starala jsem se o něj, potom jsem to už nezvládla, odvezli si ho, a on tam stejně za chvíli umřel“ (R5). Co tedy můžeme říci, je to že i když tito respondenti nepečovali v přímé souvislosti o blízkého umírajícího člověka, mají umírání spojené se zhoršením zdravotního stavu s následnou hospitalizací.

Oproti tomu dva respondenti (R2, 8) uvádějí, že byli přítomni umírání blízkého člověka či spolubydlící a lze tedy říci, že konfrontováni se smrtí a umíráním byli: „Já jsem tady zažila spolubydlící, kterou jsem měla moc ráda, jo a ona, když umírala, tak se tak zhluboka nadechla, vydechla a umřela. Vypadala moc spokojeně, že jí nic nebolí. Manžel zemřel doma, usnul v křesle. Byl to šok, ale teď už mu to můžu závidět. Vypadal klidně, asi ho nic nebolelo, prostě usnul“ (R8). Respondent č. 2 ale nevzpomíná na odchod partnera nijak dobře: „Já jsem pomohl manželce, byl jsem s ní. Nechce se mi o tom úplně mluvit. Nebylo to pěkný. Asi bych to nikomu nepřál“. Tedy pouze jediný respondent popisuje, kterak odešli v jeho přítomnosti dva jemu blízcí lidé, a tuto představu odcházení si v srdci jistě uchoval jako klidný, spokojený odchod.

Spolehlivě tedy lze říci jen to, že všichni respondenti mají nějakou představu o průběhu umírání a smrti. Ti, kterým umíral blízký člověk v nemocnici, vědí jen to, že umírání jejich blízkého člověka bylo spojeno se zhoršením zdravotního stavu a nemusejí mít proto zcela jasnou představu, jak to probíhá.

Shrnutí výzkumné otázky na téma „Vnímání konce života“

Kódy pro toto téma byly: přemýšlení o konci života, umírání, smrt, pečování o blízkého umírajícího, postoj k smrti.

Souhrn výsledků první výzkumné otázky jednoznačně hovoří o tom, že senioři o své smrti a umírání přemýšlí. Připravují se na závěr života. Uvědomují si svůj pokročilý věk a že je smrt přirozené zakončení života. Žádný z respondentů se zjevně smrti neobává. Někteří svoji smrt vidí jako úlevu a vysvobození od povinností pro své blízké, hlavně děti. To svědčí i o tom, že se snaží mít připravený a naplánovaný svůj pohřeb, aby tím neobtěžovali své blízké. Rodiče a partneři respondentů většinou zemřeli v nemocnici. To svědčí o institucionalizaci smrti na konci minulého a začátkem současného století. Pouze 2 respondenti se setkali s umírajícím člověkem.

5.2.2 Komunikace s blízkými

Mluvil(a) jste někdy o smrti a umírání s někým z rodiny nebo blízkým?

Senioři blízcí se ke konci svého života potřebují hovořit o své smrti se svými blízkými. Potřebují být ujištěni, že o ně bude spolehlivě postaráno. Potřebují mít jistotu, že jejich poslední cesta proběhne tak, jak si oni představují. Ve většině případů tomu ale není. Rodiny nejsou schopny mezi sebou o smrti hovořit. Děti seniorů smrt bagatelizují, odvádějí řeč na jiné téma.

R1: Ano něco málo jsme probíraly. Já jsem si toho po nemocnicích prožila dost... O pohřbu jsme spolu kdysi mluvily, když mi řekli, že mám rakovinu. Operaci jsem zvládla, víc jsme to neprobíraly. Ale chci kremaci, to dcera ví. Žádný velký pohřeb, jenom rozloučení, ale to ví.

R2: „Mám syna, ale ještě jsem s ním o ničem nemluvil – o pohřbu. Moc času není, ale on to nerad slyší. Jo. Je těžký mu to vnucovat, on to nerad slyší. Prostě, proto jsem tady, jo.

R3: Zařídít a vyřešit už nic nepotřebuji. Všechno už mám vyřešené. mám kolem sebe hodně lidí, který všechno zařídili. Nic nemám, co by po mně zůstalo, už jsem všechno rozdělila. Maruška mi pomohla všechno vyřídit. Já, kdybych teď umřela, tak by vytáhla ty své poznámky a začala by zařizovat.

R4: S dětmi jsem o takových věcech nemluvila, myslím si, že by se na mě zlobily, bylo by to pro ně těžký ano, nechci je tím trápit. Vnuk o umírání vůbec nechce slyšet, takže jsem s nimi o tom ještě vlastně vůbec nemluvila. Dcera, jako doktorka, o tom určitě přemýšlí, Ale spolu se o tom nebavíme.

Jediné, co jsem dceři říkala, že nechci odfláknutý pohřeb, chtěla bych hezký pohřeb, pořádněj se vším všudy. A protože jsem katolička, tak si ho přeji v kostele. O tomhle jsme s dcerou mluvily, ale ne o ničem jiném. Já jsem o tom hodně mluvila s manželem, ale on nakonec umřel dřív než já. V nemocnici. Jednou ho odvezli a už jsem ho neviděla. Budou to tři roky.

R5: O svých posledních věcech jsem ještě s nikým nemluvil. Budu muset s vnučkami. Ty já zbožňuji, to jsou moje zlatíčka. Protože moji synové stojej za prd. Všechno domluvím s vnučkami a odkážu jim i všechny peníze a majetek. Teď mi tady zařizujete novou občanku, tu starou mám propadlou, abych potom mohl na úřad a všechno přepsat na vnučky. Musím to všechno stihnout, když mám zase tu další rakovinu. Aby to všechno dostaly ty moje zlatíčka. Vím, že s mladší vnučkou můžu mluvit o všem, takže jsem připravený se s ní o tom pobavit. Na rovinu jí všechno řeknu.

R6: Dcery se mnou o umírání mluvit nechtěj, říkají, tati nemluv o tom. Ale mně přitom už nic jiného nečeká, že jo. Dcery vědí, že chci pohřeb v kostele, v Poříčí. My tam máme hrob. To jsme si spolu už domluvili. O ostatním jsme spolu nemluvili, nedostali jsme se k tomu, ještě o tom budu přemejšlet. Nechávám si to projít hlavou, buď to vyjde nebo nevyjde.

R7: Jsem věřící, ale o pohřbu a panu faráři jsem ještě nepřemýšlela. Budu to muset promyslet. Už mám jenom jednoho syna se snachou. O budoucnosti jsme spolu nemluvili a asi ani nebudeme. Nechám na nich, jak mi to zařídí. Předpokládám, že vědí, kde máme hrob, a že chci ležet s tátou. On se ale o ten hrob nebude mět kdo starat, proto bude asi lepší, když se zruší a nechají nás rozptýlit.

Tak se nad tím stejně ještě budu muset zamyslet a promluvit se snachou, jak to s tím hrobem uděláme. Se synem Pavlem o tomhle opravdu není žádná řeč. On mi sežene, co chci, ale takovéhle věci se mnou řešit nebude.

R8: Mám nemocný srdíčko, tak si myslím, že by to taky nemuselo trvat dlouho. Vždyť je mi přes devadesát, to snad nebude na dlouhý trápení. Dcery vědí, jak si to po smrti představuji. Šaty mám doma nachystané, peníze taky ušetřené, To všechno holky vědí. Manželovu urnu mám celou dobu doma. A až odejdu i já, tak nás holky dají společně do hrobky, to už mám zařízené. Dokud jsem mohla, tak jsem to na hřbitově s hrobníkem vše domluvila.

Z výpovědí respondentů je patrné, že své dospělé děti znají a dokáží odhadnout, zda dokáží naplnit jejich očekávání v posledních věcech. Pouze někteří mají své poslední věci s blízkými prodiskutované a vše připravené. Respondentka č. 3 si pravděpodobně dělá obavy, že by její

dva synové poslední věci nezvládli zařídit tak, jak si ona představuje, proto se raději spolehne na přítelkyni, se kterou vše spolu sepsaly, i oblečení do rakve již nachystaly: „*Zařídit a vyřešit už nic nepotřebuji. Všechno už mám vyřešené*“. Další respondenti mají své poslední věci ve smyslu pohřbu s rodinami projednané (R1,4,8). Řešení pozůstalosti (majetek, peníze) zmiňují pouze dva respondenti. Proč ostatní tuto věc nehovoří? Dá se říci, že to již mají s největší pravděpodobností uzavřené. Z praxe je totiž zřejmé, že lidé, kteří k nám do domova důchodců nastupují, musí v dohledné době řešit, co s bytem, domem, protože by již jejich provoz neufinancovali. Nebo to může být i z jiných důvodů.

Je také zjevné, že si respondenti uvědomují, že jim moc času na tyto věci nezbyvá. Značná část z nich ale uvádí, že by rádi své věci s blízkými řešili, ti však rozhovory na toto téma odmítají: „*Dcery se mnou o umírání mluvit nechtěj, říkají, tati nemluv o tom. Ale mně přitom už nic jiného nečeká, že jo*“ (R6). Dokonce jeden respondent uvádí, že si myslí, že když by chtěl s dětmi tyto věci probrat, budou se na něho zlobit, jednoznačně nechce dětem nic ztěžovat: „*S dětmi jsem o takových věcech nemluvila, myslím si, že by se na mě zlobily, bylo by to pro ně těžký ano, nechci je tím trápit. Vnuk o umírání vůbec nechce slyšet, takže jsem s nimi o tom ještě vlastně vůbec nemluvila. Dcera, jako doktorka, o tom určitě přemýšlí, ale spolu se o tom nebavíme*“ (R4).

Otázkou je, proč tomu tak je, když se přitom většina respondentů snažila toto téma s rodinou prohovorit, domluvit se o pohřbu, nachystat si věci, zbavit se svých obav.

Svatošová píše, proč někteří lidé nechtějí být přítomni smrti nebo umírání „...*je jim připomínána pravda, že všichni jednou odejdeme*“, doslova cituje známý text napsaný nad vstupní branou hřbitovů „*Kdo jste vy, bývali jsme i my. Kdo jsme my, budete i vy*“ (Svatošová a Palán, 2019, s. 64). Může se to vztahovat i na rozhovory na téma smrt a umírání, kdy je lidem připomínána tato pravda.

Je nanejvýše pravděpodobné, že se rozhovorům o smrti a umírání vyhýbají také proto, že smrt považují za něco neznámého a neumí s tímto pojmem pracovat, přestože je jim jasné, že smrt je něco, co prožije každý, tj. týká se i jich – oproti dřívějším dobám, kdy byl každý součástí scénáře umírání, kdy si každý dokázal představit, jak umírání a smrt probíhá, jako by se pojem smrti vytěsnil z jejich života (Kupka, 2014, kap. 3.1).

Přestože se tito lidé již nyní dožili velmi vysokého věku, značná část uvádí, že o těchto věcech ještě s blízkými nehovořili. Dokazují to výpovědi hned tří respondentů: „*se nad tím stejně ještě budu muset zamyslet a promluvit*“ (R7) či „*o svých posledních věcech jsem ještě s nikým*

nemluvil. *Budu muset s vnučkami, Musím to všechno stihnout, když mám zase tu další rakovinu. Aby to všechno dostaly ty moje zlatička. Vím, že s mladší vnučkou můžu mluvit o všem, takže jsem připravený se s ní o tom pobavit. Na rovinu jí všechno řeknu“ (R5), to znamená, že věci dosud neřešili, uvědomují si ale, že by to měli řešit.*

Přejete si mít v těchto chvílích někoho blízkého u sebe? A pokud ano, řekl(a) jste mu to?

Většina respondentů shodně uvádí, že by si ve své poslední chvílce přáli přítomnost nějaké osoby. Nejraději by byli za své rodinné příslušníky, ale nemohou nebo nechtějí je obtěžovat. Nedokáží své blízké o jejich přítomnost požádat. Shodně dodávají, že budou vděční i za přítomnost ošetřujícího personálu.

