ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013 **Irena Lebedová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Irena Lebedová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

POHLED NA UMÍRÁNÍ VE 21. STOLETÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2013

Oficiální zadání

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 23. 3. 2013

……

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, za cenné rady, trpělivost a vstřícnost. Děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni vyplnit dotazníky s citlivým tématem a celé své rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Lebedová Irena

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Pohled na umírání ve 21. století

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 76

Počet stran – nečíslované: 33

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 41

Klíčová slova: stárnutí - stáří - komunikace se seniory - etika - lidská důstojnost - senior a rodina - zdravotní a sociální péče o seniora - umírání - smrt

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku potřeb a doprovázení umírajícího člena rodiny jeho příbuznými. Práce se skládá ze dvou hlavních částí, teoretické a praktické.

V teoretické části jsou objasněny pojmy stárnutí a stáří, reakce jedinců na stáří, zásady komunikace se seniory, etika a lidská důstojnost, vztah mezi seniorem a rodinou, zdravotní a sociální péče o seniora, umírání, péče o umírajícího, zásady doprovázení umírajícího, smrt.

Praktická část obsahuje vlastní šetření formou kvantitativního průzkumu, které mapuje problematiku informovanosti příbuzných o potřebách, doprovázení a schopnosti emocionálně podpořit umírajícího člena rodiny v Domově seniorů Panorama v Tachově.

Annotation

Surname and name: Lebedová Irena

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: View of the dying in the 21st century

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 76

Number of pages – unnumbered: 33

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 41

Keywords: aging - the age - communication with seniors - ethics - human dignity - senior and family - health and social care related to the seniors - dying - the death

Summary:

This thesis focuses on different kinds of needs of a dying person. It also deals with the importance for a dying person to be accompanied by his relatives. The thesis consists of two significant sections, a theoretical and a practical one.

In the theoretical part different terms are described such as aging, the age, different reactions of people to the age, the main principals of communication with seniors, ethics and human dignity, relationships between a senior and other members of his family, health and social care related to the seniors, dying and a special care of a dying person, principals of accompanying a dying person, the death.

The practical part of the thesis includes a practical survey. The goal of the survey was to find out if and to what extend are the seniors´ relatives aware of the special needs and the need of being accompanied by loved ones, as well as the ability to emotionally support the dying person. The survey was made in the nursing home Panorama in Tachov.

OBSAH

ÚVOD ... 11
TEORETICKÁ ČÁST ... 13
1 STÁRNUTÍ ... 13
1.1 Gerontologie ... 13
1.1.1 Gerontologie experimentální ... 13
1.1.2 Gerontologie sociální ... 13
1.1.3 Gerontologie klinická ... 13
1.2 Geriatrie ... 14
2 STÁŘÍ ... 15
2.1 Typy stáří ... 15
2.1.1 Kalendářní stáří ... 15
2.1.2 Biologické stáří ... 15
2.1.3 Sociální stáří ... 15
2.2 Reakce jedinců na stáří ... 16
2.2.1 Kladné reakce ... 16
2.2.2 Záporné reakce ... 16
2.2.3 Pomoc stárnoucím lidem překonat strach ze stárnutí ... 17
2.3 Strategie přístupů seniorů ke stáří ... 17
2.3.1 Konstruktivní přístup ... 17
2.3.2 Strategie závislosti ... 17
2.3.3 Obranná strategie ... 17
2.3.4 Strategie nepřátelství ... 17
2.3.5 Strategie sebenenávisti ... 17
2.4 Postoj společnosti ke stáří ... 18
2.5 Mýty o stáří ... 18
2.5.1 Mýtus falešných představ ... 18
2.5.2 Mýtus zjednodušené demografie ... 18
2.5.3 Mýtus homogenity ... 19
2.5.4 Mýtus neužitečného času ... 19
2.5.5 Mýtus ignorance ... 19
2.5.6 Mýtus o arterioskleróze nebo o senilitě ... 19
3 ZÁSADY KOMUNIKACE SE SENIORY ... 20
3.1 Obecně o komunikaci ... 20
3.2 Specifická komunikace se seniory ... 20
3.3 Obecné zásady komunikace se seniory ... 20

3.4 Chyby v komunikaci se seniory ... 20
3.4.1 Chyby na straně komunikátora ... 21
3.4.2 Chyby na straně recipienta ... 21
3.4.3 Chyby v komunikačním kanále ... 21
4 ETIKA A LIDSKÁ DŮSTOJNOST ... 22
4.1 Etika ... 22
4.2 Lidská důstojnost ... 22
4.2.1 Důstojnost zásluh ... 22
4.2.2 Důstojnost mravní síly ... 22
4.2.3 Důstojnost osobní identity ... 22
5 RODINA A SENIOR ... 23
5.1 Struktura rodiny ... 23
5.2 Postavení seniora v rodině ... 23
5.3 Historie péče o seniora ... 24
5.4 Péče o seniora v současné době ... 24
6 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORA ... 26
6.1 Ambulantní formy sociální péče ... 26
6.1.1 Denní stacionáře ... 26
6.1.2 Centra denních služeb ... 26
6.2 Terénní služby sociální péče ... 26
6.2.1 Osobní asistence ... 27
6.2.2 Pečovatelská služba ... 27
6.2.3 Tísňová péče ... 27
6.2.4 Průvodcovské a předčitatelské služby ... 27
6.2.5 Odlehčovací služby ... 27
6.2.6 Home care ... 28
6.3 Pobytové služby sociální péče ... 28
6.3.1 Týdenní stacionáře ... 28
6.3.2 Chráněná bydlení ... 29
6.3.3 Domov pro seniory ... 29
6.3.4 Domov pro seniory se zvláštním režimem ... 29
6.3.5 Léčebna dlouhodobě nemocných ... 29
6.3.6 Hospice ... 30
7 ZÁVĚR ŽIVOTA ... 31
8 UMÍRÁNÍ ... 32
8.1 Pre finem ... 32
8.2 In finem ... 32

8.3 Post finem ... 32
9 HISTORIE UMÍRÁNÍ A SMRTI ... 33
10 UMÍRÁNÍ A SMRT VE 21. STOLETÍ ... 35
11 UMÍRAJÍCÍ ... 37
11.1 Emoce umírajících ... 37
11.2 Potřeby umírajících ... 37
11.2.1 Biologické potřeby ... 38
11.2.2 Potřeby psychické ... 38
11.2.3 Potřeby sociální ... 39
11.2.4 Potřeby spirituální ... 39
11.3 Fáze umírání ... 39
11.3.1 Negace ... 39
11.3.2 Agrese ... 40
11.3.3 Smlouvání ... 40
11.3.4 Deprese ... 40
11.3.5 Akceptace ... 40
11.4 Představa umírajících o laskavé péči ... 41
11.5 Rodina a umírající ... 41
11.5.1 Potřeby členů rodiny ... 41
11.5.2 Účinné intervence podpory rodiny ... 42
11.6 Zásady a pomoc při doprovázení umírajících ... 43
12 SMRT ... 45
12.1 Kritéria ke stanovení smrti ... 45
12.1.1 Nejisté známky smrti ... 45
12.1.2 Jisté známky smrti ... 45
12.1 Bezprostředně po smrti ... 46
12.2 Péče o mrtvé tělo ... 46
12.3 Zásady pro sdělování úmrtí v DS Panorama Tachov ... 47
12.4 Zármutek pozůstalých a truchlení ... 48
PRAKTICKÁ ČÁST ... 50
13 FORMULACE PROBLÉMU ... 50
14 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU ... 51
15 METODIKA ... 52
16 HYPOTÉZY ... 53
17 VZOREK RESPONDENTŮ ... 54
18 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ... 55
19 DISKUSE ... 79

ZÁVĚR 85
LITERATURA A PRAMENY 87
SEZNAM ZKRATEK 91
SEZNAM TABULEK 92
SEZNAM GRAFŮ 93
SEZNAM PŘÍLOH 94

ÚVOD

„Ruce milující rodiny jsou nejměkčí postelí umírajícího“ (1, s. 52), ale dokázali by členové rodiny v dnešní uspěchané a stresem zatížené době skutečně doprovázet umírajícího?

Ty tam jsou doby, kdy se rodiny scházely, povídaly si a užívaly všední radosti života. Žili jeden vedle druhého tak, aby si byli oporou, a to především citovou. Dnešní doba klade na jedince vysoké nároky, vyžaduje maximální nasazení a co nejvyšší efektivitu práce. Nedivme se proto, že nám docházejí síly a každý je soustředěný sám na sebe a na své nejbližší už mnohdy síla nezbývá. Nebo se mýlím?

Jako sestra pracuji ve zdravotnictví přes 20 let. Začala jsem pracovat ve svém oboru na gynekologicko-porodnickém oddělení, tedy u zrodu života, ale z nejrůznějších důvodů mě život přenesl téměř do cílové rovinky, ke starým a umírajícím klientům do domova pro seniory. Upřímně řečeno, teprve tam se vám otevřou oči a začnete přemýšlet o životě. K tomuto poznání jsou výstižná a pravdivá slova Dr. Kübler-Rossové: *„Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stadia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot.“* (2, s. 116)

Měla jsem v životě štěstí, že jsem se narodila starším rodičům. Myslím si, že jsem se od nich naučila milovat bližního (nejsem věřící) a postarat se o to nejcennější, co v životě máme, o své nejbližší. Jsem ráda, že mě naučili přistupovat k životu s láskou a respektem.

Uvědomuji si, že umírání je záležitostí každého věku. Ve své práci se ale soustředím na seniory, kteří dožívají svůj život v domovech pro seniory, a to konkrétně v Domově seniorů Panorama (dále jen DS) v Tachově.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě vlastního zájmu a pro jeho aktuálnost. Vzhledem k tomu, že výrazně přibývá stárnoucí populace, je problematika umírání a smrti silnou a všudypřítomnou veličinou zejména proto, že se umírání netýká jen umírajícího, ale i všech blízkých kolem něj. Přestože by měla být péče blízkých a příbuzných o umírajícího přirozenou součástí péče o seniory, mnohdy je tato oblast stále zanedbávaná a opomíjená. Pozornost, která je věnována potřebám umírajících lidí ze strany blízkých a příbuzných, je často velmi malá. A protože pracuji v domově seniorů, nabízí se

otázka, jak k této problematice přistupují příbuzní a blízcí zdejších seniorů. Úloha současné rodiny je sice ekonomicky i časově náročná a složitá, přesto si myslím a věřím, že naše rodiny pomalu začínají zažívat renesanci jednoho z jejich poslání, kterým je péče o osobu blízkou. Začínají si uvědomovat, že důležitým bodem v jejich životě není jen práce, ale také, a to především, starost o každého svého člena rodiny, byť je to péče o tak náročnou část života, jakou je umírání a smrt.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na dva celky, na část teoretickou a praktickou. V teoretické části práce objasňuji pojmy stárnutí a stáří. Popisuji reakce jedinců na stáří a zásady komunikace se seniory, které považuji v každodenním životě za stěžejní. Zabývám se etikou a lidskou důstojností, postavením seniora v rodině a jeho vztahu s rodinou. Rozebírám současné možnosti zdravotní a sociální péče o seniora. Vysvětluji základní pojmy jako je umírání a potřeby, které umírající má. Zamýšlím se nad fázemi umírání, rodinou umírajícího, zásadami a pomocí při doprovázení a smrtí. Druhá část práce je zaměřena na vlastní průzkum formou dotazníkového šetření, ve které se zaměřuji na problematiku doprovázení umírajícího jeho příbuznými s cílem zmapovat informovanost příbuzných o potřebách a doprovázení umírajícího člena rodiny. Zároveň se pokusím zjistit jejich schopnost emocionálně umírajícího podpořit.

Jsem si vědoma, že je to téma velmi rozsáhlé, složité a citlivé. Pokusím se dotknout se všech bodů tak, aby plynule navazovaly, byly stručné a aktuální. Bakalářská práce bude podnětem k zamyšlení nebo poslouží jako podklad k laskavému přístupu k umírajícímu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ

Stárnutí lze chápat jako přirozený biologický proces, který probíhá od narození až do okamžiku smrti, a to v určitých vývojových etapách. Každá etapa života je pro daného jedince specifická a je ovlivněna řadou vnitřních a vnějších faktorů jako jsou psychické změny, tělesné změny a sociální vlivy. Stárnutí chápe Pacovský (3) jako cestu do stáří a člení stárnutí na fyziologické a patologické. Fyziologické stárnutí popisuje jako normální součást života a patologické stáří jako předčasné a takové, kdy je kalendářní věk nižší než věk funkční. Stárnutí a stáří nelze zkoumat a popisovat odděleně. Mezi stárnutím a stářím bude vždy velmi úzké propojení. Bez znalostí změn, které probíhají během stárnutí, bychom nikdy nemohli poznat podstatu stáří. Problematikou seniorů se zabývají obory gerontologie a geriatrie.

1.1 Gerontologie

Gerontologie je nauka, která se zabývá problematikou stárnoucích lidí a jejich životem ve stáří. Slovo gerontologie pochází z řeckého slova gerón a logos, což v překladu do češtiny znamená stařec a nauka. Gerontologie se dělí na tři základní směry - gerontologii experimentální, sociální a klinickou. (4)

1.1.1 Gerontologie experimentální

Gerontologie experimentální je nauka, která se zabývá biologickými a psychologickými procesy stárnutí člověka. (4)

1.1.2 Gerontologie sociální

Gerontologie sociální je nauka, která zkoumá vztahy starého člověka a společnosti. Zajímá se o sociální potřeby stárnoucích lidí. Věnuje se prevenci ve stáří a vzniku nejrůznějších programů na zachování si co nejdelší soběstačnosti ve stáří. (4)

1.1.3 Gerontologie klinická

Gerontologie klinická je nauka, která se zabývá problematikou zdraví, funkčního stavu a chorob ve stáří. Tento obor je synonymum pro obor geriatrie. (4)

1.2 Geriatrie

Geriatrie je nauka o chorobách stáří, kterou založil Leo Ignaz Nasher (1864 – 1964). Slovo geriatrie pochází z řeckého slova gerón a iatro (stařec a léčím). Je to samostatný medicínský obor, který se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí chorob ve stáří. V České republice vznikl tento obor v roce 1982. (4)

2 STÁŘÍ

2.1 Typy stáří

Stáří je poslední a vysoce individuální etapou stárnutí. Podle Mühlpachra (5) můžeme stáří členit na tři hlediska: kalendářní, biologické a sociální.

2.1.1 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je jednoznačné, je dáno datem narození. Podle Mühlpachra (5) ho můžeme dále dělit podle věku na mladé seniory (65 – 74 let), staré seniory (75 – 84 let) a velmi staré seniory (85 a více let). Podle Světové zdravotnické organizace je počáteční hranicí stáří věk od 75 let a stárnutí v rozmezí od 60. do 74. roku věku.

2.1.2 Biologické stáří

Biologické stáří se vyznačuje skutečnými probíhajícími změnami v organizmu, které jsou způsobeny jeho stárnutím. Jsou to změny tělesné, psychické a rozumové. Mezi tělesné projevy stáří patří celková změna vzhledu, stavu chrupu, změna v oblasti pohybového aparátu, na kardiovaskulárním a zažívacím ústrojí, změna v regulaci tělesné teploty, produkci hormonů apod. Psychické změny se týkají oblasti vidění, sluchu, vnímání akustických podnětů, chuťových podnětů, vnímání vůní a pachů, řeči, latencí v odpovědích nebo nepřiléhavých odpovědích a spánkové inverzi či jiné poruše spánku. V kognitivní oblasti vznikají změny, které se týkají snížené vštípivosti, soustředění, výbavnosti, přizpůsobivosti, rozumové pružnosti. Lidé mají osvojené vzory chování, mají své zvyky i zlozvyky, stereotypy. Jsou fixováni na to, co bylo dříve, mají zažité postoje. Mnohdy dochází i ke změnám v intenzitě emocionálního vnímání starého člověka. Takový člověk se může uzavírat do svého nitra, jako by se ho nic netýkalo. Je jakoby bez jiskry, nic ho nedokáže nadchnout. (5)

Nejlepším biologickým ukazatelem stáří je podle studií Harvardské univerzity změna v pružnosti pokožky a reakce na akustické podněty různé výšky a intenzity.

2.1.3 Sociální stáří

Počátkem sociálního stáří je většinou označován odchod do starobního důchodu, který je spojen s velkou změnou sociálních rolí, potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. (5)

2.2 Reakce jedinců na stáří

Reakce na stárnutí a samotné stáří bývají různé. Záleží na tom, jak kdo byl schopen a uměl se v průběhu života vyrovnat s nejrůznějšími situacemi, které musel zvládnout. Postoj každého jedince je ovlivněn řadou faktorů jako je vrozená dispozice, míra emoční inteligence, zdravotní stav jedince, osobnostní charakteristika, životní zkušenosti, výchova, pozice jedince v rodině, vzdělání, kulturní a společenské vlivy, prostředí, ve kterém jedinec žije a obecný postoj komunity a společnosti ke stáří. Všeobecně můžeme rozdělit reakce na stáří na kladné a záporné. (6, 7)

2.2.1 Kladné reakce

Kladné reakce na stáří vyplývají především z vyrovnaného přístupu ke změnám, které plynule nastávají. Tito lidé jsou vyrovnaní s minulostí, žijí v přítomnosti a mají realistický výhled do budoucnosti. Většinou jsou obklopeni milující rodinou a na stáří pohlíží jako na plnohodnotný úsek života, který dokážou využít k různým činnostem. Užívají si zaslouženého odpočinku, přijímají tuto novou situaci a respektují nové úkoly stáří. Mezi tyto úkoly patří přizpůsobit svůj život zdravotnímu stavu, úbytku sil a ekonomickým změnám, nevyhnutelnému odchodu partnera, nevyhýbat se sociálním vztahům s vrstevníky i ostatním členům společnosti, přizpůsobit svoji životosprávu, pohyb, sociální a životní styl novému období. Doporučuje se vytvářet si dopředu věkovou perspektivu, připravovat se na změny ve stáří a mít pro co žít. Člověk se připravuje na stáří v průběhu celého života a podle toho, jak se k němu staví, se mu daří lépe, či hůře. (6, 7, 8)

2.2.2 Záporné reakce

Mezi záporné reakce na stáří můžeme zařadit nejrůznější závislosti, především na alkoholu, stranění se společnosti, dále je to tzv. fobie ze zrcadel. Senioři mají strach z pravdivého pohledu na sebe, proto se vyhýbají pohledu do zrcadel. Po odchodu do starobního důchodu může vzniknout tzv. šok z uzavírajících se dveří. Nevidí před sebou žádnou činnost, perspektivu, cítí se zbyteční a nepotřební. Ve stáří vznikají často neurózy spojené s neschopností vyvíjet se psychicky v souladu s tělesným vývojem. Mohou vznikat i deprese. V některých případech se záporná reakce na stáří může naopak projevit horečnou pracovitostí. Mají strach o to, aby vše stihli, proto nadměrně pracují, což jim může zdravotně ublížit. Někdy jsou to i neuvážené plány, mezi které patří například horolezectví, jízda na in-line bruslích apod. Snaží se chovat jako mladí lidé. Je vhodné redukovat jejich odvážné plány, aby si neublížili. Všeobecně mají stárnoucí lidé strach z nevyhovující

změny životního stylu, stěhování, ze samoty, nesoběstačnosti, fyzické závislosti z nejrůznějších důvodů nebo ageismu (viz dále). (6, 7, 8)

2.2.3 Pomoc stárnoucím lidem překonat strach ze stárnutí

Důležité je nepřikazovat stárnoucím lidem nutnost přijetí stáří, nebagatelizovat stesky stárnoucích lidí, naslouchat a soucítit, snažit se pochopit a nediskriminovat. (9)

2.3 Strategie přístupů seniorů ke stáří

Podle Haškovcové (6) bychom mohli rozdělit přístup seniorů ke stáří do pěti následujících typů.

2.3.1 Konstruktivní přístup

Je to ideální postoj, kdy je senior soběstačný a dokáže přijmout všechny projevy stáří. Je optimistický, vstřícný, tolerantní, přizpůsobivý a dokáže se radovat ze života. Udržuje si optimální tělesnou kondici a soběstačnost. S okolím udržuje dobré vztahy.

2.3.2 Strategie závislosti

Je to postoj, kdy si senior vynucuje na okolí pomoc a péči. Tento typ seniorů dokáže díky svým zdravotním potížím manipulovat s okolím, nejčastěji se svými nejbližšími příbuznými. Tito lidé preferují pohodlí a spoléhají se na pomoc druhých. Někdy se senior nezdráhá použít i určitou formu citového vydírání, aby dosáhl svého záměru. Tento postoj je velice rozšířený.

2.3.3 Obranná strategie

Je to postoj, kterým senioři popírají realitu. Brání se přicházejícímu stáří oddálením odchodu do důchodu a snaží se udržet si za každou cenu svoji soběstačnost a pracovní i společenské postavení.

2.3.4 Strategie nepřátelství

Tento postoj zaujímají především senioři, kteří v životě nebyli úspěšní. Jejich nepřátelský přístup je odrazem nepřijetí jejich nepříznivé situace. Jsou plní zloby, vzteku, nenávisti a negativních emocí. Zároveň jsou ale plní smutku, lítosti a emoční bolesti. Zatěžují tak nejenom sebe, ale i své okolí.

2.3.5 Strategie sebenenávisti

Je to vystupňovaná forma nepřátelství, kterou však obrací senior proti sobě. Je to velmi závažný postoj, který mnohdy vede seniora až k vyhroceným životním situacím.

2.4 Postoj společnosti ke stáří

Vztah společnosti ke stárnoucímu jedinci vypovídá o její vyspělosti a morální úrovni. Situaci v současné české společnosti nelze hodnotit jako kladnou, ale bohužel jako neuspokojivou a problémovou. Naše společnost se po revoluci v roce 1989 začala orientovat na západní styl života a odklonila se tak od předchozích tradic. Bohužel převažuje mnoho nepříznivých projevů, které stáří a stárnoucího jedince mnohdy zesměšňují, ponižují, nerespektují a nedoceňují. Tento postoj můžeme označit jako ageismus. Význam slova pochází z anglického slova age – tzn. věk nebo stáří a znamená systematickou diskriminaci a stereotypizaci lidí pro jejich stáří. Ageismus dovoluje lidem vidět staré lidi jako odlišné, nepotřebné a nerovnoprávné bytosti. S tímto devalvujícím postojem se setkáváme velmi často, bohužel mezi mladšími a mladšími lidmi. Naše společnost vyznává povrchní a pomíjivé hodnoty, podléhá kouzlu krásy a mládí, výkonnosti, pružnosti a nejvyššímu nasazení. Společnost zapomíná na zkušenost stáří, jeho rozvahu a moudrost, schopnost srovnání a pokoru. Ti, kteří tyto atributy respektují a jsou stále poctiví a seriózní, jsou terčem posměchu a stojí kdesi vzadu. Respekt ke stáří stále více a více vyprchává, mění se hodnotový systém společnosti. Ti, kteří by měli jít příkladem, sami nedodržují morální principy, dětem tudíž chybí vzory správného chování. Tradiční rodina ztrácí svoji funkci a do popředí se tlačí lhostejnost, lenost a povrchnost. Z těchto důvodů se může u části populace vyskytnout odchylný pohled na stáří, jedná se o tzv. mýty o stáří. (10)

2.5 Mýty o stáří

Podle Malíkové (10) patří mezi nejčastěji se vyskytující mýty o stáří následujících šest předsudků.

2.5.1 Mýtus falešných představ

Názor: Senior je spokojen, pokud je hmotně zajištěn. Komentář: Pro seniora není nejdůležitější být materiálně zajištěn. Naopak, senior mění priority a obrací pozornost na duchovní hodnoty. Soustřeďuje se na upevnění rodinných vztahů. (10)

2.5.2 Mýtus zjednodušené demografie

Názor: Starý člověk je ten, který právě odešel do starobního důchodu. Komentář: Odchod do penze rozhodně neznamená konec aktivní činnosti člověka. Ukončení pracovního procesu člověka otevírá další možnosti pro svou aktivitu a zájmové činnosti, na které právě v době zaměstnání tolik času nezbývalo. (10)

2.5.3 Mýtus homogenity

Názor: Všichni staří lidé vypadají stejně a ztrácí svoji identitu. Komentář: Naopak, mezi seniory je nejvíce rozdílů. Velmi často se soustřeďují na svůj zevnějšek, pečují o sebe, snaží se být originální. Svoje nedostatky řeší operacemi nebo kompenzačními pomůckami (zhoršená pohybová schopnost, snížená kvalita zraku apod.). (10)

2.5.4 Mýtus neužitečného času

Názor: Protože už staří lidé nepracují, jsou pro společnost neužiteční a zbyteční. Komentář: I přesto, že starý člověk nepracuje, může být pro společnost užitečný svými celoživotními zkušenostmi, radami. Naopak v tomto období se uplatňuje tzv. krystalická inteligence, která je podložena celoživotními zkušenostmi a nabytými vědomostmi člověka. V tomto období často tvoří staří lidé svá vrcholná díla, která jsou právě završením celoživotních zkušeností. (10)

2.5.5 Mýtus ignorance

Názor: Staří lidé jsou pro společnost zbyteční a zatěžující, nemají žádnou hodnotu. Komentář: Přehlížení stáří je jakousi formou rasismu, která je zaměřená na staré lidi. Jde o projev ageismu. (10)

2.5.6 Mýtus o arterioskleróze nebo o senilitě

Názor: Projevem stáří je senilita a zapomnětlivost. Komentář: I když se u starých lidí vyskytuje postupné snižování kognitivních (rozumových) funkcí a může se rozvíjet demence nebo skleróza, neznamená to, že jsou to automaticky staří lidé. Tyto poruchy se mohou vyskytovat i u mladších lidí. Je pravda, že jsou staří lidé často nemocní a nesoběstační a jsou proto umísťováni do pobytových zařízení. Z toho pramení obecný předsudek, že stáří je nemoc a staří lidé patří např. do domovů pro seniory. Musíme si ale uvědomit, že je důležité zaměřit se na prevenci takovýchto stavů, které jsou podloženy správnou životosprávou a trénováním mozkových buněk, paměti.

