

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

## **Diplomová práce**

Bc. Denisa Maštálková, DiS.

Pohled na sebevražednost seniorů očima obyvatel domovů pro seniory

Retirement Home Inhabitants' Insight about Suicide Rate of Senior Citizens

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 6. srpna 2015

.....

Jméno a příjmení

**Poděkování:**

Ráda bych tímto poděkovala paní PhDr. Olze Havránkové za odborné vedení této diplomové práce, za její cenné rady, připomínky a důslednost. Dále děkuji své rodině za celkovou podporu.

**Klíčová slova:**

Senior, sebevražda, stáří, potřeby, domov pro seniory, rizikové faktory

**Abstrakt:**

Diplomová práce je zaměřena na seniory, kteří žijí v rezidenčních zařízeních. Cílem diplomové práce je zjistit, jak staří lidé žijící v domovech pro seniory vnímají problematiku sebevražednosti seniorů. V teoretické části diplomové práce jsou uvedeny základní informace o suicidii. V dalších kapitolách se diplomová práce plynule přesouvá od tématu stáří, závažných životních situací a rizikových faktorů sebevražednosti seniorů k rezidenčním zařízením pro seniory a potřebám seniorů v domovech pro seniory, kterým je věnován závěr teoretické části.

Empirická část se nejprve zabývá charakteristikou domovů pro seniory, kde byl proveden kvalitativní výzkum, a poté následuje vysvětlení metodologie tohoto výzkumu. Tato část se dále zaměřuje na zjištění, která z rozhovorů dle návodu vyplynula, tedy na názory seniorů na sebevraždu osob vyššího věku, na jejich osobní zkušenost se sebevražednými myšlenkami a na uspokojování potřeb seniorů.

**Key words:**

Senior, suicide, old age, needs, home for elderly, risk factors

**Abstract:**

This dissertation paper outlines the lives of senior citizens in residential establishments.

The object of the paper is to set out how seniors living in care homes perceive the issues relating to suicide rates amongst the elderly.

Characteristic suicidal statistics are outlined in the theoretical part of this dissertation. In subsequent chapters, the paper explores the topics of aging, major life events and the levels of risk factors associated with suicides in the elderly generation. The final aspects of the theory section of the paper outline the requirements and essential needs for the elderly within care homes.

The empirical section initially focuses on the essential characteristics of care homes for the elderly. This formed the foundation of my qualitative research and includes an outline of the qualitative research method used.

The final part of this paper concludes the research based on interviews of seniors, their own view on suicides within old age population together their own suicidal thoughts. Their own triggers of personal satisfaction and fulfillment are also included.

# OBSAH

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1.1 Uvedení do problematiky suicidálního jednání.....	9
1.1.1 Historický pohled na suicidium .....	11
1.1.2 Základní vhlad do pojmů souvisejících s touto problematikou .....	13
1.1.3 Formy suicidálního jednání .....	16
1.1.4 Motivy suicidálního jednání .....	20
1.1.5 Příčiny sebevražedného jednání.....	21
1.1.6 Ringelův presucidální syndrom .....	23
1.1.7 Možnosti pomoci a prevence .....	24
1.2 Stáří.....	25
1.2.1 Suicidální jednání ve stáří.....	27
1.2.2 Osamělost.....	29
1.2.3 Odchod do důchodu .....	31
1.2.4 Úmrtí partnera a blízkých osob.....	32
1.2.5 Institucionalizace, závislost na péči druhých.....	33
1.2.6 Závislost na alkoholu a medikamentech.....	35
1.2.7 Nevhodné jednání a zacházení se seniory.....	37
1.3 Jak vnímat seniory s rizikem suicidálního jednání a jak s nimi zacházet .....	39
1.4 Rezidenční zařízení .....	41
1.4.1 Typy rezidenčních zařízení.....	43
1.4.2 Potřeby seniorů v rezidenčních zařízeních .....	44
2 METODOLOGICKÁ ČÁST.....	46
2.1 Základní charakteristika Domova pro seniory A .....	46
2.2 Základní charakteristika Domova pro seniory B .....	48
2.3 Základní charakteristika Domova pro seniory C .....	49
2.4 Metodologie výzkumu .....	50

2.4.1	Cíl výzkumu.....	50
2.4.2	Hlavní výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky .....	50
2.4.3	Metoda získávání výzkumných dat.....	52
2.4.4	Metoda výběru výzkumného souboru.....	53
2.4.5	Průběh sběru dat.....	54
2.4.6	Metoda analýzy dat a interpretace dat .....	56
3	EMPIRICKÁ ČÁST .....	57
3.1	Výsledky výzkumu.....	57
3.1.1	Uspokojování potřeb seniorů .....	57
3.1.2	Shrnutí.....	64
3.1.3	Pohled seniorů na sebevražednost .....	65
3.1.4	Shrnutí.....	68
3.1.5	Sebevražednost seniorů v domovech pro seniory.....	69
3.1.6	Shrnutí.....	70
3.2	Odpovědi na výzkumné otázky .....	71
3.3	Diskuze.....	73
	ZÁVĚR .....	75
	POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE.....	77
	PŘÍLOHY .....	81

# ÚVOD

Tématem diplomové práce je pohled na sebevražednost seniorů očima obyvatel domovů pro seniory.

V současné společnosti má slovo sebevražda ambivalentní charakter. O smrti se málo mluví, jako by nebyla přirozenou součástí života, natož pak o smrti, kterou si člověk zvolí sám. Na druhou stranu jsme sebevraždou fascinováni, na toto téma vzniká řada odborných publikací a odborníci ji zkoumají. Tato fascinace se však ubírá směrem k sebevraždám mladistvých a adolescentů, sebevražednost seniorů je stále tabuizovaným tématem i přesto, že je stále více starých lidí, kteří si sáhnou na život z neznámého důvodu.

V rámci absolvování školní praxe v domově pro seniory jsem každodenně přicházela do kontaktu s lidmi hovořícími o smrti, o přání zemřít, už tady nebýt. Lidé takto hovořící však byli často personálem domova pro seniory napomínáni, že by takhle mluvit neměli. A já si pokládám otázku: Proč by neměli? Proč se nezeptat přímo lidí, kteří museli v poslední fázi života opustit své přirozené sociální prostředí, naprosto změnit svůj denní režim, vzdát se svého soukromí a jít žít do domova pro seniory, na jejich názor na sebevražednost seniorů?

Cílem předložené diplomové práce je zjistit, jak sami senioři, žijící v domovech pro seniory, vnímají problematiku sebevražednosti starých lidí. Pozornost bude zaměřena na to, jakou mají senioři zkušenost se sebevražednými myšlenkami či sebevražedným pokusem, jak se dívají na sebevraždu u lidí svého věku, jak podle nich tuto problematiku ovlivňuje umístění seniora do domova pro seniory a jak je s touto problematikou v takových zařízeních zacházeno. Dalším neméně důležitým cílem je zjistit míru uspokojování potřeb seniorů v rezidenčních zařízeních.

Diplomová práce je rozdělena do tří kapitol. Jedná se o teoretickou část, ve které je vysvětlen pojem suicidium a pojmy s ním spojené. V dalších kapitolách se diplomová práce zabývá problematikou stáří, závažnými životními situacemi a rizikovými faktory sebevražednosti seniorů, rezidenčními zařízeními pro seniory a potřebami seniorů v domovech pro seniory. Poslednímu zmíněnému okruhu je věnován závěr teoretické části.

V metodologické části diplomové práce je uvedena charakteristika domovů pro seniory, kde výzkum probíhal, je zde stanoven cíl výzkumu a výzkumné otázky, jež byly konkretizovány do dílčích výzkumných otázek. Dále je zde popsána volba metody získávání dat, volba metody výzkumného vzorku, průběh sběru dat a volba metody analýzy a interpretace dat.

V empirické části jsou získaná kvalitativní data analyzována a interpretována.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Uvedení do problematiky suicidálního jednání

Suicidální jednání je v centru zájmu řady odborníků, kteří na toto jednání pohlížejí z různých hledisek – medicínského, psychologického, filozofického, etického, sociologického nebo právního (Koutek, Kocourková, 2003, s. 11).

Medicínský přístup, který v sobě zahrnuje pohled psychiatrický, se zaměřuje především na hledání patologických příčin sebevraždného jednání (Viewegh, 1996, s. 44). Tento přístup hovoří o sebevraždě patologické, která spočívá v oslabeném či jinak deformovaném pudu sebezáchovy, a nepatologické sebevraždě. Ale i u nepatologického suicidálního jednání se předpokládá narušení osobnosti či emotivní rovnováhy (Viewegh, 1996, s. 44).

Tento přístup klade velký důraz na popis aktuálního psychického stavu jedince těsně před sebevraždou (Dragomirecká, 1998, s. 28).

Psychologický směr se v problematice sebevražd zaměřuje komplexně na způsob uvažování a řešení problému člověkem, který má sebevraždné tendence. Na suicidální jednání se nepohlíží jako na samostatný čin, ale spíše jako na souhrn vlivů a procesů, které k činu vedly. Můžeme hovořit o takzvaném suicidálním vývoji, který sestává z několika fází.

Dragomirecká (1998, s. 28) hovoří o psychologickém vývoji k sebevraždě, který zahrnuje: zaobírání se smrtí, sebevraždné fantazie, přebudování hodnotových měřítek, postupné nahrazování objektivních soudů subjektivními, přivyknutí na smrt, oslabování pudu sebezáchovy a v posledku sebevraždný pokus či dokonanou sebevraždou.

**Sociologický přístup** se zabývá vnějšími příčinami **sebevražd**. Sociologové pohlíží na sebevraždou jako na společenský jev, který je hromadné povahy, a proto dostupný statistické deskripci a analýze. Tento přístup nám poskytuje údaje o tom, jak se sebevraždy dějí, nikoliv proč se dějí (Viewegh, 1996, s. 41).

Dle Dragomirecké (1998, s. 28) se tento přístup zaměřuje především na objasnění vztahu mezi četností sebevražd a demografickými, ekonomickými a jinými charakteristikami sociálních systémů.

Z hlediska filozofie se v této problematice dostáváme k tématu eutanazie. Filozofové se zabývají právem člověka rozhodnout o své smrti, otázkou, nakolik může jednotlivec vzít osud do svých rukou a jaký je smysl života.

Sebevražednost je komplexním jevem, který nelze zkoumat z hlediska jediného vědního oboru, proto si jednotlivé přístupy musí být otevřeny a navzájem se doplňovat. Ani jeden z nich není možné aplikovat a používat odděleně.

### 1.1.1 Historický pohled na suicidium

Suicidium se nevyhýbá žádným vrstvám obyvatelstva, vyskytuje se v každé společnosti, a to v průběhu celého jejího vývoje. Dle Viewegha (1996) počet sebevražd s rozvojem civilizace roste. Vágnerová (2008, s. 487) naproti tomu tvrdí, že různé statistické přehledy sice vedou k představě, že počet sebevražd roste s rozvojem civilizace, avšak toto chování je běžné i u příslušníků národů s nízkou civilizační úrovní.

Postoje společnosti se v průběhu času vyvíjely a měnily. V historii můžeme nalézt národy, u kterých patřila sebevražda k přirozeným způsobům smrti (Koutek, Kocourková, 2003, s. 12). Staří a nemocní jedinci se sami dobrovolně usmrtili, protože by pro jejich národ bylo hanbou zemřít následkem nemoci nebo stáří (Viewegh, 1996, s. 15).

První zprávy o sebevražedném jednání se objevují už staletí před Kristem v písemných památkách starých kultur Indie, Číny a Japonska. V těchto dobách měly tradice a představy na sebevražedné jednání velký vliv (Viewegh, 1996, s. 15). Viewegh (1996) uvádí jako příklad tradiční sebevraždy japonské „harakiri“ (sebevražda rozříznutím břicha). Takovýmto činem chtěl válečník explicitně vyjádřit oddanost svému vládci.

Před příchodem křesťanství, v antickém Řecku a Římě, byl odchod ze světa sebevraždou dosti rozšířený (Koutek, Kocourková, 2003, s. 13). I tak se ovšem názory na sebevraždu různily a střídala se období vhodná pro suicidium s údobími, ve kterých byla sebevražda postihována státní mocí.

Do historie sebevražd silně zasáhl příchod a rozšíření křesťanství, které sebevraždu přísně zakazuje a sankcionuje. Člověk, který v této době uvažoval nad sebevraždou nebo ji dokonce spáchal, byl dle veřejného mínění posedlý ďáblem, který jej k tomuto činu inspiroval (Ronald, 2000, s. 111). Takovýto postoj můžeme považovat za příčinu úbytku sebevražedného jednání, ale nikoliv jeho úplného vymizení (Koutek, Kocourková, 2003, s. 13). Důvodem poklesu může být i utajování sebevraždy sebevrahovým okolím, protože suicidium je v křesťanství považováno za smrtelný hřích a tak se raději hovořilo o nešťastné náhodě (Viewegh, 1996).

V době osvícenství došlo k převratu ve vývoji evropského myšlení, a tudíž se zásadnějším způsobem změnily i názory na sebevraždu. Francouzští osvícenci Ch. L. Montesquieu, Voltaire a J. J. Rousseau byli přesvědčeni, že člověk má právo rozhodovat o svém životě (Viewegh, 1996).

V Evropě 19. století se na sebevraždu nahlíželo jako na důsledek nepřičetnosti.

Obecně však lze říci, že novověk je typický svou nejednoznačností postoji k sebevraždě (Vágnerová, 2008, s. 488). Jednotlivá stanoviska byla hodně ovlivněna způsobem interpretace takového jednání, respektive jeho příčin. Sebevražda byla často chápána jako projev duševní poruchy, jak ji posuzoval třeba francouzský lékař J. Esquirol (Vágnerová, 2008, s. 489).

Našly se země, které dokonce sebevraždu sankcionovaly ve formě právních předpisů. „*Zákony proti sebevrahům byly platné ještě po celé 19. století. Například v Rakousku byla sebevražda trestná až do roku 1850, v Anglii tomu tak bylo dokonce až do roku 1961*“ (Vágnerová, 2004, s. 488).

Tomuto období však sociologové přikládají zvláštní pozornost, protože se začalo zabývat faktickou stránkou sebevražděného jednání a položilo základy vědeckého výzkumu sebevražděnosti. Vznikají první statistiky o sebevraždách, nejprve v Londýně, poté v Německu a ve Švédsku (Viewegh 1996). U nás jsme se s prvním přehledem sebevražděnosti setkali v Masarykově díle s názvem Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty, vydaném v roce 1930.

„*Pro 19. století a konec 18. máme spolehlivé statistické údaje, jež nevyvratně dokazují vzrůst sebevražděnosti v přítomné době*“ (Masaryk, 1881, s. 109).

Začínají se objevovat významné publikace věnované tématu sebevražděného jednání, jež jej nahlížejí z různých hledisek – mezi jinými zejména spis o sebevraždě – ze sociologického hlediska – od E. Durkheima (Viewegh, 1996).

Ve 20. století je suicidium častým jevem. Výkyvy, které byly zaznamenány, mohou souviset se společenskou situací v našem státě. Situace, které zřejmě přispěly k vzestupu sebevražděnosti, mohou být hospodářská krize ve třicátých letech, druhá světová válka a její následky ve čtyřicátých letech a politická situace v padesátých letech. Pozvolný sestup byl zaznamenán v osmdesátých letech 20. století a trvá dosud, ale není to u všech věkových skupin stejné (Koutek, Kocourková, 2003, s. 13).

Koutek a Kocourková (2003) hovoří o značných rozdílech ve výskytu suicidálního jednání mezi jednotlivými národy a kulturami. Nejvyšší sebevražděnost má Evropa, nejnižší pak Afrika a Jižní Amerika. Pokud se na Evropu podíváme blíže, tradičně vysoká suicidita převládá v Maďarsku.

## 1.1.2 Základní vhled do pojmů souvisejících s touto problematikou

### Suicidium

O výklad sebevražděného jednání se pokusila řada odborníků z různých oborů.

Definice je celá řada, od zjednodušených až po filozofické. Pro příklad uvádím jen některé.

Horáček a Švestka (Hoschl, 2002) ji definují jako vědomé a úmyslné ukončení života, přičemž jedinec si vlastní smrt přeje, očekává ji a vlastním činem si ji přivodí.

*„Sebevraždu lze definovat jako násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život, jako autoagresivní projev. Sebevražedné jednání lze hodnotit jako poruchu pudu sebezáchovy“* (Vágnerová, 2008, s. 489).

*„Jako sebevražda je označován takový způsob autodestruktivního jednání, který zřetelně vyjadřuje úmysl jedince dobrovolně ukončit vlastní život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž možno předpokládat, že k zániku života povedou“* (Viewegh, 1996, s. 19).

Durkheim sebevraždu chápal (Durkheim in Dragomerická, 1998, s. 27) *„jako každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opominutí spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti.“*

Podle Koutka a Kocourkové (2003) je sebevražda *„sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít.“*

Pokud bychom si v každé definici podtrhli, v čem se shodují, zjistíme stejně jako Viewegh (1996) dva podstatné znaky sebevražděného jednání:

- Dobrovolný úmysl ukončit život
- Cílevědomě zaměřené jednání vedoucí ke smrti

Koutek a Kocourková (2003) upozorňují, že úmysl zemřít nemusí být jednoznačný, můžeme se setkat s ambivalentním postojem ke smrti a nejednoznačností úmyslu zemřít. I proto se jim jako nejvíce vyhovující jeví Stengelova definice, charakterizující suicidální jednání jako *„záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije“*.

Češková (2006, s. 275) uvádí, že výskyt dokonaných suicidií je v poměru 10–20 na 100 000 obyvatel ročně, suicidálních pokusů je zhruba patnáctkrát více, většina je spojena

s psychickou poruchou, nejčastěji afektivní či psychotickou nebo s abúzem alkoholu a návykových látek.

## **Druhy suicidií**

**Bilanční sebevražda** (racionální suicidium): člověk ukončí svůj život na základě rozumové úvahy, jedná se o jakousi bilanci dosavadního života a zvážení jeho kladných a záporných faktorů. Motiv u postiženého je zcela srozumitelný a pochopitelný a takový sebevrah je pokládán za duševně zdravého a vyrovnaného (Baudiš, 1998, s. 40). Příkladem tohoto druhu sebevraždy nám může být sebevrah, který byl onkologicky nemocný, bez šance na vyléčení.

Tomu je blízká **biická sebevražda** – člověk spáchá sebevraždu v normálním duševním stavu, motivy přitom vychází z reality. To je právě důležité odlišit, protože u patologických sebevražd motivy vychází z nemoci (např. depresivní člověk mylně zhodnotí svoji situaci jako bezvýchodnou). (Koutek, Kocourková, 2003, s. 31).