R1: „Ale nikdy jsme se nebavily o tom, jestli se mnou bude na úplném konci. Vůbec ne. Ani nevím, jestli bych ji tady chtěla. Nebo syna nebo někoho jiného.“

R2: „Mám syna, ale ještě jsem s ním o ničem nemluvil – o pohřbu. Moc času není, ale on to nerad slyší. Jo. Je těžký mu to vnucovat, on to nerad slyší.“

R3: „Bylo by moc pěkný, kdyby v mé poslední hodině někdo se mnou poseděl. Já jsem párkrát zkolabovala a viděla jsem všechno růžově. Nebyla to tma, takže se vlastně nebojím.“ ... „To vypadá, jako bych ty syny ani neměla, že? Mám je, oni jsou hodní, ale já je tady k tomu nevedla. Nevychovala jsem si je k tomu, aby se o mě postarali. Nečekala jsem, že se tolik dožiju, že je budu potřebovat, když mi všichni tak brzo umřeli.“

R4: „Při úplném závěru bych byla ráda, kdyby u mě seděla dcera nebo syn nebo vnuk. Abych věděla, že jsou tady se mnou. Aby mě podrželi za ruku.“

R5: „Koho bych tady chtěl? No, mě by se líbilo, kdybych šel večer spát a vy mě ráno našli už navždy spícího. Ale kdyby to trvalo dýl, tak bych byl rád za vnučky, ale ony chodí do práce. O to jsem je nežádal. Ale s vámi všemi jsem tady rád, tak když byste šli okolo, že byte si tady se mnou na chvíli sedli a podrželi mě za ruku, jako ta sestřička, co se mnou jezdí na všechna ta vyšetření a vždycky mě drží za ruku, a tak hezky vypráví.“

R6: „Koho bych tak tady mohl chtít? Kdybych byl mladší, tak vím hned, ale teď? Manželce už můžu všechno tak akorát vzkázat po dcerkách, že mě to mrzí, že nám to nevyšlo a že se jí za všechno omlouvám. Dcerky pracujou, ty by asi na chvíli přišly, mají to tady kousek. Pan farář, určitě, ten to ví“.

R7: „Ale volat ke mně rodinu, to nedělejte. Já už budu myšlenkama u dědy a u Petra. Vy mě budete chodit kontrolovat, pomůžete mi, postaráte se.“

R8: „Bylo by pěkný, kdyby holky u mě poseděly. Obě. Kdyby to stihly a vy to poznali, že to přichází, tak by to bylo pěkný. Všechny pohromadě.“

O přítomnosti rodinného příslušníka nebo blízké osoby někteří z respondentů nepřemýšleli, nebavili se o tom: „Ale nikdy jsme se nebavily o tom, jestli se mnou bude na úplném konci. Vůbec ne. Ani nevím, jestli bych ji tady chtěla. Nebo syna nebo někoho jiného.“(R1), nechtějí obtěžovat rodinu z jejich každodenních povinností: „...tak bych byl rád za vnučky, ale ony chodí do práce. O to jsem je nežádal.“(R5), respondent č. 6 se obává, že by dcery vzhledem ke svým pracovním povinnostem neměly čas přijít, proto se raději dopředu domluvil s farářem: „Dcerky pracujou, ty by asi na chvíli přišly, mají to tady kousek. Pan farář, určitě, ten to ví.“(R6)

Jeden respondent přítomnost rodiny nechce, spoléhá se na ošetřující personál: „Ale volat ke mně rodinu, to nedělejte. Zdůvodňuje to především tím, že už se vlastně těší na blízké, co již zemřeli před ní: „Já už budu myšlenkama u dědy a u Petra. Vy mě budete chodit kontrolovat, pomůžete mi, postaráte se.“(R7)

Většina respondentů ale uvádí, že o přítomnosti blízké osoby alespoň přemýšleli, byli by rádi, kdyby se ještě společně sešli: „Bylo by moc pěkný, kdyby v mé poslední hodině někdo se mnou poseděl“(R3), „Bylo by pěkný, kdyby holky u mě poseděly. Obě. Kdyby to stihly a vy to poznali, že to přichází, tak by to bylo pěkný. Všechny pohromadě.“(R8), podrželi se za ruku: „Při úplném závěru bych byla ráda, kdyby u mě seděla dcera nebo syn nebo vnuk. Abych věděla, že jsou tady se mnou. Aby mě podrželi za ruku.“(R4), „... že byte si tady se mnou na chvíli sedli a podrželi mě za ruku...“(R5)

Všichni respondenti mají nějakou představu o vlastní smrti. Přejí si, co nejklidnější odchod, bez zbytečného prodlužování: „No, mě by se líbilo, kdybych šel večer spát a vy mě ráno našli už navždy spícího.“(R5). V případě možnosti, ale všichni respondenti shodně uvedli, že by byli rádi za přítomnost jakékoli osoby, i pečujícího personálu. Přítomnost blízké osoby může pro umírajícího být klidným rozloučením, přinést mu pokoj (Špinková, 2016, s. 15).

Shrnutí výzkumné otázky na téma „Komunikace s blízkými“

Kódy pro toto téma byly: rozhovory, mluvení, přání přítomnosti.

Z výpovědí respondentů je zřejmé, že mají potřebu komunikovat se svými blízkými a byli by rádi za jejich přítomnost při svém odcházení. Rodiny jsou schopny domluvit se na nejdůležitějších věcech ohledně pohřbu, ale o ostatních záležitostech nechtějí se svými seniory mluvit. Senioři mají potřebu být ujistěni, že v době umírání nebudou sami a budou vyslyšeny jejich prosby o umírání a náležitostech po smrti.

5.2.3 Potřeby v závěru života

Co myslíte, že budete v závěru života nejvíce potřebovat z hlediska potřeb tělesných, psychických a spirituálních?

Z rozhovorů je patrné, že se respondenti nejvíce obávají bolesti. Přejí si teplo, psychickou pohodu, jídlo, péči o pokožku, vstřícný a chápavý personál, neprodlužování umírání, faráře, mít vše vyřešené. Několikrát byl zmíněn přístup personálu. Prosba o pochopení, důstojný přístup, kontakt, úsměv, naslouchání.

R1: *„No, asi aby mě nic nebolelo, toho jsem si už zažila dost, těch bolestí, operací, cvičení. A teplo, jsem zimomřivá, potřebuju svoji oblíbenou deku a teplé ponožky. Co ještě? Pleny, to by mě taky vadilo, kdyby nebyly vyměněné. Jídlo a pití mi je jedno, když to půjde napiju se, najím, s tím mi pomůžete, jako teď. A pořád tady někdo je, nejsem sama, pořád tady chodíte, známe se.“*

R2: *„Co bude důležité? Nemít bolesti, nesnáším bolest, to by mi moc vadilo. A hlad, vždyť já potřebuju pořád jíst. A aby na mě všichni byli hodný, víte, aby mě nenadávali, nekritizovali a pomohli. Hlavně pomohli. Chápali mě. Rozumíte, co tím myslím. Jako aby věděli, že potřebuju pomoc, že to opravdu nezvládnou, jako že si nevymýšlím. Ale vy jste tady hodný, já jsem spokojený a vidím to okolo sebe, jak se staráte ... No, asi opravdu ta bolest, no fakt. Nesnáším bolest a aby mě chápaly, ty pracovnice tady, aby na mě byly pořád hodný a usmály se. Já mám rád ženský, no a když se smějou to je dobrý, to mám rád. Jo pohládit mě můžou, to mám taky rád.“*

R3: *„A tak vy byste mi dali i ty injekce, aby mě nic nebolelo a nechali si mě tady až do konce. A to byste mě jako potom i oblíkli do té rakve? Mám syny, ale ty by mi to neudělali. Tohle by oni nezvládli. A i pana faráře byste mi zavolali, že by mi dal to poslední pomazání? Sestřičko,*

abych byla upřímná, já jsem teď už nechodila ke zpovědi ani přijímání, ale na mše, co jsou tady, tak chodím. Dřív jsem chodila do kostela každou sobotu odpoledne.

Já jsem se teď ptala Marušky, která o mně dřív pečovala, že jsem nikomu vědomě neublížila a nikdo okolo mě netrpěl. Tak si myslím, že se nemám čeho bát i když jsem teď nechodila ke zpovědi. Že mě svědomí nemusí tížit, že se nemám z čeho zpovídat. Tak jsem si říkala, co bych mu asi tak měla říkat. ... Nejdůležitější? Abych byla v klidu, nic mě nebolelo. Marušce pořádně poděkovat. Já jí pořád děkuju, ale takové to poslední.“

R4: „Chtěla bych až do konce dobré jídlo, pohodlí, aby mě nic nebolelo. Občas mě už teď něco bolí, tak aby to nebylo horší. ... O panu faráři jsem ještě úplně nepřemýšlela, myslím o pomazání nemocným, jinak mše se účastním. Možná kdyby přišel a promluvil s dcerou a synem. Uklidnil je.“

R5: „Co bude pro mě nejdůležitější? Mít klid, vědět, že mám všechno vyřešené, že jsem to stihnul. Vnučky na mě budou vzpomínat v dobrém. Budu se těšit na setkání s mojí paní, ta mi chybí. Už se na ni těším.“

R6: „Vás tady všechny znám, mám to u vás takové domluvené, že se o mě postaráte, uděláte mi, co bude potřeba. Myslím třeba takové ty plinky, abych byl čistý a nesmrđel. A když mě něco bolí, tak mi taky vždycky něco dáte a ono to zabere a když ne, tak mi dáte něco jinýho a na uklidnění, když potřebuju. To by se o mě takhle nikde jinde cizí nestarali. ... Dcerkám to radši ještě zdůrazním, aby vás do něčeho netlačily. ... Nejdůležitější, když už člověk umírá je modlení, o odpuštění, asi, ještě mi o tom nikdo nic neřekl. Budu přemýšlet o tom kde jsem udělal chyby. A žádat o to odpuštění. Je to složitý, ale jinýho mě nic nenapadá, odejít s klidným svědomím a že jsem prosil a že tu nemám žádné nevyřízené věci. ... Jen se bojím, že jsem si nevyžádal odpuštění od své bývalé manželky. Měl jsem náklonnost k pití a jí se to nelíbilo. začalo to mezi námi skřípat a já jsem požádala o rozvod. To cítím dodnes, jako nevyřešenou věc. Já jsem se jí neomluvil. Ale moje paní už se mnou nechce mluvit. Já bych se jí teď rád omluvil, ale nemám jak.“

R7: „Důležité, důležité, co asi tak budu potřebovat? Víte, že nesnáším bolesti a to, když nemůžu jít na záchod. Nevím, jestli mě to bude trápit i při umírání. Tam ty svěrače asi všechny povolujou ne? To mě asi trápit nebude, vždyť ono už asi nebudu ani nic jíst, tak jak bych chtěla chodit na záchod, že? A o kůži abyste se mi starali, děda měl hrozné díry na zadku a smrdělo to. ... Toho kněze bych možná chtěla. Nikomu jsem neublížila, ale druhého syna jsem měla radši, tak bych mu to řekla, jestli mi dá rozhřešení.“

R8: „*Nejlepší umírání říkám je, když někoho klepne pepka jo a je to rychlý. Aby nic dlouho netrvalo, člověk se netrápil. Umírání se člověk nemusí bát, vždyť víme, že tady nikdo nezůstane navěky. Člověk s tím musí počítat. Přijde to a je to.*“

Z uvedených výpovědí vyplývá, že většina respondentů má strach z bolesti, přeje si psychickou pohodu, teplo, vstřícný a chápavý personál, přítomnost faráře, jídlo, péči o pokožku, neprodlužované umírání. Přejí si tzv. dobrou smrt: „*Co bude důležité? Nemít bolesti, nesnáším bolest, to by mi moc vadilo.*“ (R7). Za „dobrou“ smrt je považováno umírání bez zbytečného utrpení a trápení, podle přání pacientů a jejich rodin. Podmínkou je zachování klinických, kulturních a etických norem (Sovářiová Soósová, 2022, s. 45).

Lze tedy říci, že kromě toho, že se všichni respondenti obávají bolesti či utrpení při umírání (sedm z osmi respondentů), očekávají, že personál jim v tomto ohledu pomůže: Důležité je pro ně klidné prostředí, jídlo: „*Chtěla bych až do konce dobré jídlo, pohodlí, aby mě nic nebolelo*“ (R4) a zajištění potřebné péče (např. pomoc při vylučování): „*Myslím třeba takové ty plinky, abych byl čistý a nesmrděl*“ (R6). Psychickou pohodu respondentům částečně zajišťuje vědomí, že žijí v Domově, kde je neustále přítomen zdravotnický i ošetrovatelský personál: „*A pořád tady někdo je, nejsem sama, pořád tady chodíte, známe se.*“ (R1), „*Vás tady všechny znám, mám to u vás takové domluvené, že se o mě postaráte, uděláte mi, co bude potřeba.*“ (R6). Mají pocit bezpečí: „*Mám to u vás takové domluvené, že se o mě postaráte, uděláte mi, co bude potřeba.*“ (R6). Nemusejí mít obavy ze samoty, umírání v opuštění bez přítomnosti další osoby. I když se nacházejí v instituci, mají možnost neomezeného kontaktu s rodinou nebo s personálem, který se snaží jim rodinu saturovat.

