ORIGINAL ARTICLE

VYBRANÉ ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ Z DOTAZNÍKU
WHOQOL-OLD – SMRT, UMÍRÁNÍ A BLÍZKÉ VZTAHY

Selected aspects of the quality of life of seniors from the questionnaire WHOQOL-OLD
– death, dying and close relationships

Dagmar Dvořáčková, Alena Kajanová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce

Summary

The article presents partial results of a research project focused on subjective perceiving of the quality of life of seniors in seniors' homes. The data were accumulated with the help of the World Health Organization standardized questionnaire – WHOQOL-OLD. The questions in this questionnaire are divided into six areas (domains) delimiting aspects of the quality of life. The text presented here shows selected results of the research associated with the domains *death and dying* and *close relationships*.

The research group (N1 = 156) included seniors from seniors' homes in the South-Bohemian Region, who were aged above 60 years, willing to cooperate and having cognitive functions saved to the extent providing them ability to answer the questionnaire items with an assistance. A research sample selected based on the same criteria was used as a control research group (N2 = 74), in which the respondents were alumni of the University of the Third Age U3A and lived in home environment.

The target of the research was to identify the effects on the quality of life of perceiving a) the death and dying and b) close relationships in seniors living in seniors' homes.

In terms of the domain *death and dying*, the results suggest that men from the University of the Third Age consider their quality of life higher compared to men from seniors' homes and furthermore that in women the quality of life in this domain is considered higher compared to men. In the domain of *close relationships*, women from seniors' homes consider the quality of their life lower compared to women in the group from the University of the Third Age. Seniors in the age group 80 to 85 years consider the quality of their life higher than those in the age group under 70 years. In the domain *close relationships* ($p = 0.024$) childless seniors consider their quality of life worse compared to seniors having children. Those who live in a partner relationship consider their quality of life higher compared to those living without partners; a higher quality of life is also considered by widowers/widows compared to respondents without partners, and in respondents living in partner relationships, the quality of life appears to be higher compared to divorced ones.

The use of the results can be in a possibility of increasing the quality of providing seniors with services.

Key words: senior – seniors' home – death – dying – close relationships

Souhrn

Článek prezentuje dílčí část výsledků z výzkumu, který byl zaměřen na subjektivní vnímání kvality života seniorů v domovech pro seniory. Data byla sebrána za pomoci standardizovaného

dotazníku Světové zdravotnické organizace – WHOQOL-OLD. Otázky tohoto dotazníku jsou rozděleny do 6 oblastí (domén), které vymezují aspekty kvality života. Předkládaná stať poukazuje na vybrané výsledky výzkumu vztahující se k doménám *smrt a umírání* a *blízké vztahy*.

Výzkumný soubor (N1 = 156) byl tvořen seniory z domovů pro seniory v Jihočeském kraji, kteří byli ve věku nad 60 let, byli ochotni spolupracovat a jejich kognitivní funkce byly zachovalé alespoň natolik, aby byli schopni s asistencí odpovídat na položky dotazníku. Jako kontrolní výzkumný soubor (N2 = 74) byl použit výzkumný vzorek vybraný dle stejných kritérií, kde však respondenti byli absolventy U3V a žili v domácím prostředí.

Cílem výzkumu bylo identifikovat, jak kvalitu života ovlivňuje percepce: a) smrti a umírání a b) blízkých vztahů u seniorů žijících v domovech pro seniory.

Ve vztahu k doméně *smrt a umírání* výsledky vypovídají o tom, že muži z U3V hodnotí svoji kvalitu života výše než muži z domovů pro seniory a dále u žen je v této doméně subjektivně hodnocena kvalita života vyšší než u mužů. V doméně *blízkých vztahů* ženy z domovů pro seniory hodnotí svoji kvalitu života níže než ženy ze souboru v U3V. Senioři ve věkové skupině 80–85 let hodnotí kvalitu života výše než senioři ve věkové skupině pod 70 let. Bezdětní senioři v doméně *blízké vztahy* ($p = 0,024$) hodnotí hůře svoji kvalitu života než ti, kteří děti mají. Ti, kteří žijí v partnerském vztahu, hodnotí svoji kvalitu života výše než ti, kteří žijí bez partnera, zároveň vyšší kvalitu života mají vdovy/vdovci ve srovnání s respondenty bez partnera a u respondentů v partnerském vztahu se ukazuje vyšší kvalita života než u rozvedených.