Na tomto místě bych ráda zmínila **účelové suicidální jednání** a **demonstrativní suicidální jednání**. V obou případech není cílem smrt, ale vyřešení nějaké obtížné situace. Rozdíl je v tom, že při účelovém jednání je tento cíl sledován nevědomě, zatímco při demonstrativním vědomě (Koutek, Kocourková, 2003, s. 31). Demonstrativní sebevrah volí své jednání z mnoha důvodů – může se jednat o volání o pomoc v situacích, kdy si neví rady jiným způsobem, nebo o způsob vydírání, manipulace a nátlaku na druhé osoby. Celkově jde o nebezpečný způsob komunikace, kterému je třeba se věnovat (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 494).

**Zkratkovitě (impulzivní) suicidální jednání** volí postižený bez přemýšlení, zkratkovitě si sáhne na život, aniž by zvažoval jiné možnosti nebo nevýhody takového řešení. Koutek a Kocourková (2003) uvádějí příklad studenta, který se zadlužil u svých spolužáků, nebyl schopen dluh splatit a v okamžiku, kdy u jeho domovních dveří zazvonili věřitelé, vyskočil z okna (Koutek, Kocourková, 2003). V tomto případě chlapec jednal pod vlivem okamžitého impulzu, nepřemýšlel o prostředku sebevraždy a zvolil ten, který byl momentálně dostupný (Vágnerová, 2008, s. 500).

Havránková (Vodáčková, 2007) uvádí, že většina sebevražd je impulzivním činem.

Specifickou formu představují **skupinové sebevraždy**, to znamená sebevražedné jednání dvou a více lidí. Koutek a Kocourková (2003) tento druh sebevraždy nazývají **suicidální dohoda**. Jeden ze členů skupiny je obvykle iniciátor, jehož je nutné odlišit od

ostatních primárně pasivních účastníků. Iniciátor sebevraždy si tímto způsobem dokazuje svou sílu nad ostatními členy skupiny, kteří se chtějí identifikovat s vůdcem a dokázat tak oddanost k němu i ke skupině. Motivy často bývají teologické, například trvalé spasení (Vágnerová, 2008, s. 501).

Zvláštní formou ke smrti vedoucího jednání je **sebeobětování**. Jedincům, kteří se obětují ve prospěch jiných lidí nebo společnosti, chybí vědomá touha zemřít, proto tuto formu jednání není možné považovat za suicidální (Koutek, Kocourková, 2003, s. 33).

Vágnerová (2008, s. 490) uvádí že „*„sebeobětování je hodnoceno jako jednání, které vyplývá z dobrovolného a svobodného rozhodnutí obětovat život v zájmu hodnot, které mají aktuálně větší cenu než vlastní život.“*

Koutek a Kocourková (2003, s. 33) jako suicidální nehodnotí ani tzv. **sebezabítí**. Takovéto jednání vede k ukončení života, ale není zde snaha zemřít nebo si uškodit. Jako příklad autoři uvádějí skok z okna člověkem, který má poruchu vědomí a tímto činem chtěl uniknout svým domnělým nepřátelům (Koutek, Kocourková, 2003, s. 33).

Vágnerová (2008, s. 489) definuje sebezabítí jako „*zničení vlastního života, kterému chyběl vědomý úmysl zemřít. Člověk, který takto jednal, nebyl schopen přiměřeně zhodnotit možné důsledky svého chování, eventuálně jednal v afektu a ve skutečnosti se nechtěl zabít.“*

### 1.1.3 Formy suicidálního jednání

Suicidální chování se objevuje v několika formách. Kocourková (2003) rozlišuje suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium, které bylo vysvětleno výše.

#### **Suicidální myšlenky**

Sebevražedné myšlenky si lidé velmi často nechávají pro sebe, protože si myslí, že je nelze někomu svěřit, nebo je dokonce s někým sdílet. (Havránková in Vodáčková, 2007). Takový člověk je ve velmi těžké situaci, protože sebevražedné myšlenky jsou velmi intenzivní, dotýčný se jimi zabývá převážnou část svého času a myšlenky lze jen obtížně odklonit (Koutek, Kocourková, 2003).

*„Sebevražedné myšlenky nemají nejprve konkrétní obsah a jedinec se jim brání“* (Češková 2006, s. 276).

Odborníci v krizové intervenci vědí, že pokud člověk o sebevraždě uvažuje, má sebevražedné myšlenky, potřebuje o svých úvahách mluvit a skrze slova se dotknout svých emocí (Havránková in Vodáčková, 2007).

U sebevražedných myšlenek je důležitá jejich konkretizace – místo, čas, způsob, dopis na rozloučenou. Pokud je sebevražda promyšlená, existuje sebevražedný plán a postižený si například již doma shromáždil vysoce toxické medikamenty, hovoříme o suicidálních tendencích (Koutek, Kocourková, 2003).

## **Suicidální tendence**

Pokud je sebevražda konkrétně promyšlená a připravená, jedná se o sebevražedné tendence. Jedinec nevidí jinou možnost, jak se osvobodit od svých starostí a problémů.

Při sebevražedných tendencích již nejsou sebevražedné myšlenky zapuzovány, jedinec k nim má ambivalentní a pasivní postoj (Češková, 2006, s. 276).

Odborníci se setkali jak se sebevraždami pečlivě a dlouho předem připravovanými, tak i se sebevraždami spíše impulzivního charakteru. Postižený v této fázi vykazuje mnoho známek, podle kterých lze usoudit, že je ohrožen sebevražedným pokusem či sebevraždou.

Suicidální tendence mají typické verbální či neverbální projevy, které jsou známkou toho, že se postižený zabývá myšlenkami na sebevraždu. Mohou mít formu jak otevřených, tak i skrytých sebevražedných výroků a výhrůžek. Mýtus, že člověk, který mluví o sebevraždě, ji nikdy nespáchá, je nepravdivý. Verbalizace suicidálních úvah je pouze důkazem, že jsou tyto tendence obsahem psychiky, a proto je zapotřebí je nepodceňovat (Koutek, Kocourková, 2003).

## Suicidální pokus

„Suicidální pokus je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 28).

Kocourková (2003) se zabývá otázkou, zda je suicidální pokus pouze „nepovedená sebevražda“ a rozdíl je tedy pouze kvantitativní, nebo se jedná o kvalitativně odlišnou formu suicidálního jednání.

Baudiš (1998, s. 40) uvádí Prokopův názor, že suicidální pokus může být nepovedená sebevražda anebo jednání, kdy si jedinec pohrává s myšlenkou na smrt a náhoda je pro něj vítaným rozhodčím, který určí jeho osud.

Také další autoři upozorňují, že ne všechny pokusy lze hodnotit jako nedokonanou sebevraždu. Pokusem může postižený jedinec tzv. volat o pomoc, což znamená, že neví, jak jinak by upoutal pozornost svých blízkých na sebe a na své problémy. Přesto může dojít k tomu, že původně plánovaný pokus skončí, byť nechtěně, smrtí jedince. Jak uvádí Hartl (2000) přímo v definici, sebevražedný pokus je volání o pomoc, potřeba sdělit někomu pocity zoufalství a změnit chování jiných lidí.

Opačného názoru je Janota (Janota in Viewegh, 1996), který nevidí zásadní rozdíl mezi pokusem a dokonanou sebevraždou, protože i když je sebevrah rozhodnutý zemřít a má k tomuto cíli promyšlený postup, nikdy není jisté, zda bude cíle dosaženo. V tomto pojetí je každé suicidální jednání pokusem.

Češková (2007, s. 231) uvádí, že „sebevražedný pokus ve stáří se podle celosvětových zkušeností považuje spíše za nepovedený skutečný úmysl zemřít než za symbolické volání o pomoc.“

Následující rozdíly mezi suicidiem a suicidálním pokusem uvádí Koutek a Kocourková (2003):

- u žen se častěji vyskytuje sebevražedný pokus, u mužů dokonaná sebevražda;
- v první polovině života lidé páchají spíše sebevražedný pokus, zatímco v druhé polovině života dokonanou sebevraždu;
- měkká metoda (např. otrava prášky) se častěji používá u sebevražedných pokusů a tvrdá metoda (např. střelná rána) u dokonaných sebevražd;
- motivem k sebevražednému pokusu bývají mezilidské vztahy, k dokonané sebevraždě to jsou problémy ohrožení a intrapsychické potíže;
- k sebevražedným pokusům dochází spontánně, bez promyšlení, naopak dokonaná sebevražda bývá promyšlená a plánovaná.

Další zajímavý prvek jest, že každé sebevražedné jednání, byť postiženým vážně pojímané a jednoznačně zaměřené na ukončení života, obsahuje prvky, které nejsou zcela pod kontrolou postiženého (může selhat zvolený prostředek, postižený může být v poslední chvíli zachráněn apod.). Tyto prvky vyvolávají u postiženého sklon nechat za sebe jednat osudovou náhodu (Viewegh, 1996).

### 1.1.4 Motivy suicidálního jednání

Zjišťování motivu suicidálního jednání není jednoduchou záležitostí, naráží se na určité problémy. Není rozdílu v tom, zda hledáme motiv dokonaného suicidia nebo při psychiatrickém vyšetření zjišťujeme důvod suicidálního pokusu u postiženého – v obou případech se dozvídáme nezdědka pouze jednu z příčin. Nad důvodem, který mohl být tou pomyslnou poslední kapkou v poháru, jenž přetekl, se musíme v každém případě zamyslet. Takovou situaci je potřeba posoudit komplexně (Koutek, Kocourková, 2003, s. 36).

Viewegh (1996) rozlišuje mezi příčinami a motivy sebevražd. Příčiny jsou podle něj všechny vnitřní i vnější nepříznivé vlivy, které mohou navodit sebevražedné jednání (např. nemoci, sociální prostředí). Sebevrah si je nemusí uvědomovat. Naproti tomu motiv je to, co si postižený uvědomuje a kvůli čemu vědomě spáchá sebevraždu. Autor považuje suicidální motivaci za vědomý postoj sebevraha, který záleží na jeho hodnotovém vědomí – zda dále žít, či zemřít.

Někdy se motiv sebevraždy můžeme dozvědět z dopisu na rozloučenou nebo od pozůstalých osob, často však zůstane tajemstvím. U sebevražedných pokusů je pozitivum v tom, že o motivech lze s postiženým promluvit. Ale i ty, o nichž se dozvíme, mohou být pouhým zlomkem komplexu důvodů, které se podílely na tom, že se postižený rozhodl pro smrt.

Viewegh (1996) klade v tématu motivace suicidálního jednání velký důraz na sebevrahovy prožitky.

Havránková (Vodáčková, 2007, s. 488) uvádí, že impulzivních sebevražd je asi čtyřikrát více než bilančních. Motivy k bilanční sebevraždě jsou většinou srozumitelnější.

### 1.1.5 Příčiny sebevražedného jednání

Pokud hovoříme o příčinách sebevražedného jednání, respektive o zvýšení jeho rizika, musíme si být vědomi, že se jedná o multifaktoriálně podmíněné jednání. Takové jednání závisí na kumulaci různých zátěží, vrozených i získaných, i na nezvládnutých aktuálních podnětech. Všechny rizikové faktory, které zvyšují tendenci k sebevražednému jednání, lze hodnotit pouze jako nespécifické (Vágnerová, 2008, s. 491).

Češková (2007, s. 23) uvádí, že u všech věkových kategorií převládají jako hlavní příčiny suicidiálního jednání duševní poruchy, zneužívání návykových látek včetně alkoholu a závažné životní události. Duševní poruchy nebo choroby jsou příčinou přibližně jedné třetiny dokonaných sebevražd a obecně zvyšují tendenci k suicidálnímu jednání. Rizikovým faktorem je z tohoto hlediska deprese, schizofrenie, porucha osobnosti či abúzus psychoaktivních látek (Vágnerová, 2008, s. 491).

Biologickými příčinami sebevražedného jednání, které uvádí Vágnerová (2008, s. 492), jsou těžké somatické onemocnění, trvalá invalidita, chronická bolest a tělesná bezmocnost. Poslední jmenovaná příčina bývá častá u starších nemocných lidí.

Důležitou roli v příčinách sebevražedného chování hraje faktor pohlaví. Sebevražda nemá stejný význam pro muže a ženy, protože každé pohlaví má jiný motiv a obvykle si volí i jiný způsob sebevraždy (Vágnerová, 2008, s. 492). Příčinami sebevražedného jednání u žen jsou potíže v citových vztazích a v osobním životě obecně. Ženy si volí méně drastické metody (tzv. měkké metody), například skok z výšky nebo pořezání. U mužů jsou rizikovými faktory nezaměstnanost a problémy v oblasti seberealizace. Muži volí agresivnější metody (tzv. tvrdé metody), např. strangulaci, skok z velké výšky nebo použití střelné zbraně.

Vágnerová (2008, s. 493) uvádí, že „*odlišnost postoje a preference jiných prostředků se projevuje větší četností suicidiálních pokusů u žen, zatímco sebevraždy mužů bývají přibližně dvakrát častěji dokonané než sebevraždy žen.*“

Dle Vojtěchovského (1998, s. 34) jsou hlavními rizikovými jedinci muži, kteří žijí osaměle, momentálně překonávají závažnou životní událost, mají v rodinné anamnéze sebevražedné pokusy a již se o sebevraždu sami pokusili.

Baudiš (1998, s. 41) uvádí tyto charakteristiky nemocných, jež zvyšují riziko sebevražděného jednání:

- Sebevraždy v rodině a blízkém okolí;
- Nemocný se již o sebevraždu pokusil a vyskytují se u něj přímé či nepřímé výhrůžky, že se o ni pokusí znovu;
- Nemocný je klidný, má již konkrétní představy o způsobu a přípravách k sebevraždě;
- Katastrofické sny o zničení;
- Výskyt depresivní poruchy;
- Poruchy spánku;
- Nevyléčitelná onemocnění a hypochondrické bludy;
- Abúzus alkoholu či jiných drog;
- Citová deprivace v dětství, nezaměstnanost, finanční potíže.

Řada odborníků se zabývala osobnostními rysy sebevrahů. Podle Eise (1998) mají sebevrazi potíže s adaptací na nové životní situace a prožívají více životních krizí a selhání.

Vojtěchovský (1998, s. 34) dále uvádí potíže sebevrahů se svěřováním a sdělováním svých prožitků. Jsou to lidé praktičtí, konvenční, bez nápadu, které nic nenadchne a nedokážou prožívat jak kladné, tak ani záporné emoce. Mají o sobě rigidní představy, sklon k černobílému vidění a jsou spíše uzavření. Často rezignují a upadají do beznaděje a bezmocnosti. Krize řeší spíše činem než uvažováním.

Lidé méně psychicky odolní mají tendenci k nesprávné interpretaci různých, často zcela bezvýznamných podnětů, jsou nedostatečně kognitivně pružní a mají nízké sebevědomí (Vágnerová, 2008, s. 498).

### 1.1.6 Ringelův presuicidální syndrom

Rakouský psychiatr Erwin Ringel zavedl pojem presuicidální syndrom, který je varovným signálem pro skutečnost, že by k sebevražednému pokusu mohlo dojít. Ringel usuzoval, že se u kandidátů suicidia musí naplnit tři faktory (Ringel in Eis, 2008, s. 42):

1. zúžení subjektivního prostoru (životní negativismus)
2. potlačovaná a proti sobě zaměřená agresivita
3. sebevražedné fantazie

Na základě posouzení těchto tří faktorů dostáváme vodítko jak postupovat v krizové intervenci – nabízí se možnost diagnosticky a prognosticky rozeznat míru ohrožení daného jedince (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 488).

Vágnerová (2008) uvádí, že člověk není schopen pozitivního emočního myšlení, omezuje své aktivity i kontakty, nic jej nezajímá a o nic neusiluje, všechno ztratilo svůj původní význam. Není tedy pochyb, že presuicidální syndrom zahrnuje projevy, které mají jednoznačně depresivní charakter.

První fáze presuicidálního syndromu zahrnuje dle Havránkové (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 488) zúžení v oblasti situační, zúžení dynamické, zúžení ve vztahové rovině a zúžení v oblasti hodnot. Situační zúžení je charakterizováno ztrátou orientace, člověk neví kudy kam, cítí se v pasti. K tomu přistupuje zúžení dynamické, které lze chápat jako pocit omezení vlastních životních možností, zoufalství a beznaděj.

Často nastane i zúžení ve vztahové rovině, kdy se jedinec začne izolovat od lidí. Zúžení se týká i oblasti hodnot. To, co bylo pro člověka dříve přitažlivé a inspirující, pozbývá ceny. Jedinec není schopen se radovat, na něco se těšit, něco si užít (Kastová, 2010, s. 61).

Další fází je potlačovaná a proti sobě zaměřená agresivita. Jedinec je přesvědčený, že stav, ve kterém se nachází je zapříčiněn jeho neschopností a nedostatkem kvalit. Cítí vinu.

Poté následují sebevražedné fantazie, které jedinci přinášejí úlevu. Sebevražda je jediným řešením jeho situace. Všechno odložit, zbavit se bolesti, skončit to utrpení (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 489).

### 1.1.7 Možnosti pomoci a prevence

Je důležité si uvědomit, že u naprosté většiny lidí, kteří mají sklon k sebevražednému jednání, nepřevládá snaha zemřít, ale touha žít a potřeba naděje na přijatelnější řešení svých problémů. Je třeba brát vážně veškeré signály, kterými jsou sebevražedné úvahy a fantazie či vyhrožování sebevraždou (Vágnerová, 2008, s. 508).

Koutek (2002) uvádí, že neexistuje jednoduchý jednoznačný návod, jak při hrozícím sebevražedném jednání zasáhnout. V každém případě je zapotřebí rychle zhodnotit situaci a navázat s postiženým kontakt. Od člověka, který má tendence k sebevražednému jednání, nemůžeme očekávat pozitivní naladění, vstřícnost a vděčnost. Reagujeme na jeho hněv, bereme ho vážně a hledáme tu jeho část, s kterou můžeme komunikovat a spolupracovat (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 495).

V případě sebevražedného pokusu musí okolí jednat rychle. Proto byly pro suicidanty založeny záchranné psychosociální sítě, jimiž jsou hlavně linky důvěry a centra krizové intervence. Tyto instituce pracují v nepřetržitém provozu, aby byla jejich pomoc okamžitě dostupná (Eis, 1998, s. 42). Vágnerová (2008) uvádí, že linky důvěry a centra krizové intervence fungují jako spojovací článek mezi trpícími lidmi a odborníky, kteří jim umějí poskytnout odbornou pomoc.

Podle Koutka (2002) po každém sebevražedném pokusu zasahuje nejdříve lékař somatického oboru, a jakmile pomine ohrožení života, je zavolán psychiatr. Samotné vyšetření se zabývá několika okruhy problémů: vážností úmyslu zemřít, přítomností psychiatrické poruchy, motivem sebevražedného pokusu, nebezpečím opakování a dalším terapeutickým postupem.