Respondent č. 2 hovoří o pohlazení: „*Jo pohlazit mě můžou, to mám taky rád.*“ Empatický dotyk může vést k pocitům vzájemné opory, spojení, zmírnění strachu, úzkosti a osamělosti (Sovářiová Soósová, kap 3.4).

Další potřebou, kterou respondenti zdůrazňovali, je pochopení individuálních přání a potřeb personálem, aby byli respektováni. Někteří respondenti se obávají, že personál buď nerozpozná jednotlivé potřeby nebo bude k seniorovi kritický: „*A aby na mě všichni byli hodný, víte, aby mě nenadávali, nekritizovali a pomohli. Hlavně pomohli. Chápali mě.*“ (R2). Respondenti také v souvislosti s respektem zmiňují své rodiny: „*Dcerkám ro radši ještě zdůrazním, aby vás do něčeho netlačily*“ (R6).

Tři respondenti kladou důraz na to „mít vše vyřešené“, mít vypořádané vztahy „*Mít klid, vědět, že mám všechno vyřešené, že jsem to stihnul.*“ (R5), dva potřebují zařídit poslední pomazání,

tn. potřebují duchovní útěchu či pomoc: „*A i pana faráře byste mi zavolali, že by mi dal to poslední pomazání?*“ (R3). Zmiňují také potřebu nebýt sám. Respondentka č. 4 přemýšlí o faráři, jako o prostředníkovi, který pomůže připravit rodinu na odcházení jejich matky: „*Možná kdyby přišel a promluvil s dcerou a synem. Uklidnil je.*“

To, že mít vypořádané vztahy s blíznými považují senioři za důležité, je zcela zřejmé. To je zřetelné z výpovědí všech respondentů. Pokud vědí, že něco vyřešit již nelze „*Já jsem se jí neomluvil. Ale moje paní už se mnou nechce mluvit. Já bych se jí teď rád omluvil, ale nemám jak.*“ (R6), že nežili dobře, může pro ně být zdrojem utrpení. To potvrzuje i Haškovcová (2012), když říká, že „*závěr dobrého života nebývá zkalen trýznivými úvahami umírajících, že měli žít zcela jinak a lépe*“ (Haškovcová, 2012, s. 37). Zmíněný respondent sám také cítí, že musí prosit za odpuštění, když už jinou možnost nemá: „*A žádat o to odpuštění. Je to složitý, ale jinýho mě nic nenapadá, odejít s klidným svědomím a že jsem prosil a že tu nemám žádné nevyřízené věci*“. Uvědomění si vlastního selhání je pro člověka v závěru života velice důležitým aspektem. Bohužel, ne všichni umírající mají tuto možnost, odcházejí z tohoto světa „*nepřipraveni, pyšní, zabejčení, neochotní*“ si přiznat své chyby. To je dle Svatošové „*katastrofa*“ (Svatošová a Palán, 2019, s. 66).

Vezmeme-li však v úvahu, že i tzv. nedobry život nemusí nutně dovést balancujícího člověka k obavám a trýznění v závěru jeho života v tom smyslu, jak uvádí Haškovcová, a připustíme-li, že je tu ještě teologický rozměr umírání, může takový člověk ještě dojít klidu a odpuštění. To znamená, že dobré smrti nemusí vždy předcházet dobrý život. „*Mezi smrtí klinickou, kdy lékař kondoluje pozůstalým, a teologickou, tedy skutečnou tečkou za pozemským životem, je prostor. V něm má člověk poslední příležitost uznat svůj životní bankrot. Ne snad vyjmenovávat jednotlivé hříchy, ale uznat před Bohem svůj bankrot, aby mohl přijmout odpuštění*“ (Svatošová a Palán, 2019, s. 67). Lze tedy říci, že seniorům v takto pokročilém věku většinou velice záleží na tom mít své vztahy před smrtí v pořádku.

Máte představu, co byste chtěl(a) abychom po vaší smrti předali vašim blízkým?

Nabídka možnosti předání vzkazu nebo dárku blízkým osobám po úmrtí respondenta se vztahovala k rozloučení. Může to být i pro umírajícího možnost předat nevyřčený vzkaz, poděkování. Pro truchlící povzbuzení, že jejich blízký na ně myslel. Většina respondentů se soustředila na pozůstalost, kterou při nástupu do Domova mívají většinou vyřešenou. Připraveného nikdo nic neměl, ale alespoň někteří respondenti jsou ochotni se nad vzkazem zamyslet.

R1: „O tom jsem vůbec nepřemýšlela, zatím mám čas. Zamyslím se.“

R2: „Budete mu muset potom všechno říct. On nic neví, nechce vůbec abychom se o tom bavili. Jenom mávne rukou, že to sem nemusí chodit poslouchat. ... Nojo no, ať mi udělá pohřeb, jako jsem udělal já manželce a pochová mě k ní. No, jestli si někam zajdou potom, to je na nich, ale asi jo, asi to půjdou zapít, vždyť se jim vlastně uleví, ubude jim starost.“

R3: „Zařídít a vyřešit už nic nepotřebuji. Všechno už mám vyřešené. Mám kolem sebe hodně lidí, který všechno zařídili. Nic nemám, co by po mně zůstalo, už jsem všechno rozdělila. Maruška mi pomohla všechno vyřídit. Já, kdybych teď umřela, tak by vytáhla ty své poznámky a začala by zařizovat. ... Všechno jsem už rozdělila. Co kluci chtěli, to si odnesli. Asi Marušce, jestli potom dáte ten obrázek a Pannu Marii a řeknete jí, že ji za všechno moc děkuji.“

R4: „Co předat dětem na památku? Přemýšlela jsem o tom. Jak jsme tady měli to fotografování v kloboucích, tak jste říkali, že mi to sluší. Já to samozřejmě nevidím. Ale ty fotografie, kdybyste jim předali a že je mám opravdu moc ráda a ten pořádný pohřeb ať mi udělají, aby to neodflákli, ale to si nedovolí, když mi to dcera slíbila.“

R5: „Nic jim vzkazovat a předávat nemusíte, všechno budou mít rozdělené, tady po mě zbyde těch pár věcí, ale já jim všechno řeknu a rozdělím. ... Pohřeb budu chtít v obřadní síni, jako moje paní. Ono umřít, není žádná sranda, ono na to musíte mít ušetřeno a já jsem na všechno připravený. Našetřeno mám dost. Schovával jsem si to, všechno musím vnučce říct, ona mě poslechne, to vím. Takže, jakmile budu mít tu občanku, zajdeme spolu na úřad a už potom budu v klidu.“

R6: „Co po mě předat? To vidíte, všechno, co jsem tady nashromáždil. To si proberou a co budou chtít, si nechají. Ale to psaní, to je dobrý nápad. Nad tím se zamyslím a něco moudrého jim napíšu. To se ještě nakonec pobavěj. To něco napíšu i vám, všem, co se tady staráte.“

R7: „Předat rodině už není co. Všechno jsem jim nechala a tady si to potom vyklidí a jestli všechno vyhodí nebo si něco nechají, to bude na nich.“

R8: „Nevím, co bych holkám vzkázala. My si všechno říkáme, o všem mluvíme. Asi nic.“

Potřeba rozloučení a urovnání si věcí je pro odcházející důležitá. Mají představu o svém vlastním pohřbu jako respondentka č. 4: „...a ten pořádný pohřeb ať mi udělají, aby to neodflákli, ale to si nedovolí, když mi to dcera slíbila.“. Z rozhovorů je patrné, že senioři se na svoji smrt připravují, šetří si na pohřeb: „. Ono umřít, není žádná sranda, ono na to musíte mít ušetřeno a já jsem na všechno připravený. Našetřeno mám dost“ (R5).

To, jak svoji smrtelnost senioři dokáží přijmout svědčí i humor, kterého jsou u tak vážného tématu schopni: „*Ale to psaní, to je dobrý nápad. Nad tím se zamyslím a něco moudrýho jim napíšu. To se ještě nakonec pobavěj. To něco napíšu i vám, všem, co se tady staráte.*“ (R6)

Někteří respondenti přemýšlí o dárku na památku: „*Co předat dětem na památku? Přemýšlela jsem o tom. Jak jsme tady měli to fotografování v kloboucích, tak jste říkali, že mi to sluší. Já to samozřejmě nevidím. Ale ty fotografie, kdybyste jim předali a že je mám opravdu moc ráda...*“ (R4), „*Asi Marušce, jestli potom dáte ten obrázek a Pannu Marii a řeknete jí, že ji za všechno moc děkuji.*“ (R3)

Respondent č. 8 má s dcerami vše vyřešené a urovnané, o svých potřebách a přáních s nimi mluví: „*Nevím, co bych holkám vzkázala. My si všechno říkáme, o všem mluvíme. Asi nic.*“

Respondentka č. 1 o možnosti něco předat nebo vzkázat nepřemýšlela, respondent č. 2 není schopen navázat téma umírání se svým synem, proto tuto možnost využívá, jako předání instrukcí synovi o představách svého pohřbu: „*Budete mu muset potom všechno říct. On nic neví, nechce vůbec abychom se o tom bavili.*“ Je zřejmé, že tomuto respondentovi velice záleží na rozmluvě se synem o těchto věcech, chtěl by mu sdělit svá přání a požadavky. Nabízí se otázka, zda vstoupit do tohoto vztahu a taktně prohodit věc se synem. Tolik potřebný rozhovor by respondentovi velmi pomohl při odcházení.

Shrnutí výzkumné otázky na téma „Potřeby v závěru života“

Kódy pro toto téma byly: tělesné, psychické, spirituální, duchovní, farář, sociální.

Shrnutí třetí výzkumné otázky ukazuje nejdůležitější potřeby, které senioři v závěru života vyžadují. Všichni se shodli, že mají obavy z bolesti, ale věří, že personál Domova bude schopen se o jejich bolest postarat. Od personálu dále vyžadují vstřícný a důstojný přístup. Aby jim byla poskytována taková péče, kterou vyžadují, nebyli přehlíženi, ale vyslyšeni. Někteří zmiňují teplo, jídlo, péči o pokožku, sociální kontakty. Myslí si, že budou vyžadovat přivolání kněze a obřad posledního pomazání. Z rozhovorů vyplynula i potřeba mít vše vyřešené, hlavně vztahy a majetkové záležitosti. Psychickou pohodu udávají díky neustálé přítomnosti personálu. Předání vzkazu nebo dárku nebylo přijato s takovou nadšeností, jakou autorka očekávala, ale většina respondentů slíbila, že se nad touto možností rozloučení s blízkými ještě zamyslí.

5.2.4 Místo, kde si přeji zemřít

Kde si představujete, že chcete prožít poslední chvíle svého života?

Všichni z dotazovaných respondentů uvádí, že si přejí dožít v Domově. Všichni i shodně udávají, že nechtějí prožít poslední chvíle v nemocnici. Senioři žijící v Domově mají důvěru v pečující personál. Vědí, že se na něj mohou spolehnout, znají ho. I když je pro seniory Domov pouhou náhražkou opravdového domova, většinou se zde cítí bezpečně. Je to pro ně známé prostředí se známou komunitou lidí. Nikdo z respondentů nechce v závěru života být odvezen do nemocnice.