Pokud přistupujeme k seniorům na základě předsudků, výsledkem je nepochopení jedince, opomíjení jeho potřeb, pocitů, nároků a práv, nerespektování jeho důstojnosti a ponižování. Ke starému člověku je důležité přistupovat s trpělivostí, pokorou a úctou. (10)

3 ZÁSADY KOMUNIKACE SE SENIORY

3.1 Obecně o komunikaci

Komunikace probíhá vždy, i když nemluvíme. Je to interakce mezi jedinci téhož druhu. Mezi lidmi hovoříme o sociální komunikaci. Hlavní funkcí komunikace je informovat, instruovat, přesvědčit nebo pobavit. Komunikací sdělujeme informace, pocity, postoj k tématu, postoj k posluchači, své sebepojetí, žádosti, přání, náznak průběhu dalšího vztahu a další komunikace. Komunikace probíhá nejen verbálně, ale také nonverbálně, a to gesty, mimikou, haptikou, proxemikou, posturologií a úpravou zevnějšku. Základem dobré komunikace je umění naslouchat a být schopen se přizpůsobit aktuálním podmínkám. Zároveň je důležité chtít, umět a mít možnost komunikovat. (11)

3.2 Specifická komunikace se seniory

Senior všeobecně reaguje pomaleji. Komunikaci ovlivňují poruchy paměti v tom, že si senior nemůže rychle nebo vůbec vzpomenout na určité věci, lidi, čísla apod. Senioři mají sklon opakovat již sdělené, aby se ubezpečili, že protějšek naslouchá a že ho pochopil. Někdy se jedná o pocity nejistoty nebo snížené koncentrace. V důsledku nedoslýchavosti nemusejí zprávě dobře rozumět a mohou reagovat nepřiměřeně. V hlučném prostředí nebo tam, kde je více lidí, nemusí senior vše dostatečně vnímat a bojí se zeptat ze strachu, že se mu vysmějí. (11)

3.3 Obecné zásady komunikace se seniory

Před začátkem komunikace se seniorem si vytyčíme cíl, účel a smysl komunikace. K seniorovi se chováme s úctou a trpělivostí. Komunikujeme s ním jako s partnerem. Respektujeme jeho omezení nebo komunikační bariéry a snažíme se je překonat. Pozorně naslouchám a dáváme najevo svůj zájem. Pokud se mu nedaří zformulovat, co chce říci, snažíme se mu slušnou formou pomoci. Nespěcháme. (11)

Dodržujeme desatero zásad verbální komunikace se seniory (viz Příloha A).

3.4 Chyby v komunikaci se seniory

Komunikace se může jevit jako jedna z nejpřirozenějších vlastností v životě člověka. Bohužel všichni víme, že jsou situace, kdy si s protějškem při rozhovoru nerozumíme a nemůžeme se navzájem pochopit. Pro seniora to může být daleko častější problém než pro člověka mladého, proto je tak důležité znát klady a zápory komunikace se

seniory. Problémy se mohou vyskytnout jak na straně komunikátora, tj. mluvčího, tak i na straně recipienta, tj. osoby, která informace přijímá, nebo v prostoru, tzv. komunikačním kanálu, kde rozhovor probíhá. (11)

3.4.1 Chyby na straně komunikátora

Mezi nejčastější chyby na straně komunikátora je používání odborných nebo cizojazyčných termínů, porucha řeči ve smyslu zvýšené rychlosti nebo intenzity, používání dvojsmyslných slov, nesoulad mezi verbální a neverbální stránkou sdělovaného. Tedy mezi tím, co říkáme a co si myslíme. Závažnou chybou je též devalvační jednání, jako je ignorace, neochota, zlehčování, hrubost a familiární oslovování. Je to celkový projev neúcty. Dále sem patří jednosměrná komunikace bez zpětné vazby, autoritativní chování, nedostatek času nebo vlastní kladné či záporné zkušenosti spojené s komunikací se starým člověkem. Mezi chybu v komunikaci ze strany komunikátora můžeme zařadit i komunikační neschopnost. (11)

3.4.2 Chyby na straně recipienta

Mezi nejčastější chyby na straně příjemce, v našem případě seniora, je často zhoršené vidění, porucha sluchu, porucha řeči nebo obyčejná nesympatie s komunikátorem, která může pramenit z jeho chování a vystupování vůči konkrétnímu seniorovi nebo ostatním seniorům. Dále to může být snížený stupeň inteligenčního kvocientu, momentální stav jako je únava nebo nemoc, nesoustředěnost nebo stav, při kterém senior odmítá naslouchat. (11)

3.4.3 Chyby v komunikačním kanále

Mezi chyby v prostředí, ve kterém probíhá rozhovor, patří zvýšený hluk, nedostatek světla, velké teplo nebo naopak chladno až zima a nedostatek soukromí. (11)

4 ETIKA A LIDSKÁ DŮSTOJNOST

4.1 Etika

Etika je schopnost řídit se svým svědomím. Je to souhrn pravidel chování závazných pro individuální svědomí člověka. Morálka představuje hodnotový a významový rozměr lidského života a tím se odlišuje od života zvířat a ostatní přírody. Etika má svůj původ v dávné minulosti, v počátcích lidské společnosti. Chování jedince v souladu s morálkou určuje znalost morálních norem dané společnosti, stereotypy morálního chování, které jsou formované výchovou a nácvikem vzorového chování a napodobování. Dále jsou to emoce, které jsou určovány prožíváním spokojenosti z morálního chování a veřejné mínění, což je kolektivní svědomí, které silně ovlivňuje chování lidí (strach z odsouzení, zavržení, ztráty přátel nebo rodiny na základě porušení morálních norem). A také jsou to podmiňované a posilovací reakce, kterými včas a přiměřeně odměňujeme správné chování a trestáme chování nesprávné v procesu výchovy nebo ve společnosti. (12, 13)

4.2 Lidská důstojnost

Lidská důstojnost jde ruku v ruce s morálkou jedince. Je to projev respektu a úcty vůči člověku pro obecnou hodnotu jeho lidství. Důstojnost člověka můžeme rozdělit na důstojnost zásluh, mravní síly a osobní identity. (12)

4.2.1 Důstojnost zásluh

Důstojnost zásluh je vyjádření respektu k minulosti člověka, který je spojen s určitým ekonomickým a sociálním postavením. Vážíme si všeho, čím člověk byl a co v životě dokázal. (12)

4.2.2 Důstojnost mravní síly

Důstojnost mravní síly člověka chápeme jako schopnost člověka vyjádřit obrovskou mravní sílu ve vztahu k vlastní bezmoci a bolesti nebo jinému utrpení, zvláště pak u vážně nemocných nebo umírajících jedinců. (12)

4.2.3 Důstojnost osobní identity

Důstojnost osobní identity spočívá ve vlastní duchovní jedinečnosti člověka. Je to jeho vědomí vlastního já, kterým se začleňuje do společnosti. A právě tato část lidské důstojnosti bývá často narušena, a to v okamžiku, kdy jej přehlížíme. (12)

5 RODINA A SENIOR

Velmi důležitým prvkem pro starého člověka je rodina, proto je součástí práce obecná zmínka o struktuře rodiny, postavení starého člověka v rodině a péči, která mu byla, je nebo může být poskytována.

5.1 Struktura rodiny

Podle sociologů je rodina primární, malá a neformální skupina, která je tvořena lidmi spojenými příbuzenskými pouty. Rodina má např. funkci ekonomickou, výchovnou, emocionální a reprodukční. Během lidského vývoje procházela rodina různými změnami. Uvnitř rodiny docházelo k funkčním a významovým změnám. Dříve se hledělo při uzavírání sňatků na ekonomické důvody, dnes se uzavírají sňatky ještě stále z citových důvodů. Struktura rodiny je v moderním společenství pestrá. V naší společnosti převládá nukleární typ rodiny. Jedná se o tzv. atomizaci, kdy každá rodina bydlí samostatně, i když mají mezi sebou dobré vztahy. Starší lidé, pokud jsou soběstační, preferují bydlení v blízkosti dětí. Tato skutečnost je označována jako intimita na dálku. Dříve bydlelo několik generací pospolu a to bylo výhodné pro výchovu dětí, pokud v rodině vládly dobré vztahy. Děti se naučily respektovat životní rytmus starých lidí. Viděly své rodiče, jak se chovají ke svým rodičům, a tak se ztotožňovaly s jejich postoji ke starší generaci. Ne vždy však panoval v rodině soulad. Starší členové rodin to vnímali velmi citlivě. Pokud byly mezilidské vztahy v rodině špatné, starší lidé se duševně trápili, zvláště pak, pokud byli mladší generaci na obtíž. (9, 14)

5.2 Postavení seniora v rodině

Podle Zavázalové (14) představuje rodina pro seniora přirozené sociální prostředí a péče rodiny je pro starého člověka nezastupitelná. Tak jako mají děti oporu ve svých rodičích, tak by měl starý člověk najít porozumění ve svých dětech nebo dalších příbuzných. Pro seniory je dobrá funkce rodiny jistotou, že o něj bude v případě potřeby postaráno. Pokud se bude chtít rodina o svého seniora dobře postarat, musí mít především dobrou vůli, trpělivost a snahu najít co nejlepší řešení v dané situaci. Důležitým předpokladem v péči o seniora je v dnešní době mít podmínky psychické, fyzické, sociální, bytové, technické a hlavně časové. Řada lidí by se velmi ráda o své staré rodiče postarala, ale znamenalo by to pro ně ve většině případů ztrátu zaměstnání. Této zátěži jsou vystavovány především ženy ve středním věku. Často se ocitají v situaci, kdy pociťují

nutnost poskytnout podporu svým rodičům, ale systém jim to neumožňuje. Mnohdy se potýkají právě s překážkami pracovními, a tím pádem i finančními. Často pak mají vůči svým rodičům výčitky svědomí. V praxi se setkáváme s velkým množstvím nešťastných a plačících příbuzných, kteří by se rádi postarali o své rodiče až do konce jejich života, ale právě tento problém jim to nedovoluje.

Jak se rodina o svého seniora dokáže postarat je dáno nejen morálními a etickými předpoklady, společenskými a rodinnými tradicemi a prioritami, ale také, a v dnešní době především, momentální rodinnou situací. (14)

5.3 Historie péče o seniora

V minulosti byla v tradiční společnosti rodinná péče jediným možným způsobem, jak se postarat o svého starého člena rodiny. Byla to povinnost rodiny. Když se postarali rodiče o děti, proč by se nepostaraly děti o rodiče? Tento způsob je stále považován za jediný možný, přirozený a optimální. V dřívějších dobách se preferoval tzv. výměnkářský systém, který fungoval u vícegeneračních rodin. Produktivní rodina uzavírala se starými členy rodiny tzv. výměnkářskou smlouvu, která jim zajišťovala doživotní byt a stravu, pomoc ve zdraví a nemoci. Postupem doby se tradiční význam rodiny změnil. Mladí lidé se začali po válce, v minulém století, stěhovat do měst za prací a soužití vícegeneračních rodin se v malém panelovém městském bytě, protože jiné možnosti nebyly, téměř rozpadlo. Soužití vícegeneračních rodin můžeme ještě vidět na vesnicích, kde jsou dodnes dodržovány staré zvyky. (9)

V 50. až 80. letech minulého století vznikaly po celé naší republice penziony, které však mohli využívat k bydlení jen zcela soběstační jedinci. Další variantou pro umístění seniora, ale se sníženou soběstačností v různých oblastech, byly domovy důchodců. Obě tyto formy bydlení byly pro umístění seniorů finančně výhodné, proto se hojně využívaly. Dětem pak zůstávaly byty, kterých se senioři vzdávali ve prospěch svých dětí nebo vnoučat. Pro zcela nesoběstačné seniory, o které se nemohla rodina z nejrůznějších důvodů postarat, byla zakládána oddělení pro dlouhodobě nemocné nebo lůžka následné péče a v současné době sociální lůžka. (6)

5.4 Péče o seniora v současné době

V současné době je hlavním cílem zajistit starému člověku co nejdelší možnou dobu zůstat ve svém prostředí, tj. doma. Jen tam se cítí nejlépe, jistě a spokojeně. Když je

senior soběstačný, má zajištěné bydlení a dostatek financí, pokud má možnost uspokojit své veškeré potřeby a navíc má rodinu, se kterou udržuje dobré vztahy, je to pro seniora ideální situace. Potřebuje-li senior občas s něčím v domácnosti vypomoci, zpravidla to příbuzným nebo známým, či dokonce sousedům nečiní větší potíže. Senior tak dokáže žít kvalitně dlouhou dobu. (14)

Pokud je však senior částečně nebo zcela nesoběstačný, i když má kde bydlet a je finančně zajištěn, a nemá oporu ve vlastních dětech nebo dalších příbuzných, je většinou pro svůj zhoršený zdravotní stav a eventuelně zhoršující se kognitivní funkce přijat do sociálního nebo zdravotnického zařízení, kde dožívá. Ne všichni senioři se s tímto faktem dokážou vyrovnat. Starý člověk se neobává chronických nemocí, ale ztráty soběstačnosti, závislosti na druhých, ať je to rodina nebo zdravotníci, a samoty. (14)

Existuje řada faktorů, které mohou výrazně negativně ovlivnit kvalitní samostatný život seniorů. Mezi tyto faktory patří různé stupně nesoběstačnosti v sebeobsluze (oblékání, osobní hygieně, koupání), nesoběstačnosti v péči o domácnost (vaření, nákupy, úklid), neschopnosti opustit byt, inkontinence moči nebo stolice, závažné poruchy chování, celkové zhoršení funkčního stavu, osamělost či absence pečovatele. (14)

Ke konci minulého století vznikaly modely komunitního ošetřování. Po roce 1989 dosáhl vývoj v sociální oblasti a zdravotních služeb výrazného rozkvětu. Vznik nestátních a charitativních organizací, které poskytují kvalifikované služby nejen seniorům, ale i rodinám, pomáhá navracet péči o staré lidi do domácího prostředí. Starému člověku tak svítá naděje na co nejdelší možnost zůstat ve svém vlastním prostředí za pomoci rodiny a pomáhajících služeb. (14)

6 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORA

Trendem dnešní společnosti je poskytnout seniorům komplexní zdravotní a sociální péči, která by měla být aktivní, diferencovaná a soustavná. Zákon č. 108/2006 Sb. (15) obsahuje přehled sociálních služeb, které mohou být klientům poskytnuty. Autorka se soustředí především na sociální péči o seniory. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Formy sociální péče se dělí na ambulantní, terénní a pobytové.

6.1 Ambulantní formy sociální péče

Ambulantní služby jsou služby, za kterými senior dochází, je doprovázen nebo je dopravován, a které jsou v zařízení sociálních služeb. Součástí této sociální služby není ubytování. (15)

6.1.1 Denní stacionáře

V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost a kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba je vytvořena jako pomoc pečujícím rodinám o seniora, kteří jsou však trvale zaměstnáni. Služba je poskytována v pevně stanovené denní hodiny od pondělí do pátku. Tato služba zajišťuje zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu jako je osobní hygiena, poskytuje stravu nebo pomoc pro zajištění stravy. Zajišťuje též aktivizační, vzdělávací nebo výchovné činnosti. Služba není hrazena ze zdravotního pojištění. (15)

6.1.2 Centra denních služeb

Centra denních služeb jsou ambulantní služby, které jsou poskytovány ve specializovaném zařízení. Jejich obsahem je posilovat samostatnost a soběstačnost osob se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci. Tato služba zajišťuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu jako je osobní hygiena, poskytuje stravu nebo její zprostředkování, pomoc při prosazování práv a zájmů. Denní centra se odlišují od stacionářů tím, že je senior nemusí navštěvovat pravidelně a doba příchodu a odchodu má volnější charakter. Služba není hrazena ze zdravotního pojištění. (15)

6.2 Terénní služby sociální péče

Terénní služby sociální péče jsou služby, které jsou seniorovi poskytovány v jeho domácím prostředí. (15)

6.2.1 Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba. Poskytuje se v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, kteří potřebují pomoc druhé osoby, a to v předem dohodnutém čase a rozsahu. Služba zajišťuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu jako je osobní hygiena, pomoc při zajištění chodu domácnosti a pomoc při uplatňování práv a zájmů. Služba není hrazena ze zdravotního pojištění. (15)

6.2.2 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba, která je poskytována seniorům se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a vyžaduje pomoc druhé osoby. Je poskytována v pracovní dny ve vymezeném čase pečovatelské služby. Poskytuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Služba není hrazena ze zdravotního pojištění. (15)

6.2.3 Tísňová péče

Tísňová péče je terénní služba, která poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami, které jsou vystaveny vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu. Služba je bezplatná. (15)

6.2.4 Průvodcovské a předčitatelské služby

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby, které jsou nabízeny osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a pomáhají jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti a zajistit jim tak kontakt se společenským prostředím. Služba není hrazena ze zdravotního pojištění. (15)

6.2.5 Odlehčovací služby

Respitní péče je odlehčovací služba, která je poskytována terénně, ambulantně nebo pobytovou formou. Je určená všem klientům ve stabilizovaném zdravotním stavu, kteří nevyžadují soustavnou zdravotní péči, ale v důsledku svého zdravotního stavu potřebují nepřetržitou pomoc druhé osoby. O tuto formu pomoci může žádat pečující klienta v zařízení, které službu poskytuje. Žádost potvrdí praktický lékař klienta. Služba je určená klientům, kteří jsou v dlouhodobé péči svých příbuzných. Jejím smyslem je umožnit

pečujícím členům rodiny odpočinek, regeneraci a načerpání nových sil k další péči o staré a nemocné seniory. Pro pečujícího člověka je to velmi obtížné rozhodnutí, mnohdy s ambivalentními pocity. Na jedné straně je to výrazná úleva od vyčerpání, které celodenní péče o svého starého člena rodiny přináší, a na druhé straně může mít pečující pocit viny, že svého seniora odložil (pokud je tato forma služby pobytová) do zařízení a nebyl schopen se o něj postarat. Naštěstí je to jen dočasná záležitost ku prospěchu všech zúčastněných. Tato služba se využívá nejen z důvodů vyčerpání pečující osoby nebo její nemoci, ale i jako překlenovací období pro eventuelní stavební úpravu prostředí, ve kterém senior žije. (15)

6.2.6 Home care

Home care neboli domácí péče je definována jako nestátní domácí odborná zdravotní péče, která ovšem jako jediná nepatří do státem nabízených sociálních služeb. Za určitých podmínek je plně hrazena zdravotní pojišťovnou klienta. Péči provádí zkušené všeobecné sestry ve spolupráci s praktickým lékařem klienta, který službu předepisuje. Péče je prováděna nepřetržitě 7 dní v týdnu a maximálně 3 hodiny denně v domácím prostředí klienta. Velmi často bývá využívána kombinovaná domácí odborná péče (home care) s domácí laickou péčí (home help). Domácí péče je využívaná osobami, které jsou ve stabilizovaném zdravotním stavu, u nichž není nutný pobyt v ústavním zdravotním nebo sociálním zařízení, ale zároveň nestačí laická domácí pomoc. (15)

Domácí péče je od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotní péče v České republice.

6.3 Pobytové služby sociální péče

Pobytové služby sociální péče jsou služby spojené s ubytováním seniorů v zařízeních sociálních služeb nebo jsou propojeny se zdravotnickými zařízeními, která zajišťují odbornou lékařskou a ošetřovatelskou péči. Zdravotní péče je proto hrazena ze zdravotního pojištění a sociální část péče si hradí senior sám. (15)

6.3.1 Týdenní stacionáře

Týdenní stacionáře nabízejí pobyt seniorům během pracovního týdne. Na víkend odjíždějí senioři do domácího prostředí. Služby se poskytují seniorům se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje péči druhé osoby. Týdenní stacionáře poskytují ubytování, stravu, pomoc při hygieně, zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně

terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a uplatňování práv a zájmů při obstarávání osobních záležitostí. (15)

6.3.2 Chráněná bydlení

Chráněná bydlení spadají do pobytových služeb, které jsou nabízeny seniorům se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, jejichž stav vyžaduje pomoc druhé osoby. Součástí se stala pečovatelská služba, která poskytuje stravu nebo její zajištění, poskytuje pomoc v zajištění chodu domácnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím. Bydlení je přidělováno formou dekretů městským úřadem, senior si bydlení hradí v plném rozsahu. (15)

6.3.3 Domov pro seniory

Domovy pro seniory jsou pobytová zařízení, která poskytují služby seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby. Služba poskytuje pobyt, stravu, pomoc při zvládání péče o vlastní osobu, hygienu, aktivizační a terapeutické činnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí. Zdravotní výkony jsou hrazeny za zdravotního pojištění a sociální služby si hradí senior sám z vlastních prostředků. Domovy pro seniory mají stálou zdravotní službu, kterou vykonávají všeobecné sestry a pracovníci v sociálních službách. (15)

6.3.4 Domov pro seniory se zvláštním režimem

Domov pro seniory se zvláštním režimem funguje na stejném principu jako Domov pro seniory. Specifikem této pobytové služby je péče o seniory především s Alzheimerovou chorobou, kteří vyžadují specifický přístup. (15)

6.3.5 Léčebna dlouhodobě nemocných

Léčebna dlouhodobě nemocných je zřizována ve zdravotnických zařízeních, kde jsou poskytovány jak zdravotní, tak sociální služby. Přijetí do léčebny se uskutečňuje na doporučení praktického či odborného lékaře, nebo překladem z jiného zdravotnického zařízení. Zdravotní péči zajišťují lékaři a nelékařský zdravotnický personál. Léčebny dlouhodobě nemocných zajišťují ošetřovatelskou a rehabilitační péči pacientům, kteří potřebují doléčení a rehabilitaci po akutní nemoci či pooperační péči. Je časově omezena a hradí se ze zdravotního pojištění. (15)

6.3.6 Hospice

Hospice jsou ambulantní nebo pobytová zařízení, která jsou určena pro klienty v terminálním stadiu onemocnění. Hospice poskytují paliativní péči, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetřovatelských a rehabilitačně-ošetřovatelských činností poskytovaných u preterminálně a terminálně nemocných, u kterých byly již vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného. Péči poskytuje tým pracovníků se zdravotnickým vzděláním nebo vzděláním v sociální oblasti, který se snaží zkvalitnit život klienta. Tým se zaměřuje na klienta a jeho nejbližší příbuzné. (15)

7 ZÁVĚR ŽIVOTA

Řada lidí si myslí, že je každý starý člověk nešťastný. A že je nešťastný právě z toho, že stojí před branou smrti, a proto, že na smrt stále myslí. Ano, je možné, že na ni čas od času myslí, to asi každý, a senior ve vyšším věku určitě. Je to přirozená věc, ale nešťastný není ze smrti jako takové. Spíše než smrti se starý člověk bojí nesoběstačnosti, závislosti a samoty. (16)

Každý člověk přemýšlí o smysluplnosti svého života a tudíž i o jeho konci. Rozjímáme, čeho jsme v životě dosáhli, nebo naopak, co jsme ještě nedokončili nebo nezvládli. V každém plánování samozřejmě existují hranice. V lidském životě je touto hranicí smrt. (16)

Pro starého člověka je důležité pochopit sebe samého, pochopit celý svůj život. Smířit se s jeho klady a zápory. Jedině tak může starý člověk najít svůj klid a smíření. Tento fakt mu umožní svobodně a důstojně dožít a poté zemřít. (16)

8 UMÍRÁNÍ

Umírání a smrt patří od počátku existence života na zemi k největším tajemstvím. Nikdo nevíme, kdy a jakým způsobem zemřeme. Nikdo z nás si nemůže umírání a smrt vyzkoušet nanečisto. Umírání a smrt jsou nezvratné, jedinečné jevy a pro všechny jediná jistota v životě. Umírání a smrt nám nezbývá než respektovat. (17)

„Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nezvratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt (mors). Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání však nemůžeme redukovat pouze na terminální stav.“ (18, s. 204)

Otázkami umírání se zabývá thanatologie. Je to nauka o smrti a umírání. Umírání je chápáno stále více jako proces, na jehož konci je smrt. Umírání lze rozdělit do třech časově rozdílných fází. (17)

8.1 Pre finem

Je to období, které může trvat různě dlouhou dobu. Dá se obecně říci, že je to vlastně období, které začíná naším narozením a trvá celý život. (17, 19, 20)

8.2 In finem

Tato fáze je obdobím samotného umírání neboli terminálním stavem našeho života. V tomto období, které je různě dlouhé, dochází ke změnám na kůži umírajícího. Kůže je šedá, bledá se studeným potem. Oči mohou být otevřené nebo zavřené, okrajové části těla jsou na dotek chladné a na pohled mramorové, puls slábne, je špatně hmatný a nepravidelný. Dochází ke změnám v termoregulaci. Dýchání je ztížené a nepravidelné, umírající může a nemusí být při vědomí. (17, 19, 20)

8.3 Post finem

Je to období po smrti, které zahrnuje nejen péči o mrtvé tělo, ale i péči o pozůstalé. V tomto období je nutné zdůraznit etický postoj ošetřovatelského personálu. Důležité je také věnovat více pozornosti problematice zármutku a žalu. (17, 19, 20)