Pravidla prevence, která uvádí Vojtěchovský (1998):

- Nejdůležitější je včasné rozpoznání psychické poruchy a včasné zahájení léčby.
- Nutností je pátrat po sebevražedných úvahách a nebát se o nich s postiženým otevřeně hovořit.
- Zlepšení tělesného stavu dokáže zmírnit intenzitu depresivních prožitků.
- Vhodné je odstranit z nejbližšího okolí postiženého všechny dostupné prostředky k sebevraždě.
- Není na škodu zahrnout do pomoci celou rodinu nebo nejbližší přátele postiženého.
- Měli bychom se snažit o to, aby byl postižený více otevřený a myslel spíše konstruktivně než destruktivně.

## 1.2 Stáří

Stáří je přirozenou a poslední etapou lidského života. Se stářím přichází nadhled, moudrost a pocit naplnění, ale také ubývá energie a nastává nezbytná proměna osobnosti směřující k jejímu konci (Vágnerová, 2007). Všeobecně je na stáří pohlíženo negativně, očekávány jsou problémy a omezení v důsledku ztráty soběstačnosti. Následkem negativního očekávání je strach z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti a respektu. Ne vždy však během fyziologického stárnutí k uvedeným problémům dochází, vše je ovlivněno mnohočetností a individuálností příčin a projevů stáří (Malíková, 2011, s. 24).

I přes tuto mnohočetnost a individuálnost popsal Pacovský (Pacovský in Ondrušková, 2011, s. 14) charakteristické znaky procesu stárnutí, kterými jsou:

- Proces stárnutí je individuální, každý jedinec má svůj plán stárnutí.
- Stárne a do stáří vstupuje vždy celý člověk – stárnoucí člověk je vícerozměrný. Mění se jeho charakteristiky biologické, psychické a sociální.
- Proces stárnutí je asynchronní. Jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle.
- Typickým fenoménem stárnutí je involuce různých struktur a funkcí.
- Ve stáří je snížena schopnost adaptace.

V odborné literatuře se můžeme setkat s dělením stáří. Rozlišuje se stáří kalendářní, sociální a biologické. Jako počátek stáří je vesměs považován věk 65 let a o vlastním stáří hovoříme od 75 roku. V současném orientačním dělení jsou od 65 do 75 let mladí senioři, od 75 do 84 let staří senioři a od 85 let výše velmi staří senioři (Kalvach, 2004). Stuart-Hamilton (1999, s. 19) považuje kalendářní stáří za nepřesnou míru, která je spíše administrativním nástrojem, jenž je využíván v demografii a statistice.

WHO člení stáří člověka na (Ondrušová, 2011, s. 17):

- 60–74 let: rané stáří (počínající stáří)
- 75–89 let: vlastní stáří (osoby pokročilého, vysokého věku)
- 90 a více let: období dlouhověkosti

Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry zhoršujících se změn. Řada změn může být způsobena spíše nemocemi než stárnutím samotným. Pravdou jest, že lidé stejného kalendářního věku se liší ve věku biologickém (Ondrušová, 2011, s. 17).

Za biologické změny jsou považovány změny ve vzhledu, v trávicím systému, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace a změny sexuální aktivity (Venglářová in Hrozenská, 2013, s. 31).

Pro věk sociální je charakteristická role, kterou člověk zastává ve společnosti. Předpokládá se, že lidé, kteří překročili šedesát let, se budou chovat především klidně a usedle, a proto se za znak začátku stáří považuje ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu (Máchová, 2008, s 21).

Sociální stáří je charakterizováno změnami v životním stylu, další změnou je stěhování a ztráta blízkých lidí, osamělost a finanční problémy (Venglářová in Hrozenská, 2013, s. 31).

Ve stáří se člověk musí přizpůsobit, přijmout a zvyknout si na řadu změn, jak je uvedeno výše. Aby se senior úspěšně vyrovnal se změnami, k nimž vede stárnutí organismu a duševních funkcí, je třeba především schopnosti adaptace. Jako vše v životě, i adaptace probíhá v čase. Aby staří lidé nepocíťovali změnu jako nátlak a mohli se přizpůsobit, potřebují zpravidla času o něco více (Gruss, 2009). Jsou jedinci, kteří vyrovnaně přijímají svůj věk, užívají zaslouženého odpočinku, umějí využít svůj volný čas k různým činnostem a projevují dostatek přizpůsobivosti. Avšak ne každý má schopnost a sílu se s přibývajícím věkem vyrovnat, se všemi neduhy a omezeními, které stárnutí a stáří přináší, vyrovnat. Lze se setkat s mnoha odlišnými způsoby a projevy v chování, přístupu a životním stylu, které vypovídají o tom, zda se konkrétní osoba s přibývajícím věkem vyrovnala, nebo ne. To, jak se stárnoucí člověk se stářím vyrovná, závisí na mnoha okolnostech. Mezi tyto determinanty například patří, jak dotyčný celý život prožil, jeho předchozí zkušenosti, jakou pozici zaujímá v rodině, jaké má citové a sociální zázemí. Důležitou roli také hraje odolnost jedince vůči zátěžovým situacím a jeho přizpůsobivost. I přesto, že známe mnoho okolností ovlivňujících postoj člověka ke svému stárnutí a stáří, nelze předem spolehlivě odhadnout, jaký postoj zaujme, jak se zadaptuje na problémy a celkovou situaci (Malíková, 2011, s. 24).

Haškovcová (2010, s. 156) uvádí, že by měl každý senior pěstovat harmonii a usilovat o to, aby tato harmonie byla zachována i tehdy, kdy s sebou věk přináší negativní změny. Tato harmonie by se lépe pěstovala a zachovávala, kdyby člověk znal pozitiva stáří, kterými jsou trpělivost, rozvaha, životní nadhled, větší stálost v názorech a vztazích a odpovědnější přístup k svěřeným úkolům.

### 1.2.1 Suicidální jednání ve stáří

Populace seniorů bývá zdánlivě vnímána jako stejnorodá, ale opak je pravdou. Senioři představují nejrůznorodější skupinu lidí v naší společnosti. Velmi výraznými odlišnými faktory jsou věk, zdravotní stav, funkční zdatnost, rodinná situace, sociální zázemí, ekonomické podmínky, vzdělání, životní zkušenosti a hodnotový systém (Kalvach in Ondrušová, 2011, s. 37).

I přes tyto rozdílné faktory uvádí Dragomirecká (Ondrušová, 2011, s. 37) charakteristiky, které jsou pro období stáří typické, a zároveň je můžeme považovat za rizikové faktory stáří: ukončení profesní dráhy, změna životního stylu v důsledku ubývání sil a zhoršování finanční situace, zhoršení zdravotního stavu a případná závislost, zpomalení psychomotorického tempa a také ztráta partnera nebo poslední blízké osoby.

V důsledku moderní medicíny a prodlužování života se zvyšuje počet problémů a negativních situací, se kterými se musí senioři vypořádat. Mnoho seniorů neví, jak se svým životem naložit. Ani celkový mediální obraz seniorů, kdy se neustále hovoří o stárnutí populace a kolik peněz ze státního rozpočtu odchází na starobní důchody, není pozitivní. Společnost není seniorům dostatečně otevřená, nepřizpůsobuje prostředí jejich potřebám a senioři se častěji stávají cílem kriminálních živlů. Není tedy pochyb o tom, že žít kvalitní život i v pozdním věku není jednoduchou záležitostí.

*„Staří lidé se k sebevraždě přiklánějí, když se cítí ohroženi, že nebudou soběstační, že budou muset pobývat v nějakém zařízení, k němuž nemají důvěru, že nastane změna, na kterou už nemají kapacitu“* (Havránková in Vodáčková, 2007, s. 493). Velký smutek staré lidi zasáhne tehdy, když si uvědomí, že již nemají sami co nabídnout, cítí se zbyteční a nepotřební. Toto potvrzuje Pacovský (Ondrušová, 2011, s. 43), když popisuje zkušenost s jedním ze svých klientů, který se mu svěřil, že jeho největší potřebou je být potřebován.

Máchová (2008, s. 24) uvádí, že je registrováno méně sebevražd, než bylo skutečně spácháno. Podregistrace je vyšší u starších lidí než u jiných věkových skupin, protože mnoho seniorů volí metody sebevraždy, u nichž není úmrtí registrováno jako suicidium. S těmito metodami se setkávají zejména lidé v přímé péči o seniora a jsou jimi odmítání stravy, odmítání životně důležitých léků a zanedbávání péče.

Vojtěchovský (1998, s. 34) uvádí triádu rizikového sebevražedného chování ve stáří:

- přítomnost afektivní poruchy (nejčastěji nepsychotické formy deprese)
- zneužívání farmak (hlavně alkoholu)
- přítomnost obou předchozích faktorů spojená s tělesnou chorobou

U sebevražedných pokusů ve stáří nejde o volání o pomoc, jako je tomu dle celosvětové praxe ve věku mladším, ale o skutečnou touhu zemřít (Vojtěchovský, 1998, s. 34). Máchová (2008, s. 25) uvádí, že pokud se senior chtěl již jednou zabít a nevyšlo to, je zde velká pravděpodobnost, že se o to pokusí znovu. Z tohoto důvodu používají senioři metody, které vedou okamžitě nebo velmi rychle ke smrti, a možnost záchranu je velmi nízká.

Ve stáří se častěji vyskytují bilanční sebevraždy, kdy jedinec nepříznivě zhodnotí svou životní situaci a zároveň ztratí naději na lepší budoucnost. V potaz je nutné brát i vyšší četnost depresí, které nejsou diagnostikovány, a tudíž ani léčeny (Vágnerová, 2008, s. 505).

Na vině může být i to, že praktičtí lékaři věnují větší pozornost poruchám somatickým než psychickým. Praktický lékař musí mít k pátrání po psychických poruchách a příznacích deprese odvalu, zkušenost a dovednosti (Baudiš, 1998, s. 41). Dokonaná suicidia bez diagnostikované duševní poruchy doprovázené somatickým onemocněním u starých lidí ve věku nad sedmdesát let jsou velmi vzácná (Vojtěchovský, 1998, s. 34).

Haškovcová (2010, s. 253) zavádí pojem rizikový senior. Jedná se o seniora nad osmdesát let, který žije osaměle nebo v tomto vysokém věku dlouhodobě a celodenně pečuje o svého nemocného partnera. Do této skupiny patří i senioři, kteří pobírají minimální důchody a mají celkově slabé nebo problematické materiální zázemí. Je chybou se domnívat, že pokud senior bydlí v domově pro seniory, kde je o něj profesionálně postaráno, nemůže se stát rizikovým seniorem. Na všechny výše uvedené situace si musí senior zvykat a ne všichni senioři to zvládnou.

V následujících kapitolách jsou uvedeny a popsány hlavní důvody suicidálního jednání lidí ve vyšším věku.

## 1.2.2 Osamělost

Všeobecně se uznává rozdíl mezi samotou a osamělostí. Samotu můžeme vnímat pozitivně, pokud si ji člověk zvolí sám jako svůj životní styl. Pokud je ale samota nedobrovolná, může vyústit až k osamělosti. Taková osamělost s sebou přináší pocity zklamání, trpkosti a je vnímána jako těžký úděl. Je spjata s takovými emocionálními a mentálními stavy, jakými jsou izolace, odcizení, pocit nepochopení, že nejsme milováni, či pocit vyřazení. Osamělý člověk se často cítí jako oběť životních okolností bez víry v to, že může tento stav sám ovlivnit (Matulayová in Sýkorová, Chytil, 2004, s. 228).

Kalvach (2012, s. 95) dále uvádí, že osamělost je více a hůře než být sám, dochází ke ztrátě interpersonálních kontaktů a komunikačních aktivit, a pokud se poruší pocit společenské sounáležitosti, dochází k sociální exkluzi.

Starší člověk se může cítit osamělý a nemusí být odloučen od ostatních lidí (ve fyzickém smyslu), a naopak může být v izolaci od lidí, ale necítí se osaměle. Matulayová (Sýkorová, Chytil, 2004, s. 229) uvádí tři typy osamělosti:

- kognitivní (myšlenková) – v blízkosti člověka není nikdo, s kým by mohl sdílet závažné myšlenky (např. filozofické či odborného typu);
- behaviorální – staršímu člověku chybí někdo, s kým by mohl smysluplně trávit volný čas;
- emocionální (citová) – stav, kdy není naplněna potřeba lásky.

Emocionální osamělost se velmi často vyskytuje u seniorů žijících v domovech pro seniory. Už jen ta situace, že se ocitli v domově pro seniory, v nich vzbuzuje pocit, že s nimi už nikdo nepočítá. Pichaud a Thareauová (1998, s. 78) uvádějí, že takoví lidé se přehnaně upínají na pečovatelky a chtějí je mít jen pro sebe. Chtějí být stále závislejší na pomoci ostatních, nehrají žádné divadlo, jak si často pečovatelky myslí, ale jde o volání o pomoc, které vyjadřuje potřebu vztahu, citu a lásky.

Kalvach (2012) uvádí, že až čtvrtina seniorů v České republice žije osaměle či v sociální izolaci a toto ohrožení narůstá s věkem. Jde o lidi výrazně rizikové, u nichž přichází v úvahu mnoho faktorů, které snadno vedou k osamělosti.

Mezi tyto faktory patří (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 79):

- Životní podmínky – věk člověka, je-li vdovec nebo vdova, žije-li sám;
- Fyzický stav – nemoc, handicap, který brání člověku vycházet z domu, nebo se dokonce pohybovat, smyslové postižení (hluchota, slepota);
- Psychický stav – ztráta blízkého člověka nebo i zvířete, nedostatek kontaktu s lidmi, poruchy chování;
- Sociální nebo ekonomické jevy – nedostatek prostředků, aktivit, vykořenění, ageismus.

Prevence osamělosti spočívá v neustálé snaze budovat si plnohodnotné interpersonální vztahy. Důležitá je stálá podpora aktivního trávení volného času (Matulayová in Sýkorová, Chytil, 2004, s. 229). Život v páru je v pokročilém věku dobrou obranou před osamělostí, rovněž vztahy s dětmi a s vnoučaty jsou velmi důležité (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 79).

### 1.2.3 Odchod do důchodu

Odchod do důchodu je důležitým momentem, hlavní událostí v životě, kterou každý jedinec vnímá různě.

Bylo zjištěno, že již lidé blížící se důchodovému věku začínají mít obavy a jsou zvýšeně skeptičtí a sebekritičtí (Stuart-Hamilton, 1999, s. 162). Důvodem může být to, že důchod představuje pro mnoho lidí odchod ze života dospělých a vstup do stáří, přiřazení ke skupině starých lidí, blízkost smrti (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 27).

Kalvach (2012, s. 95) uvádí, že je odchod do důchodu závažným stresem, protože lidé mění své životní stereotypy, přerušují kontakty, snižují se jejich finanční zdroje a mění se identita člověka. Nepřizpůsobení se změnám, které vstup do důchodu přinášejí, může vést k rodinným konfliktům, depresi, psychosomatickým projevům či k abúzu alkoholu.

Stuart-Hamilton (1999, s. 163) uvádí, že je rozdíl mezi těmi, kteří se cítí být k odchodu do důchodu „donuceni“, a těmi, kdo si důchod zvolili dobrovolně. U prvních jmenovaných je prokázána nižší míra spokojenosti. Lidé pracující duševně si důchod užívají více než fyzicky pracující, tento fakt může být ovšem důsledkem toho, že lidé nemanuálně pracující jsou na tom většinou zdravotně a finančně lépe.

Rozdíl je také mezi ženami a muži. U žen není tak výrazný problém, že odchodem do důchodu ztratili svou roli a funkci v zaměstnání, jako u mužů. Penzionované ženy mají o svém životě v důchodu přesnou představu, pečují o domácnost a vnoučata. Penzionovaní muži svou novou roli hledají déle, dochází u nich k nejistotě, více se soustředují na své problémy a připisují jim velký význam (Balogová in Sýkorová, Chytil, 2004, s. 198).

Odchod do důchodu má ale i svá pozitiva. Lidé v důchodovém věku mohou volný čas využít k realizaci plánů, ke kterým až do této doby nebylo možné přikročit, mohou se věnovat svým koníčkům, které v produktivním věku zanedbávali, a v neposlední řadě se mohou angažovat v pomoci druhým lidem v dobročinných a charitativních činnostech.

## 1.2.4 Úmrtí partnera a blízkých osob

Vyrovnat se s partnerovou smrtí je jedna z nejtěžších zkoušek pro lidi ve vyšším věku. Jedinec, který ztratil celoživotního partnera, může pociťovat opravdové roztržení. Ztráta partnera souvisí také se ztrátou bezpečí, radosti a sdílení každodenních zážitků (Pichaud, Thureau, 1998, s. 30).

Jak starší člověk prožívá ztrátu svého partnera, záleží na tom, zda byla tato ztráta očekávaná. Ztráta není natolik stresující, pokud byl zesnulý delší dobu nemocný. Určité rozdíly jsou i mezi pohlavím. Ženy se se ztrátou vyrovnávají lépe než muži. Jedním z důvodů může být i to, že muži mají mnohem větší potíže starat se sami o sebe než ženy a také tím, že vdovství je především zkušeností ženy (Stuart-Hamilton, 1999, s. 163).

Odpoutání se od milovaného člověka, kterého jsme ztratili, probíhá v rámci procesu truchlení. Velmi těžké a zároveň i velmi důležité je, aby se lidé v tomto procesu vrátili ke svému individuálnímu já a nově ho organizovali (Kastová, 2010, s. 75).

Negativní pocity, projevy smutku a zvláštnosti v chování a reagování, jakými jsou hovor se zesnulým, hledání pozůstalého, porucha vnímání času, ztráta zájmů či odmítání kontaktů, mohou přetrvávat ještě 30 měsíců po ovdovění (Stuart-Hamilton, 1999, s. 163).

Vdov rok od roku přibývá, což potvrzuje i Haškovcová (2010, s. 154), která uvádí, že častěji ovdoví ženy než muži, a proto se o stáří hovoří jako o problému vdov. Už v kategorii nad 60 let připadá na 100 mužů 145 žen a nepoměr mezi ženami a muži s jejich věkem dále stoupá.

Hluboký pocit samoty a opuštěnosti zažívají lidé ve vyšším věku i v důsledku úmrtí svých blízkých přátel a vrstevníků. Dříve tak pozitivní událost jako školní sraz se stává přehlídkou těch, kdo ještě žijí. Úmrtí přicházejí jedno za druhým a často velmi brzy po sobě. Není tedy divu, že se senioři velmi často zaobírají myšlenkou: Příště to budu já. Snaha být svým zesnulým na blízku často vyústí v každodenní návštěvy hřbitova, protože tam senior není sám, ale mezi svými.