R1: *„Chtěla bych zůstat tady, vy se o všechno postaráte. Hlavně nikam nechci posílat, žádnou léčbu. Až to přijde, tak to přijde. Nechci nic prodlužovat. Trápili by se všichni a asi i já. Třeba bych měla bolesti a nikdo by to nepoznal.“*

R2: *„Vás znám, vždyť tady bydlím, tady mě nechte v klidu usnout.“*

R3: *„Pokud zvládnete péči o mě a moje bolesti ráda bych tady zůstala až do úplného konce. ...Být tady, zavřít oči a usnout. Já se za to modlím.“*

R4: *„Do nemocnice bych nechtěla chtěla bych zůstat tady.“*

R5: *„Když už jsem tady, bydlím tady, tak tady budu až do konce. Kdybych zůstal doma, tak samozřejmě tam, ale teď tady.“*

R6: *„Rozhodně nechci nikam odvážet. ... Dcerkám ro radši ještě zdůrazním, aby vás do něčeho netlačily.“*

R7: *„Když o tom tak tady spolu mluvíme, budu muset se snachou opravdu promluvit. Já si myslím, že ona to tuší. Pomohla mi se zařizováním všeho okolo smrti dědy, ale radši ji řeknu, že vím, že to všechno zůstane na ni, tak aby věděla, co je potřeba zařídit. Řeknu jí, aby mě nenechali někde udržovat. Nemám nejlepší psychiku, tak ať mě ještě nenechají posílat do nemocnice. Bojím se nemocnic a všeho okolo.“*

R8: *„Chtěla bych zůstat tady. Vy se o mně postaráte. Nikam mě neposílejte, jenom dejte vědět holkám. Ony se střídají, jeden den chodí jedna, druhý den druhá.“*

Z uvedeného vyplývají očekávání a také důvěra respondentů, že dožijí v Domově, kde se cítí být doma, za odborné pomoci personálu. Mnozí mají z dřívější doby nemocnici a obzvláště LDN spojenou s neosobním umíráním. Často se ani nemohli rozloučit se svými blízkými, proto

umírání v Domově je pro ně přijatelnou náhradou umírání v kruhu rodiny a blízkých: „*Vás znám, vždyť tady bydlím, tady mě nechte v klidu usnout.*“ (R2)

Přál(a) byste si, aby se zdravotníci v závěru vašeho života snažili váš život prodlužovat?

Cílem této otázky byl předběžný průzkum o názorech na hospitalizaci klientů v závěru jejich života. Zda vyžadují léčbu, která by jim pravděpodobně jenom prodlužovala umírání. Nebo jestli chtějí zůstat ve svém prostředí a spolehnou se na personál Domova. Z analýzy výsledků rozhovorů vyplývá, že si respondenti nepřejí v závěru života léčbu, která by jim prodlužovala život v umírání.

R1: „*Chtěla bych zůstat tady, vy se o všechno postaráte. Hlavně nikam nechci posílat, žádnou léčbu. Až to přijde, tak to přijde. Nechci nic prodlužovat. Trápili by se všichni a asi i já. Třeba bych měla bolesti a nikdo by to nepoznal.*“

R2: „*Ani nevím, jestli se toho umírání bojím. Řeknu vám to, až to přijde. Ale nikdo tady nekřičí ani nesténá, tak to asi není tak hrozný. Kdyby šlo jenom usnout a potom už nic. Víte, že bych jako to vůbec nevěděl. Asi i synovi se by ulevilo. Starost by mu odpadla. Nechci nikam do nemocnice, tam mě neznají, byl bych tam sám. K čemu je prodlužování umírání? K delšímu utrpení?*“

R3: „*Vás je tady dost, abyste se o nás mohli postarat. Tak to je něco jiného. Prodlužování je proti Bohu. Až si mě zavolá, půjdu.*“

R4: „*Do nemocnice bych nechtěla chtěla bych zůstat tady. Už jsem tady na vás zvyklá, je mi tady dobře. Stáří nikdo nevyлéčí.*“

R5: „*Pan primář mi řekl, že výsledek léčby je nejistý, proto jsem se rozhodl, že už žádnou léčbu hlavně chemoterapií nechci. Bylo by mi akorát špatně a výsledek mi nikdo nezaručí. Takhle mi je dobře a když tak půjdu za manželkou. stejně se mi po ní stýská. ... Opravdu si myslím, že mě nikam nemusíte vozit. Nechci nic léčit a prodlužovat. S tím, co mám i už umřu. Postarejte se, aby mě to nebolelo. Když mi už nebude zabírat brufen, tak mi něco přidejte. On pan primář říkal, že existuje spousta léků a že budete vědět.*“

R6: „*Rozhodně nechci nikam odvážet. Co by se mnou kde dělali? Píchali do mě, a ještě na mě něco zkoušeli?*“

R7: „*Do nemocnice nechci, vy mi tady pomůžete. Co jsem tady, tak jsem i taková klidnější než doma. Co chcete prodlužovat?*“

R8: „Nechci do nemocnice. Chtěla bych zůstat tady. Co je to za život ležet v posteli a čekat na smrt? To by bylo trápení ne léčba.“

Všichni respondenti se obávají hospitalizace, tři z nich dokonce uvádějí, že nechtějí prodlužovat utrpení léčbou v nemocnici: „Hlavně nikam nechci posílat, žádnou léčbu. Až to přijde, tak to přijde. Nechci nic prodlužovat.“(R1), „Řeknu jí, aby mě nenechali někde udržovat.“(R7). „Rozhodně nechci nikam odvázet. Co by se mnou kde dělali? Píchali do mě, a ještě na mě něco zkoušeli?“(R6). Tento fakt ukazuje na potřebu zavedení paliativní péče v domovech pro seniory, aby tito měli možnost dožít své dny v pro ně známém prostředí: „Do nemocnice bych nechtěla, chtěla bych zůstat tady. Už jsem tady na vás zvyklá, je mi tady dobře. Stáří nikdo nevléčí.“(R4), se svými blízkými a známým personálem: „Nechci nikam do nemocnice, tam mě neznají, byl bych tam sám. K čemu je prodlužování umírání? K delšímu utrpení?“(R2). Prodlužování života vidí jako utrpení: „Co je to za život ležet v posteli a čekat na smrt? To by bylo trápení ne léčba“ (R8).

Jediné, kdy se respondentka zmiňuje o hospitalizaci, je obava z nezvládnutí bolesti: „Do nemocnice bych šla jenom kdyby bylo potřeba. třeba kdybych měla bolesti, aby mi dali injekci. Prodlužování je proti Bohu. Až si mě zavolá, půjdu.“(R3), ale i tak rozhodnutí nechává na personálu, když on usoudí, že ji není schopen pomoci, myslí si, že prodlužování života je vzpírání se Bohu: „Do nemocnice chci odvízt jenom když vy uznáte, že mám velké bolesti, o které se neumíte postarat, a to vy uznáte, jestli mi tam vlastně pomohou. Takhle to myslím.“

Shrnutí výzkumné otázky na téma „Místo, kde si přeji zemřít“

Kódy pro toto téma byly: Domov, nemocnice, prodlužování.

Výzkumná otázka o hospitalizaci a léčbě na konci života, která by prodlužovala umírání byla všemi respondenty odpovězena shodně. Žádný z respondentů si nepřeje hospitalizaci v závěru života. Všichni věří v profesionalitu ošetřujícího personálu, který je dokáže v klidu a bez bolesti dovést až do úplného konce života. Prodlužování života senioři berou jako prodlužování utrpení nebo znevažování Boha.

5.2.5 Přínos rozhovoru

Byl pro vás rozhovor přínosný?

Tato otázka byla do rozhovorů přidána dodatečně, vyplynula během výzkumných rozhovorů. Potvrdilo se, že senioři v Domově potřebují hovořit o svých představách a přáních o konci života. Pomocí rozhovoru si ujasnili své potřeby a přání. Také došli k závěru, že je nutné si pohovořit se svými blízkými.

R1: „Nejprv mě to zarazilo, ale být ve výzkumu? Nikdy jsem v žádném nebyla, a nakonec to nebylo špatný. Mám se ještě nad čím zamýšlet.“

R2: „Mluvení o smrti mě nevadilo, i když to bylo o té mojí. Alespoň všechno řeknete synovi. Nechte si to napsaný, ať to nezapomenete. On bude bezradnej. Ted' o tom nechce mluvit a potom nebude vědět, co má dělat.“

R3: „Né, o smrti mi nevádí mluvit. Co jiného v mém věku a zdraví řešit? Alespoň víte, jak to mám všechno zařízené.“

R4: „Být mladší, tak mě to asi urazí, ale ted' aspoň budu přemýšlet a budu si muset promluvit s dcerou.“

R5: „Ještě se domluví s vnučkama a budu mít tady na světě hotovo.“

R6: „...vždyť to máme všichni jistý. Tomu nikdo neuteče. Alespoň se nad tím vším můžu zamyslet. Kdybych nechtěl, nebudu s vámi mluvit. Ted' alespoň všechno víte, tak si ten návod nechte někde, aby to věděli všichni.“

R7: „Možná mě to pomohlo, že jako začnu přemýšlet, co zařídit, na čem se se snachou budeme muset ještě domluvit. I to rozptýlení mi ted' přijde jako nejlepší řešení, že se nebudou muset o nic starat a mě to asi uklidní, když budu vědět, že je o všechno postaráno.“

R8: „Jak už jsem říkala. Člověk, obzvlášť v mém věku, musí počítat se vším. Kdo tvrdí, že ne a že o tom nepřemýšlí, tak lže.“

Na základě výpovědí všech respondentů je patrné, že rozhovor na téma umírání a smrt je vnímán pozitivně. Všichni se shodují, že jejich čas se blíží: *„vždyť to máme všichni jistý. Tomu nikdo neuteče.“* (R6), není na co čekat, jsou smíření. Všichni mají určitou představu o své smrti, vědí, že to patří k životu: *„Možná mě to pomohlo, že jako začnu přemýšlet, co zařídit, na čem se se snachou budeme muset ještě domluvit.“* (R7), pomohlo jim znovu se nad vším zamyslet,

„Mám se ještě nad čím zamýšlet.“ (R1), promluvit s blízkými: „Ještě se domluvíím s vnučkama a budu mít tady na světě hotovo.“(R5)

Shrnutí výzkumné otázky na téma „Přínos rozhovoru“

Kódy pro toto téma byly: pozitivní, negativní, žádný.

Při shrnutí odpovědí je patrné, že všichni respondenti mají potřebu o své smrti a záležitostech s umíráním hovořit. Všichni hodnotí rozhovor pozitivně. Jsou se smrtí smíření a nevadí jim o ní mluvit. Celý rozhovor berou jako přínos pro období umírání. Záznam rozhovoru je pro ně pojistkou, že v době umírání bude pečující personál i jejich blízcí vědět, jaká jsou jejich přání. Reálná přání, která jsou vyslovena a zapsána, mají šanci být splněna.

5.3 Závěrečné shrnutí výzkumu

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že senioři přemýšlí o své smrti a umírání. Uvědomují si výšku svého věku a připravují se na závěr svého života. Neprojevují obavy ze smrti, ale z toho, aby nebyli na obtíž, hlavně svým blízkým. Svědčí o tom jejich připravenost a plány vlastního pohřbu. Všichni senioři také potřebují o těchto záležitostech komunikovat.

V oblasti o komunikaci s blízkými vyplynulo, že rodiny seniorů jsou schopné domluvit se o pohřbu. Jako velmi těžké se ale ukázalo navázání rozhovoru ohledně umírání, kdy rodiny o těchto záležitostech nechtějí se svými seniory hovořit. Naopak senioři by rádi tyto záležitosti se svými blízkými probrali. Chtějí být ujištěni, že jejich představy o umírání a náležitosti po smrti budou vyslyšeny.

V otázce potřeb seniorů v závěru života byly nejčastěji jmenovány obavy z bolesti, nerespektování autonomie a ztráty důstojnosti. Všichni oslovení senioři věří, že personál Domova se dokáže o jejich potřeby postarat. Ujišťují se, že nebudou trpět bolestí, budou vyslyšeny jejich prosby ohledně zachování důstojnosti a rozhodování o sobě. Bude jim přivolán kněz, proběhne obřad posledního pomazání. Důležitost kladou i na potřebu mít vše vyřešené v oblasti vztahů a majetku, péče o stravu, teplo, pokožku a sociální kontakty.

Na otázku o možné hospitalizaci a léčbě na konci života, která by vedla pouze k prodlužování umírání, se všichni dotázaní senioři shodli, že si nepřejí být hospitalizováni v závěru života. Myslí si, že by jim takové prodlužování způsobilo pouze utrpení. Věří v profesionální péči personálu, který je v klidu a bez bolesti dovede až do úplného závěru života.

