

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Stáří, umírání a smrt seniorů

Bc. Libuše Simonová

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2011

Prague college of psychosocial studies



THE DIPLOMA THESIS

Old age, dying and death of seniors

Bc. Libuše Simonová

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová.

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze podklady uvedené v příloženém seznamu literatury.

V Praze dne

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji především paní MUDr. Olze Dostálové za čas, inspiraci a cenné rady, které mi při konzultacích této diplomové práce dala.

Dále bych měla poděkovat všem respondentům, kteří si udělali čas, pro vyplnění dotazníku.

Děkuji všem, kteří mi byli oporou a dodávali mi energii po celou dobu mé práce.

ANOTACE

V naší populaci se neustále zvyšuje počet seniorů a podle prognóz bude i v budoucnu jejich počet vzrůstat. Mnozí lidé, laici i odborníci, se tímto tématem neradi zabývají a to se odráží v péči o seniory a především v péči o umírající. V dnešní době, kdy je medicína na velmi vysoké úrovni, se paradoxně vyskytují nové eticko - morální problémy. Je nutné, aby toto téma přestalo být tabuizováno a začalo se o něm více hovořit.

V teoretické části jsem se zabývala charakteristikou stáří a stárnutím seniorů, umíráním, potřebami umírajících, lidskou důstojností, komunikací s umírajícím a smrtí.

Výzkumná část práce je založena na dotazníkovém průzkumu, který slouží ke zjištění názoru seniorů na téma stárnutí, umírání a smrt.

KLÍČOVÁ SLOVA

Stáří, stárnutí, senior, umírání, potřeby, lidská důstojnost, komunikace, smrt.

Senium, senescence

ABSTRACT

This diploma thesis is about an old-age, dying and death of seniors. In our population there is an increasing number of seniors and according to some statistics this number would be bigger and bigger that is why this theme is very usual last years. Lots of people – amateur and also experts – can not talk about this problem which is reflected by inappropriate care of seniors and mainly by bad care of dying ones.

Curiously, in this age when the medicine is pretty developed and on the high standard some new ethical-moral problems appear. Currently this theme is not tabu anymore. People talk more and more about the problems coming out from dying and death.

In the theoretical part I was writing about old-age, getting old, death, needs of dying seniors, dignity and communication with dying seniors.

The practical part is about the research. You can find some seniors opinions of ageing dying and death.

KEY WORDS

Old age, getting older (ageing), senior, dying, needs, dignity, communication, death.

OBSAH

1	VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	9
1.1	Pojem: stárnutí, stáří, senior	
1.2	Průměrná délka života	10
1.3	Gerontologie, geriatrie, gerontopsychologie	
1.4	Umírání, tanatologie	
1.5	Smrt.....	11
1.5.1	Náhlá smrt a rychlá smrt	
1.5.2	Pomalá smrt a zadržaná smrt	12
2	OBDOBÍ STÁŘÍ.....	14
2.1	Biologické projevy stárnutí.....	16
2.2	Psychické projevy stárnutí.....	17
2.3	Nejčastější obtíže a onemocnění ve stáří	19
3	UMÍRÁNÍ.....	23
3.4	Potřeby umírajících.....	29
3.4.1	Systém potřeb podle Maslowa.....	30
3.4.2	Roviny péče o umírající.....	32
3.5	Lidská důstojnost	34
3.5.1	Lidská důstojnost a právní ustanovení.....	36
3.6	Komunikace s umírajícím.....	38
4	SMRT.....	41
4.1	Definice smrti	42
4.2	Známky blížící se smrti.....	43
4.3	Prodlužovaná smrt	44
5	PRAKTICKÁ ČÁST	46
	Úvod	
5.1	Vymezení cíle a stanovení hypotéz	
5.1.1	Vymezení cíle	
5.1.2	Stanovení hypotéz.....	47
5.2	Metodika	
5.3	Výsledky průzkumu a jejich analýza.....	49
5.3.1	Výsledky dotazníkového šetření	
5.4	Rozbor hypotéz	61
5.5	Shrnutí závěrů	62
	SEZNAM LITERATURY.....	66
	SEZNAM TABULEK.....	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73
	BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	77
	EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY	78

ÚVOD

Ve své diplomové práci se zabývám otázkou stáří, umírání a smrti. Chtěla jsem poukázat na to, jak lidé v dnešní době nejčastěji umírají a jak umírání a smrt vnímají. Všimám si také toho, zda je umírání v dnešní moderní době důstojné.

Existuje množství odborných knih i článků na téma stáří, umírání, smrt a přesto je toto téma stále předmětem tabuizace, i navzdory tomu, že seniorů stále přibývá a podle statistických odhadů přibývat bude i nadále. Komu by se chtělo číst a mluvit na toto téma? V dnešní době nás zajímá jak umírajícího udržet na živu a ne to, jak ho doprovodit v jeho nejtěžší chvíli. Jen minimálně umírajících seniorů zemře v přítomnosti svých nejbližších. Podle mého názoru nezáleží ani tak na tom, zda umírá doma či v nemocnici, ale je velmi důležité, aby na to nebyli sami. Dříve se lidé nebáli umírání ani smrti, protože věděli, že nebudou umírat sami, ale v přítomnosti svých bližních. Nemyslím si, že se lidé bojí umírání, ale toho, že budou umírat v osamění.

Člověk si konečnost života uvědomí, až když se s umíráním setká osobně. Já jsem o umírání a smrti nikdy nepřemýšlela, až když jsem se s ní poprvé setkala jako zaměstnanec domova pro seniory, když nám zde umírala 88- letá klientka. Neměla jsem žádné zkušenosti. Měla jsem zvláštní pocity, ale nebála jsem se. Klientka už verbálně nekomunikovala, protože bylo vidět, jak moc ji to vysiluje, ale byla při vědomí. Koukala na mě svými velkýma očima a já nechtěla, aby zemřela sama, tak jsem u ní seděla a držela ji za ruku. Nevím, zda jí to pomohlo, ale bylo vidět, že je klidná, a tak i zemřela. Mne tato zkušenost nesmírně obohatila a posunula mě zase o kousek výš. Také co mne překvapilo, bylo, že klientka věděla, že už její čas nastal.