### 1.2.5 Institucionalizace, závislost na péči druhých

Odchod do ústavního zařízení je pro starého člověka jedna z psychicky nejnáročnějších situací, se kterou se během svého života setkal (Ondrušová, 2011, s. 39). Domov je jedna z nejdůležitějších potřeb všech lidí. Toto potvrzuje Kalvach (2012), který uvádí, že bydliště je vždy více než byt či dům. Bydliště je synonymem pro potřebu soukromí, intimního sdílení a bezpečí. Jedinec ve vyšším věku ztrácí se změnou bydlení i svůj sociální kapitál, do kterého můžeme zahrnout tyto faktory:

- automatická orientace a schůdnost okolí
- sousedské vztahy
- občanská vybavenost
- vlastnění domácího mazlíčka
- zdravotnické služby
- výhled z okna

Důvody pro přestěhování do ústavního zařízení jsou u starších lidí různé. Je to kvůli velkému a příliš drahému bytu, pro neschopnost udržovat domácnost, pro neschopnost pečovat o sebe sama, pro sníženou pohyblivost nebo psychické problémy a výjimkou nejsou ani případy, kdy musí senior do ústavu, aby měla mladší generace kde bydlet (Hrozenská in Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 45).

Kalvach (2012, s. 102) upozorňuje na to, že by přestěhování nemělo proběhnout pod nátlakem, nemělo by se jednat o nedobrovolnou změnu. Jedinec by se měl vnitřně ztotožnit se změnou bydliště a s novým okolím. Nové bydlení by mělo nabízet i určité výhody (bezbariérovost, dostupnost služeb). Definitivnímu přestěhování by měla předcházet fáze zabydlování, která ulehčí celkovou adaptaci na nové prostředí. To může trvat několik měsíců i let.

Adaptaci na nové ústavní prostředí může komplikovat syndrom poslední štace. Senioři si uvědomují, že přestěhování se do domova pro seniory je poslední etapou, po které může následovat jen smrt. Reakcí bývá zhoršení emočního naladění, deprese, apatie. Dříve či později se senior se změnou smíří, respektive pod tlakem okolností rezignuje, ale spokojený většinou není (Ondrušová, 2011, s. 39).

Lidé, kteří se stanou obyvateli domova pro seniory, jsou zvyklí fungovat určitým způsobem. V průběhu svého života se ocitli v řadě různých rolí, ale s rolí „obyvatel domova“ nemají zkušenost, a proto při vstupu do domova pro seniory používají způsoby chování, na které byli zvyklí a které jim přinášely ocenění okolí. V novém prostředí to najednou neplatí a starší člověk je tím zaskočen a potřebuje podporu personálu i blízkých, aby našel svoje nové místo (Venglářová, 2007, s. 15). Není však žádoucí, aby instituce zbavovaly seniory autonomie a infantilizovali je. Je všeobecně známo, že podpora personálu či rodiny často přeroste v rozhodování za seniora, jako by on sám nevěděl, co je pro něj dobré, jako by on sám nikdy nevyřešil žádný problém. I senior žijící v domově pro seniory má na situace, které se kolem něj dějí, svůj vlastní názor.

## 1.2.6 Závislost na alkoholu a medikamentech

Mezi suicidálním jednáním a problematikou závislostí je velmi úzký vztah. V České republice stejně jako v celé Evropě má kromě kouření největší význam alkoholismus (Koutek, Kocourková, 2003, s. 63). Zneužívání alkoholu patří mezi hlavní motivy sebevraždného chování ve vyšším věku (Vojtěchovský, 1998, s. 34).

Prevalence abúzu a závislostí u starší populace není přesně zmapovaná ani ve světě, ani v České republice (Krombholz, Drástová, 2010, s. 95).

Závislost na alkoholu u seniorů má svá specifika. Na rozdíl od mladší populace jsou senioři při abúzu alkoholu více ohroženi somatickými komplikacemi. U starších závislých je podstatně zvýšené riziko negativní reakce alkoholu na chronicky užívanou medikaci. V důsledku zpomalení metabolismu a snižující se toleranci vůči většině látek se závislostním potenciálem hrozí seniorům vyšší riziko těžkých intoxikací, někdy i se smrtelnými důsledky. Řada návykových látek zneužívaných ve stáří má negativní vliv nejen na kognitivní funkce dotyčného, ale také na jeho sociální fungování v rodině a blízkém okolí. Momenty, které mohou u osob vyššího věku nastartovat závislost, jsou osamění, ztráta partnera, špatná sociální a hmotná situace, nefungující sociální síť či nedobrovolné umístění do domova pro seniory (Praško in Krombholz, Drástová, 2010, s. 95).

Dle Krombholze a Drástové (2010, s. 95) je zmapování této problematiky obtížné a s největší pravděpodobností dochází k podregistraci. V odborné literatuře se závislost na alkoholu u starší populace (nad 60 let věku) odhaduje na 2 až 4 procenta. Tento odhad je však v rozporu s některými studii prováděnými v nemocničních a ošetrovatelských zařízeních, kde je odhad výskytu škodlivého užívání a závislosti na alkoholu uváděn od 8 do 50 procent.

Za rizikového seniora můžeme v problematice závislosti na alkoholu považovat staršího, osaměle žijícího muže s nízkým vzděláním, který má ve své osobní anamnéze škodlivé pití, depresivní onemocnění, případně sebevraždné jednání (Raboch, Pavlovský in Krombholz, Drástová, 2010, s. 96).

Po dlouhé období je druhou nejčastější formou závislosti ve stáří škodlivé užívání léků a závislost na nich. Hypnotika, benzodiazepinová anxiolytika a analgetika jsou zneužívána nejčastěji. Přesný výskyt (tvrdá data) této závislosti v seniorské populaci není možné dohledat ani ve světě, ani v České republice. Odborníci se shodují, že se ve stáří jedná o četný jev, a to zejména u žen (Krombholz, Drástová, 2010, s. 96).

Mezi nejčastější příčiny, proč lidé ve vyšším věku berou výše uvedené léky, patří úzkost, nespavost a bolesti, hlavně bolesti hlavy.

Léčba závislostí u starších lidí začíná detoxikací na specializovaném oddělení, odkud jsou poté převezeni na gerontopsychiatrické oddělení. U závislých seniorů nedochází k plnohodnotné režimové léčbě, protože na to nemají potenciál.

Velký důraz je kladen na léčbu deprese, neboť ta bývá příčinou, ale i následkem závislosti. Negativní pocity způsobené návykovou látkou v mozku vedou k depresi. Jedinec se také mnohdy snaží pocíťovaný nepříjemný stav (depresivní syndrom) alkoholem či medikamenty odehnat (Chvíla, 1998, s. 39).

## 1.2.7 Nevhodné jednání a zacházení se seniory

Nevhodné jednání a zacházení se seniory je častý skrytý problém, který je ovšem velmi závažného charakteru, protože se jedná o rizikový faktor sebevražedného jednání a nemůže být považován za akceptovatelnou formu násilí. Z hlediska násilí se lidé vyššího věku mohou stát oběťmi běžné kriminality, domácího násilí či násilí vůči závislé, křehké osobě, která se mohou uskutečňovat doma i v ústavní péči. Především se v tomto kontextu hovoří o syndromu EAN – Elder Abuse and Neglect (Kalvach, 2012, s. 108).

Zanedbáváním a zneužíváním jsou ohroženi jak muži, tak ženy ve všech socioekonomických skupinách i kulturách, lidé všech ras i etnik. Je mylné se domnívat, že syndrom EAN se děje jen v ústavních zařízeních pro seniory. Nejčastěji se zanedbávání a zneužívání odehrává v přirozeném prostředí seniora, v místě, které senior nazývá „domov“ (American Psychological Association, 2012, s. 2).

Ve většině případů je senior zanedbáván a zneužíván rodinným příslušníkem nebo životním partnerem. A právě to může být jednou z příčin, proč senioři zanedbávání nenahlásí – protože se stydí říci, že ten, koho milovali a vychovávali, jim působí tolik bolesti. Ve většině případů je starý člověk závislý na pomoci a péči svého „násilníka“, a pokud by zanedbávání a zneužívání nahlásil, nezbude nikdo, kdo by se o něj postaral. Násilníci často obviňují své oběti, říkají jim, že zneužívání je jejich „chyba“, a hrozí jim, pokud někomu zneužívání odhalí (American Psychological Association, 2012, s. 3).

K základním formám EAN patří (Kalvach, 2012, s. 109):

- Násilí tělesné
- Násilí psychické
- Zneužívání finanční
- Zneužívání sexuální
- Zanedbávání péče
- Systémové ponižování

Neexistuje jednoznačné vysvětlení, proč se zanedbávání a zneužívání děje. Mezi hlavní příčiny patří vícegenerační domácnosti, sociální izolace, stresová tíseň pečující osoby a finanční či bytová tíseň. Specifickou příčinou jsou násilné interakce v rodinné historii. Pokud byla manželka po dobu manželství vystavována domácímu násilí, je malá pravděpodobnost, že ve vyšším věku a s přibývajícím zdravotními potížemi vyhledá odbornou pomoc. V opačném případě se může manželka, která byla celý život týrána svým

manželem, dopustit zanedbávání a zneužívání na něm, pokud by na tom ve vyšším věku nebyl zdravotně dobře. Není výjimkou, že děti, které byly svými rodiči týrány a zneužívány, mohou tyto vzorce chování uplatnit, jakmile se stanou pečovateli svých starých rodičů (American Psychological Association, 2012, s. 3).

Kvalita života seniorů, kteří mají či měli zkušenost se syndromem EAN, je vážně ohrožena. V důsledku negativních zkušeností a zážitků u nich dochází ke zhoršení funkčního stavu, k nepřiměřené sebekritičnosti, zvyšuje se závislost a psychická tíseň, pocity bezmoci a osamění. Všechny tyto faktory jsou alarmující a mohou jedince dohnat k sebevražedným tendencím. Výzkumy dokazují, že starší lidé, kteří se stali oběťmi syndromu EAN, umírají dříve než ti, kteří zneužívání a zanedbávání nebyli, a to přesto, že se u nich nevyskytlo žádné chronické či život ohrožující onemocnění (American Psychological Association, 2012).

Prvním a nejdůležitějším krokem k prevenci zanedbávání a zneužívání starších osob je podpora pozitivního společenského postoje k osobám vyššího věku. Za pozitivní kroky můžeme považovat vzdělávání, rostoucí dostupnost respitní péče či zvyšování sociálních kontaktů. Měli bychom podporovat rodiny s dětmi, které pečují o seniora závislého na péči druhých a podporovat a rozvíjet poradenství, aby se lidé uměli lépe vyrovnat s osobními a rodinnými problémy, které přispívají k výskytu syndromu EAN (American Psychological Association, 2012).

### 1.3 Jak vnímat seniory s rizikem suicidálního jednání a jak s nimi zacházet

V prvé řadě si musíme uvědomit, jaký je náš vlastní postoj k sebevraždě, protože to, jak tuto problematiku vnímáme, ovlivňuje náš přístup k suicidálním jedincům. Každý člověk si během svého života ve větší či menší míře pohrával se sebevražednými myšlenkami či impulzy. Pomáhající pracovníci by měli mít sami v sobě srovnanou problematiku smrti, ztrátu smyslu života a selhání (Kastová, 2010, s. 53). Havránková (Havránková in Vodáčková, 2002, s. 293) k tomuto tématu dodává, že je důležité i to, jak pomáhající pracovník vnímá stáří. Pokud by pracovník stáří hodnotil jako tragické a strašidelné období, mohl by v kontaktu se seniorem lehce překročit hranici od empatie a symetrického vztahu k soucitu a lítosti.

Dále je důležité se zbavit předsudků a mýtů o sebevraždách. Názor, že sebevražda je záležitostí slabých, duševně nemocných a divných jedinců, vede k celospolečenskému pocitu nadřazenosti a opovrhováním lidmi se sebevražednými tendencemi (Havránková in Vodáčková, 2002, s. 483).

Sebevražedné tendence seniorů v rezidenčním zařízení jsou tabuizované téma. Personál domova pro seniory je často přesvědčen, že pokud by se zjistilo, že některý z jejich klientů má sebevražedné tendence nebo dokonce otevřeně hovoří o sebevraždě, vrhne to negativní stín na celou organizaci. Proto jsou senioři v takových institucích planě chlácholeni a od tématu smrti a sebevraždy odrazováni. Takový postoj je ale chybou, uvádí Havránková (Havránková in Vodáčková, 2002, s. 484), protože *„je v pořádku a žádoucí položit otázku, zda klient myslí na to, že by tu nejraději nebyl. Pokud je odpověď souhlasná, je nutné zeptat se přímo, jestli uvažuje o sebevraždě.“*

Personál rezidenčních zařízení by se měl na klienty se suicidálními úmysly zaměřit. Jiráček (2013, s. 268) uvádí, že je třeba sledovat varovné příznaky, mezi které patří především:

- sociální stažení, nedostatek sociální interakce, horší péče o sebe sama, o svůj zevnějšek;
- úbytek až ztráta zájmů o aktivity, o které se jedinci dříve zajímali;
- prožívání beznaděje, pocit zbytečnosti;
- odmítání lékařských doporučení, nedodržování doporučených postupů léčby – např. vynechávání farmak;

- hromadění léků, zvláště těch, které mohou být nebezpečné, a zle se jimi otrávit;
- změny v poslední vůli, rozdávání věcí.

Pokud se nám během rozhovoru s klientem potvrdí, že jde o sebevražedného jedince, není žádoucí, abychom ho moralizovali, hodnotili nebo apelovali na jeho odpovědnost vůči dětem či vnoučatům. Takový člověk potřebuje povzbudit k vyjádření svých starostí a pocitů (Havránková in Vodáčková, 2002, s. 485). Koutek (2002) doporučuje v takových případech předepsat psychiatrické vyšetření, které by mělo cíleně zjistit, jaký je motiv sebevražedných myšlenek, zda je u jedince přítomna psychiatrická porucha a jestli je možné tento stav zvládnout bez hospitalizace. Pokud je riziko suicidálního jednání významné, je nutná hospitalizace. V případě, že není přítomno psychiatrické onemocnění, je v současné době možné využít sítě krizových center. Hospitalizace v lůžkovém psychiatrickém zařízení je možná i přes odpor jedince, pokud se jedná o člověka trpícího psychiatrickým onemocněním či hlubokou depresí.

Neexistuje jednoduchý a jednoznačný návod, jak předcházet tomu, aby ve stáří nebyl výskyt suicidií oproti ostatním věkovým skupinám častější. Gruss (2009, s. 13) navrhuje podporovat silné stránky stáří, jakými jsou emoční inteligence a moudrost. Dobré stárnutí také závisí na individuálním aktivním jednání každého seniora. Základem je položit si otázky typu: jak se můžeme na stáří lépe připravit nebo jak můžeme přizpůsobivě a efektivně zacházet s tím, co máme ve stáří k dispozici.

## 1.4 Rezidenční zařízení

Ve svém slovníku sociální práce definuje Matoušek (2003) rezidenční zařízení jako „instituci poskytující klientům nepřetržitou péči spojenou s ubytováním a stravováním. Podstatným parametrem je (kromě kompetencí personálu, přiměřenosti stavby a denního režimu potřebám klientů) také jeho velikost a lokalizace.“ Péče poskytovaná klientům profesionály v rezidenčním zařízení (rezidenční péče) má různé podoby a cíle – od poskytování náhrady chybějícího domova až po represi nepřijatelného způsobu chování.

Více než 85 % pobytových sociálních zařízení v České republice je zřizováno kraji nebo obcemi. Některé pobytové služby také poskytují nestátní neziskové organizace (obecně prospěšné společnosti, církve) (Malíková, 2011, s. 32).

Sociální služby poskytované v rezidenčním zařízení jsou financovány vícezdrojově, což znamená, že se na jejich úhradě podílí stát, zřizovatel rezidenčního zařízení a klient. Klient hradí sociální služby většinou příspěvkem na péči, který mu ze zákona náleží, pokud jeho zdravotní stav vyžaduje péči druhé osoby.

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách jasně uvádí, že sociální služby může poskytovat jen registrovaný poskytovatel. V zákoně jsou definována pravidla registrace a povinnosti, které z ní vyplývají. Kvalita sociálních služeb poskytovaných v rezidenčních zařízeních je zajišťována pomocí standardů kvality sociálních služeb, jež jsou uvedeny v příloze č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Personální zajištění v rezidenčních zařízeních řeší zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, kde jsou jasně definovány pracovní pozice pracovníků a dále kvalifikační a personální požadavky. Malíková (2011, s. 33) uvádí, že jeden pracovník v přímé péči se stará i o patnáct klientů. Tento počet je velmi vysoký a neodpovídá srovnání s jinými zeměmi. V žádném případě neumožňuje pracovníkům dostatečně kvalitně vykonávat svou práci a vede především k demotivaci, syndromu vyhoření, frustraci a v neposlední řadě k nedostatečnému uspokojování potřeb seniorů žijících v takových rezidenčních zařízeních.

Pokud se osoba vyššího věku rozhodne do rezidenčního zařízení přestěhovat, musí si nejdříve podat žádost o přijetí do zařízení a splnit podmínky přijetí. Aby byl žadatel do domova pro seniory přijat, musí být osobou se sníženou soběstačností, jejíž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V případě potřeby mohou být přijaty i manželské páry, praxe však ukazuje, že jde většinou o jednotlivce.

Po přijetí do zařízení má starší občan právo očekávat, že bude vypracován individuální plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám (Venglářová, 2007, s. 96). Tento individuální plán péče je vytvořen společně s uživatelem poskytované sociální služby, čímž se klient stává jejím aktivním spolutvůrcem a partnerem pečujících pracovníků. Obyvatel domova pro seniory tak již není jen pasivním příjemcem prováděných činností (Malíková, 2011, s. 33). Množství sociálních služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují žádné služby, někteří křehcí staří klienti naopak vyžadují celodenní komplexní péči (Venglářová, 2007, s. 91).

### 1.4.1 Typy rezidenčních zařízení

Od roku 2007, kdy vešel v účinnost zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, rozlišujeme tyto typy rezidenčních zařízení pro osoby vyššího věku:

Domov pro seniory – V domovech pro seniory žijí především lidé, kteří v důsledku neschopnosti postarat se sami o sebe nemohou dále žít ve svém přirozeném sociálním prostředí. Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem, seniorům zabezpečují komplexní péči a současně i výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické programy (Malíková, 2011, s. 45). Dle elektronického registru poskytovatelů sociálních služeb, který provozuje ministerstvo práce a sociálních věcí, je v ČR celkově 509 takových zařízení.

Chráněné bydlení – Chráněné bydlení je přínosná moderní pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění (včetně duševního) a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení svým uživatelům umožňuje samostatný život v podmínkách velmi podobných standardnímu bydlení v bytě. Specifikem je pracovník chráněného bydlení, který dohlíží a kontroluje, zda klient vše zvládá, a v případě potřeby poskytne pomoc či radu v běžných i méně obvyklých činnostech (Malíková, 2011, s. 46). Dle elektronického registru poskytovatelů sociálních služeb je v ČR celkově 197 takových zařízení.