Z výzkumu je tedy patrné, že senioři potřebují hovořit o svých posledních záležitostech, umírání a smrti. Také byl zjištěn fakt, že rodinní blízcí nejsou schopni a ochotni se o těchto věcech se svými starými rodiči bavit. Proto senioři vítají možnost, pohovořit o tomto tématu s personálem. Je to jejich příležitost, jak vyslovit svá přání a představy a nechat se ujistit, že tyto informace budou předány jejich rodinám a splněny.

6 DISKUZE

Ve výzkumné části diplomové práce bylo stanoveno pět hlavních výzkumných témat a z nich bylo vytvořeno devět subtémat. Jednalo se o terénní výzkum s využitím přístupu IPA. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Cílem výzkumu v diplomové práci bylo zjistit, jak senioři žijící v sociální službě vnímají vlastní umírání a smrt. Jaké mají představy o vlastním umírání, zda o něm přemýšlí a jestli o tomto tématu komunikují se svými blízkými. Další výzkumnou otázkou bylo téma potřeb a péče v závěru života. Výzkum byl zaměřen i na otázku hospitalizace a prodlužování života. Poslední otázka se týkala pocitů z rozhovoru o konci života. Výzkumu se zúčastnilo osm seniorů žijících v Domově odpočinku Justynka.

Prvním cílem výzkumu bylo zjistit, jak senioři žijící v Domově vnímají konec života a zda zažili přímo něčí smrt nebo umírání, popř. zda o umírajícího pečovali (ot. č.1, 2):

1. Přemýšlel(a) jste někdy o své smrtelnosti? O konci života?
2. Zažil(a) jste někdy přímo něčí smrt nebo umírání? Pečoval(a) jste o umírajícího?

V oblasti přemýšlení o vlastním konci života bylo pomocí analýzy odpovědí zjištěno, že senioři přemýšlí o své smrti a umírání a připravují se na ni.

Často zdůrazňují délku svého věku, přežití svých příbuzných a prodělané nemoci, To dokazují jejich výpovědi typu „*A když už opravdu mám tyhle léta co víc si můžu od života žádat, když jsem na tom takhle jak jsem. Vždyť to mám velikej dar a co všechno jsem prodělala. Uvědomují si, že mají svá léta: „Já jsem si ani nemyslela, že tady budu takhle dlouho“*, že tedy přichází závěr jejich života.

Jakousi představu o umírání mají všichni. Lze říci, že představu o jejich smrti ovlivňuje to, zda byli přímo přítomní umírání někoho blízkého. Ti, kteří se přímo účastnili umírání blízkého člověka, vnímají odcházení jako klidnou samozřejmou záležitost. To dokazují výpovědi typu: „*Vypadal klidně, asi ho nic nebolelo, prostě usnul*“ nebo „*když umírala, tak se tak zhluboka nadechla, vydechla a umřela*“. Současně si uvědomují, že odchod blízkého člověka je bolestivá záležitost: „*Nechce se mi o tom úplně mluvit. Nebylo to pěkný. Asi bych to nikomu nepřál*“. Je ale také zřejmé, že někteří senioři, kteří pečovali o svého blízkého doma, mají představu o umírání spojenou spíše se zhoršením zdravotního stavu s následnou hospitalizací, ze které se jim již blízký člověk domů nevrátil: „*Muže jsem měla taky doma, starala jsem se o něj, potom jsem to už nezvládla, odvezli si ho, a on tam stejně za chvíli umřel*“. V takovém případě lze

chápat, že představy o smrti samotné budou zřejmě shodné s představami seniorů, kteří nebyli přímo u lůžka umírajícího. Ti zcela přesně nevědí, jak to bude probíhat: „*Ani nevím, jestli se toho umírání bojím. Řeknu vám to, až to přijde, ale nikdo tady nekřičí ani nesténá, tak to asi není tak hrozný*“.

Všichni ale mají svoje představy a přání o rychlé a bezbolestné smrti ve spánku: „*No, mně by se líbilo, kdybych šel večer spát a vy mě ráno našli už navždy spícího*“. Thorová uvádí, že senioři se smrti bojí méně, smrt přijímají jako přirozený element života (Erikson 1950; Gesser et al. 1987, in Thorová, 2015, s. 483). Lze říci, že všichni vědí o nevyhnutelnosti smrti a jsou ve svém věku smířeni, jsou klidní. Pokud se lidem podaří dosáhnout vnitřního klidu, moudrosti a vnitřní integrity, potom mohou nacházet uspokojení v životě a smrt se pro ně stává snesitelným ukončením života (Sovářiová Sošová, 2022, s. 41-42). Pillemer (2013) vedl rozhovory se seniory ve věku 80 až 100 let o jejich smrti, které neodhalily žádný strach a děs ze smrti, naopak zjistil, že lidé ve vysokém věku mluví o smrti uvolněně, neobávají se jí, přijímají smrt jako součást života, na kterou se snaží být připraveni (Thorová, 2015, s. 482-483).

To, jak svoji smrtelnost dokáží senioři přijmout, svědčí mnohdy i humor, kterého jsou u tak vážného tématu schopni: „*Ale to psaní, to je dobrý nápad. Nad tím se zamyslím a něco moudrého jim napíšu. To se ještě nakonec pobavěj. To něco napíšu i vám, všem, co se tady staráte*“. Ruch et al (2009) provedli studii švýcarských seniorů, kde zjistili, že humor je fungující vyrovnávací strategií, která pomáhá zvládat nepřízeň osudu a přispívá k optimismu (Ruch et al. in Thorová, 2015, s. 487).

Někteří cítí svoji smrt, jako úlevu od starostí a povinností, kterými zatěžují svoje děti. Lidé ve vysokém věku se často na své „*ukončení cesty*“ připravují. Snaha o urovnání „*posledních věcí*“ je pro ně důležitá pro pocit klidu a vyrovnanosti (Pillemer, 2013 in Thorová, 2015, s. 484). Lloyd-Williams et al (2007) zjistili, že lidé ve věku osmdesáti let se neobávají smrti, ale že budou zátěží pro ostatní a budou na nich závislí (Lloyd-Williams et al. in Thorová, 2015, s. 495).

Druhým cílem bylo zjistit, jak komunikují se svými blízkými o konci života (ot. č. 3, 4):

1. Mluvil(a) jste někdy o smrti a umírání s někým z rodiny nebo blízkým?
2. Přejete si mít v těchto chvílích někoho blízkého u sebe? A pokud ano, řekl(a) jste mu to?

Z výzkumu vyplynula zřejmá otázka, zda senioři chtějí a mohou se svými blízkými hovořit o posledních věcech, svých představách a přáních? Z odpovědí seniorů je zřejmé, že své dospělé děti znají a dokáží odhadnout, zda dokáží naplnit jejich očekávání v posledních věcech. Jen někteří mají své poslední věci s blízkými prodiskutované a vše připravené.

O tom, že by své poslední chvíle rádi prožili se svými blízkými, svědčí výpovědi typu: „*Bylo by moc pěkný, kdyby v mé poslední hodině někdo se mnou poseděl. Obě. Kdyby to stihly a vy to poznali, že to přichází, tak by to bylo pěkný. Všechny pohromadě*“.

Přestože by senioři rádi o posledních chvílích svého života se svými blízkými hovořili, a snaží se na toto téma se svými blízkými navázat hovor, tak ze strany blízkých není přílišný zájem o smrti a umírání mluvit: „*Dcery se mnou o umírání mluvit nechtějí, říkají, tati, nemluv o tom. Ale mě přitom už nic jinýho nečeká, že jo...*“ Některé výpovědi dokonce hovoří o tom, že: „*S dětmi jsem o takových věcech nemluvila, myslím si, že by se na mě zlobily. Bylo by to pro ně těžký, ano, nechci je tím trápit*“. Naskytá se tedy otázka, co je příčinou této neochoty dospělých „dětí“ hovořit na téma smrt a umírání. Přitom klíčovým aspektem optimální podpůrné péče o seniory v závěru života je zapojení rodiny a blízkých do rozhodování o péči na konci života. Výzkumné studie ale zjistily, že rodiny se zdráhají účastnit rozhovorů o smrti a umírání, oddalují rozhovory o péči na konci života se svými blízkými i ošetřujícím personálem (Harasym, 2020).

Jedním z možných důvodů, proč se dospělé děti seniorů vyhýbají rozhovorům o umírání, může být obava ze smrti rodičů tak, jak vysvětluje Levy (2021), když říká, že „*Strach ze smrti rodičů nás neopouští a stává se ještě děsivějším, když rodiče zestárnou a zeslábnou*.“ Tato obava ze smrti rodičů, že nás ponechají opuštěné, je podle Levyho jedním z nejneodbytnějších a nejutišitelnějších strachů převládajících z dětství (Levy, 2021, s. 186).

Dalším důvodem může být skutečnost, že nevědí, co říkat, jak se chovat. Nemáme smrt zažitou tak, jak ji prožívali v dřívějších dobách naši předci, kdy staří lidé odcházeli z tohoto světa přímo v rodině a každý člověk byl účasten umírání již od nejútlejšího věku. Smrt tedy přijímal jako něco samozřejmého, každý si uměl představit, jak umírání a smrt probíhá. V současné době jako by se pojem smrti vytěsnil z našeho života tak, jak popisuje Kupka (2014, kap. 3.1) a můžeme se domnívat, že dnešní senioři žili v době institucionalizace a tabuizace umírání. V době, kdy jim umírali rodiče a partneři, bylo běžné posílat umírající do nemocnice.

Jiným důvodem může být také skutečnost, že si můžeme umírání rodiče spojovat i se svojí smrtelností tak, jak to popisuje Svatošová, která zdůvodňuje fakt, že „*je jim připomínána*

pravda, že všichni jednou odejdeme“, doslova cituje známý text napsaný nad vstupní branou hřbitovů: „*Kdo jste vy, bývali jsme i my. Kdo jsme my, budete i vy*“ (Svatošová a Palán, 2019, s. 64).

Všechny tyto uvedené důvody, a možná to mohou být i jiné, ale tento výzkum se dalšími otázkami směřovanými k seniorům hlouběji nezabýval, při setkání se smrtí mohou vést k tomu, že býváme rozpačití my i odcházející blízký. Je škoda, že se pojem smrti stal jaksi „odlidsťený“. Pokud svého blízkého opravdu milujeme, měli bychom mu v jeho posledních chvílích poskytnout oporu, klid, pomoci mu, tak jak to doporučuje Kübler-Rossová (1969) lidem, kteří pečují o umírající, že pokud svého blízkého milují a chtějí mu pomoci, musí zůstat v jeho blízkosti, být s ním. Nemusí mluvit, stačí, když u něho budou sedět, držet za ruku (Thorová, 2015, s. 479). Odpovědi seniorů o tom rovněž svědčí: „*Při úplném závěru bych byla ráda, kdyby u mě seděla dcera nebo syn nebo vnuk. Abych věděla, že jsou tady se mnou. Aby mě podrželi za ruku*“, další výpověď: „*Že byste si tady se mnou na chvíli sedli a podrželi mě za ruku...*“

Třetím cílem bylo zjistit, jaké potřeby mají seniori v závěru života. Ke zjištění těchto potřeb autorka využila otázky č.5 a 6:

5. Co myslíte, že budete v závěru života nejvíce potřebovat z hlediska potřeb tělesných, psychických a spirituálních?
6. Máte představu, co byste chtěl(a) abychom po vaší smrti předali vašim blízkým?

Potřeby seniorů na sklonku života se mohou výrazně lišit od potřeb mladých lidí. Je to dáno nejen životním příběhem seniorů, zdravotním stavem, ale mnoha dalšími faktory, o kterých nemusí pečující personál ani vědět. Obzvláště u seniorů je nezbytné pracovat se všemi stupni potřeb tak, jak popisuje Holmerová, aby nedocházelo ke zhoršování kvality života seniorů při poskytování péče (Holmerová et al., 2014, s. 51). Právě proto se v Domově, kde autorka pracuje, věnuje popisu základních prvků životního příběhu seniora přijímaného do zařízení značná pozornost. V průběhu pobytu, kdy se personál seznamuje s novým klientem i jeho rodinou se i nadále tyto potřeby vyhledávají a zpřesňují. To potvrzuje i Kabelka, který říká, že během závěrečné fáze života je čas na vyhledávání potřeb nemocného i jeho blízkých. Je zde čas na empatii, lidskost, podporu, otázky a odpovědi, čas pro psychologickou a spirituální péči s bilancováním, možnou úzkostí, strachem, přijetím nemoci a přípravou na umírání. Je to čas

hledání k co možná nejlepší a dosažitelné kvalitě života. Je to čas na ukončení preventivní léčby a komplikací civilizačních chorob. Čas na odpočinek i během dne (Kabelka, 2020, s. 198).