Využití výsledků shledáváme v možnosti zkvalitňování služeb poskytovaných seniorům.

Klíčová slova: senior – domov pro seniory – smrt – umírání – blízké vztahy

ÚVOD

„Náš život je cesta, má začátek i konec. Když jdeme životem, umíme být stateční a veselí. Když ale na svět přicházíme a když z něj odcházíme, často tolik sil nemáme. Potřebujeme mít nablízku ty, kteří nám rozumějí“ (Cesta domů – hospicové občanské sdružení)

Společenské změny, které nastaly v posledních letech, ovlivnily a budou i nadále ovlivňovat kvalitu života lidí vyššího věku. Definování kvality života, jakož i stanovení jednotlivých indikátorů této kvality, je interdisciplinární problém a jeho řešení vyžaduje integraci a syntézu hledisek z oblasti filozofie, sociologie, ekonomie, politologie, ekologie, etiky, psychologie a dalších vědeckých disciplín (Halečka, 2001, s. 67). Vše je komplikováno velkým rozdílem v pohledech jedinců i v závislosti na ekonomických podmínkách, kultuře i náboženství konkrétní geografické oblasti. Všechny tyto aspekty směřují k individuálnímu přístupu k člověku a v tomto směru je koncepce kvality života opodstatněná, dobrá a užitečná (Munzarová, 2002, s. 18).

Většina definic vymezujících kvalitu života se snaží o výčet nejzávažnějších faktorů, které se na utváření kvality života jedince podílejí. Vzhledem k subjektivně odlišnému vnímání těchto faktorů není však možné všechny tyto faktory vymezit. Můžeme hovořit o skupině faktorů (oblastí), které mají přímý či nepřímý vliv na lidský a společenský rozvoj.

Pracovní skupina WHO, zabývající se kvalitou života, vymezila podstatu kvality života jedince jako vnímání jeho pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům. Zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí. Vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu (WHOQOL Group, 1993).

Autorky článku se soustředily na dvě oblasti, které ovlivňují vnímání kvality života seniorů v domovech pro seniory. Jedná se o oblast

blízkých vztahů, kam je možné zařadit rodinu, partnery a přátele. Druhá oblast, která se stala předmětem pozornosti autorek, je *smrt a umírání*. Obě tyto oblasti jsou součástí dotazníku, který je zaměřen na subjektivní vnímání kvality života seniorů (WHOQOL-OLD) a který slouží jako nástroj pro zjišťování kvality života seniorů.

Blízké vztahy, rodina

Rodina představuje pro každého člověka bez rozdílu věku zájem a jistotu. Ve stáří pak dobře fungující rodina znamená v případě nesoběstačnosti seniora záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné. Rodina navíc rozvíjí aktivity ve stáří a je výrazným referenčním rámcem života starších lidí. Seniori proto velmi oceňují dobře fungující vztahy v rodině a zájem (Vohralíková, Rabušic, 2004).

Významným faktorem ovlivňujícím aktivní přístup k životu je partnerské soužití. Proti tomu jsou vztahy s dětmi a dalšími příbuznými menší oporou, např. proti osamělosti. Ve složité kombinaci objektivních a subjektivních determinant pocitů osamělosti hrají rozhodující roli zdravotní a rodinný stav. K nim se jako komplexní faktor připojuje celkový styl života (Kuchařová et al., 2002).

Ztráta životního partnera patří k nejtěžším životním zkouškám v životě člověka. Ovdovění může vést k pocitům opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti (Vágnerová, 2007). Člověk se smiřuje jak se ztrátou životního partnera, tak i se smrtí svých vrstevníků. Říčan (2004) uvádí, že vyrovnat se s ovdověním znamená přeorganizovat svůj život a upnout se k novým cílům. V seniu nemusíme však partnera jen ztratit, můžeme ho také získat. Vznikají nové vztahy, které pomáhají plánovat budoucnost těm, kteří mají odvahu znovu tvořit. Někteří seniori se však za nový vztah stydí, především pak před svými dětmi. Mají obavy, že by je jejich děti nepochopily. Nutno dodat, že mnohdy to dělají oprávněně, protože některé děti skutečně nejsou s to nového partnera své matky či partnerku svého otce přijmout. Dá se říci, že nové vztahy navázané v pokročilém věku jsou, stejně jako sexualita seniorů, pro naši společnost jistým tabu (Říčan, 2004, s. 352).