Domov se zvláštním režimem – je další pobytová služba s celoročním provozem. Domov se zvláštním režimem se od domova pro seniory liší tím, že pro své klienty vytváří podmínky, které zohledňují jejich specifické potřeby (vyšší bezpečnost a dohled, cílenou systematickou aktivizaci). Klienti tohoto zařízení jsou chronicky duševně nemocní nebo závislí na návykových látkách, dále jsou to osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Řada domovů pro seniory má vyčleněnou oddělenou lůžkovou část, uzpůsobenou pro domov se zvláštním režimem (Malíková, 2011, s. 46). Dle elektronického registru poskytovatelů sociálních služeb je v ČR celkově 285 takových zařízení.

## 1.4.2 Potřeby seniorů v rezidenčních zařízeních

Jednou z hlavních příčin, proč jsou lidé ve vyšším věku umisťováni do rezidenčních zařízení, je, že nejsou schopni si sami zabezpečit základní životní potřeby a tyto potřeby jim není schopna zabezpečit ani rodina či blízké okolí. Každé rezidenční zařízení na svých internetových stránkách a informačních brožurách propaguje, že jejich domov pro seniory uspokojuje základní i individuální potřeby svých klientů.

S příchodem stáří se struktura potřeb nemění, může se však měnit jejich osobní význam, zaměření či preferovaný způsob uspokojování. Stáří je charakteristické poklesem zájmu o nové podněty a zkušenosti, poklesem ochoty nevyhnutelnou změnu akceptovat a vzestupem důrazu na jistotu a stabilitu (Vágnerová, 2007, s. 344).

Základní stupnici lidských potřeb vytvořil psycholog A. H. Maslow a bývá znázorňována jako pyramida. Pomyslnou základnu této pyramidy tvoří potřeby fyziologické, dále je to potřeba bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie a potřeba růstu a rozvoje (seberealizace). Obecně v této teorii potřeb platí, že uspokojení základních fyziologických potřeb je podmínkou pro uplatnění těch vývojově vyšších. (Kalvach, 2007, s. 33).

V procesu ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních je uspokojení fyziologických potřeb tím základním, ale je nutno mít na zřeteli, že pacient není pouhým souhrnem fyziologických funkcí a je nezbytné přihlížet i dalším, nefyziologickým potřebám. Často se stává, že uspokojování jedné potřeby může ohrozit naplnění jiné potřeby. Příkladem může být donáška jídla až na pokoj. Taková služba je na první pohled hodnocena pozitivně a nadstandardně, ale na druhou stranu se kvůli ní klient dostává do sociální izolace, protože je ochuzen o možnost se hezky obléknout, učesat a navázat či udržovat vztahy s dalšími klienty. Důležitá je tedy propojenost a návaznost služeb zdravotních a sociálních v pobytovém zařízení.

Bayerová (Sýkorová, Chytil, 2004, s. 234) upozorňuje na to, že se starší člověk po přestěhování do pobytového zařízení v novém neznámém prostředí hůře orientuje a ztrácí pocit bezpečí. Potřeba autonomie může být také narušena, protože pobytová zařízení jsou typická svojí organizovaností a tlakem na dodržování určitých pravidel.

V rámci problematiky uspokojování potřeb seniorů v rezidenčních zařízeních byla vytvořena funkce klíčového pracovníka. Každému obyvateli domova pro seniory je přiřazen jeden. Zjištění pořadí potřeb uživatele, míra deficitu v jejich uspokojování a nalezení

vhodného způsobu jejich doplnění jsou základní úkoly klíčového pracovníka (Malíková, 2011, s. 170).

Pracovníci v pobytových sociálních službách by měli být pozorní ke všem potřebám svých klientů. Kvalitu života starých lidí v domovech pro seniory může snižovat přehlížení či předpokládání jejich potřeb. Všichni senioři mají potřebu být a zůstat platní, prospěšní, užiteční a uznávaní, individuálnost seniora tkví v odlišném způsobu naplnění a uspokojení těchto potřeb. Často se stává, že senior opakovaně žádá pracovníky o věci, které by zvládl sám (umytí hrnečku, podání ovladače), za těmito věčnými a pro pracovníky zdržujícími žádostmi se však skrývá hlubší potřeba – potřeba kontaktu, lásky a pozornosti.

## 2 METODOLOGICKÁ ČÁST

V úvodu metodologické části představím domovy pro seniory, kde byl výzkum mé diplomové práce realizován. Veškeré napsané údaje o domovech pro seniory jsou pořízeny a citovány z vnitřních předpisů a standardů kvality sociálních služeb těchto organizací. Názvy jednotlivých domovů jsem neuváděla záměrně, jelikož anonymita byla hlavní podmínkou domovů pro účast na výzkumu. Dále představím zvolený cíl výzkumu, z kterého vychází hlavní výzkumné otázky a dílčí výzkumné otázky. A poté vysvětlím zvolený metodologický postup.

### 2.1 Základní charakteristika Domova pro seniory A

Domov pro seniory A (dále jen Domov A) se nachází v městské části Praha 4. Jedná se o domov pro seniory, jehož zřizovatelem je Hlavní město Praha. Jde o registrovanou sociální službu.

Cílovou skupinu tvoří lidé důchodového věku, kteří se z důvodu svého zdravotního stavu nemohou postarat sami o sebe a zabezpečit si základní životní potřeby. Jedna z podmínek pro přijetí seniora k pobytu do Domova A je pobírání příspěvku na péči v jakémkoli stupni. Domov pro seniory A poskytuje své služby na základě sepsané smlouvy.

Posláním Domova A je svým klientům poskytnout zázemí, pocit důstojnosti, bezpečí a pomoci lidem, kteří nemohou svou sociální a zdravotní situaci řešit vlastními silami v přirozeném prostředí.

Domov A poskytuje pobytové služby se zajištěným nepřetržitým provozem. Kapacita je 152 lůžek, z nichž pouze 8 pokojů je dvoulůžkových, ostatní jsou jednolůžkové. Pokoje dvoulůžkové jsou přednostně přidělovány manželským párům, které o pobyt v Domově A požádaly. Vždy dva pokoje mají společnou koupelnu a záchod. Muži a ženy nesdílí společné sanitární zařízení. Dalšími službami pro klienty Domova A je celodenní stravování, zdravotnická a ošetrovatelská péče, konkrétně tedy: 2x v týdnu do Domova A dochází praktický lékař, 2x v týdnu psychiatr, 1x měsíčně diabetolog, 2x měsíčně stomatolog a rovněž 2x měsíčně fyzioterapeut. Klientům Domova A je poskytována podpora a pomoc v běžných denních činnostech - oblékání, umývání. Přímo v Domově A je zajištěna péče o prádlo.

Každý klient má svého klíčového pracovníka k individuální podpoře v denních činnostech a při poskytování dalších služeb.

V nabídce Domova A jsou i fakultativní činnosti, což jsou placené služby, které nejsou běžnou součástí poskytované péče, a tudíž si je klienti Domova A platí zvlášť. Nejvíce využívanou službou tohoto typu je doprava k lékaři či na úřady.

Budova Domova A se skládá ze dvou křídel a v každém křídle jsou tři patra, v každém patře na péči o klienty dohlíží staniční sestra, která koordinuje práci zdravotních sester a pracovníků přímé péče. Nad prací staničních sester dohlíží vrchní sestra, která má každý týden schůzku se sociální pracovníci domova a s vedoucí aktivizačního úseku. V rámci takových schůzek se vypracovává týdenní program pro klienty, projednávají se stížnosti klientů a schvaluje se jídelní lístek.

Aktivizační úsek se skládá ze tří pracovníků, které mají na starosti volnočasové aktivity klientů. K velkým akcím Domova A patří každoročně pouť, zlatý skřivan (pěvecká soutěž), grilování. Velkou předností domova je rozlehlá zahrada se spoustou místa k sezení a odpočinku.

Domov pro seniory A má svého ředitele a sekretariát ředitele, do kterého patří asistentka ředitele, vedoucí ekonomického úseku, vedoucí hospodářského úseku, vedoucí stravovacího úseku a pokladní. Kanceláře vedení Domova A se nacházejí v prvním patře. Ve střední části budovy se nachází kiosek, pracovní zázemí externího zdravotnického personálu, knihovna, recepce, kadeřnice, pedikérka. Celá budova je bezbariérová s možností využití výtahu.

## 2.2 Základní charakteristika Domova pro seniory B

Druhý domov pro seniory se nachází ve Středočeském kraji, v okrese Nymburk, v městě X (jedná se o město, ve kterém jsou pouze dva domovy pro seniory a z důvodu anonymity neuvádím jeho název). Jedná se o domov pro seniory, jehož zřizovatelem je Středočeský kraj. Jde o registrovanou sociální službu.

Město X má 1600 obyvatel. Jedná se o město, které se zaměřuje na zemědělství. Zemědělské pozemky města jsou obhospodařovány velkými zemědělskými společnostmi. V samotném městě žijí hlavně živnostníci či lidé, kteří za prací dojíždějí do blízkých automobilových podniků v Nymburce, Jičíně. Dopravní obslužnost je zajištěna autobusovou a vlakovou dopravou. Ve městě lze nalézt základní služby a obchody (pošta, čerpací stanice, škola, mateřské školy, zdravotní středisko, muzeum, policie).<sup>1</sup>

Domov pro seniory B – zámek (dále jen Domov B) se nachází v prostorách bývalého zámeckého areálu ze 17. století. Budova Domova B má dvě poschodí a poskytuje ubytování 93 klientům. V obou poschodích se nachází pokoje klientů. Ubytování je poskytováno ve dvouúžkových až šestilůžkových pokojích. Koupelna a WC jsou společné v prostorách daného podlaží. V některých pokojích jsou ještě uchovány malby na stěnách. Vysoké stropy a malby já osobně nepovažuji za známku příjemného a pohodlného bydlení.

Cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením a senioři s věkovou strukturou 60 let a výše, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domov B svým klientům zajišťuje celoroční ubytování, stravování a zdravotnické služby. Stravování je zajištěno vlastní kuchyní. Klienti chodí ve stanovený čas do společné jídelny, imobilní klienti mají stravu zajištěnou přímo na pokoj. V jídelně se uskutečňuje řada kulturních a společenských akcí. Domov B má vlastní prádelnu.

Domov B má ve svých prostorách oddělenou část, ve které poskytuje od roku 2003 službu Domov se zvláštním režimem. Tato služba disponuje 38 místy. Domov se zvláštním režimem je určen pro seniory s věkovou kategorií od 55 let a výše, kteří jsou příjemci starobního nebo plného invalidního důchodu a kteří onemocněli stařeckou demencí nebo Alzheimerovou chorobou a sami se rozhodli strávit stáří v Domově se zvláštním režimem.

---

<sup>1</sup> Město [redacted]. Oficiální webové stránky města. *Základní informace o městě* [online]. Město [redacted] 2014-2015 [cit. 2015-07-12]. Dostupné z: [http://\[redacted\].eu/zakladni-informace-o-meste/](http://[redacted].eu/zakladni-informace-o-meste/)

Každý týden vedení Domova B připravuje volnočasové aktivity pro své klienty (např.: paměťová cvičení, skupinové cvičení, zpívání, biblioterapie). Mezi další příležitostné aktivity patří výlety do blízkého okolí (ZOO, Vodní mlýn), zahradní slavnosti s dechovkou, návštěva pana harmonikáře, Univerzita volného času (přednášky na různá témata, letos již 11. ročník).

Personální struktura Domova B se skládá z ředitelky, zástupce ředitelky, vedoucího sociálního pracovníka, vedoucí zdravotní sestry, vedoucí aktivizace, vedoucí hospodářského úseku. Vedoucí sociální pracovník má pod sebou další sociální pracovníci, která se převážně stará o nové žádosti k přijetí do Domova B. Vedoucí zdravotní sestra má pod sebou vedoucí sociální péče a zdravotní sestry. Vedoucí sociální péče dohlíží na pracovníky přímé péče.

Dále je zde vedoucí kuchyně a pracovníci kuchyně, vedoucí skladu, vedoucí údržby a pracovníci údržby.

## **2.3 Základní charakteristika Domova pro seniory C**

Třetí domov pro seniory, kde se uskutečnil výzkum, je specifickou organizační jednotkou Domova B.

Budova Domova C je umístěna v novodobě přestavěné budově kláštera města X. Ubytování v tomto Domově C je komfortnější, ale dražší než ubytování v Domově B.

Domov C je bezbariérový s volným přístupem do zahrady. Ubytování je zde poskytováno 60 lidem v jednolůžkových, dvoulůžkových a čtyřlůžkových pokojích s balkónem. Součástí pokojů je sociální zařízení se sprchovým koutem.

Klientům je zde poskytováno celoroční ubytování, stravování a zdravotnická péče. Domov C nemá vlastní kuchyň. Veškerá strava je dovážena.

Klienti Domova C mají velmi blízko do centra města, protože Domov C se nachází v bezprostřední blízkosti náměstí. Na náměstí mohou klienti zajít do cukrárny, či na chlebiček do lahůdkářství.

I zde v Domově C je připraven týdenní rozpis aktivit, mezi které patří skupinové cvičení, společenské hry či výtvarná dílna. Většina obyvatel je ještě soběstačná a svůj volný čas si umí zaplnit sama.

Domov C má svou vedoucí, sociální pracovníci, aktivizační pracovníci a vedoucí zdravotnického úseku.

## **2.4 Metodologie výzkumu**

### **2.4.1 Cíl výzkumu**

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak sami senioři, žijící v domovech pro seniory, vnímají problematiku sebevraždy seniorů. Pozornost byla zaměřena hlavně na to, jakou mají senioři zkušenost se sebevražednými myšlenkami či sebevražedným pokusem, jak senioři hodnotí sebevraždu u lidí svého věku, jak podle nich tuto problematiku ovlivňuje umístění seniora do domova pro seniory a jaké mohou být příčiny sebevraždy seniorů.

Dalším cílem bylo zjistit, jestli dochází u seniorů k uspokojování potřeby místa, sycení, podpory, ochrany a limitů. Uspokojování potřeb dle mého názoru úzce souvisí se suicidiálním jednáním.

### **2.4.2 Hlavní výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky**

Hlavní výzkumné otázky a dílčí výzkumné otázky byly vytvořeny k dosažení cíle výzkumu. Celkově byly vytvořeny tři hlavní výzkumné otázky a každá z těchto otázek je doplněna dílčími výzkumnými otázkami.

#### **Hlavní výzkumná otázka 1 (HVO1)**

Dochází u seniorů žijících v domovech pro seniory k uspokojování jejich potřeb?

Dílčí výzkumné otázky (DVO):

- Z jakého důvodu byl senior umístěn do domova pro seniory? (DVO1)
- Má senior v domově místo, které považuje za „své“, kde se cítí dobře? (DVO2)
- Má senior někoho, na koho se v těžkostech může obrátit, ke komu cítí důvěru, komu se může svěřit, někdo kdo ho má rád? (DVO3)
- Neomezuje pravidelný režim zařízení seniora v jeho potřebách? (DVO4)
- Může senior vyjádřit negativní názor či výtku bez obav? (DVO5)

## **Hlavní výzkumná otázka 2 (HVO2)**

Jakou mají senioři zkušenost s problematikou sebevražednosti seniorů?

Dílčí výzkumné otázky (DVO):

- Vyskytla se v rodině seniora či v blízkém okolí sebevražda nebo pokus o sebevraždu? (DVO1)
- Byli chvíle v životě seniora, kdy on sám uvažoval o sebevraždě? (DVO2)
- O jakém způsobu sebevraždy lidé vyššího věku nejčastěji uvažují? (DVO3)
- Co si senioři o sebevraždě myslí? (DVO4)

## **Hlavní výzkumná otázka 3 (HVO3)**

Jak je problematika sebevražednosti seniorů uchopena v domovech pro seniory. Jak je s tematikou sebevražd seniorů v domovech pro seniory pracováno?

Dílčí výzkumné otázky (DVO):

- Jaká je reakce personálu domova pro seniory pokud klient mluví o sebevraždě? (DVO1)
- Je v domově nějaká kompetentní osoba, která má zkušenost s touto problematikou? (DVO2)

### 2.4.3 Metoda získávání výzkumných dat

Vzhledem k výzkumnému cíli byl zvolen kvalitativní výzkum. Dle Dismana (2008, s. 289) je posláním kvalitativního výzkumu porozumět lidem v sociálních situacích.

Volba kvalitativního výzkumu je vhodná z toho důvodu, že můžeme lépe porozumět tomu, jak sami senioři, žijící v domovech pro seniory, vnímají problematiku sebevražednosti seniorů.

Konkrétně byl použit rozhovor pomocí návodu, který byl proveden se všemi účastníky výzkumu. „*Návod k rozhovoru představuje seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci interviu probrat. Tento návod má zajistit, že se skutečně dostane na všechna pro tazatele zajímavá témata. Je na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace, které osvětlí daný problém. Zůstává mu i volnost přizpůsobovat formulace otázek podle situace. Rozhovor s návodem dává tazateli možnost co nejvýhodněji využít čas k interviu*“ (Hendl, 2008, s. 174). Tato metoda se mi zdá nejvhodnější z toho důvodu, že zdravotní i psychický stav seniorů je velmi proměnlivý a já jsem chtěla využít co nejefektivněji čas, který mi poskytl. Rozhovor pomocí návodu mi umožnil bezprostředně reagovat na emoce a citové rozpoložení respondenta.

Vypracovala jsem seznam dvaceti otázek, které jsem rozdělila do tří témat, takovýto pomyslný scénář pro rozhovor, který mi byl během interviu oporou, je přiložen v příloze č. 1. Během rozhovoru jsem položila i řadu doplňujících otázek, které byly mou spontánní reakcí na respondentovo vyprávění. Některé z těchto doplňujících otázek byly ku prospěchu výzkumu, jiné byly mimo rámec výzkumu.

Otázky mimo rámec výzkumu, které se většinou týkaly neutrálních témat, měly funkci adaptační, chtěla jsem navodit přátelskou atmosféru, ve které se k respondentovi přibližuji postupně. (Ferjenčík, 2000)

Další výzkumná data jsem čerpala z dokumentů, které obsahovaly osobní údaje o daných klientech. Jednalo se o osobní karty v elektronické podobě.

## 2.4.4 Metoda výběru výzkumného souboru

Technika výběru výzkumného souboru byla zvolena dle autora Miovského (2006), který prezentuje jako jednu z metod výběru výzkumného souboru metodu záměrného neboli účelového výběru. Při aplikování této metody jde o cílené vyhledávání účastníků výzkumu, již jsou nositeli určité vlastnosti. Právě vlastnost, její projev či příslušnost k určité sociální skupině, může být kritériem pro výběr daného výzkumného souboru. Tento výběr nám sice neumožní širší zobecnění názorů, ale to neznamená, že tyto závěry nemohou být užitečné.