A co vlastně senioři, kteří se výzkumu v Domově účastnili, považují z hlediska naplňování jejich potřeb za významné?

Senioři ve výzkumu očekávají, že se o ně personál kompletně postará: „... že se o mě postaráte, uděláte mi, co bude potřeba“, nebo „Mám to u vás takové domluvené, že se o mě postaráte, uděláte mi, co bude potřeba.“ Za nejvýznamnější považují ty potřeby, které si sami mohou jen obtížně naplňovat či spíše to nezvládnou vůbec, protože tyto potřeby jdou ruku v ruce s jejich zdravotním stavem, pokročilým věkem, často i absencí někoho blízkého v takovém rozsahu, který by rádi. Většinou hovoří o potřebě tepla, psychické pohody, dobrém jídle, absenci bolesti: „Chtěla bych až do konce dobré jídlo, pohodlí, aby mě nic nebolelo...“ a zajištění potřebné péče: „Myslím třeba takové ty plinky, abych byl čistý a nesmrđel“. Téma bolest je pro seniory často skloňované, mají strach z bolesti: „Co bude důležité? Nemít bolesti, nesnáším bolest, to by mi moc vadilo“, nebo: „A tak vy byste mi dali i ty injekce, aby mě nic nebolelo a nechali si mě tady až do konce?“

Za důležitý považují přístup personálu. Očekávají vstřícnost, ohleduplnost, respekt k vlastní osobě tak, jak autorka uvádí v kapitole o důstojnosti stáří. Záleží jim na tom, aby je personál chápal, chápal jejich potřeby, aby byli respektováni. Špatenková (2014) uvádí, že dle výzkumu STEM/MARK 2011 se zdravotníci i laici nejvíce u umírání obávají ztráty důstojnosti a bolesti (Špatenková, 2014, s. 83-84). Někteří respondenti se obávají, že personál buď nerozpozná jednotlivé potřeby nebo bude k senioru kritický: „A aby na mě všichni byli hodný, víte, aby mě nenadávali, nekritizovali a pomohli. Hlavně pomohli. Chápali mě.“ V souvislosti s respektem k jejich osobě senioři také zmiňují své rodiny: „Dcerkám ro radši ještě zdůrazním, aby vás do něčeho netlačily.“ Vnímání vlastní důstojnosti samými seniory chování personálu ovlivňuje, pro dosažení důstojné péče svědčí ne kvantita, ale kvalita času, který personál s pacientem tráví, zda naslouchá, dotkne se pacienta, provede laskavé gesto, usměje se, pohlédne z očí do očí, používá zástěny pro zajištění soukromí (Chochinov 2012; Coenen et al. 2007; Brokel a Hoffman 2005 in Kisvetrová, 2018, s. 51-52). Poškození důstojnosti vede u seniorů k úzkosti, pocitům bezmocnosti. Udržení důstojnosti naopak vede k pocitu lásky, bezpečí, jistoty (Příbyl, 2015, s. 82).

I když nemusejí mít obavy ze samoty či umírání v opuštění (psychickou pohodu jim částečně zajišťuje vědomí, že žijí v Domově, kde je neustále přítomen zdravotnický i ošetrovatelský

personál, a který jim do jisté míry rodinu nahrazuje, v Domově mají současně časově neomezený kontakt s rodinou), hovoří někteří senioři o tom, že nechtějí být sami, blízkost dalšího člověka je pro ně důležitá. Dle Příbyla (2015) z kvantitativního výzkumného šetření potřeb seniorů vyplývá, že pro seniory žijící v domácím prostředí i v domově pro seniory, jsou nejdůležitější potřeby rodina, nebýt na obtíž a fyzická soběstačnost. Do fyzické soběstačnosti je zahrnuto „být bez bolesti“ (Příbyl, 2015, s. 63, 74).

Někteří senioři hovoří o dotýkání či pohlázení druhým člověkem: „*Jo pohladit mě můžou, to mám taky rád.*“ To ostatně potvrzují i Sováriová, Soósová (kap. 3.4), když říkají, že dotyk u obou osob může vyvolat různou intenzitu a kvalitu emocionálních odpovědí. Empatický dotyk může vést k pocitům vzájemné opory, spojení, zmírnění strachu, úzkosti a osamělosti: „... *že byste si tady se mnou na chvíli sedli a podrželi mě za ruku...*“ Šimková říká, že tato potřeba může být u každého člověka různá, odvislá od toho, jak senior vnímal blízkost ostatních lidí během života. Zda mu byla příjemná nebo nepříjemná, jak překonával nesnáze a bolesti, jak vyjadřoval své city (Šimková, 2016, s. 10). Obavami ze samoty zřejmě senioři v Domově netrpí: „*A pořád tady někdo je, nejsem sama, pořád tady chodíte, známe se.*“

Z jejich výpovědí je také zřejmé, že potřebují mít vše připraveno na poslední cestu, mít v závěru života vše vyřešené, mít vypořádané vztahy: „*Mít klid. Dcery vědí, jak si to po smrti představuji. Šaty mám doma nachystané, peníze taky ušetřené, To všechno holky vědí.*“ Z rozhovorů je patrné, že senioři se na svoji smrt připravují, šetří si na pohřeb: „*Ono umřít, není žádná sranda, ono na to musíte mít ušetřeno a já jsem na všechno připravený. Našetřeno mám dost.*“ Někteří potřebují zajistit poslední pomazání, tzn. potřebují duchovní útěchu či pomoc: „*A i pana faráře byste mi zavolali, že by mi dal to poslední pomazání?*“ Někteří přemýšlí o faráři, jako o prostředníkovi, který pomůže připravit rodinu na odcházení jejich matky: „*Možná kdyby přišel a promluvil s dcerou a synem. Uklidnil je.*“ Výzkumy prokazují, že spiritualita má pozitivní vliv na navození pocitu klidu, jistoty a bezpečí pro pacienty v závěru života (Andersson et al. 2008; Chio et al. 2008 in Kisvetrová, 2018, s. 49).

To, že mít vypořádané vztahy s bližními považují senioři za důležité, je zcela zřejmé z jejich výpovědí: Pokud vědí, že něco vyřešit již nelze „*Já jsem se jí neomluvil. Ale moje paní už se mnou nechce mluvit. Já bych se jí teď rád omluvil, ale nemám jak*“, že nežili dobře, může pro ně být zdrojem utrpení. To potvrzuje i Haškovcová (2012), když říká, že: „*Závěr dobrého života nebývá zkalen trýznivými úvahami umírajících, že měli žít zcela jinak a lépe*“ (Haškovcová, 2012, s. 37). Zmíněný senior sám také cítí, že musí prosit za odpuštění, když už

jinou možnost nemá: „*A žádat o to odpuštění. Je to složitý, ale jinýho mě nic nenapadá, odejít s klidným svědomím a že jsem prosil a že tu nemám žádné nevyřízené věci*“. Uvědomění si vlastního selhání je pro člověka v závěru života velice důležitým aspektem. Bohužel, ne všichni umírající mají tuto možnost, odcházejí z tohoto světa „*nepřipraveni, pyšní, zabejčení, neochotní*“ si přiznat své chyby. To je dle Svatošové „*katastrofa*“ (Svatošová a Palán, 2019, s. 66). Sherman uvádí, že umírající staří pacienti mají potřebu přátelství, duchovní podpory a možnosti modlení se (Sherman 2010 in Kisvetrová, 2018, s. 97).

Vezmeme-li však v úvahu, že i tzv. nedobry život nemusí nutně dovést balancujícího člověka k obavám a trýznění v závěru jeho života v tom smyslu, jak uvádí Haškovcová, a připustíme-li, že je tu ještě teologický rozměr umírání, může takový člověk ještě dojít klidu a odpuštění. To znamená, že dobré smrti nemusí vždy předcházet dobrý život. „*Mezi smrtí klinickou, kdy lékař kondoluje pozůstalým, a teologickou, tedy skutečnou tečkou za pozemským životem, je prostor. V něm má člověk poslední příležitost uznat svůj životní bankrot. Ne snad vyjmenovávat jednotlivé hříchy, ale uznat před Bohem svůj bankrot, aby mohl přijmout odpuštění*“ (Svatošová a Palán, 2019, s. 67). Lze tedy říci, že seniorům v takto pokročilém věku většinou velice záleží na tom mít své vztahy před smrtí v pořádku.

Potřeby a přání seniorů v závěru života jednoznačně shrnuje kanadský výzkum pro strategii péče o křehké seniory v pečovatelských domech: „*Chceme nezávislost v maximální možné míře. Chceme naše děti nablízku, ale to poslední, co chceme, je zatěžovat je, ať už citově, nebo finančně. Chceme být v bezpečí, být bez bolesti a mít splněny naše zdravotní, hygienické a nutriční potřeby. Chceme, aby se s námi jednalo důstojně*“ (Seeman, 2022).

Při zjišťování, co by chtěli senioři po své smrti předat prostřednictvím personálu svým blízkým, ať již v podobě vzkazu či dárku bylo cítit, že někteří senioři si s touto otázkou neví více méně rady: „*Nevím, co bych holkám vzkázala. My si všechno říkáme, o všem mluvíme. Asi nic.*“ Ale někteří senioři se pokusili se s touto otázkou vypořádat: „*Ale ty fotografie, kdybyste jim předali a že je mám opravdu moc ráda...*“ nebo: „*Asi Marušce, jestli potom dáte ten obrázek a Pannu Marii a řeknete jí, že ji za všechno moc děkuji.*“ Senior, který má problém navázat téma umírání se svým synem, této možnosti využil k předání instrukcí synovi o představách svého pohřbu: „*Budete mu muset potom všechno říct. On nic neví, nechce vůbec abychom se o tom bavili.*“

Ostatní senioři uvedli, že se nad touto možností rozloučení s blízkými ještě zamyslí.

Čtvrtým cílem výzkumu bylo zjistit, kde si senioři žijící v Domově přejí zemřít a zda by si přáli v závěru života, aby se zdravotníci snažili jejich život prodlužovat. K tomu autorka využila otázek č. 7 a 8:

7. Kde si představujete, že chcete prožít poslední chvíle svého života?
8. Přál(a) byste si, aby se zdravotníci v závěru vašeho života snažili váš život prodlužovat?

Všichni senioři shodně uvádějí, že si přejí dožít v Domově: „*Vás znám, vždyť tady bydlím, tady mě nechte v klidu usnout*“, což vypovídá o tom, že se tu cítí doma: „*Pokud zvládnete péči o mě a moje bolesti, ráda bych tady zůstala až do úplného konce*“ nebo: „*Když už jsem tady, bydlím tady, tak tady budu až do konce. Kdybych zůstal doma, tak samozřejmě tam, ale teď tady.*“ Tyto výpovědi odpovídají názoru Špatenkové (2014), když uvádí, že podle průzkumů, se lidé nejvíce obávají „*odloženého, osamělého*“ umírání v LDN a podobných ústavech dlouhodobé a následné péče (Špatenková, 2014, s. 67). Oslovení senioři tedy mají celkem jasný názor na místo umírání. Mnozí mají z dřívější doby nemocnici a obzvláště LDN spojenou s neosobním umíráním. Často se ani nemohli rozloučit se svými blízkými, proto umírání v Domově je pro ně přijatelnou náhradou umírání v kruhu rodiny a blízkých: „*Vás znám, vždyť tady bydlím, tady mě nechte v klidu usnout.*“ Je zřejmé, že z hospitalizace mají senioři strach. V nemocniční péči mohou senioři rovněž trpět ztrátou soukromí, citovou a podnětovou deprivací, osamělostí. Často mají omezenou schopnost komunikace, ztrácejí úctu sami k sobě. To vše přispívá k jejich utrpení (Bužgová, 2015, s. 61).