9 HISTORIE UMÍRÁNÍ A SMRTI

Od počátku lidské existence se skloňují slova umírání a smrt. Je to jedna z nejtěžších a nejzáhadnějších otázek, na které hledáme stále odpovědi. Smrt nás nejenom rozděluje, ale i spojuje. Dokladem toho jsou nálezy kosterních pozůstatků našich předků, kteří byli ukládáni do hrobů a posmrtně obdarováváni. Byla to známka úcty a oddanosti pozůstalých. Záleželo na kultuře, zvycích a rituálech, které měly různé významy. Ve starém Egyptě byli sociálně nejvýše postavení zemřelí poctěni balzamováním, aby se jejich těla ochránila před hnilobnou zkázou. A vzhledem k tomu, že byly do hrobů vkládány dary a věci denní potřeby, lze usoudit, že lidé v dávné minulosti věřili na pokračování života po smrti. Pokračování života po smrti tvořil společný základ pro náboženství všech kultur. Lidé věřili, že jejich duše, která s okamžikem smrti opouští tělo, najde věčnou posmrtnou blaženost. Můžeme se proto v literatuře setkat i s radostí při pochovávání mrtvých, protože smrt byla chápána jako vysvobození z pozemského utrpení. (21)

Smrt byla ve všech dobách významnou chvílí v životě jedince i ostatních. Pro pozůstalé přinášela povinnost vypravit pohřeb. Způsoby pohřbů a rituály kolem něj se měnily podle náboženství a kultury, kterou jedinec a jeho okolí vyznávali. (21)

V minulosti se tedy lidé umírání nebáli. Byli smíření s osudem. Smrt byla každodenní součástí jejich života. Nepociťovali úzkost, byli přesvědčeni, že pozemský krátký a těžký život vystřídá nekonečná blaženost. Přáním umírajícího byla dobrá smrt. Pod tímto pojmem si představovali rodinu, která je v jejich „poslední hodince“ neopustí. Každý věděl, jak se má k umírajícímu chovat a co bude následovat. Měl jistotu, že o něj bude postaráno. Z generace na generaci se předávaly zkušenosti z tohoto typu domácího umírání. Každé umírání, smrt a pohřeb měly svůj pevný scénář. Tyto tradice byly umocněny vírou, která lidi posilovala a utvrzovala je v jejich počínání. Lidé pečovali o nemocné a umírající s láskou k bližnímu a věřili, že jsou si před Bohem všichni rovni. (21)

Tyto modely umírání však nebyly pravidlem ve všech sociálních vrstvách společnosti. Chudí často umírali osamoceni a ve špatných a nedůstojných podmínkách. Zvláště pak za období nepokojů, válek nebo epidemií. To byl především důvod, proč vznikaly nejrůznější chudobince, lazarety nebo špitály, které připomínaly dnešní

nemocnice. Nemocní a umírající se začali soustřeďovat do těchto institucí, kde jim bylo poskytnuto základní materiální zázemí a pokrytí nejdůležitějších fyzických potřeb. (21)

Ke konci 19. století a počátkem 20. století byla ještě úmrtnost ve světě i v Čechách značně vysoká. Převládala kojenecká a dětská úmrtnost. Dožít se dospělosti, stejně tak vyššího věku v této době bylo vzácné. Pokud byli lidé nemocní, tak krátce a poměrně rychle umírali. Medicínské možnosti byly skromné a intervence ve prospěch návratu života nebo zdraví nemocných byly omezené. Vlivem sociálních změn, pokroků v medicíně, osvěty a informovanosti lidí se situace začala pomalu zlepšovat. Pokroku dosáhlo lidstvo ve všech oborech zvláště po 2. světové válce. (21)

Ve druhé polovině 20. století dochází k přesunu umírání starých lidí do nemocnic, penzionů, domovů důchodců. Tam se sice nemocní a umírající dostali do péče profesionálů, ale ti se soustředili jen na výkony a obyčejné lidství postupně ztrácelo svůj smysl. Staří lidé se ocitli opuštění a osamoceni. Dvakrát týdně čekali v nemocnicích na návštěvu, která za nimi mohla jen ve vymezený čas. Zůstali tak odloučeni od svých blízkých za zdmi nemocnic nebo ústavů, kde také posléze umírali, místo aby byli ve svých těžkých chvílích podpořeni svými příbuznými. Ti se vlastně ani moc nebránili. Nic jiného jim totiž nezbývalo, podrobovali se tehdejším nařízením. A tak se stal institucionální model péče o umírající běžným. Umírání ztratilo charakter sociálního aktu. (21)

10 UMÍRÁNÍ A SMRT VE 21. STOLETÍ

V současné době se pojmům umírání a smrt věnuje větší pozornost, než tomu bylo dříve, a v České republice před rokem 1989. Umírání a smrt byly do té doby odsunuty za zdi nemocnic a ústavů, za bílou plentu, mnohdy na pokoj, který byl určen pro umírající. Snad každý si dovede představit reakce ostatních přítomných pacientů, když přišli do nemocničního pokoje zřízenci a odváželi umírajícího do „toho" pokoje, ze kterého není návratu. Jaký měl tento postup psychický dopad na ostatní pacienty? Nemocnice sice zajistila pořádek, čistotu, léky, jídlo, ale zdaleka ne city a porozumění. Samota se smrtí se stávala pravidelností. (21)

Dnešní společnost je soustředěna především na zdraví, krásu, úspěch, perspektivu. Stáří a umírání odmítá. Snaží se umírání a smrt vytěsnit ze svého povědomí. Velkou roli hrají i sociální a ekonomické důvody. Na péči o umírajícího rodinného příslušníka u nás není v zákoně dostatečně pamatováno a jen málo zaměstnavatelů je ochotno vyjít v těchto případech zaměstnancům, kteří mají zájem pečovat o svého umírajícího člena rodiny, vstříc. Smrt a umírání jsou stále ještě tabu, i když v posledních letech řada laiků i odborníků tuto problematiku znovu otevírá. Tématu smrti a umírání se stále více věnuje pozornost ve světě i v České republice. Nikdo se nenarodí sám, tak by i sám nikdo neměl umírat. (21)

Bohužel řada lidí nemá v dnešní době osobní zkušenosti s umíráním a řada lidí je mít asi ani nechce. Lidé jsou přesvědčeni, že profesionálové to musí umět, protože na to mají vzdělání. Dnešní způsob péče o umírající přináší odbornou péči a materiální zajištění pro relativně dobré dožití, ale často chybí upřímná lidská účast a psychická podpora. Dnešní člověk nemá na nic čas, ani na své nejbližší. Neradi jsou smrti nablízku. Pokud nemá umírající senior rodinu, která by se o něj mohla nebo chtěla starat, nebo má-li senior rodinu, která situaci kolem umírání nezvládá, je převezen do nemocnice nebo do léčebny dlouhodobě nemocných, kde umírá. (21)

„Tragicky smutné bývá umírání člověka, kterého už okolí odepsalo, nikdo se s ním nebaví, nikdo ho nebere vážně a nakonec je poslán do nemocnice umřít." (22, s. 135)

Ze slušnosti se alespoň zúčastní pohřbu a rychle se vrací do víru dnešního uspěchaného života. Je to honba za penězi a postavením ve společnosti. Lidé se stávají sobeckými, cynickými a jsou uzavření sami do sebe. Proces socializace je klubkem

komplikovaných sociálních vztahů a jen těžko je někdo v brzké budoucnosti rozmotá. Dnešní lidé mají spojené s umíráním a smrtí utrpení, nejistotu, nepohodu, prázdnotu a nebytí, proto o ní nechtějí ani slyšet, natož mluvit. Jaké jsou tedy předpoklady k tomu, aby se umírání opět stalo sociálním aktem?

Podle Haškovcové (18) jsou dva způsoby, jak zrealizovat znovuvzkříšení modifikovaného domácího modelu umírání. A to buď ponechat umírajícího doma a zajistit mu odbornou péči, nebo umožnit rodině přítomnost v nemocnicích nebo ústavech a tím obohatit často chladnou profesionální péči o hřejivé rodinné vztahy. Obě možnosti lze kombinovat, příkladem je současné hospicové hnutí, které se neustále rozvíjí. (18)

11 UMÍRAJÍCÍ

Každý člověk má nejen právo, ale i mravní a lidskou povinnost zaujmout stanovisko ke svému budoucímu umírání a ke své smrti (viz Příloha B). To je totiž nutný předpoklad potřebných kvalitativních změn v současném pohledu na smrt a umírání. Smysl života, ale i utrpení obvykle neleží na povrchu, člověk ho musí vždy znovu hledat a nacházet. (21)

11.1 Emoce umírajících

U každého umírajícího seniora se setkáváme s nejrůznějšími emocemi, které ho charakterizují. Jsou to obavy z toho, co bude dál, z nicoty a prázdnoty, z toho, zda bude v době smrti sám nebo u něj bude rodina. Má strach o rodinu, z bolesti, ze ztráty důstojnosti, soběstačnosti, ze smrti. Cítí úzkost, kterou nedokáže nijak vysvětlit. Zároveň se objevuje pocit viny, například ze svého životního stylu. Umírající může pociťovat smutek a zároveň hněv, víru a pocit poslední naděje nebo může rozdávat do poslední chvíle lásku a radost. Každý umírá jinak. V některých případech dochází k tzv. adaptabilní negligaci, což znamená, že čím víc se blíží umírající smrti, tím víc je schopen se od ní odpoutat. (21, 23)

11.2 Potřeby umírajících

Jen malá část z nás se dokáže vžít do situace umírajícího. Jen malý počet lidí, má tu schopnost efektivně doprovázet umírajícího v terminální fázi života. Nikdo z nás si nedovede představit, co asi prožívá umírající, zvláště pokud je zcela při vědomí. Umírající pozvolna a zároveň najednou ztrácí vše, co má. Ať je to jméno, postavení, soukromí, soběstačnost, jistota, volnost a svoboda, ale k tomu všemu se navíc přidává únava, bolest a třeba pocit bezmoci. Proto je vhodné připomenout si, jaké má umírající potřeby, které mu nelze odepřít.

Rozdělení potřeb odpovídá pojetí člověka jako bytosti a odpovídá holistickému přístupu k člověku dle A. H. Maslowa (viz Příloha C). Priorita potřeb u zdravého, nemocného a umírajícího člověka je různá. Pokud byly na začátku důležité pro umírajícího člověka potřeby biologické, pak na konci života jsou to především potřeby spirituální. (2, 24)

11.2.1 Biologické potřeby

Do biologických potřeb patří vše, co umírající potřebuje pro své tělo. Je to hydratace a příjem stravy upravený k potřebám umírajícího. Dále je to co nejpřirozenější způsob vylučování, které umožní zbavit se produktů vlastního metabolismu. Mezi další potřeby umírajícího patří odpočinek a spánek, jenž dodá organismu uvolnění a regeneraci. K dalším významným potřebám umírajícího patří dýchání, což nemusí být vždy jednoduché, zvláště, když má umírající postiženo dýchací ústrojí. Dále pak péče o pokožku a prevence proleženin, zvládnutí nevolnosti nebo zvracení. (2, 24, 25, 26)

Mezi nejdůležitější biologické potřeby umírajících se řadí též tišení bolesti. V dnešní době je pro umírajícího možné úlevu od bolesti zajistit. U některého umírajícího je odstranění nebo alespoň zmírnění bolesti velmi obtížné, proto je velmi důležité se o tuto problematikou zajímat hlouběji. Existují různé typy bolesti a také jednotlivé léčebné postupy k jejich zmírnění nebo odstranění. Pokud umírající není schopen popsat bolest verbálně, můžeme odhadnout přítomnost bolesti z jeho projevů neverbálních. Existuje mnoho verbálních i neverbálních škál (viz Příloha D), které nám mohou napovědět, jak dalece je bolest pro umírajícího snesitelná či naopak, protože bolest je subjektivním pocitem. (2, 24, 25, 27)

Léky na zmírnění bolestí mohou mít formu tablet, kapek, čípků, náplastí či injekcí, které ordinuje lékař. Moderní léčba bolesti je využívá s cílem zachovat umírajícímu co nejvyšší kvalitu života. (2, 24, 25, 28)

11.2.2 Potřeby psychické

Mezi psychické potřeby patří respektování lidské důstojnosti. Každý umírající je jedinečnou bytostí, která má na tomto světě své neopakovatelné poslání. Umírající má potřebu soukromí a intimity, hovořit o své situaci a dosavadním životě. Má potřebu vyjádřit svou úzkost, bolest a někdy i beznaděj. Důležité je pro něj ujištění, že jeho blízcí unesou bolest z jeho ztráty. Významnou potřebou pro umírající je komunikace, a to především neverbální. Více než slovem se můžeme projevit mimikou, haptikou, posturologií nebo oblečením. Vždy nás prozradí oči a výraz ve tváři. Každý umírající potřebuje mít pocit bezpečí a kolem sebe lidi, na které se může spolehnout. Nevyplácí se umírajícímu lhát, může v nás ztratit důvěru právě ve chvíli, kdy ji nejvíce potřebuje. Další zásadou je říkat umírajícímu jen tolik, kolik chce slyšet a kdy to chce slyšet.

Naslouchejme. Umírající je velmi sugestibilní, a proto i v období jeho agónie je nutné s ním komunikovat. Mnozí z nás si to neuvědomují nebo na to zapomínají. (2, 24)

11.2.3 Potřeby sociální

Člověk je jedinec společenský, nežije samostatně. Při své nemoci nebo umírání většinou potřebuje přítomnost druhých lidí. Má potřebu nezůstat sám, komunikovat s druhými lidmi, nebýt sociálně izolován. V souvislosti s umíráním a kvalitou života seniorů se často vyskytuje pojem „sociální smrt“. V případě, kdy senior považuje svoji kvalitu života za neuspokojivou, přichází tzv. sociální smrt. Tento pojem je vysvětlován jako pocit nepotřebnosti pro okolí, nedostatkem sociálních kontaktů a z toho plynoucí rezignaci na současný život. Proto má právo mít návštěvy své rodiny a přátel, které však může usměrňovat podle svých aktuálních potřeb. Každý by měl jeho přání respektovat. (2, 24)

11.2.4 Potřeby spirituální

Často se mylně domníváme, že spirituální potřeby jsou doménou jen věřících umírajících. Je to chyba. Právě v těžkých chvílích potřebujeme útěchu. Každý si potřebuje urovnat své záležitosti, má potřebu vědět, že mu bylo odpuštěno a že sám odpouští. Někdy je potřeba vyřešit nesrovnalosti v osobním životě, jen tak se umírajícímu uleví. Pokud mu neposkytneme tyto potřeby, může duševně trpět. Potřebuje vědět, že jeho život měl smysl a že tu nebyl zbytečně, že se dá v každé situaci žít smysluplně. (2, 24, 29)

11.3 Fáze umírání

Jakmile je člověk informován o špatné prognóze svého stavu, reaguje na to po svém. Je ovlivněn řadou vnějších i vnitřních faktorů, a proto i jeho reakce bývají rozdílné. Důležité je sdělit informaci vhodným způsobem, na vhodném místě a ve vhodnou dobu. Jen tak je sdělení pravdy o stavu pacienta pro něho samotného nejpřijatelnější.

Umírajícími se zabývala dlouhá léta MUDr. Elisabeth Kübler-Rossová, která vypozorovala, že umírající prochází ve své pravdě určitými stádii, které také popsala. Nutno podotknout, že se fáze mohou různě střídat nebo některé dokonce chybět či se znovu opakovat. (2)

11.3.1 Negace

Negace, šok nebo popírání jsou prvním stádiem, kterým umírající prochází. Tito umírající na sdělení pravdy reagují negativně. Nevěří, že je to tak. Věří v naději, že stav

nebo výsledky, které mu byly sděleny, jsou zaměněné. Jemu se přeci nemůže něco takového stát. Člověk v tomto stádiu může odmítat spolupracovat, odmítá podstoupit různá vyšetření nebo navrženou léčbu, pláče, uzavírá se do sebe, utíká z reality. Jeho výsledky chování mohou být nevyzpytatelné. Brání se a pečlivě si vybírá, s kým o svém problému bude hovořit, a předstírá, že je mu dobře. V této fázi je důležité navázat kontakt a získat důvěru, být trpělivý. (2)

11.3.2 Agrese

Agrese, zlost, hněv nebo vzpoura jsou druhým stádiem, které se projevuje otázkami typu: „Proč zrovna já?“, „Čí je to vina?“. Umírající si může vybíjet svou zlost a rozmrzelost na svém okolí. V této fázi je důležité k člověku přistupovat s velkou tolerancí a nadhledem. Není vhodné pohoršovat se. Naopak, nechat umírajícího, aby se odreagoval, nechal volný průběh svým emocím. K umírajícímu přistupujeme klidně, vyrovnaně, nikdy se nestavíme do obranné pozice. (2)

11.3.3 Smlouvání

Smlouvání, kompromisy nebo vyjednávání jsou třetím stádiem umírání, ve kterém člověk zmobilizuje všechny síly k tomu, aby nalezl řešení své svízelné situace. Vyhledává nejrůznější typy léčitelů, zázračných léků. Obrací se k víře, i když je nevěřící. V této fázi je nutné k umírajícímu přistupovat s maximální trpělivostí a empatií. Umírající je zcela pohlcen svými záměry a zaslepen danou situací. (2)

11.3.4 Deprese

Deprese, smutek provází čtvrtou, předposlední fázi, ve které umírající již ztrácí sílu k dalšímu boji. Vzhledem k tomu, že mluvíme o starých umírajících lidech, odpadá zde smutek ze ztráty zaměstnání a finančních problémů, které jsou jinak u mladších umírajících nejhorším problémem této fáze. Starý umírající člověk možná touto fází není tolik zasažen, protože si většinou uvědomuje, že není zbytí a je se situací, která nastává, dříve či později smířen. V této fázi je důležité pomoci umírajícím vyřešit jejich nedořešené situace, urovnat vztahy v rodině nebo jen trpělivě naslouchat. Pokud pláče, nepřerušovat ho. Za každých okolností zachovávat důstojnost umírajícího. Umírající prochází fází psychického utrpení, má obavy z bolesti, umírání a smrti. Podejme mu svou ruku. (2)

11.3.5 Akceptace

Akceptace, smíření, přijetí faktu. To je poslední, pátá fáze, kterou umírající prochází. Připravuje se na odchod, na cestu, ze které není návratu. Často si přeje, abychom

u něj byli přítomní, drželi ho za ruku. Potřebuje vědět, že jsme tu s ním, a že ho neopustíme v jeho nejtěžší chvíli. Jsou však umírající, kteří fáze usmíření nedosáhnou. (2)

Pocity umírajících jsou si velmi podobné. Umírajícímu usnadníme odchod svým empatickým postojem, trpělivostí, naslouchání a soustředěním se jen na něho samotného. Ostatní potřeby v tu chvíli nejsou rozhodující. (2)

11.4 Představa umírajících o laskavé péči

Umění péče o umírající není jen určitým typem techniky, dovednosti nebo zručnosti. Je to především umění empatického přístupu k umírajícímu člověku. Být přítomen, držet ho za ruku a naslouchat mu. Touto problematikou se zabývá MUDr. Marie Svatošová (2), zakladatelka hospicové péče v České republice. V její knize se objevuje krátká pasáž, která popisuje konkrétní pocity umírajícího klienta tak, jak si on sám představuje laskavou péči na sklonku svého života (viz Příloha E).

11.5 Rodina a umírající

Jak snáší umírání a smrt rodina, která je umírajícímu nablízku? Většinou procházejí podobnými fázemi jako umírající. Zároveň mají velké obavy z umírání svého příbuzného nebo známého. Záleží na tom, kolik zkušeností mají s doprovázením umírajících ve svém vlastním životě. Jsou většinou zaskočeni situací a často ji prožívají velmi intenzivně. Uvědomují si, že se neodvratně blíží konec života jejich příbuzného, což významně ovlivní jejich další život, zvláště pokud se jedná o partnera, dítě nebo rodiče. Mají strach z vlastního selhání a provází je psychická muka z toho, aby vše důstojně zvládli. Prožívají výčitky svědomí, že nechávají umírajícího o samotě s cizími lidmi, pokud nejsou schopni se o umírajícího z nejrůznějších důvodů postarat sami. Uvědomují si, že veškeré společné chvilky se vytratí a zůstanou osamoceni, bez jeho přítomnosti. Mají ambivalentní pocity, které mnohdy neumějí popsat. Potřebují především psychickou podporu stejně tak, jako jejich umírající člen rodiny anebo možná více než jejich umírající. Někdy se stává, že celou situaci prožívají tak intenzivně, že nezvládají podporovat svého umírajícího, ale on paradoxně podporuje je. Loučení a doprovázení umírajícího je pro obě strany velmi bolestné, ale může být také plné lásky a vzájemné úcty. (21, 30)

11.5.1 Potřeby členů rodiny

Účinnou a nutnou potřebou pro členy rodiny je zajištění pohody umírajícího. Zajistit zmírnění, ale nejlépe odstranění jeho bolesti. Členové rodiny potřebují slyšet,

potřebují se ujistit, že nemá jejich umírající velké potíže nebo bolesti. Toto je velmi významné, důležité a nezbytné pro vyrovnání se s danou situací. Pokud má však umírající potíže nebo bolesti, cítí se členové rodiny bezmocně, jsou zoufalí. Mohou reagovat, a většinou reagují, nepřiměřeně. Tuto možnost nesmíme připustit. Neprospěla by nikomu z přítomných. Příbuzní jsou spokojenější, pokud vidí, že jejich člen rodiny zemřel v klidu bez utrpení. Důležité je věnovat pozornost zajištění fyzické i psychické pohody nejen umírajícímu, ale i členům rodiny. (30, 31, 32)

Další, důležitou potřebou pro členy rodiny, je dostatečné poskytnutí informací o umírajícím. Zajistit informace o vývoji zdravotního stavu umírajícího lékařem a poskytnout praktický návod, jak je možné o umírajícího pečovat v rámci možností členů rodiny. Mezi nejtěžší zkušenosti členů rodiny patří zhoršující se mentální stav umírajícího. Podrážděnost, zmatenost či změny osobnosti umírajícího mohou vyvolat u členů rodiny pocity ztráty a obavu o jeho bezpečnost. Může to zhoršovat stres, který je na ně neustále kladen při péči o umírajícího. Vhodné je podpořit rodinu nejen prakticky, ale i psychicky a emocionálně. Zmírní se tak napětí. Mezi nejtěžší úkoly zdravotníků je pomoci členům rodiny komunikovat navzájem mezi sebou. Vytvoření partnerského vztahu mezi zdravotníky, rodinou a umírajícím je nejlepším předpokladem pro efektivní poskytování péče. (30, 31, 32)

11.5.2 Účinné intervence podpory rodiny

1. Zajistit fyzickou a psychickou pohodu umírajícímu. Edukovat o hodnocení a léčbě bolesti.

2. Zajistit informovanost rodiny. Informovat, jak komunikovat v rámci rodiny. Kdy je možné požádat o pomoc a přístup k informacím. Vysvětlit, jaké jsou nejčastější problémy při podpoře umírajícího. Informovat o dalším vývoji zdravotního stavu.

3. Zajistit emocionální podporu rodiny. Informovat rodinu o péči a problémech, které se mohou vyskytnout. Nesnažit se řešit vše najednou a překotně. Zaměřit se na potřeby umírajícího. Podělit se o zkušenosti z jiných rodin. Nabídnout pomoc duchovního, psychologa, sociálního pracovníka, event. dobrovolníka.

4. Informovat rodinu o možnostech praktické pomoci, pokud by se rozhodla umírajícího vzít na jeho poslední chvíle do domácího prostředí. Nabídnout

a informovat o možnosti respitní péče, možností zapůjčení pomůcek, možnosti uplatnění sociálních dávek. (30, 31, 32)

Pro přehlednost a orientaci v problematice je do příloh (viz Příloha F) zařazena přehledná tabulka podpory rodiny v paliativní péči (31, s. 227), kterou lze aplikovat i na umírající seniory a jejich rodiny v sociálních zařízeních.