Při použití záměrného (účelového) výběru musí výzkumník jasně, přesně a otevřeně definovat populaci, kterou jeho výzkumný soubor opravdu reprezentuje (Disman, 2208, s. 113).

Prvním kritériem, které jsem stanovila, při výběru výzkumného souboru bylo zastoupení obou pohlaví. Druhým kritériem bylo, že vybraní respondenti jsou důchodového věku. Třetí kritérium znělo, že respondenti musí být klienty domova pro seniory a v tomto Domově žijí nejméně jeden rok.

Na základě těchto kritérií tvoří výzkumný soubor v této práci celkem 9 respondentů.

Ve svém výzkumu jsem dbala na zachování anonymity. Z toho důvodu jsem pojmenovala zařízení Domov a nikde neuvádím jména klientů ani další specifické údaje, které by mohly vést k jejich identifikaci. Avšak pro lepší orientaci v rámci kapitoly Výsledky výzkumu, která je uvedena níže, uvádím u každého respondenta počáteční písmeno křestního jména, věk a od jakého roku žijí v Domově.

Seznam respondentů, kteří se výzkumu účastnili:

- Paní H. je 84 let a žije v Domově od roku 2006
- Panu S. je 70 let a žije v Domově od roku 2012
- Paní B. je 75 let a žije v Domově od roku 2012
- Paní S. je 89 let a žije v Domově od roku 2009
- Paní T. je 88 let a žije v Domově od roku 2013
- Paní Š. je 87 let a žije v Domově od roku 2008
- Paní Ž. je 92 let a žije v Domově od roku 2011
- Paní P. je 72 let a žije v Domově od roku 2013
- Panu K. je 71 let a žije v Domově od roku 2012

## 2.4.5 Průběh sběru dat

V první fázi hledání jednotlivých respondentů jsem oslovila všechny registrované domovy pro seniory v Praze. Konkrétně jsem zaslala vedoucím sociálním pracovnícím, vedoucím sociálního úseku či přímo řediteli/ředitelce domova pro seniory email. V emailu jsem v úvodní části představila sebe a obor, který studuji, poté jsem vysvětlila téma a cíl mé diplomové práce. V obsahu dopisu jsem vyjádřila prosbu, zda by byla možnost se třemi až čtyřmi klienty, kteří v zařízení žijí déle než rok, provést rozhovor na téma sebevražednost seniorů. Zdůraznila jsem, že nepůjde o žádné psychiatrické vyšetření, ale o popovídání si se seniory o jejich potřebách, o tom, jak pohlíží na sebevražedné jednání a zda mají s takovýmto jednáním zkušenost. Nabídla jsem i zaslání okruhu témat předem. Bohužel docházelo opakovaně k odmítnutí účasti na výzkumu.

Velmi často byla ze strany sociálních pracovníků domovů pro seniory odmítána účast zejména z důvodu, že jejich klienti nemají k této problematice co říci, nebo že zařízení vede své klienty k pozitivnímu myšlení a téma sebevražednosti by mnohé klienty rozrušilo. Opakovaně zaznívala formulace „naši klienti o sebevraždě nepřemýšlí“. Dalším důvodem neúčasti ve výzkumu bylo veřejné mínění. I přes ujištění, že bude zachována anonymita domova pro seniory i daného respondenta mi sociální pracovníce sdělila: „víte co by to bylo, kdyby se zjistilo, že naši klienti přemýšlí o sebevraždě?“

Vzhledem k tomu, že sebevražednost seniorů je tabuizovaným tématem, nepodařilo se mi v první fázi sběru dat získat žádného respondenta.

V druhé fázi sběru dat jsem oslovila pracovníce tří konkrétních domovů pro seniory, ve kterých jsem vykonávala svou školní praxi a poté i určitou dobu pracovala. Pracovnice s účastí na výzkumu souhlasily jen díky našemu přátelskému vztahu. Podmínkou účasti byla naprostá anonymita a uskutečnění rozhovorů v pozdních odpoledních hodinách, kdy v budově domova pro seniory nebude přítomen nikdo z vedoucích pozic. Pracovnice oslovily řadu svých klientů, ale překážkou u mnohých z nich bylo pořizování audiozáznamů na diktafon.

V třetí fázi sběru dat bylo uskutečněno devět rozhovorů s respondenty, u kterých byl zachováván individuální přístup i všechny etické zásady.

Před interview byla respondentům dána možnost výběru místa pro poskytnutí interview. Chtěla jsem, aby se respondenti cítili příjemně a byli v prostředí, které si sami zvolí. Všichni respondenti chtěli hovořit ve svých pokojích z důvodu soukromí.

Před samotným rozhovorem, který se nahrával, proběhlo osobní představení a respondentům byl sdělen cíl výzkumu. Došlo k ujištění všech, že jejich účast na výzkumu je anonymní. Dále jsem odstranila potencionální rušivé elementy (otevřené okno, televize, rádio, můj mobilní telefon), však k určitému narušování přesto docházelo (mobilní telefon respondenta, donáška čaje na pokoj).

## 2.4.6 Metoda analýzy dat a interpretace dat

Analýza výzkumných dat začala převedením audiozáznamů do písemné podoby.

Přepsané rozhovory jsem několikrát důkladně přečetla a poté jsem přistoupila ke kódování dat. Miovský (2006, s. 210) doporučuje mezi transkripcí textu a jeho kódováním ještě provést redukci prvního řádu. Redukce prvního řádu znamená, že odstraníme věty, které nenesou žádnou informaci, osamocená slova nebo nedokončené věty. Touto operací získáme přehlednější a plynulejší text.

Kódování slouží k popisu dat. Prvotní data převádíme do významových jednotek a těmto jednotkám přiřazujeme názvy. Kódy k jednotlivým částem byly přiřazeny na základě hlavních výzkumných otázek a dílčích výzkumných otázek. (Hendl, 2005).

Dále byla využita technika barvení textu. Pro každé hlavní téma jsem zvolila jinou barvu a v textu zatrhávala informace, které s jednotlivými tématy souvisí. Dle Miovského (2006) takto připravený text usnadňuje orientaci a urychluje analýzu.

Zakódované a zabarvené části byly prostřednictvím metody vytváření trsu uspořádány do takzvaných trsů. Trsy vznikají na základě vzájemného překryvu neboli podobnosti. Objevoval se jak překryv tematický, časový, tak i prostorový (Mioviský, 2006).

Utříděním, klasifikací a deskripcí takto získaných kvalitativních dat, bych chtěla dosáhnout výše vytyčeného cíle. (Mioviský, 2006)

## 3 EMPIRICKÁ ČÁST

V této části diplomové práce představíme výsledky výzkumu a odpovíme na hlavní výzkumné otázky.

### 3.1 Výsledky výzkumu

V této kapitole se seznámíme s výsledky výzkumu. Kapitola je rozdělena do tří podkapitol na základě tří hlavních výzkumných otázek. Každá tato podkapitola je uzavřena shrnutím, kde si zrekapitulujeme vyvozené závěry, které nám přinesly odpovědi na dílčí výzkumné otázky. Do textu jsou zařazeny citace respondentů.

#### 3.1.1 Uspokojování potřeb seniorů

**Dochází u seniorů žijících v domovech pro seniory k uspokojování jejich potřeb? (HVO1)**

V rámci této kapitoly jsem se zaměřila na uspokojování potřeb dle Alberta Pessa. Jedná se o pět základních potřeb – potřeba místa, péče, podpory, ochrany a limitů. Téma uspokojování či neuspokojování potřeb úzce souvisí se sebevražednou tematikou, a proto je zahrnuto do této diplomové práce. Každé potřebě se budu věnovat zvláště i přesto, že některá zjištění z rozhovorů s respondenty se prolínají do více potřeb. Teoretické informace zde uváděné jsou čerpány z knihy Alberta Pessa<sup>2</sup>.

##### **Potřeba místa**

Potřebu místa lze chápat v rovině materiální či symbolické. Uspokojení této potřeby v rovině materiální chápeme tak, že senior má prostor, kde může žít a kde je „doma“. Respondentů jsem se dotazovala na to, co bylo důvodem opustit svůj domov a přestěhovat se do domova pro seniory, zda se ve svém pokoji v domově pro seniory cítí příjemně a zda ho považují za svůj prostor.

Rovinu symbolickou lze vyjádřit tak, že máme někoho kdo nás má v mysli, kdo na nás myslí, na koho se můžeme spolehnout. Jde o citovou interakci s druhými lidmi. Respondentů

---

<sup>2</sup> PESSO, A., BOYDEN-PESSO, D. a VRTBOVSKÁ, P. *Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor: PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu*. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN, 2009, 210 s. ISBN 978-80-86620-15-2

jsem se dotazovala na to, zda mají někoho, s kým si mohou popovídat, někoho komu se mohou svěřit se svým trápením, zda se svojí rodinou řeší své problémy.

Z výzkumu vyplynulo, že šest z devíti dotazovaných seniorů bylo svou rodinou donuceno, přemluveno či zmanipulováno k přestěhování do domova pro seniory.

*„...vlastně rodina mě sem dala,...řekla bych, že jsem v mém domečku ještě mohla bejt a že jsem se měla tenkrát vzepřít tý rodině.“ (Paní H.)*

*„K přestěhování jsem se nemohla odhodlat, to víte, nemám ráda změny, ale děti mě pomohly, vysvětlily mi, že to pro mě bude takhle lepší. To víte moje děti jsou skutečně moc hodné...“ (Paní S.)*

*„...rodina se o mě nemohla starat, všichni chodí do práce....dcera si mě bere na pár dní domů,...nedělám potíže, když mě sem dcera vrací“ (Paní Š.)*

*„Dcera se o mě bála, tak mi sehnala tento domov pro seniory. Ze začátku se mi sem nechtělo, ale co jsem mohla dělat. Nakonec jsem s dcerou souhlasila, že to bude nejlepší řešení jít bydlet sem.“ (Paní P.)*

Dva respondenti o přijetí do domova pro seniory zažádali sami od sebe.

*„Sem do Domova jsem se rozhodla přestěhovat,...už jsem nechtěla zůstat v bytě poté, co zemřel manžel, všechno mi ho tam připomínalo. Nemyslete si, že je jednoduché odejít z domova, když víte, že se tam už nikdy nevrátíte.“ (Paní B.)*

*„ Bylo to hlavně z finančních důvodů, nemohl jsem si dovolit platit nájem. Proto také bydlím na vícelůžkovém pokoji. Mám rodinu, ale bydlí daleko, takže i kvůli kontaktu jsem šel sem.“ (Pan K.)*

Jeden z respondentů před přestěhováním do Domova žil již rok v LDN, místo v domově pro seniory mu sehnal zeť. O možnosti se z LDN vrátit zpět domů nebylo uvažováno.

Zda se ve svém pokoji respondent cítí příjemně a považuje jej za svůj prostor, se jedna z dotazovaných vyjádřila jasně.

*„Nevím, proč se tady tomu říká domov pro seniory, tohle je chudobinec, tohle není a nebude náš domov.“ (Paní Š.)*

Žádný z devíti respondentů nepovažuje svůj pokoj za dvoje „doma“. Během rozhovorů se často objevovaly formulace typu „už jsem si zvyk/la“. V Domovech je možnost si do svého pokoje při stěhování přinést své osobní věci, ale je to limitováno prostorem.

Respondenti bydlící na jednolůžkovém pokoji (5 respondentů) zmiňovali a ukazovali své osobní věci.

*„Vzala jsem si sem pár věcí z mého bytu. Třeba tenhle obrázek. Jen je mi líto mého křesla doma, ráda jsem v něm seděla a koukala na televizi, jenže to by se sem nevešlo...“ (Paní S.)*

*„Pokojíček je to pěkný, mohla jsem si ho vybavit svými osobními věcmi, ale pouze drobnosti, protože moc místa tady není. Třeba tohle křesílko, lampička, deka a obrazy na stěnách to jsou moje věci z mého bytu. Když ty svoje věci tady mám, tak se cítím líp.“ (Paní P.)*

U respondentů (4 dotazovaní) bydlících na dvoulůžkovém, třílůžkovém a pětílůžkovém pokoji, byla možnost dovézt si své věci značně omezena.

*„...jsme tři na pokoji, takže nemá člověk žádné soukromí,... Jediné co mám na tomhle pokoji ráda, jsou moje skleněné kočky, které jsem celý život sbírala, ale sem jsem si mohla vzít jenom těch pár, co vidíte, ty my daroval manžel.“ (Paní B.)*

Uvědomovaná potřeba někam patřit a mít nějaký smysl života i v domově pro seniory se ukázal v rámci rozhovoru se dvěma respondentkami.

*„...začala jsem sama od sebe navštěvovat na pokojích ležáky a čtu jim, to se pak cítím potřebná.“ (Paní Š.)*

*„...začala jsem tady v Domově lidem spravovat oblečení na svém vlastním šicím stroji,... zase jsem si připadala potřebná.“ (Paní H.)*

Mít v domově pro seniory někoho komu se mohu svěřit, kdo mě vyslechne, kdo mě má rád, vnímají senioři jako jev málo častý. Sedm z devíti dotazovaných uvedlo, že nemají nikoho, komu by se mohli svěřit, s kým by mohli probrat své obavy. Příčin této citové izolace může být několik. Z rozhovorů se seniory vyplynuly tyto:

*„...svými problémy nikoho nezatěžuju, moje rodina má své vlastní problémy, natož aby řešili ty moje.“ (Pan S.)*

*„Zvykla jsem si svěřovat jenom manželovi a on mě. A když umřel, tak nemám nikoho, komu bych se svěřila.“ (Paní B.)*

*„...my doma jsme se nikdy s ničím nesvěřovali, každý si musí svoje věci vyřešit sám.“ (Paní T.)*

*„Tady se nechtějí lidé s ničím svěřovat, aby se to neobrátilo proti nim.“ (Paní P.)*

Klíčovému pracovníkovi se svěřuje a má k němu důvěru pouze jedna seniorky. Paradoxem je však to, že klíčový pracovník by měl usilovat o navození důvěrného vztahu se svým klientem a všem klientům domova pro seniory je takový pracovník přiřazen. Zde je však jasná ukázka toho, že v praxi tato funkce mívá se svým účinkem.

### **Potřeba výživy (péče)**

Pesso definuje pocit plnosti jak po materiální, tak i po emocionální stránce. Emocionální stránka v sobě zahrnuje sycení láskou, pozorností, učení a podobně. Od toho, jak je tato potřeba uspokojena, se odvíjí vnitřní pocit spokojenosti člověka. Nedostatek, ale i nadbytek péče může negativně ovlivnit lidský život. Jedinec cítí vnitřní prázdnotu, ale nedokáže popsat, co potřebuje, a nic ho neuspokojuje.

Tato potřeba byla ve výzkumu chápána v rovině materiální, tedy zda je klientům domova pro seniory poskytován dostatek péče zdravotnickými pracovníky a pracovníky aktivizačního oddělení, v jejichž kompetenci je vytváření volnočasového programu.

Sycení seniorů volnočasovými aktivitami v domovech pro seniory se zdá dostatečné, z rozhovorů vyplynulo, že osm z devíti respondentů se během týdne do nějaké zapojí.

Naopak sycení péčí zdravotnickými pracovníky dostatečné není. Velké kritiky se pracovníkům přímé péče dostalo od čtyř z devíti dotazovaných.

*„Mě štvou sestřičky, hlavně v noci. Protože když na ně v noci zazvoním, že něco potřebuju nebo že se mi neudělalo dobře, tak řeknou, že spí a že je nemám budít. To mě překvapilo, protože když má službu, tak nemá co v noci spát.“ (Paní P.)*

*„...ochota sestřiček není taková, jaká si myslím by měla být. Za to kolik platím, by mi mohly poskytnout větší péči.“ (Paní B.)*

*„Péče je tady moc špatná, myslím sestřičky. Myslíte, že mi namažou nohy? Nenumažou. Už jsem říkala zeťákovi, ať mi najde jiný domov. Jsem nešťastná z chování sester ke mně, ale nikomu nechci žalovat,... Není mi dobře z toho, že se o mě sestry nezajímají a nechají mě se počůrat v noci.“ (Paní Ž.)*

## Potřeba podpory

Fyzickou podporou chápeme držení hlavičky a páteře u novorozence, držení dítěte při prvních krůčcích či snahu dítě podporovat, aby se udrželo na vlastních nohou. V symbolické rovině Pessoa tuto potřebu popisuje jako povzbuzování dítěte k novým věcem, aby se nebálo prozkoumávat svět a umělo samostatně žít. Pokud tato potřeba není správně sycena, člověk se podceňuje a nevěří si. Po fyzické stránce se může objevit třes v nohou a potíže s rovnováhou.

Lidi vyššího věku je nutné podpořit hlavně v období, kdy se zhoršuje jejich zdravotní stav. Takové podpory se bohužel respondentům nedostalo, protože sedm z devíti dotazovaných seniorů bylo svou rodinou do domova pro seniory umístěno, právě když došlo ke zhoršení jejich zdravotního stavu.

V domovech pro seniory není u klientů podporována jejich autonomie, není zde možnost svobodně se rozhodnout. Jako příklad dotazovaní uvádějí i tak obyčejnou věc, jako je koupání či čas, kdy budou snídat. Vše je za ně rozhodnuto denním režimem.

Šesti z devíti respondentů denní režim nevyhovuje. Jde hlavně o stanovenou hodinu pro snídání a o stanovený den v týdnu, určený ke koupání. Klienti by chtěli mít možnost dostávat snídání v nějakém intervalu.

*„...kdybychom tu snídání mohli mít třeba od půl osmé do půl deváté, aby to prostě nebyla určená jedna hodina (7:30hod) jako je tomu teď. Teď mi to donesou na pokoj, ať mám nebo nemám hlad, ať jsem vzhůru nebo spím.“ (Paní H.)*

*„Snídaně je až od osmi hodin, ale nás sestry budí už v šest, to je jak v nemocnici.“ (Paní P.)*

*„...ranní buzení ke snídání mně nevyhovuje, to víte, že bych si někdy ráda přispala, ale když přijedou v půl osmé se snídání, no to moc ráda nejsem, kolikrát ani nevstanu a nejdu to jíst, ale pak už to není dobrý, když je to studený,....“ (Paní J.)*

Koupat se jednou za týden přijde čtyřem seniorům málo. Rádi by rozhodli sami, kdy se budou koupat a jak často.

*„...vyšly na nás neděle. A to často chodí pozůstalí (příbuzní), takže třeba mně přišla návštěva a sousedka se zrovna koupala, a pak byla našťvaná, že ji někdo očumuje, ale copak já za to mohla?“ (Paní T.)*

*„Když jsem se mohla koupat sama, tak jsem se vykoupala, kdy jsem chtěla, ale teď musím čekat na ten určitý den.“ (Paní H.)*

## Potřeba ochrany

Potřebu ochrany můžeme chápat jako ochranu před hladem, zimou, ale i násilím a zneužíváním. Patří sem i ochrana základních lidských práv. Přiměřeně poskytnutá ochrana umožňuje dítěti se v dospělosti o sebe postarat. Pokud je ochrana nedostatečná nebo přemrštěná, dítě nebude umět rozpoznat nebezpečí a mohou se u něj objevit pocity strachu a úzkosti.