Postoj ke smrti a umírání

V souvislosti se smrtí bývá významný strach ze smrti blízkých lidí. Tam, kde je velmi blízká citová vazba, stává se na dlouhou dobu pro pozůstalého vlastní život prázdným, protože ztrácí smysl. Strach z umírání nejbližších bývá spojován s vlastní bezmocností, nejistotou, obavou, že nebudeme moci zabránit utrpení svých blízkých. Umírání a smrt blízkého nám připomínají naši vlastní smrtelnost a možná právě tento fakt přispívá k tomu, že mnoho lidí se brání tomu, aby jejich blízký umíral a zemřel doma (Vymětal, 2003).

Ram Dass (2000, s. 161) uvádí, že příprava na klidnou smrt spočívá ve vyřešení a uzavření nedokončených záležitostí s živými i s mrtvými. Neméně důležité je také dát do pořádku své zdravotní a finanční záležitosti. Měli bychom se naučit mluvit se svými blízkými o podrobnostech týkajících se těchto záležitostí. Může se jednat např. o sepsání poslední vůle, vyřízení majetkových záležitostí, volbu místa, kde chceme zemřít, otázky spojené s pohřebním obřadem apod. Někteří lidé se však raději těmto tématům vyhýbají a nechtějí nebo neumějí o nich mluvit. Neznamená to však, že by o nich nepřemýšleli.

Odborníci se shodují v tom, že člověk by v umírání nikdy neměl zůstat sám. Tento požadavek plyne ze zjištění, že umírající, i když se jeví netečně a se zastřeným vědomím, bez schopnosti komunikace, svou situaci vnímá a prožívá. Skopalová (2010, s. 67) se domnívá, že umírajícímu by měla být dána možnost vybrat si mezi hospitalizací a péčí v kruhu rodiny. V některých případech tento postup však není možné uplatnit (např. zdravotní stav, nemožnost celodenní péče rodinných příslušníků apod.).

Kübler-Rossová (1992, s. 50) udává, že v období umírání mají lidé sami určité povědomí blízkosti smrti. A tak sdělení lži či neúplné pravdy pacientovi o jeho zdravotním stavu může ústít v oddálení vztahu mezi pacientem a lékařem/ošetřujícím personálem či pacientem a jeho rodinou.

Cílem výzkumu bylo identifikovat, jak kvalitu života ovlivňuje percepce: a) smrti a umírání a b) blízkých vztahů u seniorů žijících v domovech pro seniory.

METODIKA

Pomocí kvantitativní výzkumné strategie, technikou standardizovaného dotazníku byl proveden výzkum zaměřený na subjektivní vnímání kvality života seniorů v domovech pro seniory.

Otázky dotazníku jsou rozděleny do 6 oblastí (domén). Tyto oblasti vymezují aspekty kvality života, které však mohou být vnímány u různých lidí rozdílně. V této stati se zaměříme konkrétně na dvě oblasti dotazníku, a to na doménu V. – *smrt a umírání* a doménu VI. – *blízké vztahy*. Přehled domén a položek dotazníku je uveden v příloze 1. Jednotlivé otázky v dotazníku respondenti hodnotili na pětibodových Likertových škálách vyjadřujících *intenzitu, kapacitu* nebo *spokojenost*. Intenzita vyjadřuje, jak moc během posledních dvou týdnů respondent prožíval určité věci a tato intenzita je vyjádřena na pětibodové škále slovy od „vůbec ne“ (1 – tj. 0 %) až po „maximálně“ (5 – tj. 100 %). Otázky zaměřené na kapacitu zjišťují, v jakém rozsahu prováděl respondent určité činnosti v posledních dvou týdnech. Odpovědi byly opět zaznamenány na pětibodové škále od „vůbec ne“ až po „zcela“. V rámci vyhodnocování byly tyto škály transformovány na škálu 0–100 (dle metodiky Dragomirecké a Prajsové, 2009), přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života. Další část otázek vyjadřovala spokojenost s různými oblastmi života v posledních dvou týdnech, a to opět na pětibodové škále v rozmezí „velmi nespokojen“ až po „velmi spokojen“. Součástí šetření bylo zjišťování základních demografických a identifikačních údajů (věk, pohlaví, rodinný stav, zda mají respondenti děti, vzdělání aj.).