Umírající jsou a vždy budou mezi námi a i my jednou budeme umírajícími. Proto bychom se měli zamýšlet nad tím, jak bychom mohli umírajícímu usnadnit a umožnit mu důstojný odchod ze života.

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Abychom pochopili problematiku daného tématu, měli bychom si na počátku vysvětlit základní pojmy, se kterými budu nadále pracovat Tyto pojmy jsou: stárnutí, stáří, senior, gerontologie, lidská důstojnost, komunikace, umírání, smrt

1.1 Pojem: stárnutí, stáří, senior

Pojmy stárnutí a stáří se mnohdy překrývají, takže někteří autoři oba tyto pojmy zahrnují do pojmu jednoho (JANDOUREK, 2001, s. 237). Autor rozeznává pojem stáří jednak jako časový úsek, který uplynul od vzniku organismu, jednak jako poslední životní fázi.

Jiní autoři (ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ aj., 2003) oba pojmy rozlišují. Stárnutí chápou jako komplexní proces s mnoha endogenně i exogenně působícími faktory, který se odehrává v průběhu celého lidského života. Začíná narozením dítěte, pokračuje pohlavním dozráváním v pubertě a adolescenci a pokračuje neúprosně až k smrti.

Psychologický slovník (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 561) upozorňuje na Galtona, který už r. 1883 zahrnoval pod pojem stárnutí negativní změny v organismu, k nimž dochází po adolescenci.

Lékařský slovník rozeznává presenium a senium. Presenium je období předcházející stáří, kterého si medicína všímá zejména v souvislosti s předčasně přicházejícími chorobami pozdějšího věku např. presenilní demence objevující se do 65 let (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 361). Senium pak je stařecký věk (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 399).

Slovník sociální práce uvádí také pouze pojem stáří jako „věkové období, kdy lidé v západní kultuře odcházejí do důchodu“ (MATOUŠEK, 2003, s. 226).

Světová zdravotnická organizace (WHO) zavedla jednotně různé věkové stupně stárnutí:

- stárnoucí: 60 let - 74 let,
- starý: 75 let - 89 let,
- stařecký: nad 90 let (cit. dle ŠIMÍČKOVÉ - ČÍŽKOVÉ aj., 2003, s. 130)

Toto dělení vysvětluje tím, že stupeň celkového chátrání organismu má několik etap, které se liší tempem i intenzitou involučních pochodů. V prvním období je organismus ještě odolný a zdatný. Ve druhé etapě je výrazně snížena odolnost organismu a involuční změny se projevují rychleji. Věk nad 90 let je poznamenán výraznou osamělostí, neboť špatně snáší úmrtí partnera či vrstevníků, zde se objevuje rezignace a očekávání blízkého konce (PŘÍHODA, 1974).

Senescent je stárnoucí osoba (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 399), senex je stařec. Senior je pak odvozeno od senium, ale má více významů: jako starší ze dvou osob stejného jména v rodině, jako starší člen učitelského sboru nebo různých organizací a spolků, označení občanů nad 60. let (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 530).

1.2 Průměrná délka života

Průměrný věk je prostý statistický údaj získaný tím, že sečteme roky dané generace a dělíme je jejich počtem. Do výsledného čísla se promítá i kojenecká úmrtnost či předčasná smrt způsobená např. hladomorem nebo válkou. Průměrný věk zakrývá fakt, že v každé době žili staří lidé. Proto je mnohem vhodnější používat termín střední délka života. Tento údaj nám říká, kolika roků se s vysokou pravděpodobností dožije právě narozené, zdravé dítě (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

1.3 Gerontologie, geriatrie, gerontopsychologie

Gerontologie je odvozena od slova gerón, což je starý člověk, je to tedy nauka o stáří, která je interdisciplinární. „*Gerontologie shrnuje vše, co se týká starého člověka ve zdraví i nemoci*“ (PACOVSKÝ a HEŘMANOVÁ, 1981, s. 13).

„*Geriatrie je lékařský obor zabývající se diagnózou a léčbou starých osob a péčí o ně*“ (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 142).

Gerontopsychologie je součástí vývojové psychologie a studuje psychické změny v průběhu stárnutí a stáří (ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ aj., 2003).

1.4 Umírání, tanatologie

Pojem umírání je v lékařském slova smyslu synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu říká, že dochází k postupnému a nezvratnému selhávání životně důležitých funkcí orgánů a tkání, jehož výsledkem je zánik člověka (HAŠKOVCOVÁ, 1991).

Kübler - Rossová rozdělila umírání na jednotlivé fáze, kterými umírající prochází. Ne všem umírajícím se podaří projít všemi těmito fázemi, ale je důležité tyto fáze identifikovat, abychom lépe pochopili prožívání a chování umírajícího (cit. dle ŠIMÍČKOVÉ - ČÍŽKOVÉ aj., 2003).

Tanatologie je definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen od řeckého boha smrtelného spánku a smrti (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

1.5 Smrt

Lékaři, biologové, filozofové i sociologové přicházejí každý se svým pohledem a svým příspěvkem, přesto na otázku, co je smrt, nelze uspokojivě odpovědět. Nikdo se ve skutečnosti nemůže vrátit a říci, jaké to je zemřít, pokud

již překročí práh smrti (HAŠKOVCOVÁ, 1991).

Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy též člověka. V současnosti většinou bývá smrt konečným stadiem patologického procesu, tedy nemoci. Může být označována jako „lékařská smrt“ a tento pojem vyvolává představu smrti, která nastává v důsledku nemoci. Až na výjimky k ní dochází v nemocnici či v jiné instituci. Rychlost skonu je různý, proto se rozlišuje smrt náhlá, rychlá a pomalá (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

1.5.1 Náhlá smrt a rychlá smrt

Náhlá smrt svůj příchod neavizuje. Je spojována s tragickou smrtí (HAŠKOVCOVÁ, 2000). Nečekaná, náhlá smrt někoho blízkého patří mezi největší tragédie, jaké člověk může zažít (KÜBLER-ROSSOVÁ, 1994).

Rychlá smrt svůj příchod hlásí, ale činí to nezřetelně, nebo v omezeném rozsahu. Pojmy náhlá a rychlá smrt se mnohdy překrývají (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

1.5.2 Pomalá smrt a zadržovaná smrt

Pomalá smrt se v určitém, relativně dlouhém čase ohlašuje, tedy avizuje. Ohlášení se projevuje prostřednictvím nejrůznějších obtíží. Umírající strádá a příbuzní mají čas připravit se na extrémní ztrátu (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Na zadržované smrti neboli dystanázii se podílí zdravotníci tím, že bývají hyperaktivní v poskytování nadměrní léčby, která nemá smysl. Jsou totiž školeni na vítězný boj s nemocí. Nejsou školeni k tomu, aby přijali porážku, za kterou považují pacientův odchod ze života. (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

1.6 Důstojnost

Pro většinu z nás je jednodušší popsat, co není důstojné. Toto slovo většinou pojmáme jako úctu. V rámci studie Důstojnost a starší Evropané byl zpracován model, který rozlišuje několik typů důstojnosti (*Cesta domů*, 2004).

- Důstojnost zásluh - zde důstojnost souvisí s funkcí a je odrazem skutečnosti, že statut člověka závisí na ekonomickém a sociálním postavení, a proto bývají osoby po odchodu do důchodu vyřazeny jak z ekonomického, tak společenského hlediska na nižší úroveň a na základě toho mohou prožívat ztrátu důstojnosti.
- Důstojnost mravní síly - sestry či sociální pracovníci mají pocit frustrace pramenící z nedostatku prostředků a následné nemožnosti dostat tomu, co považují za morálně správné v péči o člověka. Tento typ důstojnosti může mít omezené trvání, záleží to na chování osoby.
- Důstojnost osobní identity znamená, že člověk neztrácí vnějšími nepříznivými okolnostmi vědomí vlastní identity, vědomí svých práv a povinností, zůstává sám sebou. V případě zdravotního oslabení to však je velmi těžké a tito lidé jsou často nuceni přijmout inferiorní status, který jim vnucuje jejich okolí.

2 OBDOBÍ STÁŘÍ

Ať už si to připouštíme, či nikoli, stáří neodmyslitelně patří k našemu životu. Když se řekne stáří, tak se mi vybaví moje babička. S ní si spojuji nemoci, pocit osamění, strach ze zranění a s tím spojená izolace, změna vizáže, neustálé kolísání nálad, hádavost, smutek z úmrtí vrstevníků, skleróza, snížená soběstačnost, ale také předávání cenných vzpomínek a chutných receptů, laskavost, radost z maličkostí, obětavost a hlavně velká láska.

Mnoho lidí v pozdním věku vypadá a chová se mladistvě, nepotřebuje pomoc okolí (ČECHOVÁ aj., 2004). Jiní stárnoucí jedinci v tomto období si vážně začínají uvědomovat desintegrační změny v tělesné i psychické oblasti, což má negativní vliv na jejich chování. Dochází k pesimismu, k uvědomování si krátkosti života, k nervozitě, ke ztrátě vážnosti seniorů i větší společenské izolaci spojené s vědomím ochuzování vlastního života. Na konci období může být snížena kontrola korekce chování, v důsledku níž oslabují etické zábrany a objevuje se neobvyklé chování (ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ aj., 2003).

Člověk je v tomto období vyřazen z pracovní činnosti, stoupá u něj počet různých chorob, což má za následek sociální izolovanost, pocit nepotřebnosti. Ženy se s těmito skutečnostmi vyrovnávají lépe než muži. U většiny se však dostavuje generační osamělost a ztráta smyslu života, což je umocněno ztrátou partnera, pokud jejich společný život trval do senia. Pesimismus zvyšuje strach z blížícího se konce života (ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ aj., 2003).

Pro seniory je velmi těžké změnit bydliště, nechtějí opustit místo, kde vyrůstali a kde znají sousedy. Potřeba sociálních kontaktů je pro ně důležitá, ale mohou navazovat kontakty s vrstevníky, spolužáky nebo spolupracovníky, se kterými si rozumí. Komunikace s mladými lidmi je pro ně namáhavá, zatěžující, řečový projev mladých lidí bývá rychlý a některým tématům přestávají rozumět. Osamělost snášejí těžce, ale odmítají navazovat nové kontakty a tím dochází k izolaci (ČECHOVÁ aj., 2004).

Postupně mizí mezigenerační porozumění a empatie. Senioři jsou často vnímáni

jako něco, co nemá žádnou cenu. Mladí lidé si neuvědomují, že mezigenerační kontakt a společné zážitky představují způsob předávání dovedností, ale také rodinné a kulturní historie. Dnešní mladí lidé nemají zájem o starší generaci, neuvědomují si, jaký by pro ně mohli mít senioři přínos.

Neustále dochází ke zvyšování střední délky života v naší populaci. Dle ČSÚ se proces stárnutí dlouhodobě projevuje skutečností, že se ženy i muži dožívají vyššího věku. Ženy žijí v průměru déle než muži. V loňském roce se muži dožili průměrně 78,2 roků a ženy 82,3 roků. Odhaduje se, že v roce 2065 bude střední délka života u mužů 86,5 let a u žen dokonce 91 let (HAŠKOVCOVÁ, 2010). Od pádu Rakouska - Uherska až po dnešek se prodloužil průměrný věk mužů o více než 26 let a u žen o více než 30 let.