11.6 Zásady a pomoc při doprovázení umírajících

Doprovázení umírajících je nejtěžším úkolem v životě nejen profesionálů, zdravotníků, ale i laiků, členů rodiny umírajícího. Tato neopakovatelná situace v životě se pro všechny navždy stane zkušeností, což slovy ani písmem nelze vyjádřit. Ne každému se tato možnost naskytne, a proto je vhodné se na ni připravit, jak jen to nejlépe půjde. I když je pravdou, že každá situace může být tak trochu jiná. (24)

Především si musíme uvědomit, že jsme tu pro člověka, který od nás odchází, umírá. Potřebuje vědět, že tu budeme vždy, když nás bude potřebovat. Potřebuje slyšet, že ho neopustíme, když bude umírat. Jen tak se mu uleví a získá k nám důvěru. Nemusíme u něj sedět. Stačí krátká, ale pravidelná přítomnost. Bude mít jistotu, že není a nebude sám. Snažíme se vycítit, zda žádá umírající naši přítomnost či odstup. (24)

Umírajícímu poskytneme citovou oporu formou nedirektivního empatického rozhovoru. Naslouchám jeho potřebám a přáním. Hovoříme o všem a bez zábran. Přijímáme jeho kladné i záporné emoce s pochopením. Vyslechneme jeho vyprávění o své minulosti nebo bilancování, přeje-li si to. Nevnucujeme umírajícímu přijmutí smrti. (24, 33)

Členové rodiny by tento mezník v životě měli využít k objasnění všech záležitostí s umírajícím a završit tak mezilidské vztahy, které můžeme shrnout do několika sice krátkých, ale výstižných slov: „Odpouštím ti, odpusť mi. Děkuji. Mám tě rád a sbohem.“ Je to akt loučení, který dodává odcházejícímu člověku, i situaci, významnou důstojnost a lidskost v závěrečné etapě jeho života. Zároveň kladně ovlivňuje prožívání tohoto náročného období u těch, kteří ho doprovázejí. Příbuzné je vhodné povzbuzovat a vést k tomu, aby se snažili umírajícímu porozumět. Nemusejí se bát plakat, důležité je rozloučení, smíření se a nebránění umírajícímu v odchodu z tohoto světa, protože jen tak může v klidu zemřít. (24, 32, 34)

Umírajícímu umožníme vnímat naši blízkost třeba jen očima, gesty nebo dotykem. Někdy je obyčejný stisk ruky významnější než mnoho prázdných slov. Povzbuzujeme jeho naději v duchovní dimenzi, kterou se většina umírajících ubírá. Ve většině případů se stává, že umírající změní své přesvědčení, hodnotovou orientaci a obrací se k Bohu s vírou, že mu bude odpuštěno a že nalezne po smrti klid. Bude-li si to přát, můžeme mu nabídnout návštěvu duchovního. Pokud se umírající blíží smrti a smrt nelze odvrátit, ponechme mu prostor pro nereálnou naději. Každému umírajícímu bychom měli zachovat fenomén naděje. Je to víra, která mu umožní zvládnout extrémní situaci spojenou s umíráním. Každý umírající reaguje jinak, tak jako každá smrt je jiná. (2, 24, 33)

Za důležité aspekty péče o umírající považujeme spolupráci zdravotníků, členů rodiny a umírajícího. Jejich jednotu ve slově i mimoslovní komunikaci. Jen tak můžeme všichni dojít ke spokojenému konci života umírajícího. Je to jedinečná příležitost pro zdravotnický personál, aby umírajícímu i jeho příbuzným poskytl informace o doprovázení nejen teoreticky, ale i prakticky. (2, 24, 33)

12 SMRT

Smrt (mors) je v obecném slova smyslu zánik jedince. V dřívějších dobách se za kritéria pro stanovení smrti považovala zástava dýchání a srdeční činnosti, která se ne vždy ukázala jako jednoznačná. Mnoho lidí se díky resuscitačním technikám podařilo zachránit a vrátit zpět do života. Mluvíme tedy o tom, že přežili klinickou smrt. Proto v dnešní moderní době tato kritéria pro stanovení smrti nestačí. Smrt a okamžik smrti je dnes definován nejen jako zástava dýchání a srdeční činnosti, ale především jako nezvratná ztráta funkce celého mozku včetně mozkového kmene. Vzhledem k tomu, že ne vždy máme k dispozici přístroje, které nám přesně stanoví biologickou smrt mozku, musíme se opírat o kritéria nejistých a jistých známek smrti. (21)

Fyzické smrti by rozhodně neměla předcházet smrt psychická a ani sociální. Psychickou smrt můžeme charakterizovat jako extrémní citovou vyprahlost, úzkost, deprivaci, rezignaci a zoufalství. Sociální smrt je odloučenost od rodiny nebo blízkých. Je to osamělost, společenská deprivace, která urychluje smrt fyzickou. (21)

12.1 Kritéria ke stanovení smrti

12.1.1 Nejisté známky smrti

Mezi nejisté známky smrti patří zástava dýchání, zástava srdeční činnosti nebo nevybavování zornicového reflexu. Nejisté známky smrti tedy nemůžeme brát jako definitivní ukazatele. Může se jednat o klinickou smrt. Klinická smrt se vyznačuje zástavou dechu a srdeční činnosti, kdy okamžitá kardiopulmonální resuscitace může funkce v některých případech obnovit. (35)

12.1.2 Jisté známky smrti

Jisté známky smrti jsou především fyzikální a chemické povahy, které mění tělo zemřelého s určitým daným časovým odstupem.

Mezi jisté známky smrti patří posmrtné skvrny, které mají modrou až modrofialovou barvu a vznikají vlivem gravitaci krve. Objevují se na nejníže položených částech těla asi 30 minut po smrti. Nejvíce patrné bývají asi šest hodin po úmrtí. Další změnou je posmrtná bledost a chladnutí těla. Tuhnutí těla začíná u zemřelého přibližně jednu hodinu po smrti, maxima dosahuje za šest až dvanáct hodin, poté dochází opět k uvolnění svalstva. Dále je to posmrtný rozklad a hniloba těla. (35)

12.1 Bezprostředně po smrti

První minuty po smrti jsou velmi zvláštní. Jsou plné nejistoty, zmatenosti a otázek. Každý z pečujících by se měl na chvilku zastavit a prožít tu zvláštní chvíli, která znamená zásadní přelom v životech zúčastněných. Je to chvíle, kdy můžeme v tichosti bilancovat. Záleží samozřejmě na tom, zda umírající zemře doma v přítomnosti blízkých osob a příchod smrti je očekáván nebo zda člověk zemře náhle a sám nebo v ústavní péči, a to buď v doprovodu zdravotnického personálu, nebo v doprovodu příbuzných, kdy smrt může být opět očekávaná nebo náhlá. Všechny tyto možnosti dotvářejí atmosféru bezprostředně po smrti osoby. (17)

K úmrtí osoby mohou přistupovat jinak zdravotníci, jinak příbuzní se zdravotnickým vzděláním, jinak laici. Nejdůležitějším bodem v dalším prožívání pečujících v období po smrti člověka je to, jak blízký nám zemřelý člověk byl, jaký jsme k němu měli vztah. (17)

12.2 Péče o mrtvé tělo

Ať je zemřelý v ústavní péči nebo v domácím prostředí, úmrtí vždy konstatuje lékař. Těsně po smrti je třeba zemřelému zajistit intimitu zástěnou nebo odvezením do samostatného pokoje, zvláště vyskytují-li se v době smrti v místnosti další spolubydlící nebo pacienti v nemocnicích či klienti v sociálních zařízeních, kteří pokoj nemohou opustit z důvodu omezené schopnosti pohybu, a smrt v jejich blízkosti jim není příjemná. Laskavý a taktní přístup doprovázejících k mrtvému tělu zemřelého i ostatním zúčastněným by měl být samozřejmý. (17)

Bezprostředně po smrti je vhodné v místnosti otevřít okno. Ti, kteří jsou věřící, se mohou modlit, nevěřící vzpomínají na chvíle, které se zemřelým zažili. Pokud člověk zemřel doma, většinou příbuzní zapalují svíčky u postele zemřelého. Výjimkou nemusejí být ani hospice nebo domovy pro seniory, zvláště vládne-li v zařízení domácí atmosféra. Všeobecně se zemřelému zavřou oči a ústa, ta se podvážou. Svlečené tělo je uloženo do vodorovné polohy s rukama sepnutýma na prsou nebo podél těla podle zvyklostí. Tělo je omyto a označeno jménem a příjmením, datem narození a úmrtí (popřípadě i hodinou) a přikryto čistým prostěradlem. Zemřelému jsou vyjmuty zubní protézy, šperky, odstraněny drény, cévky nebo kanyly. Pokud není možné zemřelému vyjmout zubní protézu, pevnou zubní náhradu nebo některý ze šperků, skutečnost se zapíše do zdravotní dokumentace a do ohledacího listu. (17)

V některých zařízeních, tak jako je tomu i v DS Panorama v Tachově, mohou být v ošetřovatelské dokumentaci zaznamenávána nejrůznější přání klientů. Mezi nimi může být požadavek na posmrtné obléknutí do šatů, které si zemřelý již dříve zvolil ještě v domově, nebo přání výběru pohřební služby. V ostatních případech je postupováno podle standardu zařízení.

12.3 Zásady pro sdělování úmrtí v DS Panorama Tachov

Zpráva o úmrtí seniora je po ohledání těla praktickým lékařem nebo lékařem pohotovostní služby sdělována kontaktní osobě, v Domově seniorů Panorama v Tachově převážně telefonicky. Dříve se rodina o úmrtí svého rodinného příslušníka dozvídala nejčastěji z telegramu, ale tato služba byla Českou poštou od 1. dubna 2010 zrušena. Telefonické oznámení o úmrtí rodinného příslušníka provádí výhradně lékař. Pro rodinu je to velká životní ztráta, proto je vhodné informovat příbuzné již při zhoršení zdravotního stavu seniora (pokud se nejedná o náhlé úmrtí), aby nebyli vystaveni zprávou o jeho úmrtí extrémní psychické zátěži. Telefonní číslo kontaktní osoby je součástí ošetřovatelské dokumentace. Vzhledem k tomu, že senioři v tachovském domově pobývají většinou delší dobu, v řádu měsíců a let, vytvoří se mezi seniorem, příbuznými a ošetřovatelským personálem blízký vztah, který umožní řešení situace, a to nejen kolem smrti seniora, po telefonu. V telefonickém rozhovoru může lékař s kontaktní osobou seniora rozebrat nejdůležitější okolnosti kolem smrti jejich příbuzného, i když následně je však vhodné informovat pozůstalé osobním jednáním. První pomocí pozůstalým je vždy poskytnutí citové opory, porozumění a projevení účasti.

Zprávu o úmrtí vždy sděluje lékař. Všeobecná sestra může v obecné rovině sdělit, že smrt byla klidná, pacient neměl bolesti. Jednání s příbuznými vyžaduje vysokou úroveň komunikačních schopností.

Při osobním jednání odvedeme pozůstalé na klidné místo, posadíme je a nabídneme tekutiny. Jednání by mělo proběhnout citlivě, trpělivě a s časovou rezervou. Představíme se a stručně a srozumitelně vysvětlíme okolnosti smrti. Ponecháme jim čas na to, aby mohli zprávu pochopit a přijmout v plném rozsahu. Poté jim vyslovíme svou účast slovy: "Přijměte mou upřímnou soustrast" a následně řešíme záležitosti kolem pozůstalosti apod.

Někdy je úmrtí očekáváno a příbuzní jsou umírání svého blízkého přítomni. V některých případech příbuzní odmítají být přítomní úmrtí člena rodiny a tzv. „čekají na telefonu“. Mnohdy bývají úmrtí náhlá a někdy naopak příbuzní nestačí přijet, aby se

rozloučili, než jejich příbuzný zemře. Tak jako jsme my každý jiný, tak je i v životě každá situace jiná. Nicméně následné truchlení bývá pro každého podobné. Pozůstalí procházejí po smrti své blízké osoby určitými fázemi, které se podobají fázím umírajícího člověka. Fáze mohou být různě dlouhé a různě intenzivní. (17)

12.4 Zármutek pozůstalých a truchlení

Zármutek a truchlení je přirozená reakce člověka, kterému zemřel blízký člověk, potřebná k tomu, abychom se vyrovnali s jeho ztrátou, smířili se s ní, přijali ji a s ohledem na ni začali žít další život. Někdy je toto období kratší, někdy delší. Záleží na osobnosti truchlícího a na okolnostech, které nás obklopují. (17)

Doba bezprostředně po úmrtí se pro příbuzné vyznačuje tzv. ohlušením, šokem. Tento fenomén můžeme zařadit do první fáze jako reakci pozůstalých na zprávu o smrti svého blízkého. Vyznačuje se ambivalentními pocity, které mohou vyústit v otevřený žal projevující se pláčem, smíchem nebo i agresivním chováním různého typu a intenzity. Dochází k popírání skutečnosti, že člen rodiny zemřel. Nechtějí si skutečnost připustit, nechtějí ji přijmout, natož se s ní vyrovnat. (17)

Projevy smutku mohou být různé. Každopádně každý projev nad ztrátou svého blízkého je vhodné tolerovat, protože jen tak si může truchlící osoba ulevit od svých potlačovaných pocitů a zahájit tak proces obnovy svých fyzických a psychických sil. Toto období většinou trvá do období kolem pohřbu. (17)

Druhou fází, která začíná v období kolem pohřbu, je pravé truchlení. Je to období, kdy se blízcí vyrovnávají se ztrátou svého člena rodiny. Dochází k projevům psychickým i fyzickým. Mezi psychické projevy lze zařadit klasické projevy pláče, smutku, úzkosti, pocitů bezmoci, osamělosti a beznaděje. K fyzickým projevům můžeme zařadit nespavost, svírání u srdce nebo pocit sevřeného hrdla či únavu. Myšlenky má truchlící spíše depresivně laděné, vyhýbá se sociálním kontaktům nebo může unikat z reality v podobě alkoholu či jiných návykových látek. Pro truchlící je to důležité období, ve kterém hledají novou identitu pro svůj další život. Většinou je truchlení nekomplikované a truchlící se dokáže dříve či později se ztrátou svého blízkého vyrovnat a pomyslně dokáže vykročit do dalšího života. Někdy může být truchlení tak komplikované, že vyžaduje pomoc odborníka v podobě psychologa nebo psychiatra. Důležitá je podpora dalších členů rodiny a přátel, které pomohou truchlícím překonat toto těžké období v životě. Truchlení má obecně úlohu

přijmout ztrátu jako realitu, prožít zármutek, přizpůsobit se světu, ve kterém již zesnulý není, citově se od něj odpoutat a vykročit do dalšího života bez něj. (17)

Období truchlení většinou končí, pokud již nejsou vzpomínky na zesnulého tak bolestivé, neprojevují se intenzivně psychické a fyzické příznaky truchlení a truchlící nachází nové události pro svůj další život. Někdy mohou být tyto události tak intenzivní, že je můžeme nazvat „bodem zlomu“ i přesto, že proces zármutku nad ztrátou milované osoby vlastně nikdy nekončí. (17)

PRAKTICKÁ ČÁST

13 FORMULACE PROBLÉMU

Doprovázení umírajících je v současnosti velmi těžkou výzvou pro všechny, kteří se umírání účastní nebo se ho účastnit mohou, zvláště pak, je-li dnešním trendem kult mládí, krásy, zdraví a úspěšnosti. Dokážou příbuzní doprovázet a emocionálně podpořit svého umírajícího člena rodiny?

14 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem průzkumu bakalářské práce je zmapovat informovanost příbuzných o potřebách, schopnosti emocionální podpory a doprovázení umírajících v DS Panorama v Tachově.

15 METODIKA

Průzkumná část byla realizována, po písemném souhlasu vedení DS Panorama Tachov (viz Příloha G), kvantitativní metodou šetření formou nestandardizovaných anonymních dotazníků (viz Příloha H), které byly, vzhledem k citlivému tématu otázek, předávány příbuzným a známým klientů výše jmenovaného zařízení osobně s objasněním důvodu a tématu výzkumného šetření. Vzhledem k tomu, že v DS Panorama Tachov vládne vzájemně mezi současnými klienty (seniory), příbuznými (či známými) a personálem příjemná atmosféra porozumění, nesetkala se autorka při předávání dotazníků s žádnou negativní reakcí ze strany oslovených respondentů. Tento druh průzkumu byl zvolen záměrně, neboť umožnil nejen oslovit větší množství respondentů, ale také proto, že se mohli, díky anonymnímu dotazníku, respondenti pravdivě a v klidu vyjádřit k citlivým otázkám. V dotazníku bylo položeno celkem 22 otázek, které vycházejí z teoretické části bakalářské práce, ze stanoveného cíle a z hypotéz. 4 otázky jsou demografické, 13 otázek je uzavřených (3 otázky dichotomické, 4 otázky trichotomické, 6 otázek polytomických) a 5 otázek je polouzavřených. Otázky byly formulovány tak, aby byly pro respondenty jasné a srozumitelné.

Srozumitelnost dotazníku byla ověřena pilotní studií, kdy bylo rozdáno 10 dotazníků, a všechny byly vráceny bez připomínek. Průzkumné šetření proběhlo v únoru 2013 v DS Panorama Tachov. (36)

16 HYPOTÉZY

Hypotéza č. 1: Většina respondentů má zájem získat informace o doprovázení umírajících.

Kritéria k hypotéze: Zvolí-li respondent odpověď „ano“ minimálně ve 4 otázkách ze 6, je u něj shledán zájem o získávání informací, které se týkají doprovázení umírajících. Většině odpovídá 51 % respondentů.

Hypotéza č. 2: Většina respondentů zná potřeby umírajících. Kritéria k hypotéze: Odpoví-li respondent na 5 otázek z 8 správně, je shledán informovaný o potřebách umírajících. Většině odpovídá 51 % respondentů.

Hypotéza č. 3: Většina respondentů zná zásady doprovázení umírajících. Kritéria k hypotéze: Odpoví-li respondent alespoň na 3 otázky ze 4 správně, je shledán informovaný o zásadách doprovázení umírajících. Většině odpovídá 51 % respondentů.

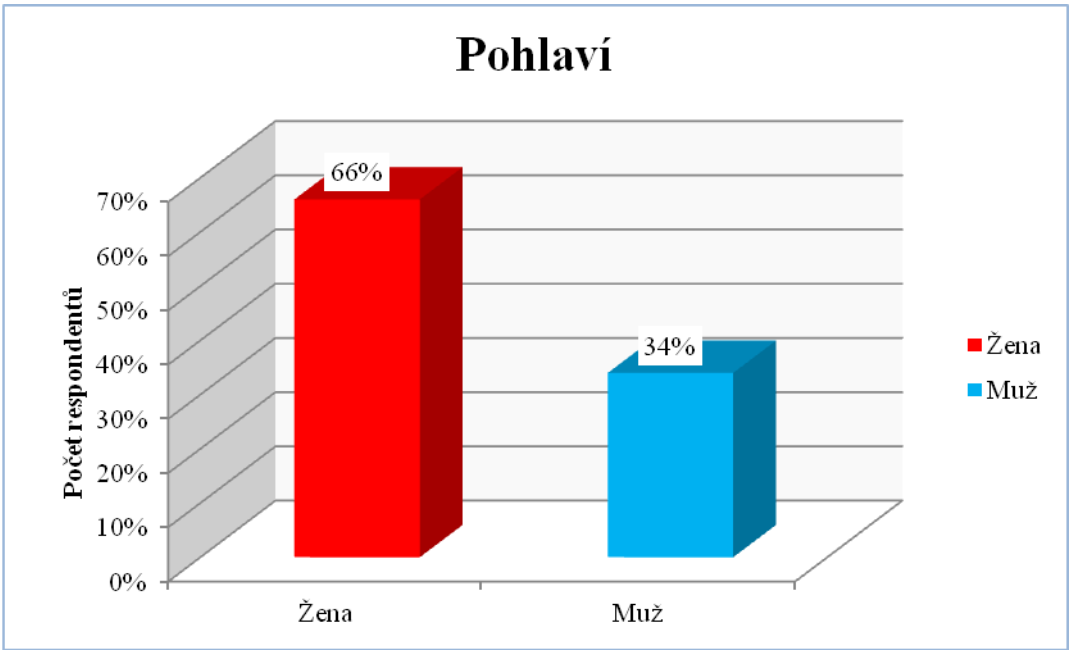
17 VZOREK RESPONDENTŮ

Dotazník je určen příbuzným, blízkým a známým seniorů v DS Panorama v Tachově. Autorka si je vědoma subjektivního a osobitého vnímání zvolených respondentů, kteří svými reakcemi na položené otázky specificky ovlivní výsledky průzkumu. Celkem bylo předáno 105 dotazníků, z nichž se vrátilo 5 neúplně vyplněných. Do průzkumného šetření bylo zařazeno 100 úplně vyplněných dotazníků a ty byly považovány za 100 % při analýze výsledků. (36)

18 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Získaná data byla zpracována prostřednictvím nástroje Microsoft Office Excel. Ke každé otázce z dotazníku byl zpracován sloupcový graf a pro lepší přehlednost i tabulka s komentářem. (36)

Graf 1: Pohlaví



Zdroj: vlastní

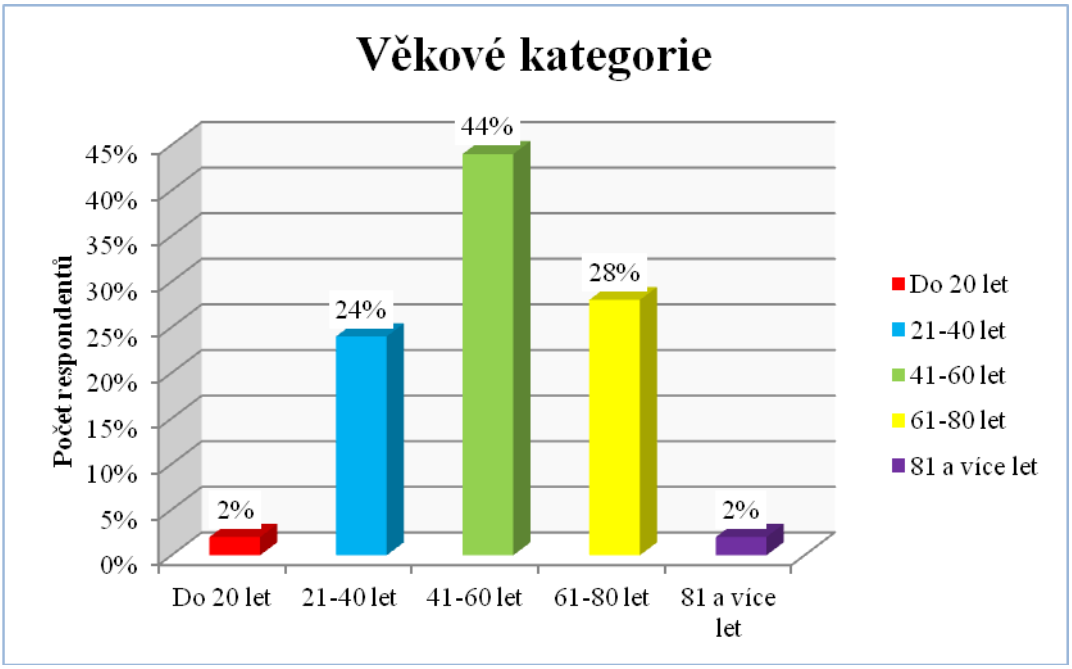
Tabulka 1: Pohlaví - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	66	66%
Muž	34	34%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Z respondentů účastnících se průzkumného šetření odpovědělo 66 (66 %) žen a 34 (34 %) mužů ze 100 dotázaných.

Graf 2: Vaše věková kategorie



Zdroj: vlastní

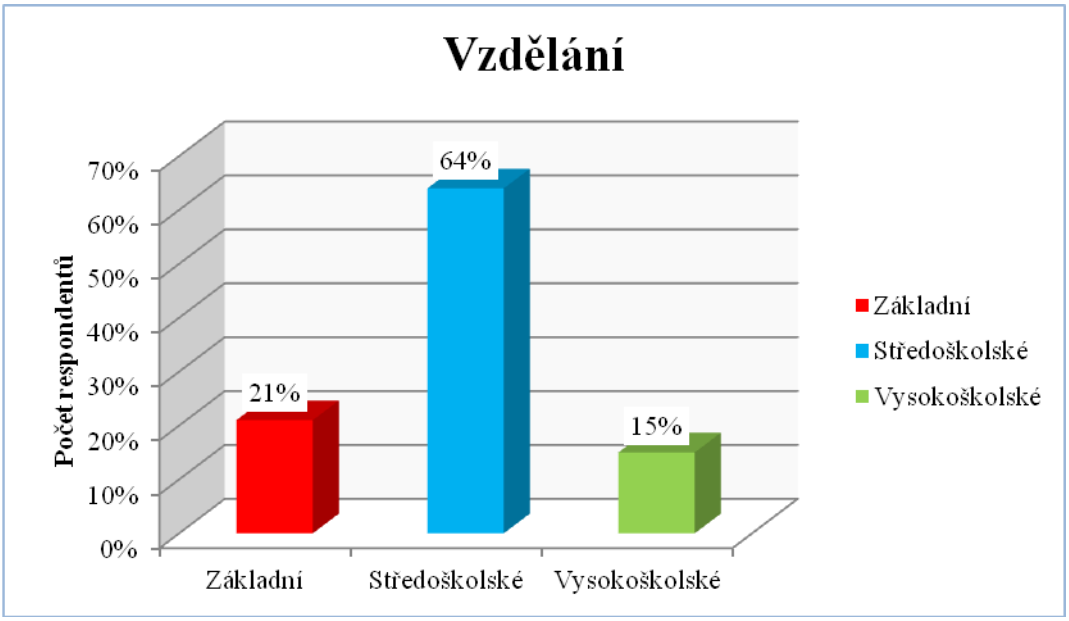
Tabulka 2: Věkové kategorie - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 20 let	2	2%
21-40 let	24	24%
41-60 let	44	44%
61-80 let	28	28%
81 a více let	2	2%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Z uvedených údajů vyplývá, že věk dotazovaných je pestrý. Nejvíce dotazovaných bylo ve věkové kategorii 41 - 60 let (44 %), nejméně naopak v kategorii do 20 let (2 %) a v kategorii 81 a více let (2 %). Kategorii 61 – 80 let zvolilo 28 %. Zajímavé je též zastoupení věkové kategorie 21 - 40 let (24 %).

Graf 3: Vaše vzdělání



Zdroj: vlastní

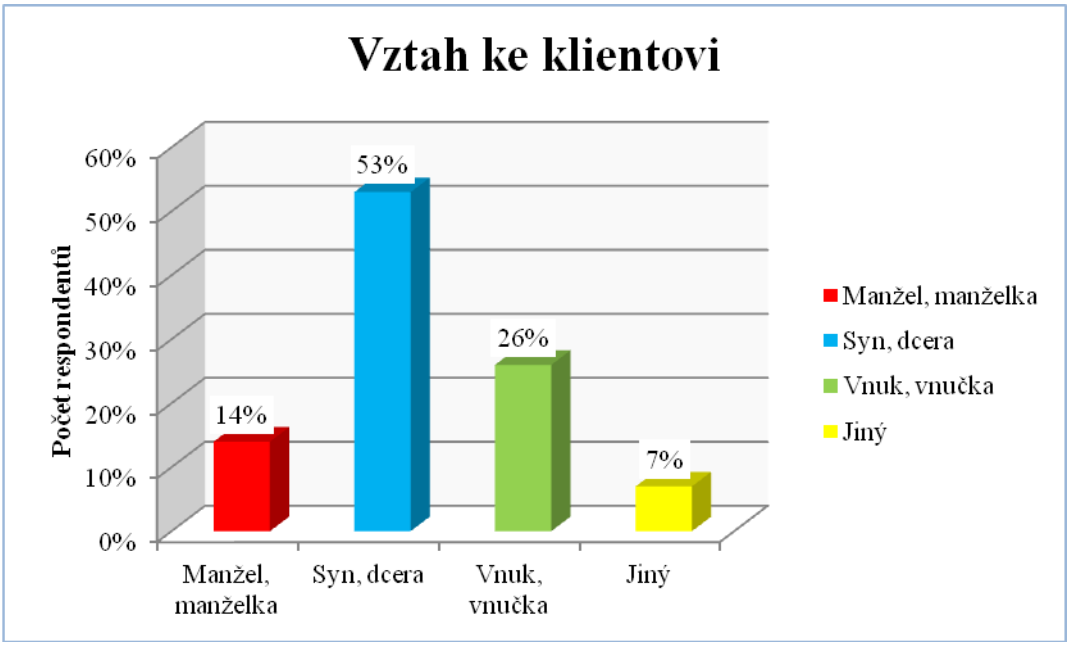
Tabulka 3: Vzdělání - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	21	21%
Středoškolské	64	64%
Vysokoškolské	15	15%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentů, tj. 64 (64 %), má středoškolské vzdělání. Vysokoškolské vzdělání má 15 (15 %) respondentů a 21 (21 %) respondentů má základní vzdělání.