Žádný senior, se kterým jsem v rámci výzkumu hovořila, nepopisoval násilí ani zneužívání, což však neznamená, že nemohou existovat. Senioři takovou věc často zamlčují, protože se bojí, že kdyby to nahlásili, bylo by to ještě horší.

Přímo mě vyděsilo jednání sester vůči jedné respondentce. S touto seniorkou jsem navázala blízký vztah už během praxe, a možná právě proto byla v našem rozhovoru tak otevřená. V jejím případě je potřeba ochrany zcela nedostatečná, paní se cítí psychicky šikanovaná ze strany pracovnice přímé péče, ale bojí se to říct staniční sestře.

*„...jedna ze sester mi schválně dává staré a roztrhané, poničené povlečení a prostěradlo a v tom se mi špatně spí, protože to během noci musím znovu a znovu povlékat, protože to vylézá. ....nikomu nechci žalovat, protože se bojím, že kdybych řekla jméno těch sester, tak by to bylo ještě horší. Není mi dobře z toho, že se o mě sestry nezajímají a nechají mě se počůrat v noci... Já toho nechci moc, jen aby byly sestry lidské, vždyť já jsem tady jak v koncentráku,...“ (Paní Ž.)*

Strach si stěžovat na chování pracovnic přímé péče jsem zaznamenala ještě u jedné respondentky.

*„Tady se nechtějí lidé s ničím svěřovat, aby se to neobrátilo proti nim.“ (Paní P.)*

Potřeba ochrany na rovině právní selhala u Pana K., který se z důvodu financí musel odstěhovat do domova pro seniory, kde nyní sdílí pokoj se čtyřmi dalšími seniory.

*„Bylo to hlavně z finančních důvodů, nemohl jsem si dovolit platit nájem. Proto také bydlím na vícelůžkovém pokoji.“ (Pan K.)*

Je všeobecně známo, že řadě seniorů po zaplacení nájmu již nezbývají peníze na léky či jídlo.

## Potřeba limitů (mezí)

Stanovením hranic se dítě učí usměřňovat svou sílu ničit. Aby dítě dokázalo v dospělosti zacházet se svou agresí, vášní a nenasytostí, musí mu být stanoveny limity v uspokojování vlastních potřeb a požadavků. Pokud jsou limity stanoveny nedostatečně, špatným způsobem nebo naprosto chybí, člověk se nebude umět kontrolovat v uspokojování svých potřeb a přání. Může dojít až k manipulaci s cílem dosáhnout svého za každou cenu.

Tuto pátou a poslední potřebu senioři nejčastěji pociťují v omezení zdravotním, v omezení pohyblivosti. Se seniory jsem hovořila i o jejich zdravotním stavu. Sedm z dotazovaných seniorů je pohyblivých, což je, jak všichni uvádějí, velké pozitivum. Dvěma respondentkám již zdravotní stav neumožňuje pohybovat se bez cizí pomoci a ty tento limit pociťují velmi negativně.

*„Hodně padám, protože mám stavy, kdy mám úplně tupou hlavu, přestávám vidět a padám,... takže teď zůstávám sama na pokoji,....takže kdybych tady umřela, tak si toho nikdo nevšimne.“*  
(Paní Ž.)

*„Když jsem ještě mohla chodit, tak ta zahrada je moc hezká, ale teď už chodit nemůžu a nikdo mě na tu zahradu ani nevyveze.“* (Paní H.)

Jako další omezení či limit vnímají senioři už to, že bydlí v domově pro seniory. Přestěhovat se do domova pro seniory je podle dvou respondentů ta poslední hranice před smrtí.

*„Tady je to čekání na smrt, poslední štace.“* (Paní H.)

*„Tady tohle je náš zbytek života,...vím, že je to konečná, nepředpokládám, že bych se odsud někdy odstěhoval.“* (Pan K.)

### 3.1.2 Shrnutí

Z předešlé kapitoly vyplývá, že naprosto nedosycenou potřebou seniorů žijících v domovech pro seniory je potřeba místa. Toto zjištění potvrzuje fakt, že dvě třetiny dotazovaných byli svou rodinou donuceni, přemluveni, či zmanipulováni k odchodu do domova pro seniory. Respondenti tudíž nepovažují svůj pokoj za svůj domov, ale spíše za místo, na které si časem zvykli a kde čekají na smrt. Cítit se v pokoji příjemně nenapomáhá ani možnost vzít si do pokoje své osobní věci, protože věci, ke kterým měli respondenti citový vztah, museli z důvodu nedostatečného prostoru v pokoji zanechat ve svém starém bytě či domě. Důležitost vybavení pokoje svými osobními věcmi zmiňuje i ombudsmanka Šabatová, která ve zprávě ze svých systematických návštěv v domovech pro seniory říká: *„Pokoj klientovi nahrazuje domov....měl by co nejvíc odrážet klientovu osobnost, ať jde o vybavení osobními věcmi, kusem nábytku z domova (křeslo, skříňka), či o fotky. Osobní věci a fotografie mohou napomáhat člověku.....lépe se vyrovnávat se změnami a případnou izolací, kterou může pociťovat.“*<sup>3</sup>

Výzkum poukázal na fenomén dnešní doby. Senior žijící v organizaci, která byla vytvořena k uspokojování jeho potřeb, není téměř nikdy sám, ale osaměle se cítí stále. Respondenti nebyli schopni jmenovat nikoho, s kým by si rádi povídali, někoho ke komu by měli důvěru, někoho s kým by sdíleli své obavy a přání.

Senioři nejsou spokojeni s péčí zdravotnických pracovníků, konkrétně pracovníků přímé péče, ale nepociťují takovou oporu ve své rodině, ve vedení organizace, ve svých právech, aby své stížnosti ventilovali dále, z důvodu strachu, že by se to obrátilo v jejich neprospěch.

Potřeby klientů jsou potlačovány provozními důvody a snahou personálu vše stihnout. Dochází k přesycování potřeby limitů a mezí, denní režim neumožňuje klientovi rozhodovat o každodenních záležitostech.

---

<sup>3</sup> VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv 2015 [cit. 2015-07-19]. Dostupné z: [http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/ZARIZENI/Socialni\\_sluzby/2015\\_Zprava\\_domovy\\_pro\\_senior\\_y.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_senior_y.pdf)

### 3.1.3 Pohled seniorů na sebevražednost

#### Jakou mají senioři zkušenost s problematikou sebevražednosti seniorů? (HVO2)

Tato výzkumná otázka se zaměřuje na osobní zkušenost dotazovaných se sebevražednými myšlenkami, sebevražedným pokusem či sebevraždou samotnou. Zajímáme se o to, jak senioři hodnotí sebevražednost v jejich věkové skupině, zda život v domově pro seniory ovlivňuje problematiku sebevražednosti seniorů a jak by obyvatelé domova pro seniory reagovali, kdyby se jim někdo svěřil, že přemýšlí o sebevraždě.

Dotazovaní senioři se ve větší části shodovali, že znají někoho ve svém okolí, kdo se rozhodl dobrovolně ukončit život. Zkušenost se sebevraždou ve své rodině měli tři respondenti. Ve dvou z těchto případů šlo o nejbližšího člena rodiny.

*„...můj otec se pokusil o sebevraždu a chlapi to zjistili a odvezli ho do Kosmanos (psychiatrická léčebna). Mně bylo víc jak dvacet let. Pak se pokusil znova, a to se mu už povedlo a vždycky to bylo v tom, když se opil, ale táta nebyl alkoholik, ale když ho našťvali v podniku, tak šel a jednou za čas si upil. Všichni v našem okolí se divili, co se stalo. Doma jsme o tom s matkou mluvili. Snad to mělo být něco v tom mozku, on by neměl pít alkohol, alkohol byl takovým spouštěčem pro sebevražedné jednání. Neměl žádný důvod, vždyť jsme měli s tátou plány do budoucna.“ (Pan S.)*

Během rozhovoru více jak polovina seniorů přiznala, že jim myšlenka spáchat sebevraždu hlavou prolítla. Důvody byly různé, u dvou seniorek to byla reakce na to, že je rodina odstrčila a umístila do domova pro seniory. V jednom případě šlo o volbu mezi dvěma možnostmi, z nichž ani jedna možnost nebyla pozitivní. Pan S. měl sebevražedné myšlenky spojené s alkoholem a Paní B. přemýšlela o sebevraždě, když jí zemřel manžel.

*„já když jsem sem přišla, tak jsem měla pokoj s balkonem a raději jsem na ten balkon nechodila, protože jsem se bála, že z toho balkonu jednou skočím. Protože jsem najednou nebyla doma a neměla jsem domov, věděla jsem, že se nemám kam vrátit. Byla jsem osamělá a bála jsem se toho, co tady budu dělat.“ (Paní H.)*

*„Ten rok po smrti manžela mě někdy napadlo, že by možná bylo lepší, vzít si víc prášků než bych měla.“ (Paní B.)*

Na otázku, co bylo příčinou, že tito lidé přemýšlející o sebevraždě, sebevraždu přesto nespáchali, dokázali odpovědět pouze tři respondenti. Pan S. přestal pít díky pomoci své ženy. Paní B. je věřící žena a Bůh sebevraždu neschvaluje a Paní H. se díky práci, kterou jí zadávala aktivizační pracovnice zase začala cítit potřebná.

*„A tenkrát mi pomohla práce, ta sestřička, o které jsem už mluvila, mi dávala práci, kterou je třeba udělat a já jsem si zase připadala potřebná.“*

Na otázku: Co podle Vás vede seniory k rozhodnutí vzít si život? Respondenti uváděli tyto příčiny:

- osamělost
- nemohoucnost a bolest
- nevyléčitelná nemoc
- duševní porucha
- neshody v rodině
- dluhy

Český statistický úřad uvádí, že nejvíce lidí v letech 2009-2013 volilo pro svou dobrovolnou smrt oběšení. Tento fakt se nepotvrdil u našeho vzorku respondentů. Nejčastější formou dokonané sebevraždy senioři uváděli léky. Dvakrát se v odpovědích objevil skok z výšky a jednou oběšení. Své názory senioři podkládali přesvědčením, že lidé vyššího věku nemají dostatek fyzických sil například k oběšení. Jak život v domově pro seniory ovlivnil dotazované, se projevilo u otázky, jakým způsobem senioři sebevraždy páchají. Pro řadu respondentů bylo těžké odpovědět, protože si nedokázali představit, že by měli tolik soukromí k něčemu takovému. Připadají si v domově pro seniory tak hlídaní, že by sebevraždu nebylo možné provést.

*„Asi podle toho kde jsou. Spáchat sebevraždu doma je jednodušší, pustí si plyn. Ale tady v domově to je těžší, protože tady jsme hlídaní, pod dozorem. Napadá mě jedině skok z balkonu, nemáme tady mříž, takže to by šlo.“ (Paní H.)*

*„Možná ty léky. Spáchat sebevraždu doma je jednodušší než tady. Tady jsme hlídané, třeba léky nemáme u sebe. Hodně lidí tady nemá už dostatek sil si vzít život.“ (Paní P.)*

*„Myslím, že kdyby měl člověk tu odvalu to udělat, tak to udělá během vycházky třeba, určitě mimo areál a budovu domova.“ (Pan K.)*

*„Tady ty lidi v domově si myslím, že nemají sílu vzít si život. A asi by si toho sestry všimly, kdybych si schovávala prášky.“ (Paní B.)*

Senioři se téměř shodli, že sebevraždu jako takovou lze za určitých okolností pochopit. Pokud člověka k takovému jednání dožene nemoc, dluhy, týrání.

*„Sebevražda se dá u některých lidí pochopit. Třeba kvůli velkým dluhům nebo když se k vám někdo chová ošklivě. Někdy když slyším tady ty babky, jak mluví o chování svých dětí a vnoučat. Než se nechat od někoho ponižovat, šikanovat, urážet a obírat o peníze, tak je lepší...“ (Paní B.)*

*„Já to neodsuzuju, když se člověk takhle rozhodne, je to jeho volba.“ (Paní P.)*

*„Když by to bylo z důvodu nějaké těžké nemoci, tak by to člověk dokázal pochopit“ (Pan K.)*

Dvě seniorky z devíti dotazovaných toto chování odsuzují z náboženského přesvědčení.

*„...já jsem nábožensky založená a pan farář nás vždycky učil, že život jsme si nedali, a tak nemáme právo si ho také brát. No já si myslím, že když je na tom člověk už hodně špatně, tak už nemá ani sílu to udělat. Já bych to neudělala, protože nemám na to právo.“ (Paní J.)*

*„...protože když si život nedal, tak ať si ho nebere...“ (Paní Š.)*

Zajímavého zjištění se dostalo u Paní T. a Paní Š., které jsou přesvědčené, že spáchat sebevraždu může jen duševně nemocný člověk.

*„Tak to je duševní porucha. To jsou stateční lidé, nejsou to žádný posery. Sebevražda není žádná sranda, ono se to taky nemusí povést. Je to taková nemocná odvaha, nenormální. (Paní T.)*

*„Je to psychická nemoc, komu není rady, tomu není pomoci.“ (Paní Š.)*

### 3.1.4 Shrnutí

Nejpodstatnějším sdělením v této kapitole je jistě fakt, že více jak polovina dotazovaných seniorů žijících v domově pro seniory uvažovala o sebevraždě, poté co dosáhli důchodového věku. U všech dotyčných se objevily sebevražedné myšlenky, které se již dále nerozvíjely v sebevražedné tendence, které by končily sebevražedným pokusem.

Jako hlavní příčinu sebevražednosti seniorů vidí senioři žijící v domově pro seniory osamělost. Zde se opět dostáváme k nedostatečnému uspokojování potřeby místa, konkrétně potřeby místa v symbolickém pojetí, zaujmout místo v mysli někoho druhého. V dalších příčinách sebevražednosti seniorů se dotazovaní shodovali s odborníky na tuto problematiku (viz. kapitola Příčiny sebevražednosti seniorů).

Problematiku sebevražednosti seniorů vidí respondenti hlavně u seniorů žijících doma, ve svém sociálním prostředí. Možnost spáchat sebevraždu v domově pro seniory všichni respondenti zamítli. Nikoli z důvodu, že by obyvatelé domova pro seniory neměli motiv k sebevražednému jednání, ale proto, že je senior v domově pro seniory hlídán, nemá soukromí a nemá možnost se dostat k věcem, k sebevraždě potřebným (léky, lano, plyn).

Senioři sebevražedné jednání neodsuzují. V případě nemohoucnosti a snášení silných bolestí jej snad i chápou. Jako příklad lidí, jejichž život je utrpením, uváděli klienty domova pro seniory, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko (tzv. „ležák“).

Pohled seniorů na sebevražednost je také ovlivněn náboženstvím a vírou. Člověk věřící v Boha sebevraždu neschvaluje, protože, člověk si sám život nedal, a tak by si ho ani sám neměl brát.

### 3.1.5 Sebevražednost seniorů v domovech pro seniory

#### Jak je problematika sebevražednosti seniorů uchopena v domovech pro seniory? (HVO3)

Tato hlavní výzkumná otázka bude zodpovězena z pohledu seniorů žijících v domovech pro seniory. K zařazení této otázky mě přimělo jednání sociálních pracovníků rezidenčních zařízení, která jsem oslovila za účelem účasti ve výzkumu. Nedostalo se mi ani jedné kladné odpovědi, protože dle jejich mínění se u nich takováto problematika nevyskytuje. Zda je tomu skutečně tak, dotazovala jsem se samotných klientů domova pro seniory. V rozhovoru se seniory žijících v domovech pro seniory jsem se dotazovala, zda tady klienti o sebevraždě hovoří, jak na to reaguje personál. Dále jsem se snažila zjistit, zda je v domově nějaká kompetentní osoba, za kterou by mohl jít člověk, který cítí smutek, tíseň či dokonce má sebevražedné myšlenky.

V poslední části této kapitoly uvádím, jak by sami respondenti reagovali, kdyby se jim někdo z obyvatel domova pro seniory svěřil, že přemýšlí nad sebevraždou.

Dva z devíti dotazovaných seniorů otevřeně přiznali, že klienti domova pro seniory občas hovoří o dobrovolné smrti. Zbývajících sedm dotazovaných tuto možnost vyloučilo nebo odmítli odpovědět.

*„Lidi mého věku vedou takové řeči, že už tady nechtějí být, že je nebaví život, že chtějí zemřít a že spolýkají léky. Ale my sami si léky nebereme, nemáme je u sebe, nám je vydávají sestry.“*  
(Paní P.)

*„Určitě je tady víc takových lidí, kteří měli nebo mají chmurné myšlenky, ale oni se za to stydí a nesvěří se s tím ani personálu, ani nikomu z dalších obyvatel tady. Každý je tady sám za sebe.“* (Paní H.)

Jedna z respondentek uvedla i reakci personálu na to, když klienti domova pro seniory hovoří o smrti.

*„Sestry na to reagují tak, že toho člověka napomenou, ať takové řeči nevede, ať si raději přečte nějakou knihu nebo si pustí seriál v televizi a že ho to přejde. Sestry nás odrazují od takových řečí.“* (Paní P.)

Jako kompetentní osobu, za kterou by klient domova pro seniory mohl jít v případě pocitu smutku, tísně či dokonce sebevražedných myšlenek, pět dotazovaných nepovažuje žádnou osobu, nikdo takový v zařízení dle jejich mínění není. Dva respondenti jmenovali staniční sestru, dále se v jedné odpovědi vyskytla aktivizační pracovnice a jednou lékař.

Dotazovaní senioři se z větší části shodovali, že by se člověku, který má sebevražedné myšlenky snažili sebevraždu vymluvit, apelovali by na jeho odpovědnost k rodině.

*„Tak to víte člověk by se nějak snažil toho dotyčného uchlácholit, že život je krásnej, ale myslet si něco jinýho přitom.“* (Paní T.)

*„...tak bych mu řekla, ať popřemýšlí o těch co tady zanechá a že ho určitě něco pěkného ještě čeká.“* (Paní B.)

Jeden z respondentů by to řešil alkoholem, což je překvapující tvrzení, protože právě otec dotyčného spáchal sebevraždu, jejímž spouštěčem byl alkohol a sám dotyčný měl s alkoholem v minulosti potíže.

*„tak bych mu řekl jako chlap chlapovi, že si koupíme flaštičku a popovídáme si o tom.“* (Pan S.)

### **3.1.6 Shrnutí**

Z rozhovorů se seniory žijícími v domovech pro seniory vyplývá, že s problematikou sebevražednosti seniorů v rezidenčních zařízeních pracováno není. Samotný personál při kontaktu s osobou, která hovoří o smrti, zaujímá bagatelizující postoj. I když jde o reakci z bezradnosti a doufejme, že nikoli z nezájmu, člověku s chmurnými myšlenkami nepomůže.