V roce 2009 publikoval ČSÚ tři možné varianty prognóz obyvatelstva. Všechny tři varianty předpokládají nárůst podílu seniorů v populaci z 18 % až k 30 %. Všeobecně se říká, že stárnutí a stáří, stejně jako smrt, je jedinou jistotou, kterou máme. A přesto o svém vlastním stárnutí a stáří většinou neuvažujeme až do doby, než se nás začne osobně týkat. Vlastní stáří je daleko a většinou se jeví jako šedivé a nezajímavé, tak proč o něm přemýšlet dřív, než je nezbytně nutné. Situaci seniorů zhoršuje současný ideál mládí, proto není překvapující, že se někteří snaží stárnutí přelstít. Stále více žen, ale i mužů se snaží zastavit stárnutí za pomoci plastických chirurgů (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Stáří je spojeno s řadou ztrát v téměř všech oblastech lidského života. Stárnoucí člověk neztrácí jen své nejbližší, ale ztrácí svou sociální roli, sociální status a zejména část svých dosavadních kompetencí (MÜHLPACHR, 2005).

Někteří lidé ve stáří dbají o svůj vzhled a tím podporují svoji sebeúctu. Někteří rezignují, nezajímají se o svůj vzhled, zanedbávají hygienu i domácnost. S tím se častěji setkáváme u osamělých starých mužů. Optimální je, akceptuje-li senior svůj věk, snaží se zvládnout obtíže přijatelným způsobem a neustále rozvíjí své zájmy (ČECHOVÁ aj., 2004).

2.1 Biologické projevy stárnutí

Ottova Encyklopedie A-Ž (2004, s. 958) definuje biologické stárnutí jako opotřebenání organismu různými chorobnými procesy, životními podmínkami a způsobem života. Změny nastávají nejenom na našem těle, ale i na orgánech. Počátek biologického stárnutí není možné přesně stanovit. Tyto změny nastávají v průběhu celého života. Neznamená to, že naše tělo stárne až od období senescence, ale už od útlého věku, pouze v období senescence jsou tyto změny nejvíce patrné a také se nejrychleji rozvíjejí. Stárnutí je fyziologicky normální proces, který zahrnuje nejen poruchy zraku či sluchu, starší senioři mohou mít i různý stupeň kognitivního deficitu (ŠKRLA, 2005).

Biologickými změnami v důsledku stárnutí organismu rozumíme změny projevující se především na vzhledu seniora a také na funkci jeho orgánů. Jednou z prvních známek stárnutí, jsou změny kůže. V obličeji jsou to vrásky, snížená mimika na základě ochablosti obličejových svalů, nažloutlé nebo našedlé zbarvení kůže v obličeji, hyperkeratózy, pigmentace. Se ztrátou chrupu souvisí zmenšení čelisti a poklesnutí brady. Postupně dochází ke zvětšení špičky nosu, ztenčení horního rtu, a prodloužení ušního boltce. Dochází k mizení podkožního tuku nejen v obličeji, celkově pak poklesu vody v kůži, suchost kůže způsobuje svědění, jsou patrné převislé kožní laloky.

Dalším typickým jevem je pokles tělesné hmotnosti a výšky, které se projevují po celé období stáří. Současně klesá rychlost pohybu, pružnost a pohyblivost kloubů, což spolu s osteoporózou zvyšuje pravděpodobnost úrazu. Ubývá svalová výkonnost a souhra neuromuskulárního aparátu. Úbytek funkcí se projevuje také u vnitřních orgánů. V průběhu stáří dochází k morfologické a funkční změně nervového systému. U stárnoucího člověka klesá citlivost na podněty, snižuje se ostrost vnímání, rozlišovací schopnost není dostatečná a informace, které zprostředkovávají smysly, jsou méně kvalitní (ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ aj., 2003).

Řadu svých nedostatků senioři běžně a úspěšně korigují, pořídí si brýle či naslouchadla a vyhýbají se extrémní fyzické námaze nebo si práci rozvrhnou do delšího časového úseku, počítají s tím, že jsou pomalejší.

V souvislosti se zevnějškem je třeba uvést, že senioři v dnešní době vypadají podstatně lépe a také jsou zdravější, než byli naši předkové (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

2.2 Psychické projevy stárnutí

Psychické změny v důsledku stárnutí se projevují jednak na úrovni kognitivní, jednak na úrovni emoční. Na úrovni kognitivní se projevuje snížená schopnost zapamatovat si nové informace, uchovávat nové informace a posléze si je i vybavovat. Vše toto je zpomalené, i když úsudek nemusí trpět, naopak díky dlouholetým zkušenostem může být i vyzrálejší než u lidí mladých. Na druhé straně se může projevovat zvýšená opatrnost až nedůtklivost a podezřívání. Po emoční stránce se může projevovat určitá plochost, snížené emoční reagování, nebo naopak neadekvátní předrážděnost na sebemenší podnět.

Psychické stárnutí je podmíněno jednak sníženým okysličováním mozku na základě zhoršeného krevního průtoku následkem arteriosklerózy, jednak opotřebením mozkové tkáně, i když toto se může dostavit až ve velmi pozdním věku. Biologické projevy stárnutí jednotlivých orgánů, které už nestačí původním požadavkům, mohou zatěžovat homeostázu organismu a tak klást i zvýšený nárok na psychiku při celkovém dyskomfortu (DOSTÁLOVÁ, 2010).