Graf 4: Vztah ke klientovi Domova seniorů (dále DS) Panorama Tachov



Zdroj: vlastní

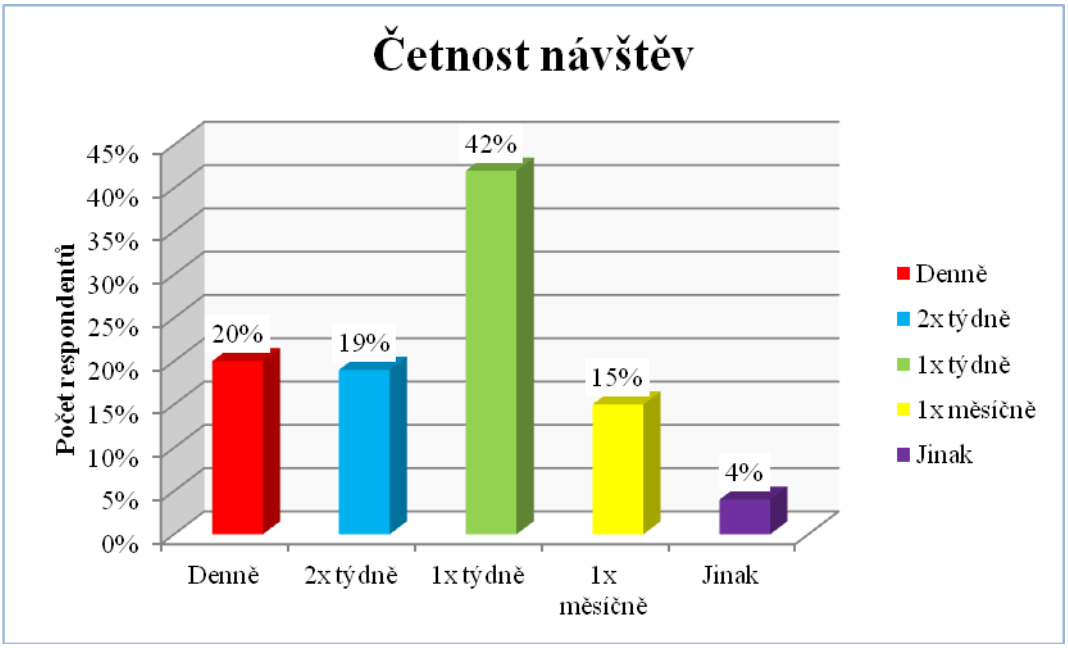
Tabulka 4: Vtah ke klientovi - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Manžel, manželka	14	14%
Syn, dcera	53	53%
Vnuk, vnučka	26	26%
Jiný	7	7%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Největším zastoupením ve vztahu ke klientovi DS Panorama Tachov je syn nebo dcera, a to v počtu 53 (53 %) respondentů. V počtu 26 (26 %) respondentů je to vnuk, případně vnučka, 14 (14 %) respondentů uvedlo vztah manžel/manželka a 7 (7 %) respondentů vybralo odpověď jiný, kde vypsalo jmenovitě: sousedka, známá, kamarádka, bývalá spolupracovnice, přítel rodiny, sestra, bratr.

Graf 5: Svého příbuzného nebo blízkého v DS Panorama Tachov navštěvuji



Zdroj: vlastní

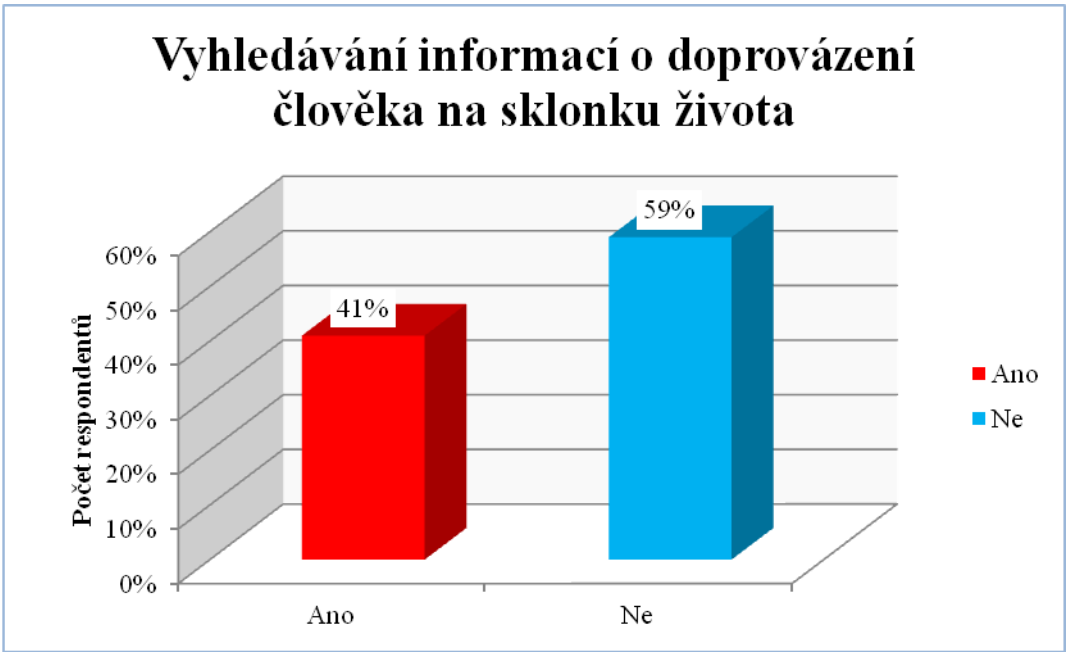
Tabulka 5: Četnost návštěv - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	20	20%
2x týdně	19	19%
1x týdně	42	42%
1x měsíčně	15	15%
Jinak	4	4%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 100 respondentů navštěvuje svého seniora v DS Panorama denně překvapivě 20 (20 %) respondentů, 2x týdně 19 (19 %) respondentů, 1x týdně 42 (42 %) respondentů, 1x měsíčně 15 (15 %) respondentů a jinak 4 (4 %) respondentů, a to ve frekvenci ob den, 3x týdně, 2x měsíčně a 3x měsíčně.

Graf 6: Vyhledával/a jste někdy informace o doprovázení člověka na sklonku života?



Zdroj: vlastní

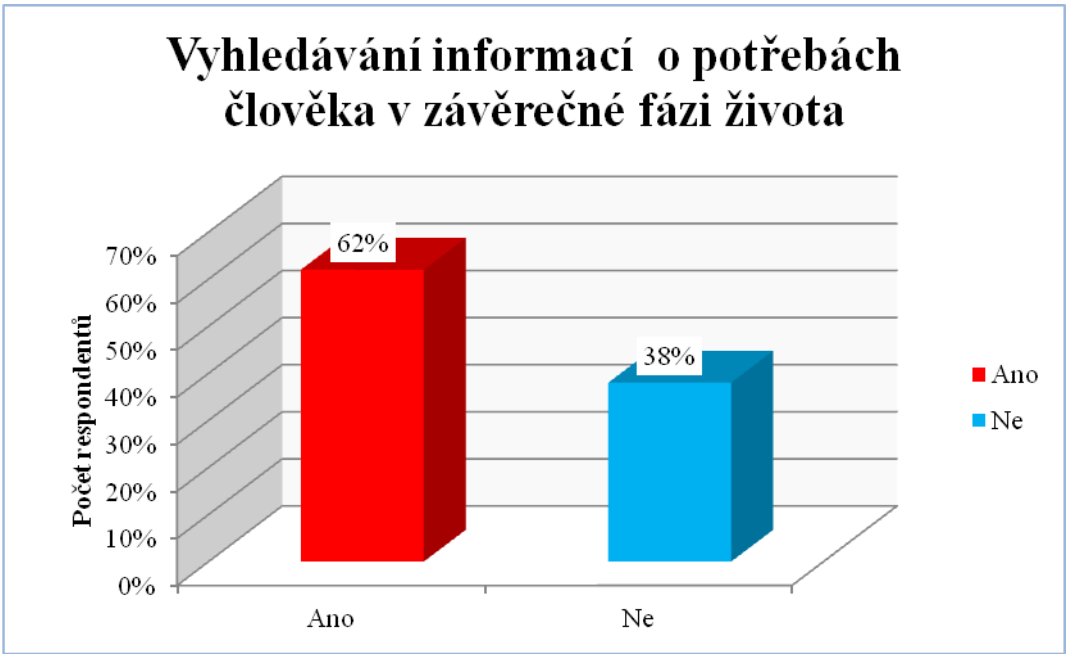
Tabulka 6: Vyhledávání informací o doprovázení člověka - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	41	41%
Ne	59	59%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Informace o doprovázení člověka na sklonku života vyhledávalo z celkového počtu 100 respondentů 41 (41 %) respondentů a 59 (59 %) informace nevyhledávalo.

Graf 7: Vyhledával/a jste někdy informace o potřebách člověka v závěrečné fázi života?



Zdroj: vlastní

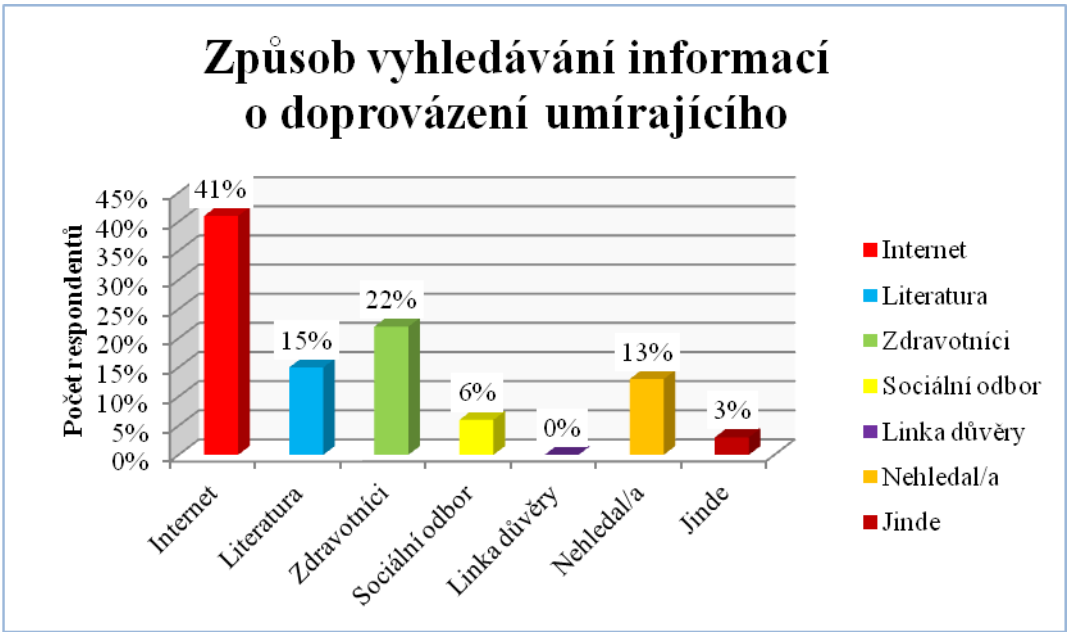
Tabulka 7: Vyhledávání informací o potřebách člověka - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	62	62%
Ne	38	38%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Informace o potřebách člověka v závěrečné fázi života vyhledávalo z celkového počtu 100 respondentů 62 (62 %) respondentů a 38 (38 %) informace nevyhledávalo.

Graf 8: Kde byste hledal/a informace o doprovázení umírajícího?



Zdroj: vlastní

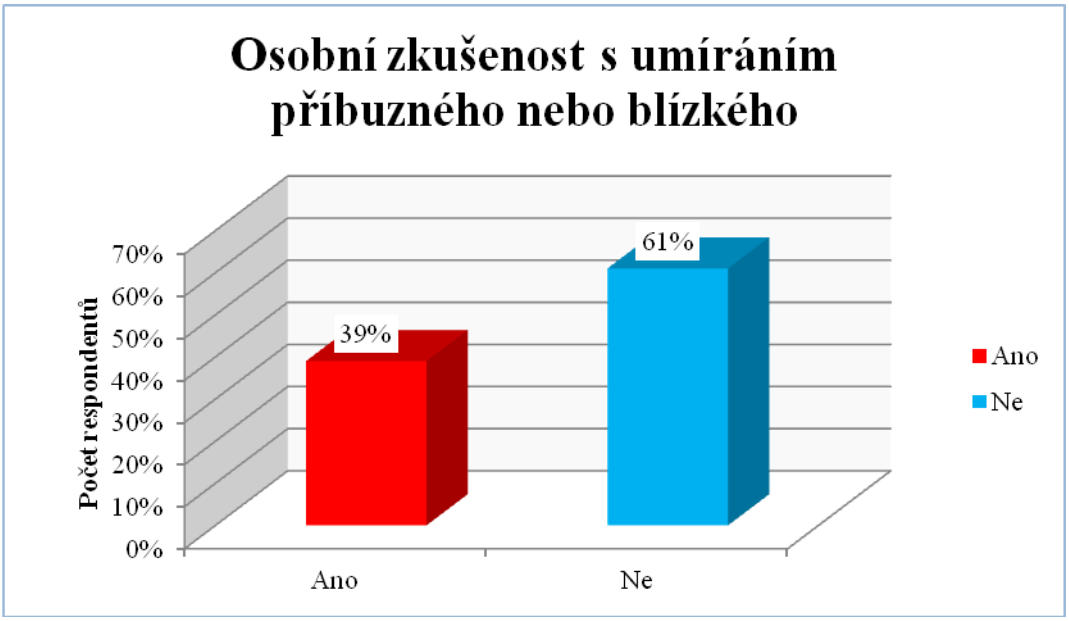
Tabulka 8: Způsob vyhledávání informací - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Internet	41	41%
Literatura	15	15%
Zdravotníci	22	22%
Sociální odbor	6	6%
Linka důvěry	0	0%
Nehledal/a	13	13%
Jinde	3	3%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Informace o doprovázení umírajícího by hledalo nejvíce respondentů na internetu - 41 (41 %), 22 (22 %) respondentů u zdravotníků, v literatuře 15 (15 %) respondentů, na sociálním odboru 6 (6 %) respondentů, na lince důvěry 0 (0 %) respondentů a jinde 3 (3 %) respondenti, a to na semináři, u duchovního a v denících. Informace o doprovázení umírajícího by nehledalo 13 (13 %) respondentů.

Graf 9: Máte osobní zkušenost s umíráním Vašeho příbuzného nebo blízkého?



Zdroj: vlastní

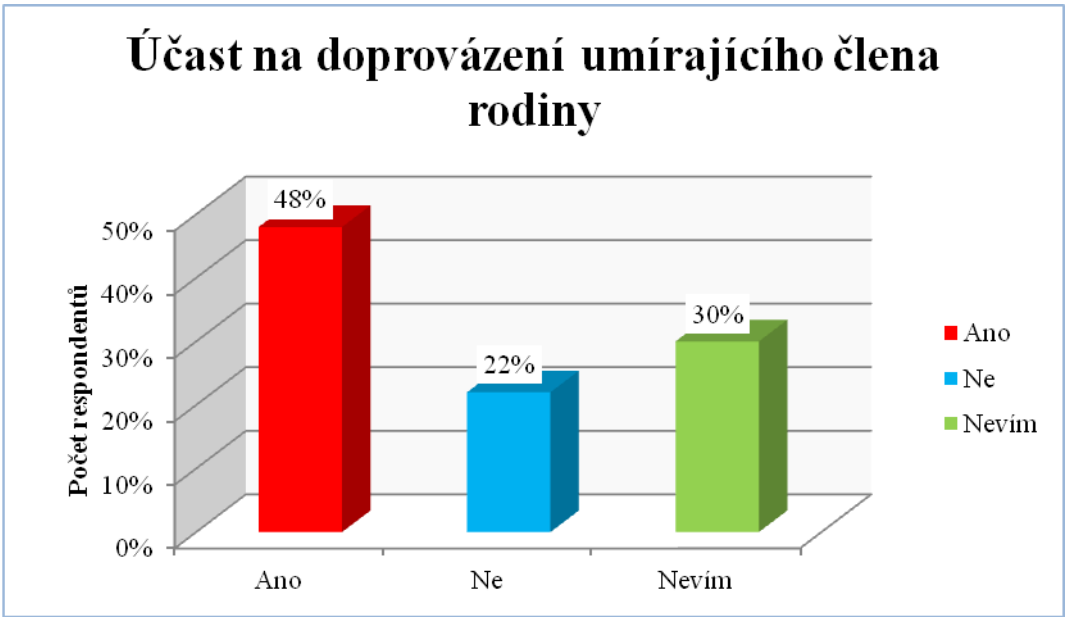
Tabulka 9: Osobní zkušenost s umíráním příbuzného - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	39%
Ne	61	61%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Osobní zkušenost s umíráním má 39 (39 %) respondentů a 61 (61 %) respondentů zkušenost s umíráním nemá.

Graf 10: Zúčastníte se doprovázení umírajícího člena rodiny?



Zdroj: vlastní

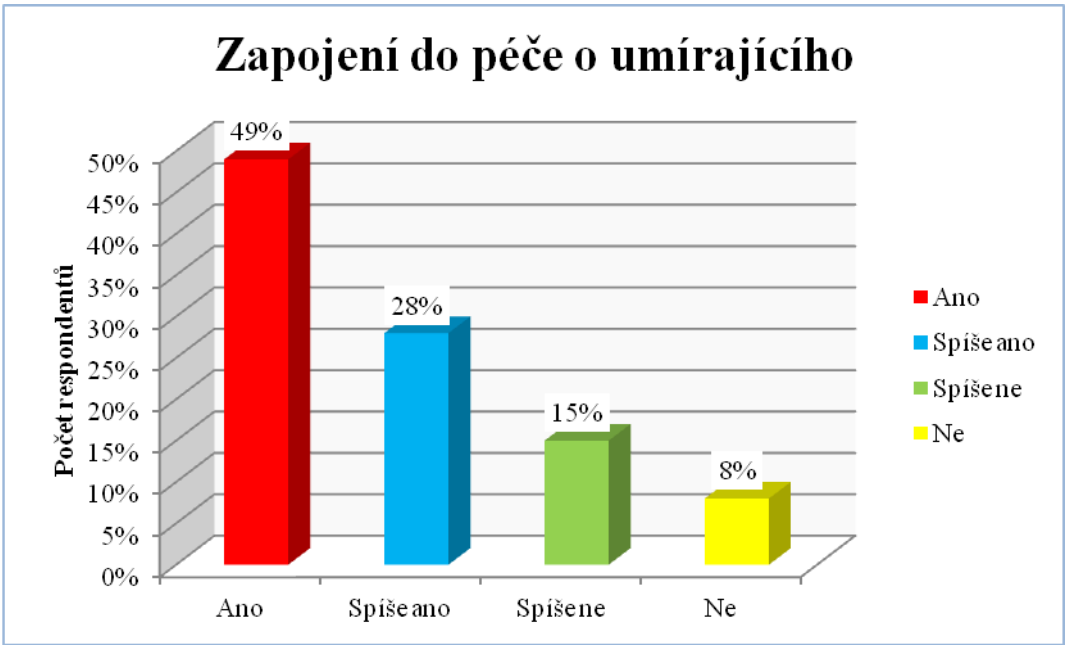
Tabulka 10: Účast na doprovázení umírajícího člena rodiny - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	48	48%
Ne	22	22%
Nevím	30	30%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Na otázku, zda by se doprovázení umírajícího člena rodiny dotazovaný zúčastnil, odpovědělo ano 48 (48 %) respondentů, 22 (22 %) odpovědělo ne a 30 (30 %) odpovědělo nevím.

Graf 11: Má se zapojit příbuzný nebo blízký do péče o umírajícího?



Zdroj: vlastní

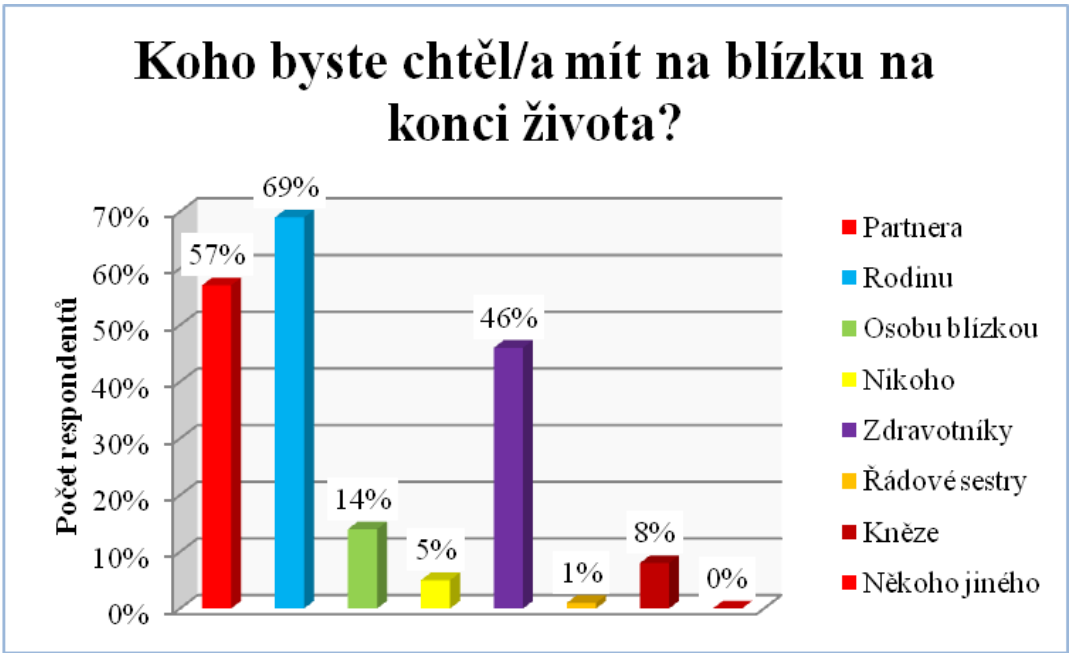
Tabulka 11: Zapojení do péče o umírajícího - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	49%
Spíše ano	28	28%
Spíše ne	15	15%
Ne	8	8%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Do péče o umírajícího by se přesvědčivě s odpovědí ano zapojilo 49 (49 %) respondentů, spíše ano 28 (28 %) respondentů, spíše ne 15 (15 %) respondentů a ne 8 (8 %) respondentů.

Graf 12: Koho byste chtěl/a mít na blízku na konci života? (možnost více odpovědí)



Zdroj: vlastní

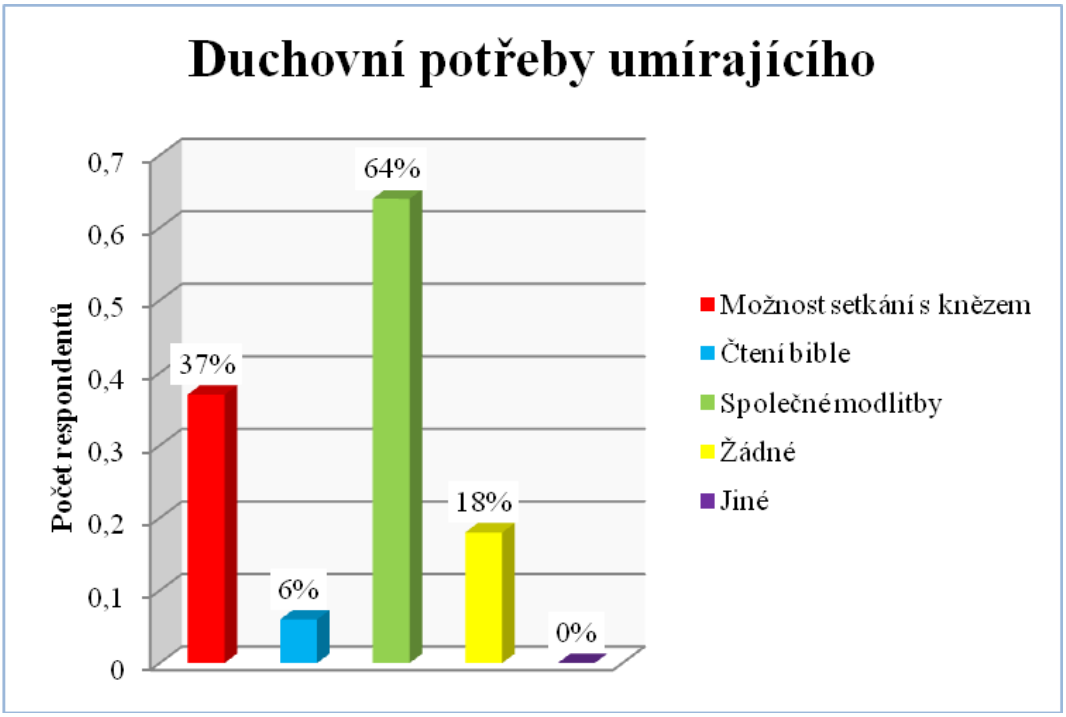
Tabulka 12: Koho byste chtěl/a mít na blízku - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Partnera	57	57%
Rodinu	69	69%
Osobu blízkou	14	14%
Nikoho	5	5%
Zdravotníky	46	46%
Řádové sestry	1	1%
Kněze	8	8%
Někoho jiného	0	0%

Zdroj: vlastní

V této otázce mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. Většina respondentů by chtěla mít na blízku na konci života nejvíce rodinu. Odpověď zvolilo 69 (69%) dotazovaných ze 100 respondentů. S nepatrným rozdílem by též zvolilo na konci života přítomnost partnera 57 (57 %) respondentů. Na třetí příčce jsou zdravotníci se 46 (46 %) zvolenými odpověďmi, dále je to osoba blízká se 14 (14%) zvolenými odpověďmi, kněze volí respondenti v 8 (8 %) případech, řádové sestry požaduje jeden dotazovaný (1 %) a odpověď nikoho zvolilo 5 (5 %) respondentů.