Doména „*smrt a umírání*“ v sobě zahrnuje následující otázky: *Znepokojujete se tím, jak zemřete? Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí? Jak moc se bojíte umírání? Jak moc se bojíte bolesti při umírání?* V doméně „*blízké vztahy*“ respondenti odpovídali na tyto otázky: *Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství? Kolik je ve Vašem životě lásky? Máte příležitost někoho milovat? Máte příležitost být někým milován/a?*

K distribuci dotazníku byl v jednotlivých domovech pro seniory určen sociální pracovník. Byl zvolen individuální přístup, protože

někteří senioři byli v okamžiku oslovení např. unaveni či jinak indisponováni. Doba k vyplnění dotazníků je uváděna 10 minut, ale ve skutečnosti se tato doba často prodloužila až na 20 minut na jeden dotazník. Tak docházelo k tomu, že tazatel se k jednomu respondentovi opakovaně vracel z důvodu udržení pozornosti při vyplňování dotazníků.

Pro zjišťování těsnosti vztahu mezi proměnnými byla využita korelační analýza s využitím neparametrického postupu (Spearmanův korelační koeficient). V tabulkách, kde jsou uvedeny výsledky korelační analýzy, je označena statistická průkaznost výsledků takto: (**) odpovídá hladině významnosti (p) 0,01; (*) hladině významnosti alespoň 0,05. Ke srovnávání dvojic skupin byl využit Mann-Whitneyův U test (v tabulkách je používána zkratka M-W-U). Položky jednotlivých domén byly vyhodnocovány jako „hrubé skóre“ (Dragomirecká, Prajsová (2009, s. 23).

Charakteristika souboru

Výzkumný soubor byl vytvořen pomocí záměrného výběru na základě dostupnosti. Respondenti měli tyto atributy: pobyt v domově pro seniory v rámci Jihočeského kraje, věk nad 60 let, ochota spolupracovat a kognitivní funkce zachovalé alespoň natolik, aby byli respondenti schopni s asistencí věrohodně odpovídat na položky dotazníku. První soubor (N1 = 156) byl sestaven z obyvatel domovů pro seniory v Jihočeském kraji. Druhý soubor (N2 = 74) byl sestaven ze seniorů žijících ve vlastních domácnostech, kteří byli do výzkumu zahrnuti podle stejných kritérií. Senioři z tohoto souboru byli absolventy Univerzity třetího věku (U3V) Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. U těchto seniorů lze předpokládat vyšší míru aktivity a vitality, než je typické v základním souboru; k jejich výsledkům je proto přistupováno jako ke kontrolním vůči výsledkům seniorů z domovů pro seniory (DpS).

VÝSLEDKY

V této části jsou uvedeny výsledky vztahující se k dotazníkovým položkám „*smrt a umírání*“ a „*blízké vztahy*“. Tyto dvě oblasti předkládáme jako vybrané aspekty kvality života a všechny

výsledky uvádějí vztah kvality života a těchto dvou oblastí, tak jak je vnímají respondenti v našem výzkumu.