Biologické involuční procesy tedy vyvolávají zhoršení vnímání a motoriky, zpomalení duševních pochodů a všech složek psychické činnosti jako je myšlení, paměť, citové prožívání nebo motivace. Duševní stav ve stáří je ovlivňován faktory biologickými (vnitřními) i faktory sociálními (vnější). Tyto změny vnitřních a vnějších podmínek kladou zvýšené nároky na adaptaci seniora, adaptabilita starých lidí je výrazně snížena (ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ aj., 2003).

Mnozí se nedokážou s nastupujícím stářím srovnat, jsou pesimističtí, někdy

agresivní, často reagují přehnaně kriticky na vše kolem sebe, přestávají být aktivní, mnohdy upadají do depresí (ČECHOVÁ aj., 2004).

Starý člověk neztrácí schopnost učit se ani v pokročilém věku, ale tato schopnost se postupně snižuje (PŘÍHODA, 1974).

Jak už bylo shora řečeno, zpomalení paměťových funkcí snižuje počet vybavitelných poznatků a zkušeností. Úbytek schopnosti učit se novým věcem kompenzuje dosavadními zkušenostmi. Ve stáří se zhoršuje paměť krátkodobá, dlouhodobá paměť bývá zachována. Myšlenky se více zaměřují do minulosti, méně do budoucnosti. Myšlení, které vychází ze zkušeností, má tendenci směřovat ke konzervativnosti, často senioři ulpívají na úsudcích, které si vytvořili již dříve. Myšlení ubývá nápaditosti, rádi dlouhodobě uvažují o stejném problému a neustále se k němu vracejí (ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ aj., 2003).

Některé negativní vlastnosti vystupují ve stáří do popředí, tím se chování staršího člověka více či méně mění. Emoční reakce bývají prudší, často dochází k podráždění, afektu nebo naopak k lhostejnosti či apatii. Nálady se velmi často střídají. Mnohdy vystupuje do popředí nedůvěra, strach o majetek podezřavost, úzkost (ČECHOVÁ aj., 2004).

Někteří autoři považují za typické vlastnosti seniorů vztahovačnost, panovačnost, ješitnost, mrzoutství, náladovost, popudivost, svěhlost, vážnost, obezřetnost, podezřavost, umírněnost, klid, rozvahu aj. Považujeme-li člověka za individualitu, zůstává jí i ve stáří, pouze jeho jedinečnost je výraznější (PŘÍHODA, 1974).

Emoční labilitu prohlubuje snížené sebehodnocení, které může vyvolat vstup do penze. Odchod ze zaměstnání znamená ztrátu společenského postavení, změnu režimu dne, změnu prostředí, a nezanedbatelný je i finanční příjem. U většiny seniorů, především mužů, dochází ke změně sociálních rolí. Muži vzhledem ke své profesní orientaci chápou ztrátu zaměstnání jako pokles sociální prestiže. Muži častěji trpí pocity ukřivdění a neuznání. Obdobné stavy můžeme očekávat u žen,

které se více realizovaly v pracovní sféře než rodině (ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ aj., 2003).

Nuland ve své knize píše: „*Stáří je neřešitelné, stejně jako nevyhnutelné*“ (NULAND, 1996, s. 89).

2.3 Nejčastější obtíže a onemocnění ve stáří

Nejčastěji se uvádějí následující obtíže:

- **Zácpa** - je obtížné vyprazdňování tuhé stolice až nemožnost spontánní defekace. Nejčastější je zácpa návyková, ta vzniká potlačováním přirozeného defekačního reflexu. Dalším faktorem je nedostatek tekutin a nevhodná strava postrádající dostatek vlákniny a v neposledním nedostatek pohybu (KLENER aj., 2001). Také bychom měli brát zřetel na intimitu, diskrétnost a respektování studu při vyprazdňování, především u lidí, kteří jsou upoutáni na lůžko.

Během umírání je těžké rozhodovat o tom, kdy se ukončí léčba zácpy. Pokud je léčba ukončena brzy, může mít senior velmi nepříjemné projevy v podobě bolesti, neklidu, napětí, nervozity, úzkostí či strachu. Pokud pokračujeme v léčbě příliš dlouho, zbytečně tím zatěžujeme umírajícího, proto je velmi důležité odhadnout, kdy je vhodné léčbu ukončit. Pokud má umírající nutkání na stolicí, ale je slabý na to aby se vyprázdnil, je vhodné mu podat čípek nebo mikroklyzma (O'CONNOR a ARANDA, 2005).

- **Malnutrice** - nad 80 let věku mají určitý stupeň malnutrice téměř všichni senioři. Nejčastějším typem malnutrice je tzv. proteino - energická malnutrice s prostým hladověním, což vede k úbytku tělesné hmotnosti z tukové tkáně, poté i ze svalové hmoty (HRNČIARIKOVÁ a HRNČIARIK, 2008)

- **Bolest** - Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP) definuje bolest jako nepříjemný smyslový a emocionální pocit spojený s aktuálním poškozením tkáně. Bolest je subjektivní zážitek. Na intenzitu bolesti má velký vliv psychický stav

seniora. Prožívaná intenzita bolesti se zesiluje sociální izolovaností, nemohoucností a nesoběstačností, pocitem zbytečnosti. Dlouhodobá bolest může vést až k poruše osobnosti seniora, proto je prvořadým úkolem bolest zmírnit nebo odstranit (ONDRÁČKOVÁ, 2008). Neléčená bolest způsobuje zbytečné utrpení seniora a má negativní dopad na kvalitu jeho života (O'CONNOR a ARANDA, 2005). Bolest nepatří ke stáří, proto neléčení bolesti u starých lidí je považováno za neetické a nemorální (ONDRÁČKOVÁ, 2008).