Je také pravděpodobné, že mohou mít strach z vyšetřovacích metod. O tomto strachu hovoří Křivohlavý (2002), který říká, že zdravotnické zařízení přispívá ke strachu seniorů ze smrti používáním přístrojových vyšetřovacích metod. Umírající senioři se mohou těchto moderních přístrojů obávat, což přispívá k jejich strachu z hospitalizace (Křivohlavý, 2002 in Bužgová, 2015, s. 62-63). Opožděná diagnostika zhoršující se křehkosti jako terminálního procesu (tj. konce života), často vede k agresivní a nepřínosné léčbě, která může zhoršit kvalitu zbývajících života a zvýšit utrpení, podporovat falešnou naději a znemožňovat zdravé truchlení jak za pacienty, tak za jejich rodiny (Cardona-Morrell, 2017).

Bylo také zřejmé, že nikdo z oslovených seniorů nestojí o prodlužování života většinou neúčinnou a utrpení prodlužující léčbou, s představou další bolesti. Nechtějí podstupovat další utrpení: „*Když o tom tak tady spolu mluvíme, budu muset se snachou opravdu promluvit ... řeknu jí, aby mě nenechali někde udržovat. Nemám nejlepší psychiku, tak at' mě ještě nenechají*

posílat do nemocnice. Bojím se nemocnic a všeho okolo.“ Výsledky studií potvrzují, že bolest je nejčastější, pro umírající zatěžující a nedostatečně řešený symptom (Robinsonová et al. 2013; Desbiens et al. 1999; Lorenz et al., 2008 in Bužgová, 2015, s. 53-54). Všichni věří, že personál Domova bude schopen se o jejich bolest postarat: „*Chtěla bych zůstat tady, vy se o všechno postaráte*“.

V úhrnu lze tedy zcela jistě říci, že senioři věří, že jim v Domově dokáží zdravotníci potřebnou zdravotní péči zajistit právě tak jako v nemocnici, a že již nejsou ochotni podstupovat nepřínosnou léčbu, říkají: „*Až to přijde, tak to přijde. Nechci nic prodlužovat. Trápili by se všichni a asi i já. Třeba bych měla bolesti a nikdo by to nepoznal.*“ Věří, že Domov dokáže rozpoznat okamžik, kdy by byla další léčba jen jejich trápením a poskytnout v terminálním stádiu zdravotní péči na takové úrovni, aby netrpěli na žádné úrovni svých potřeb, a očekávají to od personálu a také vidí, že Domov péči o tyto umírající poskytuje a zvládá.

Oproti těmto názorům seniorů však stojí požadavky blízkých, kteří, alespoň z autorčiny praxe, důrazně požadují léčbu jejich seniora, který umírá, usilují o jeho uzdravení za každou cenu, a vyžadují jeho hospitalizaci. Je zřejmé, že do těchto požadavků rodin vstupují různé strachy či obavy tak, jak je autorka zdůvodňovala v této diskuzi, při hledání důvodů, proč se rodiny či blízcí vyhýbají rozhovorům o smrti a umírání (2.výzkumná otázka) a nechtějí se smířit s danou realitou. Bohužel tento postoj umírajícím seniorům nijak nepomůže. Prodlužování života, když už to není na místě, je jen trápení. V tomto smyslu hovoří i Svatošová, která mluví o zadržované smrti, tzv. dystanazii jako o chybě, selhání lékaře (Svatošová a Palán, 2019, s. 190).

Pátým cílem výzkumu bylo zjistit, zda byl rozhovor pro seniory přínosný. K tomu autorka použila otázku č. 9:

9. Byl pro vás náš rozhovor přínosný?

Jak již bylo zmíněno, tato otázka byla do rozhovorů přidána dodatečně, vplynula v jejich průběhu. Potvrdilo se, že senioři v Domově potřebují hovořit o svých představách a přáních o konci života. Pomocí rozhovoru si ujasnili své potřeby a přání. Na základě těchto výpovědí je patrné, že rozhovor na téma umírání a smrt je vnímán pozitivně. Všichni se shodují, že jejich čas se blíží: „*Vždyť to máme všichni jistý. Tomu nikdo neuteče*“, není na co čekat, jsou smíření. Také došli k závěru, že je nutné si pohovořit se svými blízkými. Všichni mají určitou představu o své smrti, vědí, že to k životu patří. Někteří uvádějí, že jim rozhovor pomohl se nad vším znova zamyslet: „*Možná mě to pomohlo, že jako začnu přemýšlet, co zařídit, na čem se se snachou budeme muset ještě domluvit*“ a chystají se ještě si s blízkými promluvit: „*Mám se*

ještě nad čím zamýšlet“, promluvit s blízkými: „*Ještě se domluví s vnučkama a budu mít tady na světě hotovo.*“ Je zjevné, že mají potřebu o své smrti a záležitostech spojených s umíráním hovořit, tak, jak to uvádí Příbyl (2015), když říká, že senioři mají potřebu být vyslechnuti, informováni. Chtějí vyjadřovat svůj názor, obavy, myšlenky, potřebují hovořit se svými blízkými (Příbyl, 2015, s. 75).

Lze říci, že všichni senioři hodnotili rozhovory pozitivně. Jsou se smrtí smíření a nevdí jim o ní mluvit. Celý rozhovor berou jako přínos pro období umírání. Záznam rozhovoru je pro ně pojistkou, že v době umírání bude pečující personál i jejich blízcí vědět, jaká jsou jejich přání. Reálná přání, která jsou vyslovena a zapsána, mají šanci být splněna.

6.1 Přínos diplomové práce

Výsledky výzkumu diplomové práce ukazují na to, že všichni účastníci výzkumu mají své specifické potřeby. Oslovení senioři mají svá očekávání směrem k péči o jejich vlastní osobu v oblastech specifických k jejich věku (mít zajištěny všechny fyziologické potřeby, nemít bolesti a netrpět), nechtějí umírat v nemocnici, chtějí dožít v Domově. Současně chtějí rozhodovat o svém životě i svém odcházení ze života sami, chtějí být respektováni a potřebují komunikovat se svou rodinou, potřebují pomoc s navázáním rozhovorů, urovnat si věci, rozloučit se. Pomůže to i pozůstalým blízkým v truchlení.

Závěry výzkumu dokládají potřebnost zavedení paliativní péče v Domově. Při zavádění legislativního rámce paliativní péče v Domově je nutné vzít v úvahu zájmy všech zainteresovaných stran. A hledat rovnováhu mezi přáními, požadavky a možnostmi všech. Na jedné straně chceme respektovat seniory s jejich potřebami, na straně druhé jsou tu jejich blízcí, popř. rodina, kteří nejen, že chtějí mít svého seniora zajištěného, ale jeho odcházení většinou nepřijímají, nakonec i požadují léčbu, i když už není na místě. Tyto rodinné příslušníky je nutné respektovat jako partnery v péči o jejich blízké. Dobrá spolupráce s rodinou vede k dobře nastavené péči.

Mezi oběma těmito stranami je ošetřující personál, který musí být stále proškolen jak v oblasti odborné za účelem neustálého zkvalitňování péče o seniory, tak v oblasti komunikace jak se seniory, tak s jejich blízkými. Zavedení paliativní péče znamená vzdělávání personálu v doprovázení, podpoře rodinných příslušníků nebát se doprovázet a komunikovat s umírajícími seniory. Sladit přání, požadavky a možnosti všech stran bude náročné.

Pro nastavení paliativní péče je přínosné právě uvědomění si všech rizik, případných problémů a obtíží spojených s požadavky všech tří stran. A to je velmi důležité. Ve výsledku dobré zpracování a ošetření uvedených rizik do legislativního rámce Domova by jistě mohlo přispět k dobrému nastartování této služby.

6.2 Limity výzkumu a doporučení pro další výzkum

Za limitující v tomto výzkumu považuji zaměření pouze na jednu instituci. Dalším limitujícím faktorem je vedení výzkumu pouze s jednou skupinou respondentů. Pro přesnost a validitu bych doporučila vytvoření dalších skupin respondentů, a to příbuzných a pracovníků v domovech pro seniory. Limitující byla také nezkušenost výzkumnice s vedením výzkumu a rozhovorů na toto téma.

Z těchto limitů je možné čerpat doporučení pro další podobné výzkumy. Pro zkvalitnění péče a vyhledávání potřeb seniorů v závěru jejich života bych doporučila provést výzkumy v domovech pro seniory napříč celou republikou, jak se seniory, tak s jejich rodinnými příslušníky a blízkými, tak s personálem pracujícím v domovech.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaké jsou potřeby seniorů blížících se k závěru života a zda chtějí a mají možnost hovořit o svých přáních a potřebách týkajících se smrti a umírání se svými blízkými. Zda mají představu, jak a kde by jejich odcházení mělo probíhat.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část popisuje pomocí aktuálních dostupných zdrojů stáří, umírání a smrt. Je zpracována tak, aby byla adekvátním teoretickým podkladem pro část empirickou.

Pro dosažení cíle empirické části diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum za využití přístupů a doporučení interpretativní fenomenologické analýzy. Výzkumu se zúčastnilo 8 seniorů žijících v Domově Justynka. Pro získání informací byly se seniory respondenty vedeny polostrukturované rozhovory.

Výsledky výzkumu potvrzují, že senioři přemýšlí o své smrti a jsou schopni vyjádřit svá přání a potřeby týkající se umírání. Hlavní diskutovanou potřebou byla bolest a obava z ní. Senioři, žijící v Domově, současně věří, že se personál dokáže o tuto jejich potřebu postarat a počítají s tím. Dále se v jejich výpovědích opakovala potřeba zachování autonomie ve smyslu mít možnost si rozhodovat o vlastním životě, a respekt k vlastní důstojnosti (potřeba slušného jednání a zacházení nejen personálem). Považují za důležité mít dobré jídlo, teplo, pohodlí, zajištění osobní hygieny. Všichni se také shodují v tom, že si přejí dožít v Domově. Odmítají hospitalizaci, odmítají zbytečné prodlužování umírání léčbou, která by jim stejně nepomohla. Všichni se shodují na tom, že chtějí mít vyřešené všechny své záležitosti, tím myslí nejen záležitosti kolem majetku, ale více hovoří o tom, mít vypořádané vztahy, ať již jde o vztahy s blízkými či s Bohem.

Výsledky kvalitativního výzkumu poukazují na důležitost komunikace rodinných příslušníků i ošetrovatelského personálu se seniory o potřebách a přáních na konci života. Tito senioři potřebují vyjádřit svá přání a být ubezpečeni, že byli vyslyšeni. Potřebují mít jistotu, že jejich odcházení bude bezbolestné a klidné.

O to více bylo z výzkumných rozhovorů překvapující zjištění o nemožnosti vzájemné komunikace seniorů se svojí rodinou, blízkými. Senioři projevují zájem a vůli mluvit o své smrti, chtějí to. Jejich rodiny smrt popírají, odmítají o ní hovořit. A i z vlastní praxe vím a setkávám se s tím často, že blízcí nutí personál k tomu, aby byl senior v případě zhoršení zdravotního stavu při umírání hospitalizován a léčen. Důvodů, proč nejsou právě ti nejbližší

schopni naplnit tuto zásadní potřebu svého odcházejícího rodiče, bude pravděpodobně více, než jsem ve své práci zmínila, avšak nejpravděpodobnější příčinou, proč dospělé děti odmítají hovory na téma smrti a umírání, je skutečnost, že k tomu nebyli od dětství vedeni, nesetkávali se se smrtí v průběhu celého života jako s jeho samozřejmou částí, jsou bezradní, neví, jak se v těchto situacích chovat a současně jim to připomíná jejich vlastní smrtelnost.

Jak se postoj blízkých k péči o umírajícího změnil vyjadřuje následující citace: *„Ještě před sto lety většina lidí věděla, jak by se měla se svými zesnulými rozloučit. Jak postupovat, aby člověk splnil vůči zemřelému svoji povinnost. Šel za farářem, dal sloužit mše, vykopat a vysvětit hrob, protože ze země člověk pochází a do země se vrací“* (Šiklová, 2013, s. 51).

S jistotou lze říci, že tento problém se vyskytuje napříč celou moderní společností. O smrti a umírání se nemluví a fakticky se přesunuly do nemocnic a ústavů, kde se odborný personál povětšinou snaží stále i tyto lidi léčit. Přesto, že výzkumy ukazují, že o to senioři nestojí, jsou s odchodem smířeni a nejsou ochotni, ať již z jakýchkoli důvodů, podstupovat léčbu, která jim jen prodlouží umírání. Je důležité naučit se komunikovat o smrti. Stejně tak je důležité připravit na odcházení rodičů jejich „dospělé“ děti a podpořit je v rozhovorech na toto téma.