Položili jsme si otázku, *zda se liší senioři žijící v domovech pro seniory a senioři z U3V z hlediska vnímání smrti a umírání?*

Tabulka 1 Aspekty kvality života – smrt a umírání (muži, ženy z DpS a U3V)

WHOQOL-OLD			N	průměr	medián	M-W U	p
Smrt a umírání	DpS	ženy	102	73,90	81,25	2 437	0,234
		muži	54	78,82	87,50		
	U3V	ženy	53	56,01	56,25	222,5	<0,0005**
		muži	21	77,68	81,25		
	ženy	DpS	102	73,90	81,25	487,5	0,343
		U3V	53	56,01	56,25		
	muži	DpS	54	78,82	87,50	1 495,5	<0,0005**
		U3V	21	77,68	81,25		

Výsledky dotazníku WHOQOL-OLD prezentované v tabulce 1 vypovídají o tom, že: a) muži z domovů pro seniory se od mužů z domácího prostředí liší ve výskytu negativních pocitů spojených se *smrtí a umíráním* ($p<0,0005$), b) liší se postoje ke smrti a umírání u mužů a u žen v domácím prostředí ($p<0,0005$). Jinými slovy vztah mezi muži v domovech pro seniory a v U3V se ukazuje jako významný, tedy muži z U3V hodnotí svoji

kvalitu života výše než muži z domovů pro seniory a dále u žen je v této doméně subjektivně hodnocena kvalita života vyšší než u mužů.

Další oblastí, kterou jsme se zabývaly, byly *blízké vztahy*. Hledaly jsme odpověď na otázku, *zda se liší senioři žijící v domovech pro seniory a senioři z U3V z hlediska hodnocení úrovně blízkých vztahů*.

Tabulka 2 Aspekty kvality života – blízké vztahy (muži, ženy z DpS a U3V)

WHOQOL-OLD			N	průměr	medián	M-W U	p
Blízké vztahy	DpS	ženy	102	50,31	50,00	2 401,5	0,188
		muži	54	45,02	43,75		
	U3V	ženy	53	66,86	68,75	513	0,600
		muži	21	61,61	62,50		
	ženy	DpS	102	50,31	50,00	377	0,025*
		U3V	53	66,86	68,75		
	muži	DpS	54	45,02	43,75	1 635,5	<0,0005**
		U3V	21	61,61	62,50		

V doméně *blízké vztahy* je: a) statisticky významný vztah mezi ženami z domovů pro seniory a ze souboru U3V ($p = 0,025$), tedy ženy z domovů pro seniory hodnotí v této doméně svoji kvalitu života níže než ženy ze souboru v U3V a b) významný vztah byl zaznamenán i mezi muži z domovů pro seniory a z U3V ($p < 0,0005$), jak uvádíme v tabulce 2.

Obě domény, tj. *smrt a umírání* a *blízké vztahy*, jsme dále testovaly ve vztahu k vybraným sociodemografickým charakteristikám souborů. Byly prokázány další tři statisticky vý-

znamné souvislosti, ale pouze u domény *blízké vztahy*, a to v souvislosti s věkem, se skutečností, zda má či nemá respondent děti a s rodinným stavem. V této souvislosti jsme našly odpovědi na naše otázky, které zněly: 1) *zda se liší hodnocení úrovně blízkých vztahů u seniorů v různých věkových kategoriích*; 2) *zda se liší hodnocení úrovně blízkých vztahů u seniorů, kteří mají děti, od těch, kteří uvádějí, že děti nemají*; 3) *zda se liší hodnocení úrovně blízkých vztahů u seniorů, kteří žijí bez partnera, od těch, kteří uvádějí, že jsou vdané/ženatí nebo s druhem a bez partnera*.

Výsledky uvádíme v tabulkách níže.

Tabulka 3 Vybrané aspekty kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – věk respondentů a blízké vztahy

Škály WHOQOL-OLD	Věk		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B		
Blízké vztahy	méně než 70 let N = 85	70–79 let N = 79	838,5	0,122
		80–85 let N = 41	526	0,019*
		86 a více let N = 25	383	0,149
	70–79 let N = 79	80–85 let N = 41	901,5	0,295
		86 a více let N = 25	658,5	0,966
	80–85 let N = 41	86 a více let N = 25	437,5	0,49

V tabulce 3 jsou jednotlivá věková rozmezí zařazena do kategorií A a B a jsou zkoumány vzájemné vztahy mezi nimi. Jediný průkazný rozdíl je mezi seniory ve věku mezi 80 a 85 lety

a pod 70 let v doméně *blízké vztahy* ($p = 0,019$) u věkové skupiny 80–85 let). Senioři ve věkové skupině 80–85 let hodnotí kvalitu života výše než senioři ve věkové skupině pod 70 let.