- **Poruchy spánku** - senioři mají většinou narušený spánek a to v tom smyslu, že mají problémy s usínáním, předčasně se probouzejí, budí se v průběhu noci, nadměrné spaní během dne nebo ve dne spí a v noci trpí nespavostí (JUŘENÍKOVÁ aj., 1999). Také tělesná a emocionální zátěž související s nemocí vede k poruchám spánku, např. hospitalizace způsobuje změny ve spánkových zvyklostech, přirozený spánek mohou narušit podávané léky, přítomnost cizího člověka na pokoji, nedostatek soukromí nebo klidu, obavy, nejistota, strach či stres. Všechny tyto věci mají za následek, že senior nemůže usnout a i když usne, tak spánek není osvěžující (O'CONNOR a ARANDA, 2005). K přerušování spánku také dochází častým nucením na močení nebo bolestmi v kloubech či dalšími tělesnými poruchami. Nedostatek podnětů v průběhu dne může navodit paradoxní stav, kdy senior usíná během dne a v noci pak nejen nemůže spát, ale objevuje se i denní době neodpovídající nadměrná čilost (DOSTÁLOVÁ, 2010).

- **Únava** - jedná se o subjektivní, komplexní stav, který působí na všechny stránky seniorova života, projevuje se fyzickými, psychickými a kognitivními symptomy. Zvyšující se únava a spavost také mohou být příznaky blížící se konce života (O'CONNOR a ARANDA, 2005).

- **Arteriální hypertenze** - je zvýšení krevního tlaku, kde systolický tlak se rovná nebo přesahuje 140 mm Hg a diastolický tlak se rovná nebo je vyšší než 90 mm Hg. S přibývajícím věkem se snižuje pružnost cév, to vede ke zvýšení tlaku (KLENER aj., 2000).

- **Diabetes mellitus** - je metabolické onemocnění, které vzniká v důsledku nedostatečného působení inzulínu, to je způsobeno nedostatkem hormonu inzulínu,

nebo jeho nedostatečným účinkem v tkáních. Větším problémem než samotné onemocnění jsou její komplikace, které postihují především oči, ledviny, cévy, nervovou soustavu. Při vzniku choroby je nutné dodržovat dietní opatření a léčebný režim.

• **Inkontinence** - je stav, při kterém dochází k bezděčnému a nekontrolovatelnému odchodu moče popř. i stolice. Inkontinenci moče dělíme na:

- inkontinenci funkční - nechtěný únik moči z důvodu neschopnosti vydržet nějakou dobu nucení na moč,
- reflexní - mimovolní únik moči po dosažení určitého objemu močového měchýře,
- stresovou - únik malého množství moči při zvýšeném nitrobřišním tlaku,
- úplnou - stav trvalého a nepředvídatelného úniku moči,
- urgentní - mimovolní únik moči, k němuž dochází krátce po silném nucení na moč (DOENGES a MOORHOUSE, 2001).

U inkontinentních seniorů je důležité dodržovat hygienu pokožky, protože moč pokožku velmi dráždí. Tím zamezíme dalším komplikacím, jako jsou opruzeniny, svědění, vznik infekce apod. Inkontinence velmi omezuje nejenom fyzicky, ale především psychicky. Senioři si připadají méněcenní a často se kvůli inkontinenci úplně izolují. Přestávají chodit do společnosti, protože mají strach, že jsou cítit močí nebo stolicí. Chtějí se tak vyvarovat trapným situacím, které jim jsou velmi nepříjemné. Ztráta této kontroly je mnohdy příčinou ztráty důstojnosti.

• **Dehydratace** - je nadměrný úbytek vody z tělních tkání jako důsledek průjmů, zvracení, nadměrného pocení nebo nedostatečného příjmu tekutin. Silná dehydratace vede k úmrtí (*Ottova encyklopedie A - Ž*, 2004, s. 199). V průběhu umírání senior ztrácí zájem o příjem tekutin, začíná mít potíže s příjmem tekutin. Neustále seniora povzbuzujeme k častému pití tekutin po douškách, sucho v ústech může zmírnit drcený led nebo ananasová tříšť.

• **Demence** - má různé formy např. Alzheimerova choroba, Pickova choroba,

alkoholová demence aj. Jedná se o degenerativní onemocnění mozku, projevující se především zapomínáním a úbytkem kognitivních funkcí. Postihuje především seniory. Většina odborníků uvádí, že ve věku 65 let trpí demencí 1,5 - 3% osob, ale u seniorů ve věku 80. let je to již 30 % osob.

- **Porucha tělesné hybnosti** - pohyb se řadí mezi biologické potřeby. Každý člověk má individuální nároky na kvalitu a způsob, jak potřebu uspokojit. Komenský přirovnával život k ohni a pohyb ke vzduchu a říkal: „*Bez vzduchu oheň jen slabě plápolá a nehoří, bez pohybu člověk nežije, ale živoří*“ (cit. dle TRACHTOVÉ aj., 2005, s. 27) Zhoršující se mobilita zasáhne seniora nejenom po stránce fyzické, ale především ovlivní i psychiku člověka i jeho sociální vztahy. Omezená pohyblivost a ztráta nezávislosti výrazně napomáhají ke vzniku depresivního syndromu. Často se objevují změny ve vnímání sebe sama. Na ztrátu pohybové aktivity také reagují všechny orgánové systémy. Nejvýraznější změny se projevují na kosterním a svalovém systému, dále na kardiovaskulárním, respiračním systému, metabolickém a zažívacím, kožním či močovém systému (TRACHTOVÁ aj., 2005).

3 UMÍRÁNÍ

3.1 Umírání a terminální stav

Pojem umírání je v odborném, lékařském slova smyslu synonymem terminálního stavu, pojem umírání však nelze redukovat na terminální stav. Mluvíme-li o umírání, pak máme na mysli delší časový úsek předcházející terminálnímu stavu. Umíráním můžeme označit situaci, kdy víme, že nemoc člověka je neslučitelná se životem, ale může trvat ještě i delší dobu, tedy nejen týdny, ale i měsíce, a výjimečně i rok nebo dva. Umírání tedy předchází terminálnímu stavu (HAŠKOVCOVÁ, 1991).