Shrnu-li vše, co jsem zde nastínila, docházím k závěru, že řešení by mělo probíhat v rámci celé společnosti. Skrze návrat smrti a umírání k „lidštější podobě“, naučit lidi přemýšlet o smrti a přijímat tyto pojmy jako samozřejmou součást života a vést je k tomu od dětství, a to je nelehký úkol a tzv. „běh na dlouhou trať“, aspoň pokud připustíme dnešní stav rodin (mladí nežijí s rodiči, navíc častá rozvodovost).

Co ale můžeme konkrétně udělat v relativně krátkém časovém horizontu? Máme skvělé výsledky a zkušenosti s paliativní péčí v hospicích v rámci celé české společnosti, a i v našem Domově Justynka jsme tuto péči schopni poskytovat. Je potřeba nastavit paliativní péči do všech oblastí pobytové služby, čemuž musí předcházet nastavení administrativního rámce. Bylo by vhodné zakotvit tuto službu i do práce sociálních pracovníků jako samozřejmou součást při vyjednávání s žadateli i jejich rodinami o umístění do Domova. Od počátku vyjednávání hovořit o tom, jak by si senior představoval svoje případné umírání, jak by to chtěl. Hovořit s ním v době, kdy je ještě schopen v tomto kontextu uvažovat (je-li), a vzniká tu současně prostor pro práci s blízkými. A pokud není senior již schopen si o věcech rozhodovat sám, je obzvláště významná dobrá komunikace s blízkými, kteří jej dobře znají. A s těmi je zapotřebí pracovat v celém procesu – přijímání jejich seniora do zařízení, v průběhu celého pobytu i v procesu umírání: *„Je na místě láskyplné doprovázení, pohřazení, blízkost a na místě je*

i doprovázení doprovázejících, protože ti někdy trpí opravdu silně“ (Svatošová a Palán, 2019, s. 52).

Komunikace se seniory o jejich přáních a potřebách na konci života by tedy měla být součástí běžných rodinných rozhovorů, právě tak i součástí anamnéz při přijímání seniorů do sociálních zařízení. Včasným rozpoznáním těchto přání a potřeb je možné předcházet duševnímu i fyzickému utrpení seniorů v závěru jejich života. Vždyť ukázkou vyspělé společnosti je právě kvalitní péče o seniory v závěru jejich života a součástí této péče je i věnování času na rozhovory a naslouchání jim.

POUŽITÁ LITERATURA

- ALEXANDROVÁ, Radka, Ladislav KABELKA a Jaroslav PLVAN, 2022. Podpora truchlících pozůstalých. In: SLÁMA, Ondřej a Ladislav KABELKA, ed. *Paliativní medicína pro praxi*. 3., přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Galén, s. 316–318. ISBN 978-80-7492-627-3.
- BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2288-2.
- BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- CARDONA-MORRELL, Magnolia et al., 2017. Recognising older frail patients near the end of life: What next? *European Journal of Internal Medicine* [online]. **45**, Special Issue: Acutely Ill Patients, 84–90 [cit. 2022-11-07]. ISSN 0953-6205. Dostupné z: doi:[10.1016/j.ejim.2017.09.026](https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.09.026)
- ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- ČERNÝ, David a Adam DOLEŽAL, 2013. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otazníky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR. ISBN 978-80-87439-15-9.
- ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
- ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
- ERIKSON, Erik H., 2015. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0786-3.
- GOLDEMUND, David, 2021. *Cerebrovaskulární manuál. Mini-mental state examination (MMSE)* [online]. Vloženo 2. 1. 2021. Poslední aktualizace 27. 1. 2021 [cit. 2022-11-14]. Dostupné z: <https://www.manual-cmp.cz/mini-mental-state-examination-mmse/>
- HARASYM, Patricia et al., 2020. Barriers and facilitators to optimal supportive end-of-life palliative care in long-term care facilities: a qualitative descriptive study of community-based and specialist palliative care physicians' experiences, perceptions and perspectives. *BMJ open* [online]. **10**(8), e037466. ISSN 2044-6055. Dostupné z: doi:[10.1136/bmjopen-2020-037466](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037466)

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

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

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLMEROVÁ, Iva et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6.

KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.

KABELKA, Ladislav, 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1688-1.

KALVACH, Zdeněk, 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2., uprav. a dopl. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.

KAST, Verena, 2015. *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0789-4.

KISVETROVÁ, Helena, 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.

KISVETROVÁ, Helena, 2019. Důstojnost ve stáří. *Profese online* [online]. 12(2) [cit. 2023-04-03]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: doi:10.5507/pol.2019.006

KOSOVÁ, Martina, 2021. *Logoterapie v životním cyklu*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-909-0.

KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2015. *Respektování důstojnosti člověka v závěru života* [online]. Publikováno 29. 1. 2015 [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/respektovani-dustojnosti-cloveka-v-zaveru-zivota-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUH4Er0GQgsOusWMGgnYcKMswtM/>

- KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- LEVY, Alexander, 2021. *Sbohem, mami, sbohem, tati: jak se vyrovnat se smrtí rodičů*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1740-4.
- MAREŠ, Jiří, 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3007-3.
- MIŠOVIČ, Ján, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. ISBN 978-80-7419-285-2.
- NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ, ed., 2019. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-7571-025-3.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.
- PLEVOVÁ, Ilona, 2019. *Ošetřovatelství II. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0889-3.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1008-7.
- PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
- ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
- SEEMAN, Neil, 2022. Toward an integrated strategy for care in the home for frail elders. *Healthcare Quarterly* [online]. 25(3), 14–17. ISSN 1710-2774. Dostupné z: doi:[10.12927/hcq.2022.26947](https://doi.org/10.12927/hcq.2022.26947)
- SLÁMA, Ondřej a Ladislav KABELKA, ed., 2022. *Paliativní medicína pro praxi. 3.*, přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.
- SMITH, Jonathan A., Paul FLOWERS a Michael LARKIN, 2009. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: Sage. ISBN 978-1-4129-0833-7.
- SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária, 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3242-3.

SVATOŠOVÁ, Marie a Aleš PALÁN, 2019. *Neboj se vrátit domů*. 2. vyd. Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-278-0.

ŠIKLOVÁ, Jiřina, 2013. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-197-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.

ŠPINKOVÁ, Martina, 2016. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 5. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-09-6.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.

THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6.

TUČKOVÁ, Anna, 2016. *Neumírejme blbě* [online]. Publikováno 12. července 2016 [cit. 2022-11-27]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/neumirejme-blbe>

ÚZIS, 2021. *Zemřelí 2020* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky [cit. 2023-0201]. ISSN 1210-9967. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008370/demozem2020.pdf>

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2022. *Velký lékařský slovník* [online]. Praha: Maxdorf, ©1998-2022 [cit. 2022-11-12]. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/smrt>

VOLANDES, Angelo E, 2015. *Umění rozhovoru o konci života*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-03-4.

VOUMARD, Rachel et al., 2018. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC geriatrics* [online]. **18**(1), 220 [cit. 2023-04-03]. ISSN 1471-2318. Dostupné z: [doi:10.1186/s12877-018-0914-0](https://doi.org/10.1186/s12877-018-0914-0)

YALOM, Irvin D. a Marilyn YALOM, 2022. *O smrti a životě*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1883-8.

PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Test MMSE</i>	83
Příloha B – <i>Informovaný souhlas pro současníky výzkumu</i>	84

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Jméno pacienta: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Datum vyšetření: 1 2 3 4 5 6 7 8 den <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> měsíc <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> rok <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ukažte náramkové hodinky Co je to? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ukažte tužku <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ukažte náramkové hodinky Co je to? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ukažte tužku <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
I. Orientace Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem. Pacient má na každou odpověď nejvýše 10 vteřin.	V. Pojmenování předmětů Za správnou odpověď započítáte 1 bod. Pipavý je považován za pokus.	VI. Opakování Za správnou odpověď započítáte 1 bod. Pipavý je považován za pokus.	VII. Třístupňový příkaz Právě předtím jste tu, les, sapru a dále mu následující pokyn. Za každou správně provedenou činnost započítáte 1 bod.
II. Zapamatování Slova vyslovíte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopný slova opakovat, započítáte 1 bod. Za každé správné opakování slova. Pokud si slova není schopný vybavit, opakujte je několikrát (nejvýše však ještě 3x), než se je pacient naučí. Inak neče vyšetřovat. Počítejte výbavnost.	VIII. Čtení a vykonání psaného příkazu Ukažte pacientovi spodní část tohoto testu s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho: hechte pacientovi 10 vteřin na provedení. Instrukce můžete opakovat nejvýše 3x. Započítáte 1 bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.	IX. Psaní Dávejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej: 1. bod: započítáte, pokud má větu podnět (i nevyjádřený) a přesudek a dává smysl. V textu mohou být pravostranné chyby.	X. Obrácení obrázce Dávejte vyšetřovanému tužku a papír a vyzvěte jej: Započítáte 1 bod, pokud pacient nakreslí obrázek v časovém limitu do 1 minuty a jestliže jsou zobrazeny správné strany, počet úhlu a plechběn. (Ile an robaz nead.)
III. Pozornost a počítání Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a udá odečítá správně, počítajte pouze jako jednu chybu. (Maximálně 5 bodů)	IV. Výbavnost Za každou správnou odpověď započítáte 1 bod.	ZAVŘETE OČI!	

I. Orientace
 Kolikátého je dnes?
 Který je dnes den v týdnu?
 Který je měsíc?
 Který je rok?
 Které je roční období?
 V jaké zemi se nacházíme?
 Ve kterém okrese?
 Ve kterém městě?
 Jak se jmenuje tato nemocnice?
 Na kterém jsme poschodí?

II. Zapamatování
 Nyní Vám vjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

lopata
šátek
váza

III. Pozornost a počítání
 Nyní prosím, odečítejte od 100 stále sedmičkou. Až odečtete pětkrát za sebou. skončíte.
 Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:
 Hláskejte, prosím, po zpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

100
93 M
86 R
79 K
72 O
65 P

IV. Výbavnost
 Nyní se pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a zapamatovat.

lopata
šátek
váza

V. Pojmenování předmětů
 Ukažte náramkové hodinky
 Ukažte tužku

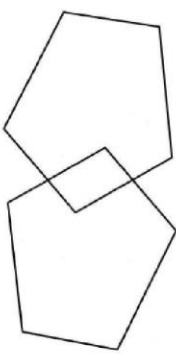
VI. Opakování
 Opakujte, prosím, po mně: „První pražská paroplavba“

VII. Třístupňový příkaz
 Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.
 Prává ruka
 Přeložení na polovinu
 Položení na podlahu

VIII. Čtení a vykonání psaného příkazu
 Přičtěte, prosím, co je zde napsáno a udělejte to.

IX. Psaní
 Napište, prosím, jakoukoliv větu.

X. Obrácení obrázce
 Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.



Informovaný souhlas pro současníky výzkumu

Já,..... souhlasím s účastí na výzkumném šetření, které je součástí diplomové práce Dany Hrachové.

Téma výzkumného šetření je „*Potřeby seniorů na konci života*“.

Rozumím charakteru výzkumného šetření, cíli i mé úloze v tomto výzkumu. Tyto informace mi byly předem poskytnuty, dostal(a) jsem čas na rozmyšlenou. Měl(a) jsem možnost položit doplňující informace, na které mi bylo srozumitelně odpovězeno.

Podepsáním tohoto dokumentu souhlasím s provedením testu MMSE.

Dále podepsáním tohoto dokumentu souhlasím s anonymním zpracováním získaných materiálů ve formě audionahrávky a písemné podoby, jejich použitím pro účely výzkumu a následné anonymní publikace.

Potvrzuji, že má účast ve výzkumném šetření je čistě dobrovolná. Vím, že od výzkumu mohu kdykoliv odstoupit, a to bez udání důvodů. K tomuto kroku postačí pouze ústní sdělení výzkumníkovi.

Dne:.....

Podpis:.....

Kontaktní osoba:

Dana Hrachová

Tel.: 602 164 037

Email: danahrach@seznam.cz