Tabulka 4 Vybrané aspekty kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – bezdětní × s dětmi a blízké vztahy

DpS							U3V				
Škály WHOQOL-OLD	děti	N	průměr	medián	M-W U	p	N	průměr	medián	M-W U	p
Blízké vztahy	ano	114	52,96	50,00	1424	<0,0005**	62	68,85	68,75	219	0,024*
	ne	42	36,31	35,25			12	47,40	43,75		

V tabulce 4 jsou znázorněny analýzy vybraných aspektů kvality života v souvislosti se skutečností, zda je respondent bezdětný či zda

uvádí, že má děti. Bezdětní senioři v doméně *blízké vztahy* ($p = 0,024$) hodnotí hůře svoji kvalitu života než ti, kteří děti mají.

Tabulka 5 Vybrané aspekty kvality života – dotazník WHOQOL-OLD – rodinný stav a blízké vztahy

Škály W-OLD	rodinný stav		M-W U	p
	kategorie A	kategorie B		
Blízké vztahy	bez partnera N = 13	vdaná/ženatý nebo s druhem N = 11	26,5	0,009**
		rozvedená/ý N = 20	96,5	0,214
		vdova/vdovec N = 112	436,5	0,018*
	vdaná/ženatý nebo s druhem N = 11	rozvedená/ý N = 20	59,5	0,036
		vdova/vdovec N = 112	414,5	0,073
	rozvedená/ý N = 20	vdova/vdovec N = 112	953,5	0,289

V tabulce 5 jsou uvedeny analýzy domény *blízké vztahy* v souvislosti s rodinným stavem respondentů. Tyto rodinné stavy jsou dány do kategorií A a B a jsou zkoumány vzájemné vztahy mezi nimi. V doméně *blízké vztahy* je statisticky významný vztah mezi respondenty bez partnera a vdanými/ženatými ($p = 0,009$). Můžeme tedy říci, že ti, kteří žijí v partnerském vztahu (manželství či kohabitace), hodnotí svoji kvalitu života výše než ti, kteří žijí bez partnera. Statisticky významný je také vztah mezi respondenty bez partnera a vdovami/vdovci ($p = 0,018$), a to ve prospěch vyšší kvality života u vdov/vdovců. Také vztah mezi vdanými/ženatými a rozvedenými se ukazuje jako významný ($p = 0,036$). U respondentů v partnerském vztahu se ukazuje vyšší kvalita života než u rozvedených.

DISKUSE

Otázky týkající se smrti a umírání respondenty velice zajímaly, což bylo pro mnohé tazatele, kteří tyto dotazníky distribuovali, překvapující. Tazatelé se domnívali, že otázky spojené se smrtí a umíráním budou pro seniory nevhodné. V některých případech uváděli, že zastoupení těchto otázek v dotaznících považují za

neetické. Respondenti naopak tyto otázky přivítali a měli potřebu se k těmto otázkám vyjádřit i podrobněji (nad rámec otázek v dotazníku). Tento fakt zmiňuje i Křivohlavý (2002, s. 153), který uvádí, že: „Problém není v tom, že by pacient nepotřeboval o osobních otázkách své smrti a svého umírání hovořit. Naopak...“

V doméně *smrt a umírání* se naše zjištění shodují s výzkumem Dragomirecké a Prajsové (2009, s. 19) a potvrzují, že samotné obavy ze smrti a umírání ke stáří „patří“ a na hodnocení kvality života nemají zvláštní vliv. Vyrovnání se se smrtí ovlivňuje mnoho faktorů. Karsten (2006) mezi ně řadí např. kvalitu našeho dosavadního života, pocit naplnění a uspokojení, zda jsme v životě dosáhli všeho, co jsme chtěli, také věk, zda vnímáme smrt jako spravedlivou či nás zaskočila, zda jsme sami nebo jsou s námi naši blízcí atd. Smířit se s faktem, že náš život je u konce, je velmi obtížné. Každý z nás se s tímto faktem vypořádává odlišně.

Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že pro seniory z domovů pro seniory je významná oblast *blízkých vztahů*. U seniorů v domovech pro seniory dochází v některých případech k přetrhání rodinných vazeb, ale

i kontaktů s přáteli a známými. Důsledkem jsou nenaplněné sociální potřeby. Určité uspokojení může přinášet seniorům kontakt s vrstevníky, protože sdílejí podobné zážitky, zkušenosti a problémy. Důležité je také navazování kontaktů nových. Starší lidé však mají menší tendenci navazovat nové vztahy, a to zejména z důvodu zmenšující se sociální sítě (Trzesniewski et al., 2003).

V domovech pro seniory převažuje počet žen nad muži. Ve výzkumném vzorku, který se vztahuje k tomuto výzkumu, je v domovech pro seniory počet žen 102, mužů 54. Navazování intimních vztahů u seniorů je ve společnosti stále tabu. Otázky v našem výzkumu, které byly zaměřené na oblast blízkých vztahů, měli senioři potřebu doplňovat vysvětlením, že potřeba někoho milovat či být milován je směřována spíše k dětem a vnoučatům. V běžném životě jako by se vůbec nepočítalo, že v procesu stárnutí mohou být intimní vztahy důležitými faktory, ovlivňujícími kvalitu života seniorů.

Kontext rodinného života se průkazně projevuje – co se týče rodinného stavu. Respondenti z domovů pro seniory, kteří nemají děti, zpravidla hodnotí hůře svou kvalitu života než ti, kteří děti mají. V podrobnějších výsledcích se jako průkazný jeví i rozdíl v posouzení kvality života mezi těmi z nich, kteří žijí s partnerem, a osamocenými, ať již svobodnými či vdovami a vdovci. Kalvach (2004) uvádí, že častým důvodem k pobytu právě v ústavním zařízení bývá sociální status jedince, a to včetně rodinného stavu. Převažují zde lidé, kteří nežijí v partnerském vztahu, zvláště lidé ovdovělí.

ZÁVĚR

Postoj ke smrti a umírání z pohledu seniora může mít velký vliv na způsob jeho prožívání a vyrovnávání se s umíráním, může ovlivňovat jeho potřeby, přání a postoje v tomto období. Pokud si ošetřující personál v domovech pro seniory klade za cíl uspokojovat bio-psycho-sociální a spirituální potřeby svých uživatelů, je vhodné znát osobní přístup a pohled konkrétního seniora na smrt a umírání a podle něj se řídit.

Čas umírání je pro všechny zúčastněné časem krize, kde převládá pocit strachu a nejisto-

ty. Smrt je jedinečná událost a každý umírá svou vlastní smrtí. Někteří umírající si přejí být se svými vzpomínkami sami, jiní vítají přítomnost druhé osoby. Postupně zaniká smysl pro čas a ticho se stává důležité. Umírání je proces, který probíhá v určitém čase. V poslední době často slyšíme, že umírající má pocítit přítomnost doprovázejícího, nejlépe milované nebo milující osoby. Někteří pečující se od umírajícího prakticky nevzdalují. Přesto se může stát, že sotva na chvíli odejdou, v té chvíli umírající vydechne naposled. Racionální vysvětlení pro tento jev neexistuje, ale patrně někteří umírající nejsou schopni zemřít v přítomnosti někoho druhého, zejména milovaného člověka (Haškovcová, 2000, s. 64–69).

Haškovcová (1975, s. 20) se domnívá, že i přes převládající negativní význam pro člověka, nelze smrti upřít jednu přednost, a to je skutečnost, že smrt dokáže poodhalit podstatu naší existence a našeho lidství vůbec. Smrtí bychom se měli zabývat a poznávat ji, protože jen „... vydrží-li člověk vědění toho, že je smrtelný a že je nejisté pouze to, kdy se smrt stane nevyhnutelnou možností lidské existence, pozná svou odpovědnost za každý okamžik svého života“.

Bužgová (2011) konstatuje, že porozumění člověku a jeho potřebám v závěru života je nezbytné pro poskytování kvalitní multidisciplinární péče. Důležitou součástí této péče je podpora seniora ve vztahu mezi ním a jeho okolím popř. rodinou. Provedený výzkum poukazuje na fakt, že senioři upřednostňují blízké vztahy. Jedná se zejména o prioritní postavení vztahů s rodinou a blízkými přáteli před dalšími oblastmi, jako např. oblasti týkající se otázek vlastní nezávislosti a naplnění.