Umírající člověk hodně spí a odpočívá, ztrácí zájem o televizi, o knihy a často už nestojí o návštěvy přátel a rodiny, které dříve vyhledával. Nejčastěji chce být sám nebo chce mít u sebe jemu nejbližšího člověka. To je moment kdy se odpoutává od pozemského života a obrací se do svého nitra. Dosavadní život hodnotí ve svých snech, jak v bdělém stavu, tak v polospánku.

Musíme respektovat, že v této době má umírající menší potřebu mluvit, ale to neznamená, že odmítá to, abychom u něho mlčky seděli a byli mu tak nablízku (ŠTOLBOVÁ, 2009).

Poslední chvíle bytí člověka jsou většinou zastřeny slábnoucím vědomím. Pouze 6 % - 10 % umírá při plném vědomí. Jedno staré řecké přísloví říká, že: „*Přízeň bohů dává umírajícím kóma*“ (HAŠKOVCOVÁ, 1991, s. 263). Ale i zde je důležitá komunikace a dotyk, protože umírající nás vnímají.

Je vědecky ověřeno, že poslední smysl, který u člověka před smrtí mizí, je sluch. Proto je velmi podstatné, aby si pečující tuto skutečnost uvědomili a pečlivě volili svá slova, která vyřknou před umírajícím (ŠTOLBOVÁ, 2009).

3.2 Zamyšlení nad současným přístupem k umírání

Pojem umírání v mnoha lidech, ale i ve mně vzbuzuje negativní emoce, jako je nejistota, smutek, lítost, stres, úzkost či strach a možná proto umírající odsouváme někam do pozadí.

Děláme vše pro to, aby se nás to netýkalo, aby nás to nezasáhlo, abychom tuto otázku odsunuli co nejdále. Podle mého názoru dnešní uspěchaná doba je zásadně proti umírání doma.

Být starý neznamena chtít zemřít. Žít znamená dávat i brát, přijímat a zároveň být ku prospěchu. Někdy to vede k tomu, že si starý člověk přeje zemřít, protože si připadá nepotřebný, je sám a může mít pocit, že nikomu nesejde na tom, zda ještě žije. Rezignuje, protože ho jeho současný život nenaplňuje, zdá se být bezúčelný (KÜBLER - ROSSOVÁ, 1994).

Člověk poznává svoji hodnotu a existenci především tehdy, když se cítí být milován. Hodnota života není měřena pouze zdravím či blahobytem, ale dostává se člověku láskou, věrností a úctou. Zakouší-li osamocenost a odmítání, nevidí ve svém životě žádný smysl, a proto očekává už jen smrt (ROTTER, 1999).

Pracuji v domově pro seniory a i zde bohužel platí, že naši klienti častěji umírají v nemocnici. Víím, neměli bychom své klienty zklamat a postarat se o ně do poslední chvíle, protože oni jsou u nás „doma“, bohužel ne vždy to je možné. Zemřít „doma“ v klidu a soukromí je přání většiny klientů, mnohdy jejich rodiny jsou jiného názoru.

Čím blíže se člověk u smrti nachází, tím intenzivněji uvažuje o tom, jaké to bude, až bude umírat. Jak bude danou situaci prožívat, než nastane ono milosrdné kóma.

V minulých stoletích se pohlíželo na hodinu smrti jako na chvíli duchovní a poslední setkání s těmi, které umírající milovali. Bylo to přání umírajících a nebylo lehké jim to odepřít. Byla to jejich útěcha i útěcha blízkých a pro mnohé bylo toto poslední setkání dokladem správnosti jejich představy o pěkné a důstojné smrti (NULAND, 1996). Umírající věděl, že se u jeho lože shromáždí příbuzní a přátelé a

že nebude umírat v osamocení. Zatímco umírání v institucích představuje zemřít v nejistotě, v neznámém prostředí s neznámými lidmi.

Dřív tedy umírala většina lidí v domácím prostředí. Dnes umírá velká část lidí v nemocnicích, domovech pro seniory v pečovatelských domech a velice často v osamocení (STOFF, 1995).

Naše smysly nejsou schopny snášet to, co ještě v 19. století patřilo ke každodennímu životu a díky tomu se nemocnice stala místem osamělého umírání (NULAND, 1996).

Způsob jakým se v naší společnosti většinou umírá, je považován za nehumánní. Je obecně známo, že velmi mnoho lidí stále umírá o samotě a nepochopených (VIRT, 2000).

V dnešní uspěchané době málokdo sleduje smrt svých blízkých a málokdo má to štěstí zemřít doma v kruhu osob, na kterých mu záleží. Vytvořili jsme si způsob moderního umírání, které se odehrává v moderní nemocnici, kde téměř všichni umírající bývají ukryti ve svých posledních okamžicích před těmi, kteří jim byli blízcí (NULAND, 1996).

Mnozí umírající si zpravidla přejí zemřít v jim známém prostředí, nechtějí umřít v osamělosti v nemocnici, kde je jejich blízcí mohou navštěvovat pouze ve stanovenou dobu. Občas se ale najde někdo, kdo si přeje zemřít v nemocnici nebo jiné instituci, v tomto případě bychom neměli naléhat na jeho propuštění a taktéž respektovat jeho přání (KÜBLER - ROSSOVÁ, 1994). Rodiny by se měly více věst ke zvládání obtížných životních situací, žádný člověk by neměl umírat sám (DENKOVÁ, 2009).

Umírající už většinou nepřemýšlejí nad tím, co jim jejich přátelé a příbuzní udělali, ale přijímají život, jak šel a smrt tak, jak přichází (BLACKMOROVÁ, 1993). Rodina by tak mohla strávit čas se svým milovaným a říct si, co si nestihli říct dříve, odpustit si a rozloučit se (KOPECKÁ, 2009). Důstojné umírání by mělo být ve vyspělé společnosti samozřejmostí.