Ukazuje se, že v rezidenčních zařízeních není nikdo, ke komu by senioři měli důvěru a chtěli s ním sdílet své pozitivní či negativní pocity. Zajímavým zjištěním bylo, že žádný z respondentů během rozhovoru na téma sebevražednost seniorů nezminil psychologa či psychiatra. V doplňujících otázkách jsem měla snahu práci psychologa zmínit a zjistit, jak na tuto možnou pomoc senioři nahlíží. Výsledkem mi bylo zjištění, že většina dotazovaných psychologům nevěří a nemyslí si, že by lidem dokázali pomoci.

## **3.2 Odpovědi na výzkumné otázky**

Výzkumné otázky, které jsme si na počátku diplomové práce stanovili, nahrazují v případě našeho kvalitativního výzkumu hypotézy.

### **Dochází u seniorů žijících v domovech pro seniory k uspokojování jejich potřeb? (HVO1)**

K uspokojování potřeb seniorů žijících v domovech pro seniory dochází, ale projevily se markantní rozdíly v míře sycení jednotlivých potřeb. Žádnou potřebu nelze naplnit ideálně, ale potřeba místa u seniorů žijících v domovech pro seniory je ohrožena v rovině materiální i symbolické. Senioři se ve svém pokoji necítí jako doma, roky se snaží, aby si na pokoj zvykli. Dále u seniorů chybí vědomí, že mají někoho blízkého. Z těchto důvodů se senioři cítí osaměle a osamělost může být rizikovým faktorem pro sebevražedné jednání.

Deficit sycení lze uvést i u potřeby péče, která je spjata s potřebou podpory. Senioři nejsou spokojeni s péčí pracovníků přímé péče, ale nepociťují podporu, která by jim dodala odvahy si stěžovat. Takovou podporu může člověk najít v lidech, ale i sám v sobě.

Naopak k přesycení dochází u potřeby limitů (hranic). Provoz domova pro seniory se dostává na první místo a objevují se situace, ve kterých se potřeby zařízení dostávají do popředí před potřebami klienta.

### **Jakou mají senioři zkušenost s problematikou sebevražednosti seniorů? (HVO2)**

O své vlastní zkušenosti se sebevražednými myšlenkami hovořilo pět seniorů. Mezi nejčastější důvody a rizikové faktory sebevražedného jednání řadí senioři osamělost, přestěhování do domova pro seniory, smrt blízkého člověka, krizi pramenící z nutnosti se rozhodnout, nevléčitelnou nemoc, duševní poruchu, neshody v rodině a dluhy.

Mezi dotazovanými panovala shoda, že spáchat sebevraždu v domově pro seniory není možné a že problematika sebevražednosti seniorů se týká seniorů žijících ve svém domě či bytě.

Toto tvrzení podložili třemi fakty:

- senioři žijící v domově pro seniory nemají dostatek fyzických sil spáchat sebevraždu
- senioři žijící v domově pro seniory nemají dostatek soukromí spáchat sebevraždu
- senioři žijící v domově pro seniory nemají prostředky ke spáchání sebevraždy (léky, lano, plyn)

**Jak je problematika sebevražednosti seniorů uchopena v domovech pro seniory?  
(HVO3)**

V domovech pro seniory dochází k zásadním chybám v problematice sebevražednosti. Pokud se již klient odváží o smrti hovořit je personálem, ale i ostatními klienty chlácholen a napomínán, že by takto hovořit neměl.

Rezidenční zařízení nechtějí, aby bylo s klienty hovořeno o tématu sebevražda a i z tohoto důvodu odmítala účast na výzkumu.

### 3.3 Diskuze

Sebevražednost seniorů úzce souvisí s uspokojováním, respektive neuspokojováním základních lidských potřeb. Nejvíce nedosycenou potřebou v domovech pro seniory je potřeba místa. Ačkoli jsou rezidenční zařízení budována s cílem nabídnout svým klientům nový domov, senioři zde své „doma“ nenalézají.

Za zásadní považuji zejména fakt, že se obyvatelé seniorských domovů cítí osamělí a zároveň osamělost jmenují jako hlavní rizikový faktor sebevražednosti starých lidí. V dalších jmenovaných rizikových faktorech sebevražednosti seniorů se dotazovaní shodují s odbornou literaturou.

Z rozhovorů se seniory vyplynulo, že se snaží zvykat na neadekvátní uspokojování, tedy nedosycení či přesycování potřeb. Potřeba podpory byla u většiny dotazovaných silně narušena nedobrovolným přestěhováním do domova pro seniory. Možnost svěřit se někomu se svým trápením je pro tyto lidi téměř vyloučena, k personálu domova pro seniory nemají respondenti důvěru a vzájemně se skoro neznají. Nedostatky se ukazují i v potřebě ochrany. Lidé žijící v domovech pro seniory mají strach si stěžovat na nedostatečnou péči, protože mají obavy, aby to nebylo ještě horší. Nejsou informováni o svém právu na stížnost, nevědí jak a komu si stěžovat. Tím dochází k nedodržování standardu č. 7 ve standardech kvality sociálních služeb<sup>4</sup>.

Je patrné, že potřeba limitů (hranic) je u seniorů žijících v domovech pro seniory přesycována. Znamená to, že je zde přemíra omezení a velmi malý stupeň volnosti. Pramení to zejména z provozních důvodů zařízení. Denní režim, který je nastaven hlavně z důvodu kvantity, nerespektuje normálnost a přirozenost každého klienta. Tento fakt byl vytýkán i veřejným ochráncem práv ve zprávě ze systematických návštěv domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem.<sup>5</sup>

Omezení možností obyvatel domovů pro seniory, ale i zpochybnění jejich kompetencí výrazně ovlivnily pohled respondentů na problematiku sebevražednosti seniorů. Většina dotazovaných byla schopna pochopit sebevražedné jednání starého člověka a někteří dotazovaní měli i svou osobní zkušenost se sebevražednými myšlenkami. Možnost spáchání sebevraždy v domově pro seniory ovšem respondenti jednoznačně odmítají. Jednak z toho

---

<sup>4</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2015-07-26]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>

<sup>5</sup> VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem* [on-line]. Brno: Veřejný ochránce práv 2015 [cit. 2015-07-26]. Dostupné z: [http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/ZARIZENI/Socialni\\_sluzby/2015\\_Zprava\\_domovy\\_pro\\_senior\\_y.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_senior_y.pdf)

důvodu, že senior žijící v domově pro seniory nemá dostatek fyzických sil něco takového udělat, nemá k tomu ani dostatek soukromí a v neposlední řadě ani prostředky. Je otázkou, co seniory k takovému tvrzení vede.

Z velké části jde o to, jak je v domovech pro seniory respektována lidská důstojnost a jak je podporována autonomie vůle klientů. Autonomie vůle dotazovaných seniorů je v důsledku časové vytíženosti personálu a různými organizačními záležitostmi narušována a omezována. Za seniory je neustále rozhodováno i v tak základních věcech, jako je čas vstávání, snídání, koupání nebo procházka parkem.

Dále v této otázce hraje velkou roli přístup personálu ke klientům, kteří o smrti hovoří. Pokud vůbec k takovému rozhovoru dojde, personál reaguje způsobem, který je v odborné literatuře ukázkovým příkladem nekompetentního jednání. Jde o bagatelizující postoj. Takový postoj zaujímají pracovníci pod vlivem mýtu, že by se se starým člověkem o smrti hovořit nemělo. Místo rozhovoru, ve kterém by mohl senior s někým sdílet své pocity, obavy nebo strach se mu dostane rady, aby si něco hezkého přečetl nebo se podíval na televizi.

V tuto chvíli se nabízí tvrzení, že senioři žijící v domovech pro seniory se cítí nekompetentní k jakýmkoliv formám suicidálního jednání. V jiném slova smyslu by se dalo říci, že mají senioři žijící v domovech pro seniory pocit, že se problematika sebevraždy seniory týká pouze seniorů, žijících v přirozeném sociálním prostředí.

Zjištěné skutečnosti vzhledem k malému výzkumnému vzorku nelze zobecnit na situaci obyvatel domovů pro seniory. Jak výstupy samotného výzkumu, tak i postoj domovů pro seniory k otázkám sebevraždy, který se manifestoval naprostým odmítnutím možnosti takový výzkum u nich provádět, považujeme za alarmující.

# ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala pohledem obyvatel domovů pro seniory na sebevražednost seniorů. Pro svou práci jsem si stanovila tři základní cíle. Nejprve jsem chtěla zjistit, v jaké míře dochází k uspokojování potřeb seniorů žijících v rezidenčních zařízeních. Dále mne zajímala osobní zkušenost seniorů s jakýmkoliv druhem suicidálního jednání. A stanovením třetího cíle jsem chtěla zjistit, jak je s tématem sebevražednosti seniorů pracováno v domovech pro seniory.

Diplomová práce je členěna na část teoretickou, metodologickou a empirickou. V rámci teoretické části byl vysvětlen pojem suicidium a pojmy s ním spojené. V dalších kapitolách se diplomová práce zabývá závažnými životními situacemi v životě seniora, rizikovými faktory sebevražednosti seniorů, rezidenčními zařízeními pro seniory a potřebami seniorů žijících v domovech pro seniory.

V úvodu metodologické části byly nejdříve představeny domovy pro seniory, kde se výzkum uskutečnil, a poté stanoveny cíle výzkumu. Ze stanovených cílů byly následně vyvozeny hlavní a dílčí výzkumné otázky. Jako volba metodologie byl zvolen kvalitativní výzkum. Pro výběr výzkumného souboru byla zvolena metoda záměrného (účelového) výběru. Jako nástroj sběru výzkumných dat byl použit rozhovor pomocí návodu, který byl proveden s devíti seniory žijícími v domovech pro seniory. Takto získaná data byla správcována v empirické části.

V empirické části byla výzkumná data analyzována a interpretována. V jejím závěru byly ve formě odpovědí na hlavní výzkumné otázky výsledky shrnuty a proběhla taktéž diskuze nad výsledky výzkumu diplomové práce.

Stanovený cíl práce se podařilo během výzkumu naplnit. V domovech pro seniory dochází k neadekvátnímu uspokojování potřeb. Sycení potřeb je negativně ovlivněno denním režimem a provozními záležitostmi zařízení. Většina seniorů je schopna pochopit sebevražedné jednání lidí svého věku z různých důvodů, z nejčastěji zmiňovaných to byla osamělost. Toto jednání vidí jako aktuální u seniorů žijících v přirozeném sociálním prostředí, naprosto ovšem odmítají sebevražednost v domovech pro seniory. Klient domova pro seniory se stává pouhým objektem péče, a tudíž mu přijde nereálné, aby se v tomto prostředí vyskytl někdo, kdo by měl dostatek soukromí, dostatek fyzických sil a prostředky k dobrovolnému ukončení svého života.

V domovech pro seniory není žádoucí, aby jeho obyvatelé hovořili o smrti a pokud už k takovému rozhovoru dojde, personál se snaží u klientů myšlenky na smrt potlačit.

Získané výsledky by mohly být užitečné pro všechny zaměstnance domovů pro seniory. Je důležité vědět, jak správně reagovat, pokud senior hovoří o smrti či o sebevraždě, a poskytnout mu možnost sdílet i negativní pocity. Je třeba více podporovat autonomii a důstojnost člověka, automaticky nepředpokládat, ale skutečně zjistit, co dotyčný chce a potřebuje.

# POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

## A. Tištěné zdroje:

BAUDIŠ, P. Praktický lékař a sebevražda – rozpoznání rizika, prevence. *Amireport*. 1998, roč. 6, č. 28.

ČEVELA, R., KALVACH, Z. A ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7

DRAGOMIRECKÁ, E. Sebevražda jako jev sociální patologie – hledisko filozofické, sociologické a psychologické. *Amireport*. 1998, roč. 6, č. 28.

EIS, Z. Krizová intervence a sebevražednost. *Amireport*. 1998, roč. 6, č. 28.

FERJENČÍK, J., *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 255 s. ISBN 80-7178-367-6

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-7178-303-X

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 407s. ISBN 978-80-7367-485-4

HOLMEROVÁ, I. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8

HÖSCHL, C., LIBIGER, J. a ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002, 895 s. ISBN 80-900130-1-5

HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0

CHVÍLA, L. Sebevražda u alkoholiků a osob závislých na jiných psychoaktivních látkách. *Amireport*. 1998, roč. 6, č. 28.

KALVACH, Z., a kol. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2004, 864s. ISBN 80-247-05-48-6

- KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 167 s. ISBN 978-80-7367-800-5
- KOUTEK, J. První pomoc při suicidiálním jednání z pohledu psychiatra. *Tempus*. 2002, č. 28.
- KOUTEK, J. a KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 127 s. ISBN 80-7178-732-9
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-7178-549-0
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4
- ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011, 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2
- PESSO, A., BOYDEN-PESSO, D. a VRTBOVSKÁ, P. *Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor: PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu*. 1. vyd. Praha: Sdružení SCAN, 2009, 210 s. ISBN 978-80-86620-15-2
- Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Vyd. 1. Editor Peter Gruss. Praha: Portál, 2009, 222 s. ISBN 978-80-7367-605-6
- PICHAUD, C. a THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 156 s. ISBN 80-7178-184-3
- ROMAN J. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013, 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-7178-274-2
- SÝKOROVÁ, D. a CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Vyd. 1. Ostrava, Boskovice: Ostravská univerzita: Albert, 2004, 323 s. ISBN 80-7326-026-3
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie; [Díl] 2. Dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. 1. vyd. Brno: Nakl. Tomáše Janečka; Psychologický ústav AV ČR, 1996, 282 s. ISBN 80-85880-10-5

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence: krize v životě člověka*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0

VOJTĚCHOVSKÝ, M. Sebevražda u osob vyššího věku. *Amireport*. 1998, roč. 6, č. 28.

### **B. Elektronické zdroje:**

American Psychological Association. *Elder abuse and neglect* [online]. Washington, 2012 [cit. 2015-05-13] Dostupné z: <https://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/elder-abuse.pdf>

ČEŠKOVÁ, E. Deprese ve vyšším věku a suicidalita. *Česká geriatrická revue* [online]. 2007, č. 5 [cit. 2015-06-15]. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?id=gr\\_07\\_04\\_06.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?id=gr_07_04_06.pdf)

KROMBOLZ, R. a H. DRÁSTOVÁ. Závislosti a stáří. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2010, č. 11(3) [cit. 2015-06-21]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/02.pdf>

MASARYK, T.G. *Sebevražda. Hromadným jevem společenským moderní osvěty* [online]. 1. vyd. Praha: Jan Laichter na Král. Vinohradech 1904 [cit. 2015-05-13] Dostupné z: <http://kramerius4.nkp.cz/search/i.jsp?pid=uuid:3d8065a0-26ad-11e4-8e0d-005056827e51>

MÁCHOVÁ, V. *Sebevraždy seniorů* [online]. České Budějovice, 2008 [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: [http://theses.cz/id/iq3msg/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_10134](http://theses.cz/id/iq3msg/downloadPraceContent_adipIdno_10134)

Město [redacted]. Oficiální webové stránky města. *Základní informace o městě* [online]. Město [redacted] 2014-2015 [cit. 2015-07-12]. Dostupné z: <http://rozdalovice.eu/zakladni-informace-o-meste/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 2015-07-26]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>

RONALD. M., *Comprehensive textbook of suicidology* [online]. New York: Guilford Press, 2000 [cit. 2015-07-19]. ISBN 978-1-57230-541-0. Dostupné z: <https://books.google.ca/books?id=Zi-xoFAPnPMC&pg=PA540#v=onepage&q&f=false>

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv 2015 [cit. 2015-07-19]. Dostupné z: [http://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/ZARIZENI/Socialni\\_sluzby/2015\\_Zprava\\_domovy\\_pro\\_seniory.pdf](http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf)

**C. Zákony a vyhlášky:**

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

Vyhláška č. 505/2006 kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 - Seznam otázek pro seniory žijící v domově pro seniory

### Senioři a jejich potřeby

- Jak dlouho žijete v tomto domově pro seniory?
- Kde jste bydlel(a) před tím, než jste se rozhodl(a) přestěhovat sem?
- Co vás vedlo k tomu se přestěhovat?
- Jaká jsou podle Vás pozitiva života v tomto domově?
- Jaká jsou podle Vás negativa života v tomto domově?
- Když si chcete popovídat, za kým můžete jít? Je ve vašem blízkém okolí někdo, za kým jdete, když chcete s něčím poradit? Je nějaká osoba, která vás vyslechne, když se necítíte dobře?
- Cítíte se ve svém pokoji příjemně? Je něco co byste v pokoji změnil(a)? Máte tady klid nebo sousedé dělají rozruch?
- Vyhovuje Vám pravidelný režim domova (stanovené dny pro koupání, ranní buzení k osobní hygieně, výdej jídla)? Myslíte, že je dobré, když je dopředu na celý týden stanoven program volnočasových aktivit?

### Senioři a sebevražednost

- Vyskytla se ve Vaší rodině sebevražda nebo pokus o sebevraždu?
- Znáte někoho ve svém okolí nebo věku, kdo se rozhodl dobrovolně ukončit svůj život? Pokud ano a jestli chcete, můžete mi o tom říci pár slov? Jak na dotyčného reagovalo jeho okolí? Jak jste reagoval(a) Vy sám/sama?
- Co podle Vás vede lidi ve vyšším věku k rozhodnutí vzít si život?
- Pokud byste měl(a) opravdu velké (pro Vás neřešitelné) problémy, svěřil(a) byste se s nimi někomu? Pokud ano, komu a proč (kdo by to byl a z jakého důvodu)?
- Cítíte nebo cítil(a) jste se, že jste v situaci, která podle Vás byla bezvýchodná a máte nebo jste měl(a) pocit, že už nemá smysl být na světě?
- Přemýšlel(a) jste někdy o sebevraždě? Pokud ano, z jakého důvodu, co se tehdy stalo?
- O jakém způsobu sebevraždy podle Vás lidé ve vyšším věku nejčastěji přemýšlí?
- Co si myslíte o sebevraždě? Proč si lidé vybírají právě takovou možnost odchodu ze světa?

Jak je problematika sebevražednosti seniorů uchopena v domovech pro seniory

- Znáte nějaké(á) zařízení nebo centra, kde pomáhají lidem, kteří se pokusili o sebevraždu?
- Myslíte, že je zde v domově nějaká kompetentní osoba, za kterou by mohl jít člověk, který přemýšlí o sebevraždě, pro pomoc a pro radu?
- Jak se chovají sestry a další pracovníci domova pro seniory pokud zde lidé hovoří o smrti?
- Jak byste reagoval(a) Vy, pokud by se Vám tady někdo svěřil, že přemýšlí nad sebevraždou?