Při navazování a budování vztahu se senio-rem pomáhá lidský přístup, otevřenost, selektivní upřímnost a projevy úcty a respektu. V běžné komunikaci se lidé tématem smrti a mírání nezaobírají. Může však přijít období, kdy člověk potřebuje a chce mluvit právě o tomto tématu. Složitá problematika umírání i smrti by neměla být přehlížena a pečující z řad profesionálů i z řad příbuzných a přátel by neměli odvracet tvář od svých blízkých v jejich posledních okamžicích.

Haškovcová (2000, s. 15) uvádí, že jestliže si člověk opakovaně připomíná konečnost svého

života, bude pak odpovědněji zacházet s drahocenným časem, který je mu pro pobyt na tomto světě vyhrazen. Člověk, který stojí na prahu smrti, potřebuje pochopení svých nejbližších, ale i pomoc těch vzdálenějších.

Výsledky zjištění tohoto výzkumu se mohou stát smysluplným podnětem i reflexí pro poskytovatele sociálních služeb. Mohou jim pomoci specifikovat cíle služeb, které seniorům poskytují. Mohou jim také pomoci pochopit potřeby současných seniorů, které jsou důležité pro jejich spokojený a důstojný život.

LITERATURA

1. Bužgová R (2011). Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. Kontakt. České Budějovice, JU ZSF, roč. 13, č. 3. ISSN 1212-4117.
2. Cesta domů. [online]. [cit. 2012-01-08]. Hospicové občanské sdružení Cesta domů. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/>
3. Dragomirecká E, Prajsová J (2009). WHOQOL-OLD – Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-05-9.
4. Halečka T (2001). Kvalita života ako pojem a problém sociálnej politiky a sociálnej práce. Práca a sociálna politika, roč. 9, č. 12. ISSN 1210-5643.
5. Haškovcová H (1975). Rub života, líc smrti. Praha: Orbis, s. 20.
6. Haškovcová H (2000). Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, s. 191. ISBN 80-7262-034-7.
7. Kalvach Z (2004). Zdravotní a funkční stav ve stáří. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, s. 864. ISBN 80-247-0548-6.
8. Karsten H (2006). Ženy – muži: genderové role, jejich původ a vývoj. Praha: Portál, s. 184. ISBN 80-7367-145-X.
9. Křivohlavý J (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada, s. 198. ISBN 80-247-0179-0.
10. Kübler-Rossová E (1992). Hovory s umírajícími. Hradec Králové: Signum unitatis, s. 135. ISBN 80-85439-04-2.
11. Kuchařová V, Rabušic L, Ehrenbergerová L (2002). Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření. Praha: MPSV, s. 89.
12. Munzarová M (2002). Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky. Brno: Masarykova univerzita, s. 44. ISBN 80-210-3018-6.
13. Ram Dass (2000). Stále tady. Přijímání stárnutí, změn a smrti. Praha: Pragma, s. 199. ISBN 80-7205-882-7.
14. Říčan P (2004). Cesta životem: vývojová psychologie. Praha: Portál, s. 390. ISBN 80-7367-124-7.
15. Skopalová J (2010). O smrti a umírání. Sociální práce/Sociální práce. Brno: ASVSP, 2: 160. ISSN 1213-6204.
16. Trzesniewski KH, Donnellan MB, Robins RW (2003). Stability of self-esteem across the life span. Journal of Personality and Social Psychology. 84/1: 205–220. ISSN 0022-3514.
17. Vágnerová M (2007). Vývojová psychologie II. Praha: Karolinum, s. 461. ISBN 97-8802-4613-185.
18. Vohralíková L, Rabušic L (2004). Čeští senioři včera, dnes a zítra. Praha: VÚPSV, s. 90. Výzkumné zprávy.
19. Vymětal J (2003). Lékařská psychologie. Praha: Portál, s. 397. ISBN 80-7178-740-X.
20. WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research. Springer Netherlands, no. 2. ISSN 0962-9343.

✉ Kontakt:

Mgr. Dagmar Dvořáčková, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra sociální práce
E-mail: dvoracko@zsf.jcu.cz