Graf 13: Které duchovní potřeby umírajícího považujete za důležité? (možnost více odpovědí)



Zdroj: vlastní

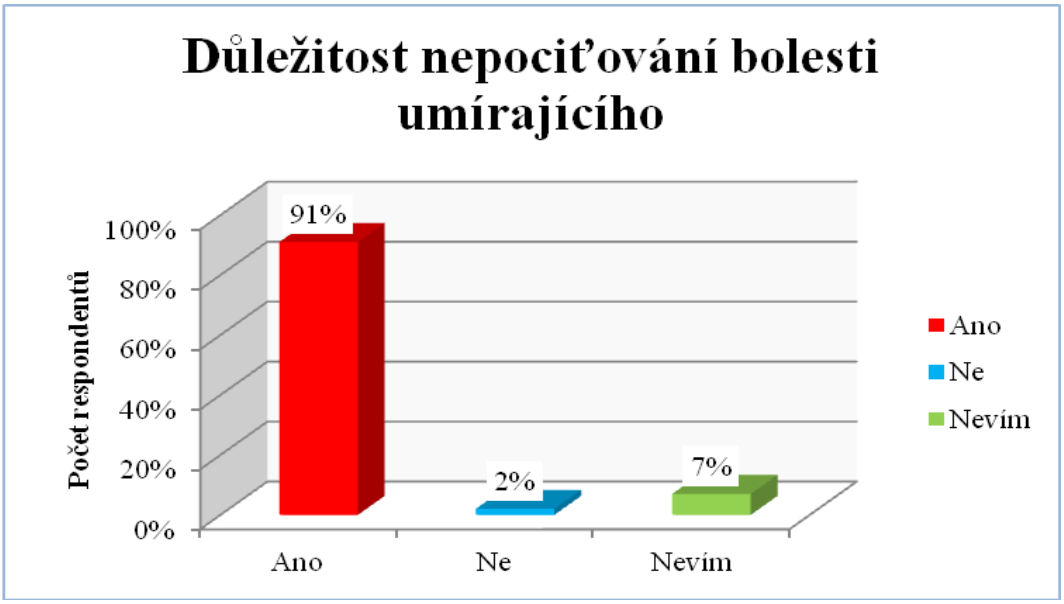
Tabulka 13: Důležité duchovní potřeby umírajícího - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Možnost setkání s knězem	37	37%
Čtení bible	6	6%
Společné modlitby	64	64%
Žádné	18	18%
Jiné	0	0%

Zdroj: vlastní

V této otázce mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. Nejvíce respondentů, 64 (64 %), považuje za důležité duchovní potřeby společné modlitby. Odpověď setkání s knězem zvolilo 37 (37 %) dotazovaných ze 100 respondentů. Odpověď žádné zvolilo 18 (18 %) respondentů a čtení bible 6 (6 %) respondentů. Možnost jiné nezvolil nikdo.

Graf 14: Je důležité, aby umírající nepociťoval bolest?



Zdroj: vlastní

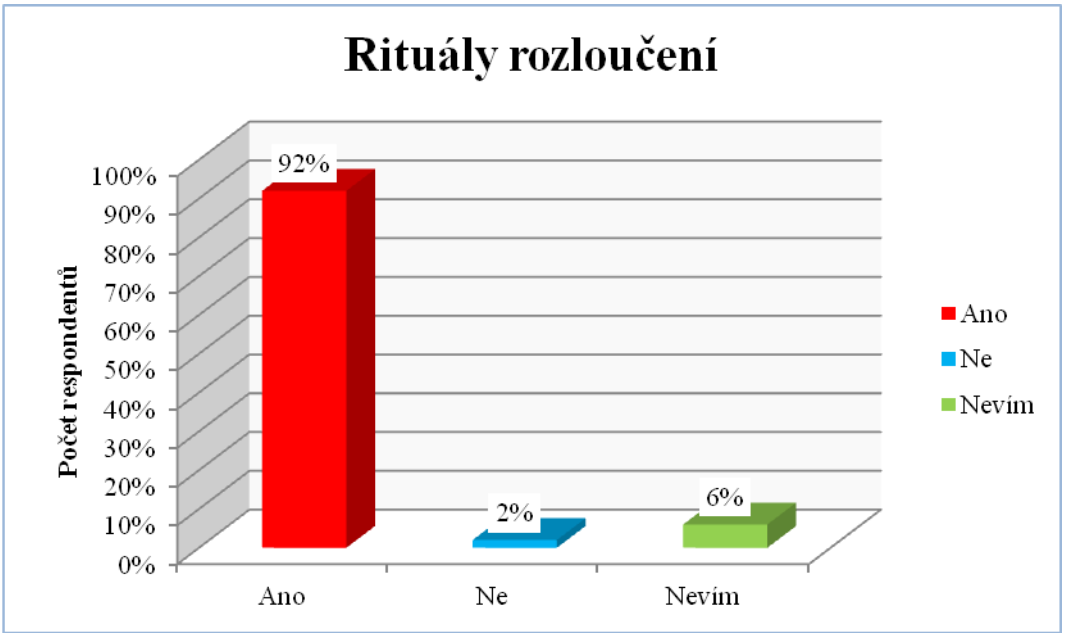
Tabulka 14: Důležitost nepociťování bolesti umírajícího - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	91	91%
Ne	2	2%
Nevím	7	7%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

V této otázce považuje 91 (91 %) respondentů za důležité, aby umírající nepociťoval bolest, ve 2 případech (2 %) to respondent za důležité nepovažuje a 7 (7 %) respondentů neví.

Graf 15: Potřebuje umírající rituály rozloučení (např.: rozhovor, návštěva příbuzných, odpuštění apod.) k tomu, aby mohl v klidu zemřít?



Zdroj: vlastní

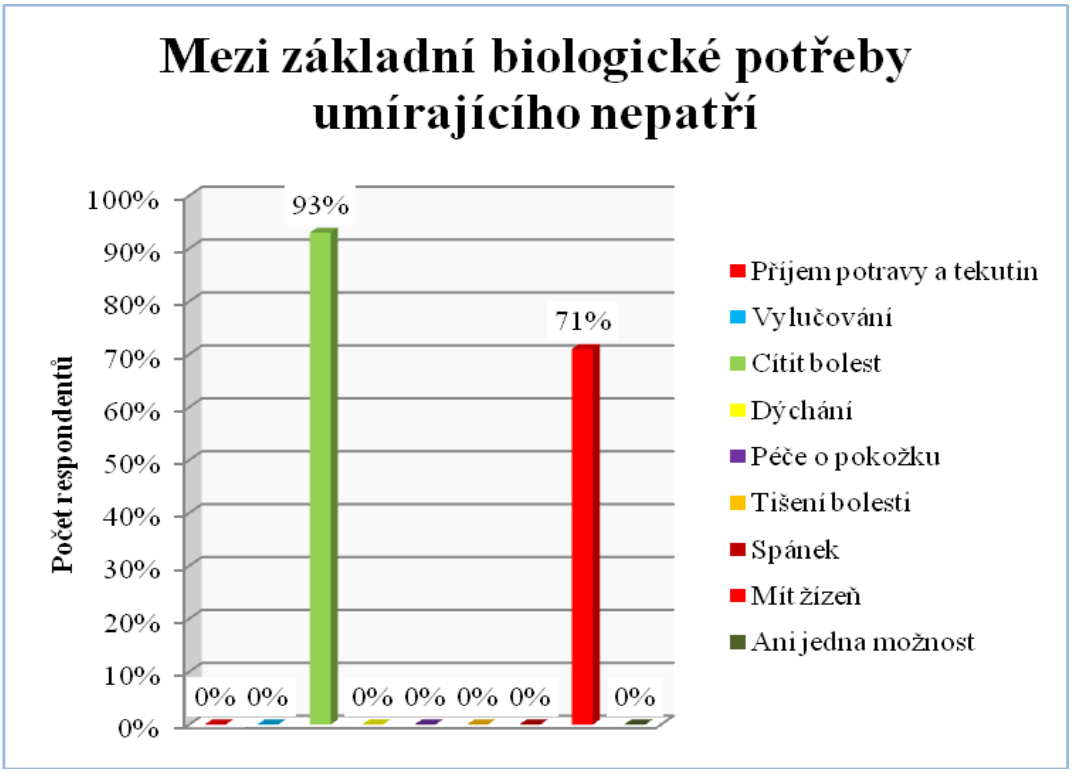
Tabulka 15: Rituály rozloučení - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	92	92%
Ne	2	2%
Nevím	6	6%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Na otázku, zda potřebuje umírající rituály rozloučení k tomu, aby mohl v klidu zemřít, odpovědělo 92 (92 %) dotázaných ano. Pouze 2 (2 %) ne a 6 (6 %) ze 100 nevím.

Graf 16: Mezi základní biologické potřeby (potřeby těla) umírajícího nepatří (možnost více odpovědí)



Zdroj: vlastní

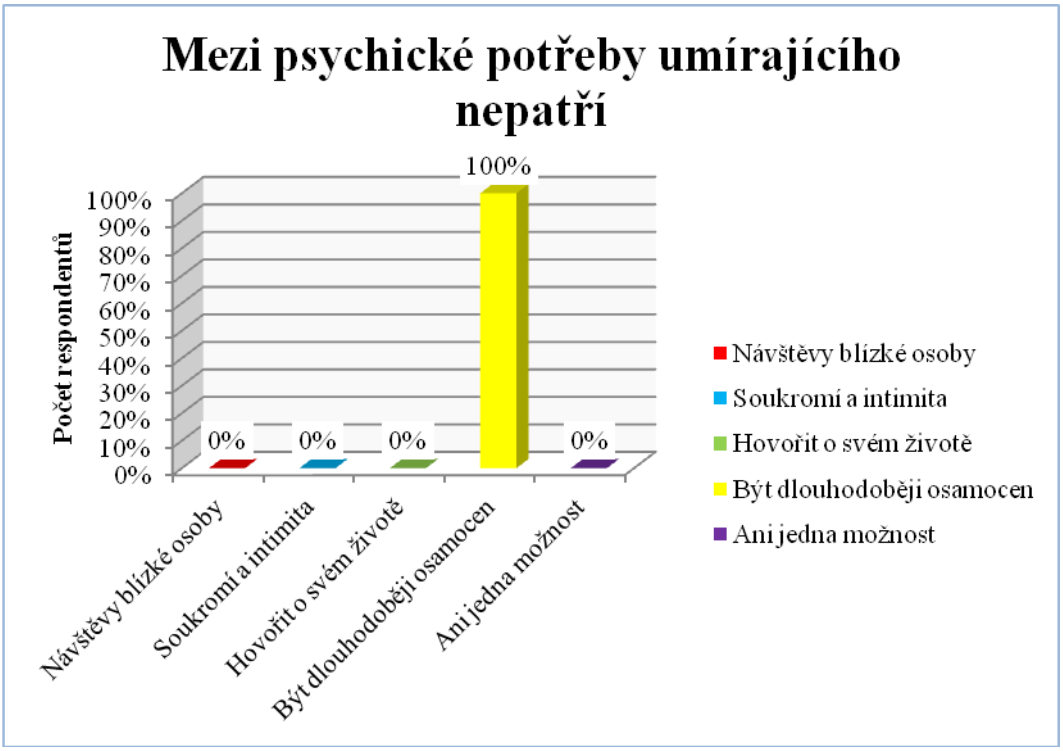
Tabulka 16: Mezi základní biologické potřeby umírajícího nepatří - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Příjem potravy a tekutin	0	0%
Vylučování	0	0%
Cítit bolest	93	93%
Dýchání	0	0%
Péče o pokožku	0	0%
Tišení bolesti	0	0%
Spánek	0	0%
Mít žízeň	71	71%
Ani jedna možnost	0	0%

Zdroj: vlastní

V této otázce mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. Nejvíce správných odpovědí získala možnost cítit bolest, tuto odpověď zaškrtlo 93 (93 %) dotazovaných ze 100 respondentů. 71 (71 %) respondentů navíc odpovědělo správně i v případě nabízené možnosti mít žízeň. Nikdo z dotazovaných neodpověděl špatně.

Graf 17: Mezi psychické potřeby umírajícího nepatří



Zdroj: vlastní

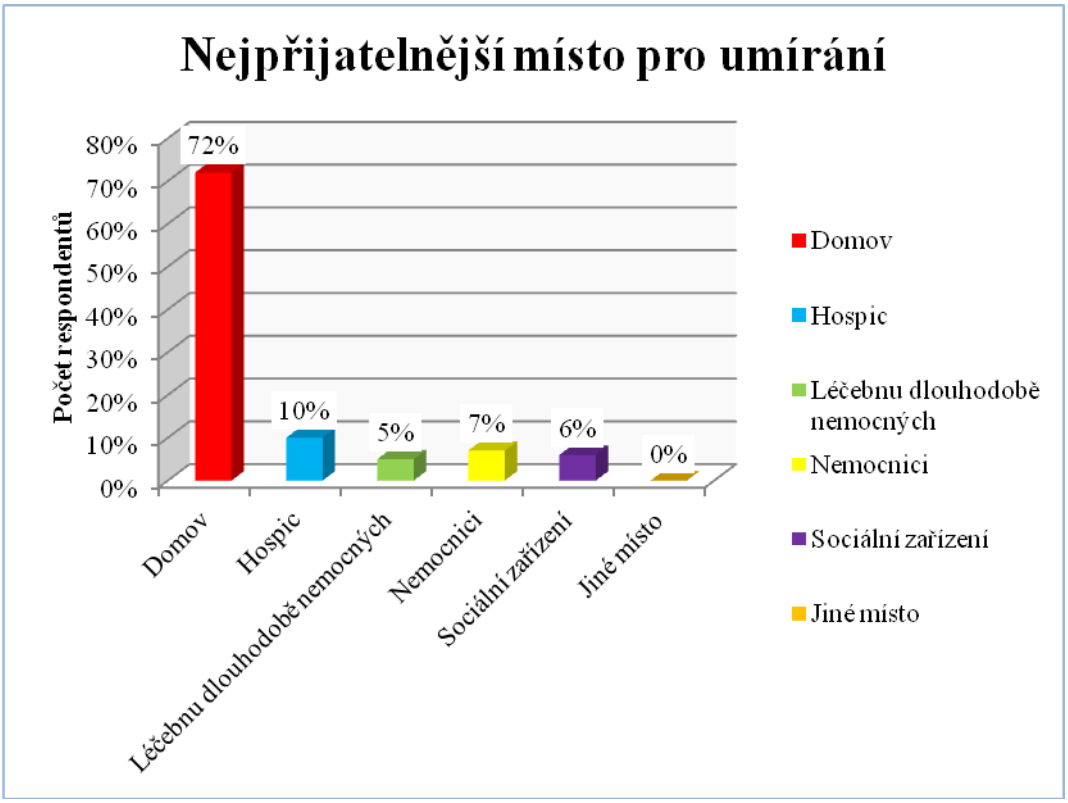
Tabulka 17: Mezi psychické potřeby umírajícího nepatří - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Návštěvy blízké osoby	0	0%
Soukromí a intimita	0	0%
Hovořit o svém životě	0	0%
Být dlouhodoběji osamocen	100	100%
Ani jedna možnost	0	0%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

100 (100 %) dotazovaných správně odpovědělo, že do psychických potřeb umírajícího nepatří být dlouhodoběji osamocen.

Graf 18: Za nejpřijatelnější místo pro umírání považujete



Zdroj: vlastní

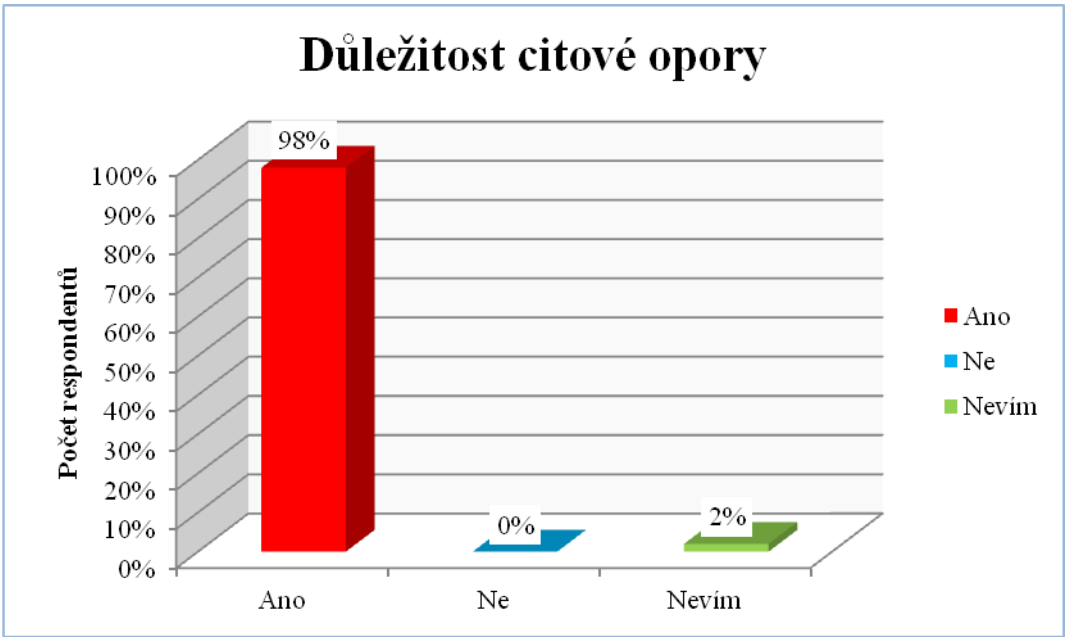
Tabulka 18: Nejpřijatelnější místo pro umírání - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Domov	72	72%
Hospic	10	10%
Léčebnu dlouhodobě nemocných	5	5%
Nemocnici	7	7%
Sociální zařízení	6	6%
Jiné místo	0	0%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

72 (72 %) respondentů považuje za nejpřijatelnější místo pro umírání domov, 10 (10 %) hospic, 7 (7 %) nemocnici, 6 (6 %) sociální zařízení, 5 (5 %) léčebnu pro dlouhodobě nemocné a 0 (0 %) jiné místo.

Graf 19: Pro umírajícího je citová opora příbuzných a blízkých důležitá



Zdroj: vlastní

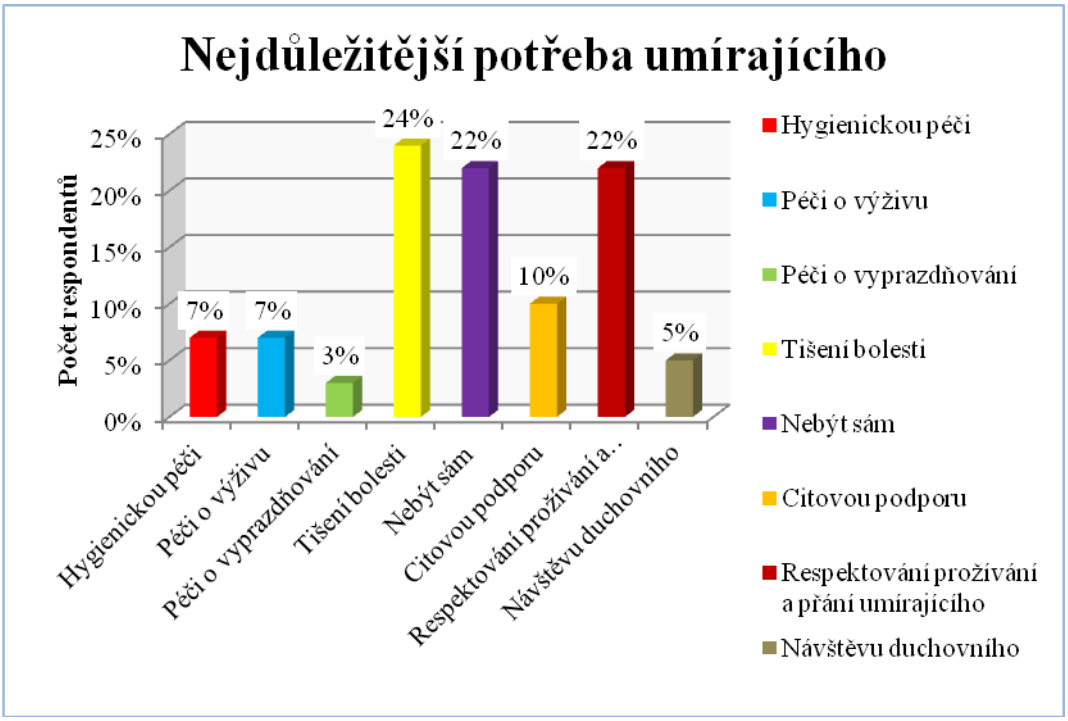
Tabulka 19: Důležitost citové opory - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	98	98%
Ne	0	0%
Nevím	2	2%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

98 (98 %) respondentů odpovědělo, že je pro umírajícího důležitá citová opora příbuzných a blízkých a jen 2 (2 %) dotazovaní odpověděli nevím a 0 (0 %) respondentů volilo odpověď ne.

Graf 20: Za nejdůležitější potřebu umírajícího považuji



Zdroj: vlastní

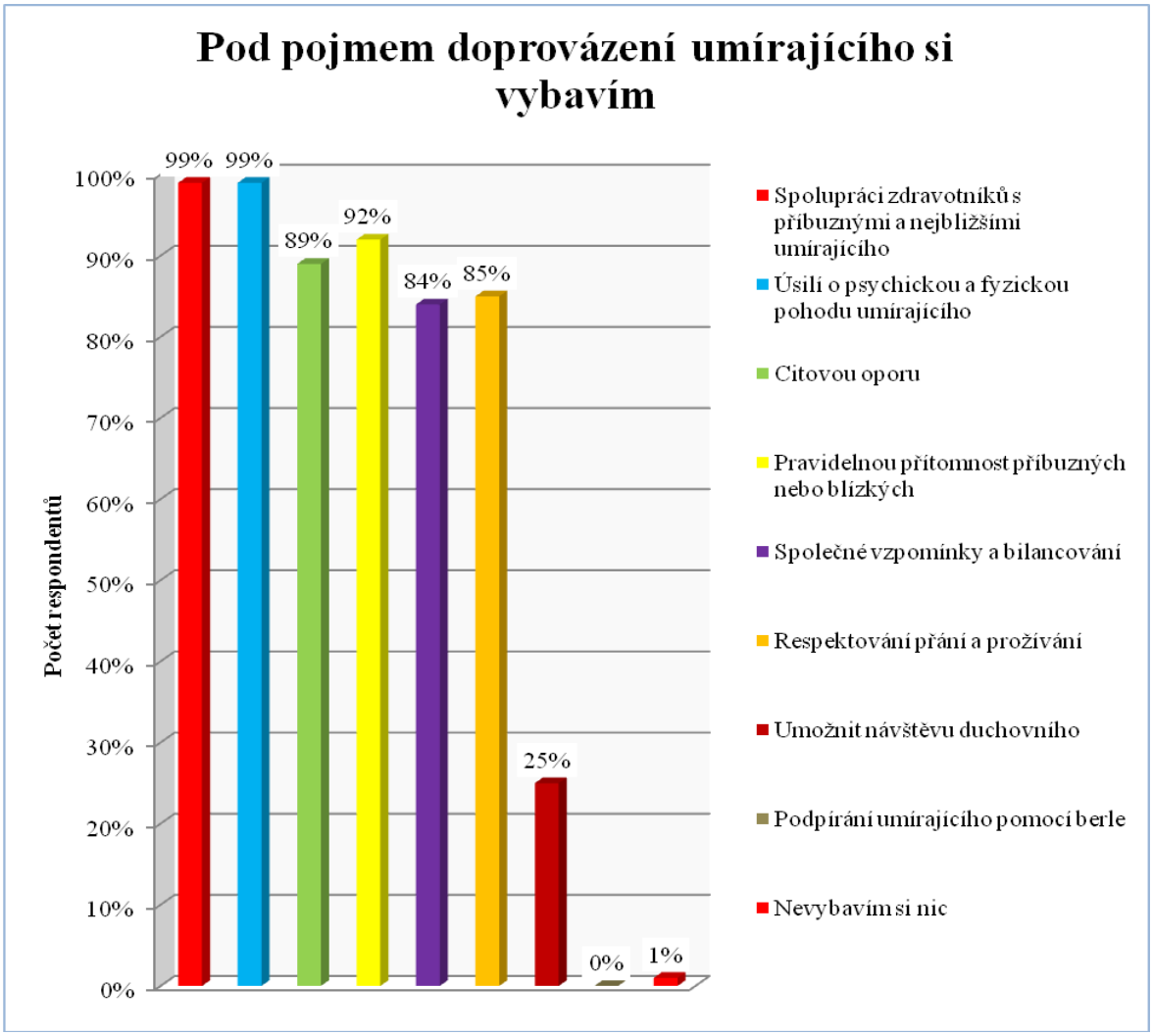
Tabulka 20: Nejdůležitější potřeba umírajícího - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hygienickou péči	7	7%
Péči o výživu	7	7%
Péči o vyprazdňování	3	3%
Tišení bolesti	24	24%
Nebýt sám	22	22%
Citovou podporu	10	10%
Respektování prožívání a přání umírajícího	22	22%
Návštěvu duchovního	5	5%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní

Respondenti odpověděli správně ve 24 (24 %) případech ze 100, že je pro umírajícího důležité tišení bolesti. Shodně a též správně po 22 (22 %) odpovídali respondenti v případě možností respektování prožívání a přání umírajícího a odpovědi nebýt sám. 10 (10 %) respondentů považuje za nejdůležitější citovou oporu. Shodně 7 (7 %) odpovědí zaškrtli respondenti, kteří odpověděli hygienickou péči a péči o výživu, 5 (5 %) návštěvu duchovního a 3 (3 %) respondenti zaškrtli péči o vyprazdňování.

Graf 21: Pod pojmem doprovázení umírajícího si vybavím (možnost více odpovědí)



Zdroj: vlastní

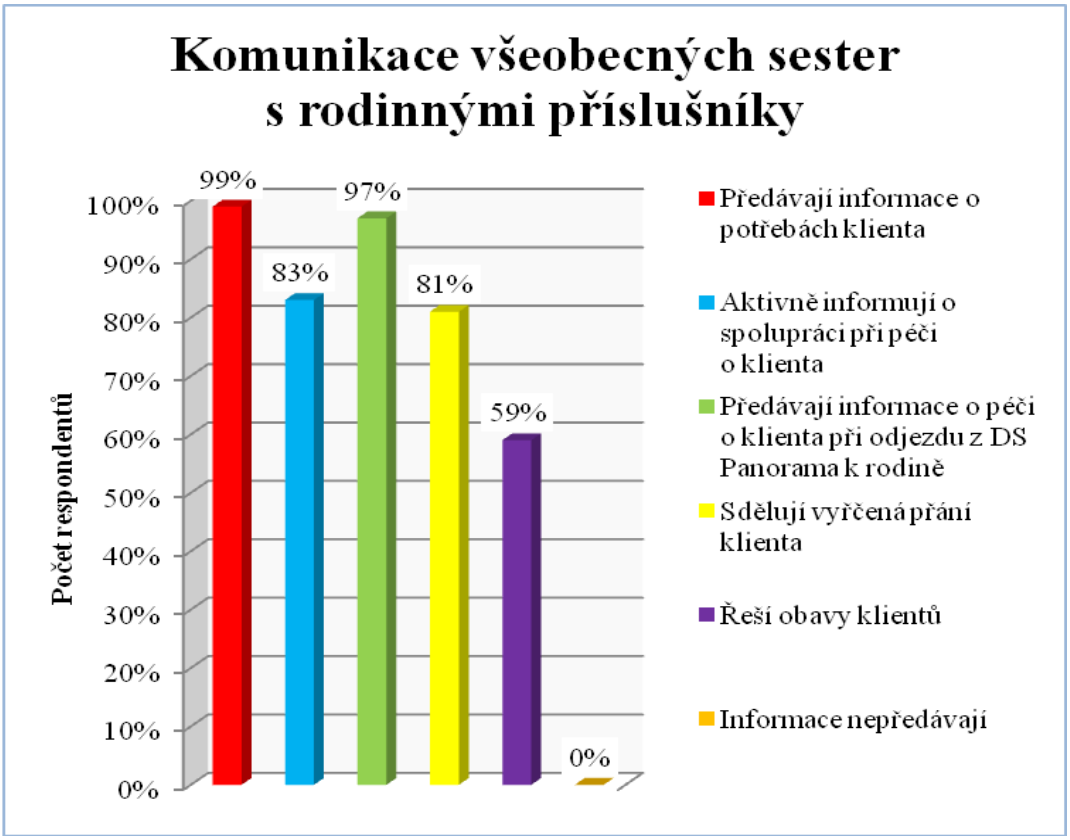
Tabulka 21: Pojem doprovázení umírajícího - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spolupráci zdravotníků s příbuznými a nejbližšími umírajícího	99	99%
Úsilí o psychickou a fyzickou pohodu umírajícího	99	99%
Citovou oporu	89	89%
Pravidelnou přítomnost příbuzných nebo blízkých	92	92%
Společné vzpomínky a bilancování	84	84%
Respektování přání a prožívání	85	85%
Umožnit návštěvu duchovního	25	25%
Podpírání umírajícího pomocí berle	0	0%
Nevybavím si nic	1	1%

Zdroj: vlastní

V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí. 99 (99 %) respondentů ze 100 shodně zaškrtlo odpověď spolupráci zdravotníků s příbuznými a nejbližšími umírajícího a úsilí o psychickou a fyzickou pohodu. Zároveň 92 (92 %) respondentů zvolilo pravidelnou přítomnost příbuzných nebo blízkých, 89 (89 %) respondentů vybralo citovou oporu, 85 (85 %) respondentů zaškrtlo respektování přání a prožívání, 84 (84 %) společné vzpomínky a bilancování, 25 (25 %) volbu umožnit návštěvu duchovního, 1 (1 %) respondent si pod pojmem doprovázení umírajících nevybavil nic a žádný z respondentů nevybral špatnou odpověď - podpírání umírajícího pomocí berle.

Graf 22: Všeobecné sestry při komunikaci s rodinnými příslušníky (možnost více odpovědí)



Zdroj: vlastní

Tabulka 22: Komunikace všeobecných sester s rodinnými příslušníky - četnosti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Předávají informace o potřebách klienta	99	99%
Aktivně informují o spolupráci při péči o klienta	83	83%
Předávají informace o péči o klienta při odjezdu z DS Panorama k rodině	97	97%
Sdělují vyřčená přání klienta	81	81%
Řeší obavy klientů	59	59%
Informace nepředávají	0	0%

Zdroj: vlastní

V této otázce mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. 99 (99 %) respondentů ze 100 si myslí, že všeobecné sestry při komunikaci s rodinnými příslušníky předávají informace o potřebách klienta. Zároveň 97 (97 %) respondentů je přesvědčeno, že všeobecné sestry při komunikaci s rodinnými příslušníky předávají informace o péči o klienta při odjezdu z DS Panorama k rodině. 83 (83 %) respondentů zaškrtlo, že

všeobecné sestry při komunikaci s rodinnými příslušníky aktivně informují o spolupráci při péči o klienta. 81 (81 %) respondentů zaškrtlo, že všeobecné sestry při komunikaci s rodinnými příslušníky sdělují vyřčená přání klienta. 59 (59 %) respondentů vybralo možnost, že všeobecné sestry při komunikaci s rodinnými příslušníky řeší obavy klienta. Odpověď informace nepředávají nevybral žádný respondent.

19 DISKUSE

Bakalářská práce se zabývá problematikou informovanosti příbuzných o potřebách, emocionální podpoře a doprovázení umírajících. Snahou bylo zjistit, jaké je povědomí příbuzných a známých seniorů v DS Panorama v Tachově o této problematice. Zda jsou informováni o potřebách a zásadách doprovázení umírajícího seniora, a zda by chtěli a dokázali doprovázet příbuzné v jejich nejtěžším období života, v období umírání.

Na základě studia odborné literatury byl stanoven cíl bakalářské práce a pracovní hypotézy. Cílem je tedy zmapování informovanosti příbuzných o potřebách, schopnosti emocionální podpory a doprovázení umírajících v DS Panorama v Tachově.

Pro objektivní zmapování stanovila autorka tři hypotézy, které se po vyhodnocení dotazníků potvrdily, či naopak vyvrátily.

První čtyři otázky dotazníku byly věnovány demografickým údajům: pohlaví, věku, vzdělání a vztahu ke klientovi DS Panorama v Tachově. V otázce č. 1, která je zaměřena na pohlaví, byla identifikována skladba vzorku respondentů - 66 (66 %) žen a 34 (34 %) mužů. Na otázku č. 2, jaká je Vaše věková kategorie, odpovědělo 44 (44 %) respondentů volbou věkové kategorie 41 – 60 let, 28 (28 %) respondentů 61 – 80 let, 24 (24 %) respondentů 21 – 40 let a shodně 2 (2 %) respondenti ve věkové kategorii do 20 let a v kategorii 81 a více let. Na otázku č. 3, jaké je Vaše vzdělání, zaškrtlo 64 (64 %) respondentů odpověď středoškolské, 21 (21 %) základní (jednalo se především o věkovou kategorii 61 – 80 let) a vysokoškolské vzdělání zaškrtlo 15 (15 %) respondentů. V otázce č. 4, vztah ke klientovi DS Panorama Tachov, zaškrtlo odpověď syn/dcera 53 (53 %) respondentů, vnuk/vnučka zaškrtlo 26 (26 %) respondentů, manžel/manželka 14 (14 %) respondentů a možnost jiný (sousedka, známá, kamarádka, bývalá spolupracovnice, přítel rodiny, sestra, bratr) zaškrtlo 7 (7 %) respondentů. Zajímavostí je, že v kategorii do 20 let byla žena, která měla ke klientovi vztah jako sousedka a klienta navštěvovala 1x týdně.

Výše podrobně zpracovaná data, která vycházejí z demografických otázek, by bylo možné využít v případě dalšího výzkumu pro analýzu závislostí dvou proměnných, která by poskytovala dokonalejší analýzu a umožnila by rozšířit stávající hypotézy.

Hypotéza č. 1 zněla**: Většina rodinných příslušníků má zájem získat informace o doprovázení umírajících**. K hypotéze se vztahují otázky 6, 7, 8, 9, 10, 11, přičemž

u respondenta, který odpověděl nejméně na čtyři otázky ano, byl shledán jeho zájem o problematiku získávání informací o doprovázení umírajících. Stěžejním kritériem byl pojem většina, jenž odpovídá alespoň 51 % kladným odpovědím. Na otázku č. 6, zda respondent někdy vyhledával informace o doprovázení člověka na sklonku života, odpovědělo 41 (41 %) respondentů ano a 59 (59 %) respondentů ne. Na otázku č. 7, zda respondent někdy vyhledával informace o potřebách člověka v závěrečné fázi života, však překvapivě odpovědělo 62 (62 %) respondentů ano a jen 38 (38 %) respondentů ne. Autorku zarazil rozpor, kdy na šestou otázku odpověděla většina dotázaných záporně, tedy, že nikdy nevyhledávali informace o doprovázení člověka na sklonku života a na sedmou otázku, zda respondent někdy vyhledával informace o potřebách člověka v závěrečné fázi života, většina respondentů odpověděla ano. Nabízí se domněnka, že respondenti neznají pojem doprovázení člověka na sklonku života, nebo že dávali přednost konkrétním dotazům, nebo že pro ně byla druhá otázka obsahově přijatelnější. Potěšující je, že respondenti řeší event. potencionální potřeby svých příbuzných nebo známých. Autorka se tedy domnívá, že hledají konkrétní cíl, potřeby umírajících. V souvislosti s tím vyvstává úvaha o tom, že chtějí být respondenti připraveni nebo nechtějí být zaskočeni, pokud by tato situace nastala. Na otázku č. 8, kde by hledal respondent informace o doprovázení umírajícího, odpovědělo překvapivě 41 (41 %) respondentů, že z internetu. V této odpovědi se předpokládá souvislost s otázkou z demografického okruhu, kde největším zastoupením dotazovaných respondentů je kategorie 41 - 60 let, pro které je pravděpodobně nejrychlejším a nejdostupnějším zdrojem informací internet. Naproti tomu je zarážející, že od zdravotníků by vyhledávalo informace o doprovázení jen 22 (22 %) respondentů ze 100. Na otázku č. 9, zda má respondent osobní zkušenost s umíráním příbuzného nebo blízkého, odpovědělo 39 (39 %), že ano, a 61 (61 %), že zkušenost nemá. Na otázku č. 10, zda se respondent zúčastní doprovázení umírajícího člena rodiny, odpovědělo 48 (48 %) ano, 22 (22 %) respondentů ne a 30 (30 %) nevím. Na otázku č. 11 (kontrolní), zda se má příbuzný či blízký zapojit do péče o umírajícího odpovědělo 49 (49 %) ano, 28 (28 %) spíše ano, 15 (15 %) spíše ne a 8 (8 %) respondentů je přesvědčeno, že ne.

Na otázku, kde se nabízí odpověď ano, nebo ne, tedy na otázku č. 6, 9 a 10, odpovědělo ano na každou méně než 51 % respondentů a pouze na otázku č. 7 odpovědělo ano více než 51 % respondentů. Odpovědi na otázky č. 8 a 11 můžeme též považovat za kladně zodpovězené. Sečteme-li první čtyři položky a poslední položku v nabízených

odpovědích u otázky č. 8 (v kontrastu s 13 (13 %) respondenty s nezájmem o získávání informací o doprovázení umírajícího), pak výsledná hodnota pěti položek, což odpovídá 87 (87 %) odpovědím, výrazně kladně přesahuje stanovené kritérium většiny k hypotéze č. 1. Totéž platí i u součtu odpovědí u otázky č. 11, kde odpovědělo kladně 77 (77 %) respondentů. Bohužel na otázku č. 6 odpovědělo ano pouze 41 (41 %) respondentů, na otázku č. 9 odpovědělo ano 39 (39 %) respondentů a na otázku č. 10 odpovědělo ano 48 (48 %) respondentů. I přesto, že se počet odpovědí blížil potřebné většině - kromě otázky č. 7, 8 a 11, v nichž byla většina dosažena, je nutné konstatovat, že se **hypotéza č. 1 nepotvrdila**. Tyto hraniční výsledky nás ale informují o tom, že zájem o získávání informací o doprovázení tu je, ovšem zatím nedosahuje takového množství cíleně zvolených respondentů, kteří by se vyjádřili k problematice hypotézy č. 1 v nadpoloviční většině kladně.

Hypotéza č. 2 zněla**: Většina respondentů zná potřeby umírajících**. K hypotéze se vztahují otázky 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 20, přičemž respondent, který odpověděl nejméně na pět otázek z osmi správně, byl shledán informovaný o potřebách umírajícího. Stěžejním kritériem byl pojem většina, jenž odpovídá alespoň 51 % správných odpovědí. Na otázku č. 12, koho byste chtěl/a mít na blízku na konci života, kde mohlo být zaškrtnuto více odpovědí, 69 (69 %) respondentů odpovědělo rodinu, 57 (57 %) respondentů odpovědělo partnera a 46 (46 %) respondentů odpovědělo zdravotníky. Ve 14 (14 %) případech to byla osoba blízká, v 8 (8 %) případech kněz, 1 (1 %) respondent odpověděl řádové sestry a 5 (5 %) respondentů odpovědělo, že by na konci svého života nechtělo mít nikoho. Odpověď někoho jiného nezvolil nikdo. Z odpovědí je zřejmé, že rodina hraje v této problematice nezastupitelnou roli, patří do potřeb umírajících, a tudíž otázka č. 12 vyzněla vzhledem k hypotéze kladně, tj. správně. Na otázku č. 13, které duchovní potřeby umírajícího považujete za důležité, odpovědělo 64 (64 %) respondentů společné modlitby, 37 (37 %) respondentů odpovědělo možnost setkání s knězem, čtení bible 6 (6 %) respondentů a žádné duchovní potřeby nepovažuje za důležité překvapivých 18 (18 %) respondentů. Výsledek je vzhledem ke stanovené hypotéze kladný, tj. správný. Na otázku č. 14, zda je důležité, aby umírající nepociťovali bolest, odpovědělo 91 (91 %) respondentů ano, pouze 2 (2 %) respondenti odpověděli ne a 7 (7 %) respondentů se rozhodlo zvolit odpověď nevím. Odpověď na otázku je správná. Tuto odpověď považuje autorka za velmi důležitou hlavně z toho důvodu, že je většina respondentů přesvědčena a uvědomuje si, že není žádoucí, aby byla otázka bolesti opomíjena.

Problematikou bolesti při umírání se též zabývá hospicové občanské sdružení Cesta domů, které ve svém celostátním průzkumu na téma umírání, který byl proveden v roce 2011 ve spolupráci s agenturou STEM/MARK, poukazuje na strach lidí z bolesti při umírání. (37) Dokument tak zmapoval postoj společnosti k bolesti při umírání. I Klevetová (33), ve svém článku v časopise Sestra, poukazuje na to, že se mnozí nebojí smrti jako takové, ale umírání, utrpení, bezmoci. V tom se všechny výzkumy či průzkumy shodují. Na otázku č. 15, zda potřebuje umírající rituály rozloučení k tomu, aby mohl v klidu zemřít, odpovědělo 92 (92 %) respondentů ano, pouze 2 (2 %) ne a 6 (6 %) respondentů odpovědělo nevím. Tudíž otázky č. 14 a 15 vyznívají vzhledem k hypotéze kladně, tj. správně. Na kontrolní otázku č. 16 (k otázce 14), co nepatří mezi biologické potřeby umírajícího (mohlo být zaškrtnuto více odpovědí), odpovědělo správně 93 (93%) respondentů cítit bolest a zároveň 71 (71%) respondentů zvolilo odpověď mít žízeň. Ostatní možnosti (příjem potravy a tekutin, vylučování, dýchání, péče o pokožku, spánek, ani jedna možnost) nezvolil žádný respondent. Odpověď na otázku je správná. Na kontrolní otázku č. 17 (k otázce č. 15), co nepatří mezi psychické potřeby umírajícího, odpovědělo 100 (100 %) respondentů být dlouhodoběji osamocen. Ostatní možnosti (návštěvy blízké osoby, soukromí a intimita, hovořit o svém životě, ani jedna možnost) nezvolil ani jeden respondent. Potěšující tedy je, že všichni rodinní příslušníci zvolili správnou odpověď. Na otázku č. 18, které místo pro umírání považujete za nejpřijatelnější, odpovědělo 72 (72 %) respondentů domov, 10 (10 %) respondentů hospic, 7 (7 %) respondentů nemocnice, 6 (6 %) sociální zařízení, 5 (5 %) respondentů léčebnu dlouhodobě nemocných a jinou možnost nevybral nikdo. Je překvapivé, že 72 (72 %) respondentů smýšlí o tom, že by zvolilo pro umírání domov, i přesto, že jejich senioři tráví podzim života v sociálním zařízení. Podle Mokrejšové (30) a z vlastní zkušenosti autorky lze říci, že rodin, které by o seniora chtělo pečovat doma (potažmo přemýšlí o své vlastní budoucnosti) nebo jen být přítomno u umírajícího, je stále více. Narážejí však v praxi na sociální a ekonomické překážky. Obávají se ztráty zaměstnání, a tím pádem finanční tísně. Legislativa v našem státě stále v tomto směru pokulhává.

Na kontrolní otázku č. 20 (k otázkám č. 16 a 17), co považujete za nejdůležitější potřebu umírajícího, zaškrtlo správně podle předpokladu nejvíce, celkem 24 (24 %) respondentů ze 100 (100 %), odpověď tišení bolesti. Těsně za touto možností vybralo shodně 22 (22 %) respondentů jak odpověď nebýt sám, tak odpověď respektování prožívání a přání umírajícího. Považujeme-li za nejdůležitější a tudíž i za správnou

odpověď tišení bolesti, nebýt sám a respektování prožívání a přání umírajícího a sečteme-li počty odpovědí respondentů, pak i tato otázka vyznívá vzhledem k hypotéze č. 2 kladně. Je tedy možné konstatovat, že **hypotéza č. 2 se potvrdila**, neboť počet správných odpovědí přesahuje 51 %, konkrétně činí 68 %.

Hypotéza č. 3 zněla**: Většina respondentů zná zásady doprovázení umírajících**. K hypotéze se vztahují otázky č. 5, 19, 21 a 22, přičemž respondent, který odpoví alespoň na 3 otázky ze 4 správně, je shledán informovaným o zásadách doprovázení umírajících. Stěžejním kritériem byl pojem většina, jenž odpovídá alespoň 51 % správných odpovědí. Na otázku č. 5, jak často navštěvujete svého příbuzného nebo blízkého v DS Panorama Tachov, odpovědělo překvapivých 20 (20 %) respondentů denně, 19 (19 %) respondentů 2x týdně, 42 (42 %) respondentů 1x týdně, 15 (15 %) respondentů 1x měsíčně a odpověď jinak (ob den, 3x týdně a 2x měsíčně, 3x měsíčně) zvolili 4 (4 %) respondenti. Nabízí se otázka, zda odpovídali respondenti pravdivě, zvláště když odpověděli, že navštěvují svého příbuzného denně. Touto otázkou se autorka nemusela hlouběji zaobírat, ale pro ověření nahlédla do návštěvní knihy, kde se potvrdilo, že opravdu během několika po sobě následujících dní se v knize objevují stále stejná jména návštěv. Vzhledem k tomu, že autorka pracuje jako směnná sestra, není možné, abych registrovala s denní pravidelností pohyb návštěv v domově, proto byla skutečnost ověřena touto formou. Odpověď na otázku je správná, protože podpora příbuzných a blízkých v podobě návštěv odpovídá zásadám doprovázení. Na kontrolní otázku č. 19 (k otázce č. 5), zda považují rodinní příslušníci citovou oporu pro svého příbuzného či blízkého za důležitou, odpovědělo 98 (98 %) respondentů ano, pouze 2 (2 %) respondenti odpověděli nevím a odpověď ne nezvolil nikdo z respondentů. Správná odpověď na otázku č. 19 jen doplňuje to, co bylo zjištěno v otázce č. 5, že přítomnost rodiny je pro seniora, potažmo umírajícího, nezastupitelná. Na otázku č. 21, co si vybaví respondent pod pojmem doprovázení umírajícího, kde mohlo být zaškrtnuto více odpovědí, odpovědělo shodně 99 (99 %) respondentů spolupráci zdravotníků s příbuznými a nejbližšími umírajícího a úsilí o psychickou a fyzickou pohodu umírajícího, zároveň 92 (92 %) respondentů odpovědělo pravidelnou přítomnost příbuzných nebo blízkých, 89 (89 %) respondentů odpovědělo citovou oporu, 85 (85 %) respondentů odpovědělo respektování přání a prožívání, 84 (84 %) respondentů společné vzpomínky a bilancování, 25 (25 %) respondentů umožnit návštěvu duchovního, 1 (1 %) respondent si nevybavil pod pojmem doprovázení nic a nesprávnou odpověď podpírání umírajícího pomocí berle nevybral žádný respondent. Odpověď na otázku č. 20 tedy

považuji za kladnou, tj. správnou. Na otázku č. 22, všeobecné sestry při komunikaci s rodinnými příslušníky, kde mohlo být zaškrtnuto více odpovědí, 99 (99 %) respondentů odpovědělo předávají informace o potřebách klienta, zároveň 97 (97 %) respondentů vybralo odpověď předávají informace o péči klienta při odjezdu z DS Panorama k rodině, 83 (83 %) respondentů odpovědělo aktivně informují o spolupráci při péči o klienta, 81 (81 %) respondentů odpovědělo, že sdělují vyřčená přání klienta, 59 (59 %) respondentů vybralo odpověď řeší obavy klienta a odpověď informace nepředávají nezaškrtl nikdo z respondentů. Odpověď na otázku považuji za kladnou, tj. správnou. **Hypotéza č. 3 se potvrdila**.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se snažila přiblížit velmi aktuální a stále častěji diskutované téma, téma umírání a smrti. V souvislosti s výrazným stárnutím populace je problematika umírání a smrti aktuální, i přesto, že je mnohými lidmi stále ještě tabuizována. Já jsem se zaměřila na problematiku doprovázení umírajícího seniora jeho příbuznými a blízkými v DS Panorama v Tachově. Doprovázení umírajících je v současnosti velmi těžkou výzvou pro všechny, kteří se umírání účastní nebo se ho účastnit mohou. Rodina a blízcí hrají v péči o umírajícího pacienta velmi důležitou roli a jejich přítomnost je nenahraditelná.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat informovanost příbuzných seniorů DS Panorama Tachov o potřebách, schopnosti emocionální podpory a doprovázení umírajícího člena rodiny. Domnívám se, že byl tento cíl splněn.

V teoretické části jsem objasnila základní pojmy vztahující se k problematice umírání a smrti. Jednotlivé kapitoly jsem se snažila seřadit tak, aby na sebe navazovaly, byly stručné a přehledné. V praktické části jsem pomocí dotazníkového šetření mapovala informovanost příbuzných o potřebách, schopnosti emocionální podpory a doprovázení umírajících seniorů v DS Panorama Tachov. Pro dosažení tohoto cíle jsem vypracovala tři hypotézy. Po vyhodnocení dotazníků se jedna hypotéza nepotvrdila a dvě se potvrdily.

Z šetření vyplynulo, že přibližně dvě třetiny příbuzných, kteří seniory navštěvují, jsou ženy a jsou převážně ve věku 41 - 60 let a mají středoškolské vzdělání. Překvapivým zjištěním bylo, že většina respondentů odpověděla, že informace o doprovázení nikdy nevyhledávala, ale informace o potřebách umírajícího ano. Domnívám se, že respondenti neodpovídali pravdivě nebo hledali jen konkrétní cíle, potřeby umírajícího nebo neznají pojem doprovázení a jeho náplň.

Dále z průzkumu vyplývá, že nejvíce informací o doprovázení umírajícího, by respondenti hledali na internetu. Zarazilo mě, že jen přibližně třetina respondentů by hledala tyto informace od zdravotníků. Vysvětluji si to tím, že tento cílený vzorek respondentů zatím nemá odvahu k tomu, aby si o problematice doprovázení umírajícího otevřeně, tváří v tvář, pohovořil se zdravotníky a volil by raději anonymní zdroj získávání informací.

Naopak mě velmi potěšilo zjištění, že ze vzorku respondentů navštěvuje seniory denně 20 příbuzných či známých (informaci jsem si ověřila v návštěvní knize) a že na všechny vědomostní otázky v dotazníku odpověděli respondenti správně. Většina respondentů by si také přála zemřít doma a nejlépe za přítomnosti rodiny či partnera. Výsledek průzkumu se opět shoduje s výsledky celostátního průzkumu na téma umírání z roku 2011, které provedlo sdružení Cesta domů ve spolupráci s agenturou STEM/MARK. (37)

Za nejdůležitější závěr práce považuji zjištění, že téměř polovina respondentů je ochotna se do péče o své blízké zapojit, je informovaná o potřebách umírajícího a zná zásady doprovázení umírajících. Vzhledem k výsledkům z průzkumu bych pro praxi doporučila všem všeobecným sestrám, a to nejen v DS Panorama Tachov, podporovat laickou veřejnost ve vyhledávání informací o doprovázení umírajících všemi dostupnými metodami. Metodou efektivní komunikace všeobecných sester, nejen v zařízení DS Panorama Tachov, pomáhat příbuzným, blízkým či známým, prohlubovat jejich znalosti o potřebách a zásadách doprovázení umírajících, které by jim pomohly zbavit se mnohdy nepříjemných pocitů, které mohou při doprovázení nastat. Umět nabídnout doprovázejícím praktickou pomoc při péči o umírajícího. Zároveň se dál v této problematice vzdělávat a účastnit se vzdělávacích akcí na téma doprovázení, umírání a smrti. Po dohodě s vedením DS Panorama zorganizuji na toto téma seminář nejen pro všeobecné sestry DS Panorama v Tachově, ale i pro příbuzné klientů, kteří projeví zájem se semináře zúčastnit

Z vlastní zkušenosti vím, že setkání se smrtí je silně emocionální záležitost, která v každém člověku zanechá nevratné stopy. Člověk umírá jen jednou a šance na doprovázení umírajícího se již nikdy neopakuje. V životě je možné dělat kompromisy, ale umírání blízké osoby nabízí jeho rodině jen dvě možnosti, buď zavřít oči, anebo přijmout možnost umírajícího doprovázet. Doprovázení blízkých lidí na konci jejich života je službou nejen pro ně, ale také službou pro doprovázející. Aniž si to mnozí uvědomují, tak dospělí, kteří se starají o své rodiče, dávají příklad svým dětem a mají tak reálnou naději, že ani oni nebudou jednou umírat opuštěni a navíc předávají další generaci povědomí o základních potřebách starých a umírajících osob.

„Pohled tiše umírajícího člověka připomíná padající hvězdu, hvězdu mezi milióny světel na vzdálené obloze; zaplane a zmizí navždy v nekonečné noci.“ (22, s. 133)

LITERATURA A PRAMENY

1. PARASKOVÁ, Eva. Paliativní péče o terminálně nemocného z pohledu rodinného příslušníka-zdravotníka. 2008. Praha: *Mladá fronta/Sestra*, 2008, roč. 18, č. 12, s. 52-53. ISSN 1210-0404.

2. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s. ISBN 978-807-1955-801.

3. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 136s. ISBN 80-201-0076-8.

4. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrie a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861s. ISBN 80-247-0548-6.

5. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004.203s. ISBN 80-210-3345-2.

6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9. 58-2.

7. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.

8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s. České ošetřovatelství, 10. ISBN 80-701-3363-5.

10. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328s. ISBN 978-80-247-3148-3.

11. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

12. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. HOLMEROVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

13. MUNZAROVÁ, Marta. *Úvod do lékařské etiky a biotiky.* 2. dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002. 43s. ISBN 80-210-3018-6.

14. ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 97s. ISBN 80-246-03268.

15. Sociální zabezpečení .: státní sociální podpora, sociální péče, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum, působnost jednotlivých orgánů : podle stavu k .. Ostrava: Sagit, 1993, sv. ÚZ. ISBN ISBN 978-80-7208-900-0.

16. BYOCK, Ira. *Dobré umírání*: *možnosti pokojného konce života*. 1. vyd. Překlad Ladislav Šenkyřík. Praha: Vyšehrad, 2005. 325 s. Cesty (Vyšehrad), sv. 10. ISBN 80-702-1797-9.

17. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přepr. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s. ISBN 978-807-2624-713.

18. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika.* Praha: Galén, 2002. 272s. ISBN 80-7262-132-7.

19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMACZYK. *Poslední úsek cesty.* Praha: Návrat domů, 1995. 93s. ISBN 80-85495-43-0.

20. PROCHÁZKOVÁ, Eva. Umírání jako součást života. Bratislava: *Sanoma Magazines Slovakia/Sestra a lekár v praxi*, 2010, roč. 9, 5-6, s. 12-13. ISSN 1335-9444.

21. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

22. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími.* 1. vyd. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992. 135s. ISBN 80-854-39-04-2.

23. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.

24. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-802-4731-711.

25. CÍNOVÁ, Jana a Mária KILÍKOVÁ. Ošetrovateľský proces a paliatívna starostlivosť. 2011. vyd. Bratislava: *Sanoma Magazines Slovakia*, 2011, roč. 10, č.11-12, s.14-15. ISSN 1335-9444.

26. KONYVKOVÁ, Alice. Paliativní a hospicová péče. 2007. Praha: *Mladá fronta/Sestra*, 2007, roč. 17, č.12, s.35-36. ISSN 1210-0404.

27. PADLOVÁ, Monika. Jak zajistit důstojné umírán*í*. 2007. Praha: *Mladá fronta/Sestra*, 2007, roč. 17, č.12, s.36-37. ISSN 1210-0404.

28. DOLEŽALOVÁ, Ivana a Dana KLEVETOVÁ. Úloha sestry v geriatrické paliativní péči. 2006. vyd. Semily: *GEUM*, 2006, roč. 2, č.1, s.33-36. ISSN 1801-2809.

29. DUBCOVÁ, Iva. Etika umírání a smrti. Praha: *Mladá fronta/Sestra*, 2011, roč. 21, č.10, s.44-46. ISSN 1210-0404.

30. MOKREJŠOVÁ, Lucie. Rodina v paliativní péči. Praha: *Mladá fronta/Sestra,* 2011, roč. 21, č.10, s.50-52. ISSN 1210-0404.

31. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

32. PETREKOVÁ, Beáta a Terézia HYRAVÁ. Starostlivosť o rodinu zomierajúceho. 2011. Bratislava: *Sanoma Magazines Slovakia/Sestra a lekár v praxi*, 2011, roč. 10, č. 1-2, s.18-19. ISSN 1335-9444.

33. KLEVETOVÁ, Dana. Být tím, kdo dokáže provázet na sklonku života. 2011. Praha: *Mladá fronta/Sestra*, 2011, roč. 21, č.10, s.47-48. ISSN 1210-0404.

34. CESTA DOMŮ. *Umírání.* [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: http://www.umirani.cz/psychicke-socialni-a-spiritualni-potreby

35. ŠTEFAN, Jiří a Jiří HLADÍK. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 437 s. ISBN 978-802-4735-948.

36. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.

37. CESTA DOMŮ. *Umírání.* [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: http://www.umirani.cz/res/data/017/001907.pdf

38. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Hodnocení bolesti u seniorů. *Sestra.* [online] 2010. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242

39. TAUSCH-FLAMMER, Daniela. *Čas zármutku. Pomoc pro truchlící a ty, kteří je doprovázejí*. b. v. Čerčany: Občanské sdružení, 2011. ISBN 978-80-254-8944-4.

40. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

41. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením.* [online]. 2006 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/355-desatero-komunikace-se-seniory-geriatrickymi-pacienty-se-zdravotnim-postizenim

SEZNAM ZKRATEK

apod .....a podobně

č .....číslo

DS .....Domov seniorů

event .....eventuelně

např .....například

Sb .....sbírky

t.č. .....toho času

tj. .....to jest

tzn. .....to znamená

tzv. .....takzvaný

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví - četnosti 55
Tabulka 2: Věkové kategorie - četnosti 56
Tabulka 3: Vzdělání - četnosti 57
Tabulka 4: Vtah ke klientovi - četnosti 58
Tabulka 5: Četnost návštěv - četnosti 59
Tabulka 6: Vyhledávání informací o doprovázení člověka - četnosti 60
Tabulka 7: Vyhledávání informací o potřebách člověka - četnosti 61
Tabulka 8: Způsob vyhledávání informací - četnosti 62
Tabulka 9: Osobní zkušenost s umíráním příbuzného - četnosti 63
Tabulka 10: Účast na doprovázení umírajícího člena rodiny - četnosti 64
Tabulka 11: Zapojení do péče o umírajícího - četnosti 65
Tabulka 12: Koho byste chtěl/a mít na blízku - četnosti 66
Tabulka 13: Důležité duchovní potřeby umírajícího - četnosti 67
Tabulka 14: Důležitost nepociťování bolesti umírajícího - četnosti 68
Tabulka 15: Rituály rozloučení - četnosti 69
Tabulka 16: Mezi základní biologické potřeby umírajícího nepatří - četnosti 70
Tabulka 17: Mezi psychické potřeby umírajícího nepatří - četnosti 71
Tabulka 18: Nejpřijatelnější místo pro umírání - četnosti 72
Tabulka 19: Důležitost citové opory - četnosti 73
Tabulka 20: Nejdůležitější potřeba umírajícího - četnosti 74
Tabulka 21: Pojem doprovázení umírajícího - četnosti 75
Tabulka 22: Komunikace všeobecných sester s rodinnými příslušníky - četnosti 77

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví 55
Graf 2: Vaše věková kategorie 56
Graf 3: Vaše vzdělání 57
Graf 4: Vztah ke klientovi Domova seniorů (dále DS) Panorama Tachov 58
Graf 5: Svého příbuzného nebo blízkého v DS Panorama Tachov navštěvuji 59
Graf 6: Vyhledával/a jste někdy informace o doprovázení člověka na sklonku života? 60
Graf 7: Vyhledával/a jste někdy informace o potřebách člověka v závěrečné fázi života? 61
Graf 8: Kde byste hledal/a informace o doprovázení umírajícího? 62
Graf 9: Máte osobní zkušenost s umíráním Vašeho příbuzného nebo blízkého? 63
Graf 10: Zúčastníte se doprovázení umírajícího člena rodiny? 64
Graf 11: Má se zapojit příbuzný nebo blízký do péče o umírajícího? 65
Graf 12: Koho byste chtěl/a mít na blízku na konci života? (možnost více odpovědí) 66
Graf 13: Které duchovní potřeby umírajícího považujete za důležité? (možnost více odpovědí) 67
Graf 14: Je důležité, aby umírající nepociťoval bolest? 68
Graf 15: Potřebuje umírající rituály rozloučení (např.: rozhovor, návštěva příbuzných, odpuštění apod.) k tomu, aby mohl v klidu zemřít? 69
Graf 16: Mezi základní biologické potřeby (potřeby těla) umírajícího nepatří (možnost více odpovědí) 70
Graf 17: Mezi psychické potřeby umírajícího nepatří 71
Graf 18: Za nejpřijatelnější místo pro umírání považujete 72
Graf 19: Pro umírajícího je citová opora příbuzných a blízkých důležitá 73
Graf 20: Za nejdůležitější potřebu umírajícího považuji 74
Graf 21: Pod pojmem doprovázení umírajícího si vybavím (možnost více odpovědí) 75
Graf 22: Všeobecné sestry při komunikaci s rodinnými příslušníky (možnost více odpovědí) 77

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Desatero zásad komunikace se seniory

Příloha B Charta práv umírajících

Příloha C Hierarchie potřeb dle Abrahama H. Maslowa

Příloha D Vizuální analogová škála bolesti

Příloha E Představa umírajícího o laskavé péči

Příloha F Podpora rodiny v paliativní péči

Příloha G Žádost o umožnění dotazníkového šetření v DS Panorama Tachov

Příloha H Dotazník

Příloha A Desatero zásad komunikace se seniory

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
2. Důsledně se vyhýbáme zdětinšťování starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
3. Při komunikaci s pacienty a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme jeho důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na papír.
6. Aktivně a taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na lůžko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnucujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka).
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti seniora nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

© Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2006

Zdroj: NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením.* [online]. 2006 [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/355-desatero-komunikace-se-seniory-geriatrickymi-pacienty-se-zdravotnim-postizenim

Příloha B Charta práv umírajících

Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“

4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží

- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevyléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevyléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevyléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevyléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevyléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevyléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetřovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy

- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevyléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle ***(living will)***, v „pořízení“ nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů ***(advance directives)***, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2

Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“

- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický

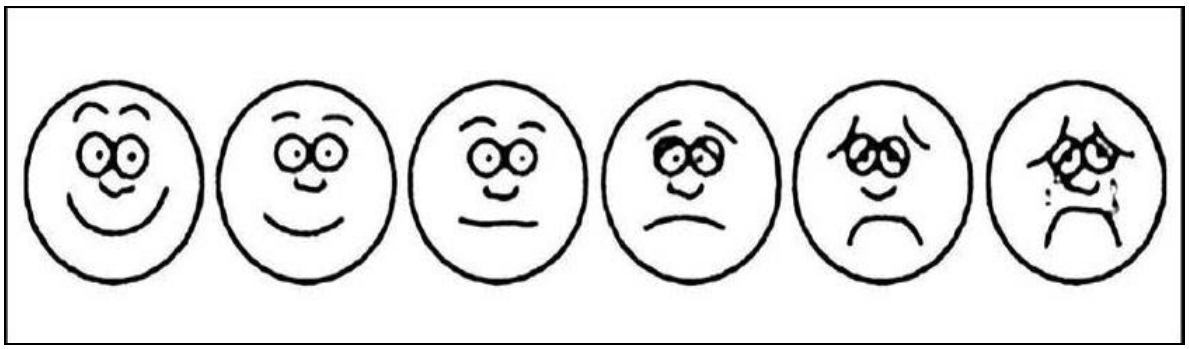
Zdroj: CESTA DOMŮ. *Umírání.* [online]. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: http://www.umirani.cz/psychicke-socialni-a-spiritualni-potreby

Příloha C Hierarchie potřeb dle Abrahama H. Maslowa

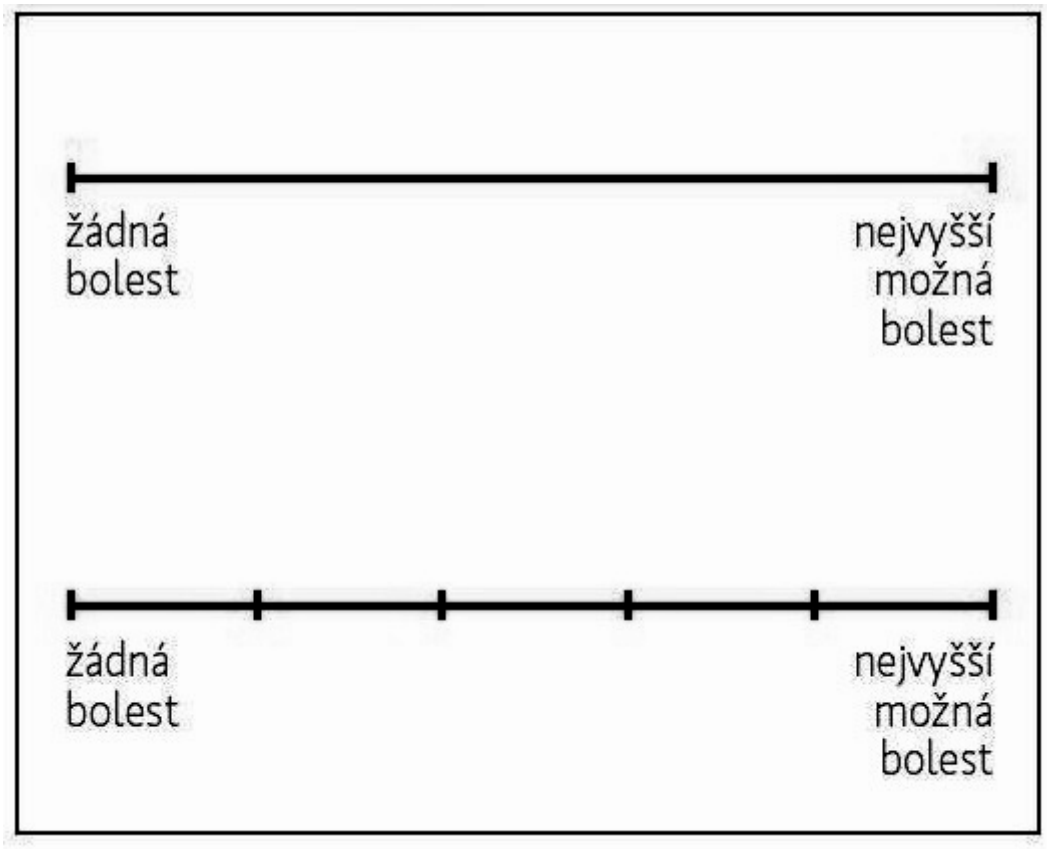
Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. (s. 15) ISBN 80-701-3324-4.

Příloha D Vizuální analogová škála bolesti

Obličeje



Úsečka



Zdroj: DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Hodnocení bolesti u seniorů. *Sestra.* [online] 2010. [cit. 2013-02-02]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-senioru-453242

Příloha E Představa umírajícího o laskavé péči

„Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.

Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly, v zajištění mého uzdravení.

Když ke mně přijdete a věříte ve mně, uzdravení – neuzdravení. Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit.

Když mě berete jako individualitu.

Když si vzpomenete na maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete i na mé blízké.

Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.

Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu.

Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.

Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.

Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnu i okamžik smrti, až přijde“.

Zdroj: SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s. ISBN 978-807-1955-801.

Příloha F Podpora rodiny v paliativní péči

Potřeby rodiny	Intervence
Pohoda (komfort) pacienta	- edukujte o hodnocení a léčbě bolesti (druhy bolesti, podávání analgetik, informace o způsobech zajištění pohody, informace o progresi onemocnění) - posuďte stupeň komfortu a spolu s rodinou stanovte ošetřovatelský plán - využívejte edukačních nástrojů (deník komfortu pacienta, demonstrace, video) - umožněte rodině v případě potřeby konzultace (při hospitalizaci i doma)
Informovanost rodiny	- naučte příbuzné, kdy mají požádat o pomoc - poskytujte dostatek informací srozumitelnou formou, doplňujte je písemnými materiály - informujte o nemoci, způsobu léčby a změnách ve stavu pacienta - umožněte nepřetržitý přístup k informacím - využívejte metodu rodinné konference, aby mohli příbuzní navzájem sdílet informace - informujte o různých možnostech
Emocionální podpora rodiny	- informujte o příznacích blížící se smrti - pomáhejte rodinám najít způsoby, jak se vyrovnat s těžkou situací (např. nesnažit se všechno vyřešit najednou, ale brát život den po dni, využívat sociální oporu, hledat informace, které rozptýlí nejistotu) - pomáhejte rodinám nalézat pozitiva v pečovatelské roli - pomáhejte členům rodiny nacházet způsoby, jak mohou pečovat sami o sebe a zabránit vyčerpání - uznávejte důležitost emocionálních potřeb členů rodiny
Praktická pomoc rodině	- doporučte péči specialisty a ukažte další možné zdroje podpory - pomozte rodině identifikovat, v čem potřebují praktickou pomoc - včas identifikujte potřebu respitní péče - poskytujte praktickou pomoc při péči o pacienta (např. koupání, monitorování) - poskytujte informace o možnostech podpory (např. finanční, převoz pacienta)

Zdroj: O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2005, 324 s. (s. 227) ISBN 80-247-1295-4.

Příloha G Žádost o umožnění dotazníkového šetření v DS Panorama Tachov

Ing.Jaroslava Kovářová
Vedoucí DS Panorama Tachov
U Penzionu 1711
347 01 Tachov

Věc: Žádost o umožnění dotazníkového šetření v DS Panorama Tachov

Žádám o laskavé svolení k umožnění dotazníkového šetření v DS Panorama Tachov, které mi poslouží jako podklad pro praktickou část mé bakalářské práce s názvem „Pohled na umírání ve 21. století".

Práce je zaměřena na mapování informovanosti příbuzných o potřebách, schopnosti emocionální podpory a doprovázení klientů v závěrečné fázi jejich života. Respondenti jsou příbuzní klientů DS Panorama Tachov.

Vzhledem k citlivému tématu bych příbuzné (respondenty) oslovovala osobně. Přikládám vzor dotazníku k nahlédnutí.

Předem děkuji za kladné vyřízení žádosti.

Irena Lebedová
studentka 3.ročníku oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií
Západočeská univerzita v Plzni

V Tachově dne 18.2.2013

Vyjádření k žádosti:

S dotazníkovým šetřením v DS Panorama Tachov souhlasím

Centrum sociálních služeb Tachov,
příspěvková organizace (2)
Domov seniorů PANORAMA
U Penzionu 1711, 347 01 Tachov
tel. 374 723 357, fax 374 723 445

V Tachově dne 18.2.2013

razítko a podpis

Příloha H Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia. K vypracování své bakalářské práce s názvem „Pohled na umírání ve 21. století“ potřebuji zmapovat úroveň informovanosti příbuzných o doprovázení umírajícího v Domově seniorů Panorama v Tachově.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který poslouží jako podklad k výzkumnému šetření pouze mé bakalářské práce.

U každé otázky zaškrtněte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Předem děkuji za pravdivé odpovědi, Vaši ochotu a Váš čas.

Irena Lebedová
studentka 3. ročníku oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni

---

1. **Pohlaví:**
- □ žena
- □ muž

2. Vaše věková kategorie:
- □ do 20 let
- □ 21-40 let
- □ 41-60 let
- □ 61-80 let
- □ 81 a více let

3. Vaše vzdělání:
- □ základní
- □ středoškolské
- □ vysokoškolské

4. Vztah ke klientovi Domova seniorů (dále DS) Panorama Tachov:
- □ manžel, manželka
- □ syn, dcera
- □ vnuk, vnučka
- □ jiný……

5. Svého příbuzného nebo blízkého v DS Panorama Tachov navštěvuji:
- □ denně
- □ 2x týdně
- □ 1x týdně
- □ 1x měsíčně
- □ jinak…….

6. Vyhledával/a jste někdy informace o doprovázení člověka na sklonku života?
- □ ano
- □ ne

7. Vyhledával/a jste někdy informace o potřebách člověka v závěrečné fázi života?
- ☐ ano
- ☐ ne

8. Kde byste hledal/a informace o doprovázení umírajícího?
- ☐ internet
- ☐ literatura
- ☐ zdravotníci
- ☐ sociální odbor
- ☐ linka důvěry
- ☐ nehledal
- ☐ jinde…….

9. Máte osobní zkušenost s umíráním Vašeho příbuzného nebo blízkého?
- ☐ ano
- ☐ ne

10. Zúčastníte se doprovázení umírajícího člena rodiny?
- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nevím

11. Má se zapojit příbuzný nebo blízký do péče o umírajícího?
- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

12. Zaškrtněte, koho byste chtěl/a mít na blízku na konci života:
(můžete zaškrtnout i více odpovědí)
- ☐ partnera
- ☐ rodinu
- ☐ osobu blízkou
- ☐ nikoho
- ☐ zdravotníky
- ☐ řádové sestry
- ☐ kněze
- ☐ někoho jiného…….

13. Které duchovní potřeby umírajícího považujete za důležité?
(můžete zaškrtnout i více odpovědí)
- ☐ možnost setkání s knězem
- ☐ čtení bible
- ☐ společné modlitby
- ☐ žádné
- ☐ jiné…….

14. Je důležité, aby umírající nepociťoval bolest?

- ano
- ne
- nevím

15. Potřebuje umírající rituály rozloučení (např.: rozhovor, návštěva příbuzných, odpuštění apod.) k tomu, aby mohl v klidu zemřít?

- ano
- ne
- nevím

16. Mezi základní biologické potřeby (potřeby těla) umírajícího nepatří: (můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- příjem potravy a tekutin
- vylučování
- mít bolest
- dýchání
- péče o pokožku
- tišení bolesti
- spánek
- mít žízeň
- ani jedna možnost

17. Mezi psychické potřeby umírajícího nepatří:

- návštěvy blízké osoby
- soukromí a intimita
- hovořit o svém životě
- být dlouhodoběji osamocen
- ani jedna možnost

18. Za nejpřijatelnější místo pro umírání považujete:

- domov
- hospic
- léčebnu dlouhodobě nemocných
- nemocnici
- sociální zařízení
- jiné místo…….

19. Pro umírajícího je citová opora příbuzných a blízkých důležitá:

- ano
- ne
- nevím

20. Za nejdůležitější potřebu umírajícího považuji:

- hygienickou péči
- péči o výživu
- péči o vyprazdňování
- tišení bolesti
- nebýt sám
- citovou podpora
- respektování prožívání a přání umírajícího
- návštěvu duchovního

21. Pod pojmem doprovázení umírajícího si vybavím:
(můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- spolupráci zdravotníků s příbuznými a nejbližšími umírajícího
- úsilí o psychickou a fyzickou pohodu umírajícího
- citovou oporu
- pravidelnou přítomnost příbuzných nebo blízkých
- společné vzpomínky a bilancování
- respektování přání a prožívání
- umožnit návštěvu duchovního
- podpírání umírajícího pomocí berle
- nevybavím si nic

22. Všeobecné sestry při komunikaci s rodinnými příslušníky:
(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- předávají informace o potřebách klientů
- aktivně informují o spolupráci při péči o klienta
- předávají informace o péči klienta při odjezdu z DS Panorama k rodině
- sdělují vyřčená přání klienta
- řeší obavy klientů
- informace nepředávají