Rodinný model umírání „zemřel“ a do nového institucionalizovaného modelu

nebyla zahrnuta ritualizace, hovoří se tak o depersonalizovaném umírání. Většina seniorů umírá v nemocnicích a návrat domů je mnohdy nevhodný nebo nemožný. Umírající je sám a mnohdy touha po posledním rozhovoru a objetí není vyplněna. V neznámém prostředí nemocnice je bez příbuzných a přátel pouze v přítomnosti neznámých, mlčících profesionálů. Příbuzným i přátelům by se měla poskytnout možnost, aby mohli být s umírajícím do jeho poslední chvíle. U umírajícího se tím zmírní strach z umírání a smrti (HAŠKOVCOVÁ, 1991).

Naše společnost charakterizuje ignorování procesu umírání. Umírání se stává institucionalizovanou záležitostí, přesunulo se do nemocnic a ústavů, kde místo milovaných blízkých osob umírající potkává profesionálně zdatné, ale emocionálně nezaujaté a neosobní osoby (ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ a kol., 2003).

Umírající člověk je neopakovatelnou součástí společnosti, ve které má jiný statut, jinou roli, ale stejnou hodnotu. Hodnota člověka zůstává stejně vysoká od narození až do smrti. Člověku jeho lidství neubývá s věkem, nemocemi, stářím či umíráním. V každé fázi zůstává člověk člověkem jedinečným a jeho lidská hodnota je stejně vysoká jako u všech dalších lidí (ERDINGER, 2008).

Každý umírající má svá očekávání a práva. Vychází ze své intuice, která před smrtí zesiluje. Umírajícímu je třeba pomoci, aby pochopil svou životní situaci a vnímal ji jako výzvu, motivujeme ho k aktivnímu rozhodování o jeho životě. Je třeba dát umírajícímu najevo, že není sám a že rozhodně není na obtíž.

Etika v procesu umírání a přípravy na klidnou smrt umožňuje prožít poslední chvíle života v obklopení lidské solidarity a lásky (GULÁŠOVÁ, 2009).

Umírající člověk zůstává mravně odpovědný, proto bychom s ním nikdy neměli jednat jako s nesvéprávnou bytostí. Pro tuto důležitou životní fázi má svůj význam i např. vhodná místnost pro rozloučení s rodinou a přáteli, aby tak umírající, který z různých důvodů nemůže umírat doma, se přece mohl rozloučit se životem v kruhu svých blízkých. Příbuzní by neměli umírajícího křečovitě a hystericky nutit k životu (VIRT, 2002).

Veškerý zdravotnický personál by se měl naučit umění, jak umírajícího s

porozuměním doprovázet, protože pravdivý a citlivý doprovod je mravně žádoucí (VIRT, 2002). Ideálem je, aby člověk umíral smířen, bez bolesti fyzické, psychické, sociální a duchovní (HUNEŠ, 2010). Avšak pro mnohé z nás bude způsob umírání mimo naši kontrolu (NULAND, 1996). Umírání je osobní a sociální proces, který vyžaduje prostor, čas a citlivé zacházení (STUDENT aj., 2006)

ARIÉS (2000) se domnívá, že jen umírající ví, kolik času mu ještě zbývá.

3.3 Fáze umírání podle Kübler - Rossové

V sedmdesátých letech vydala Elizabeth Kübler - Rossová knihu *Rozhovory s umírajícími* a na základě této knihy postupně docházelo ke změně v informování o špatné prognóze v nemocničním prostředí. Posun od nesdělování celé pravdy k šetrnému sdělení celé pravdy.

Aby se umírající dokázal vyrovnat se svou nemocí a s faktem nastávající smrti, musí urazit dlouhou cestu. Během této cesty prochází různými stádii, tedy reakcemi na náhlou změnu (KÜBLER - ROSSOVÁ, 1994). Popisuje tzv. klasickou křivku prožívání příchodu a rozvoje vážné nemoci. Mnozí umírající dospěli k vnitřnímu vyrovnání. Vyjádřili přání, aby si mohli uchovat důstojnost až do konce, a pokud ostatní respektují přání umírajícího a jsou mu nablízku, vyrovná se s umíráním daleko jednodušeji než ti, kteří umírají v osamocení.

Jmenovaná autorka rozeznává v procesu umírání tyto fáze (KÜBLER – ROSSOVÁ, 1994):

První fáze - **šok, popření, izolace, negace** - všichni lidé reagují na sdělení o blížící se smrti stejně a to odmítnutím informace „*Já? To není možné! Proč právě já? Komu jsem co udělal? Určitě to bude nějaké nedorozumění. Nějaká záměna výsledků!*“ Nikdo si nechce připustit, že umírá. Takový umírající se stáhne do sebe a nemoc popírá. Je to přirozený způsob jeho reflexivní obrany. Přesvědčují sami sebe, že se lékaři spletli. Jsou i tací, kteří vyhledají jiného lékaře a absolvují

všechna vyšetření znovu, v naději, že se jedná o špatnou diagnózu. V plné míře se u nich rozvíjí mechanismus popření, tato reakce jim pomůže překonat intenzivní emoční zátěž. Potřebují čas na to, aby se postupně s faktem umírání smířili. Sdělovat pravdu po kapkách a hlavně nikdy nebrat naději. Jsou i některé výjimky, které zůstanou a i zemřou ve fázi popírání. Rodina se snaží přizpůsobit reakcím umírajícího, respektuje jeho izolovanost.

Druhá fáze - **zlost** - příčinou bývá frustrace, závist, že ostatní neumírají. Zlost umírajícího člověka nelze lehce zvládnout. Zlost je téměř vždy součástí umírání. Snažíme se mu pomoci a mnohdy však neúspěšně. Ten reaguje naprosto jinak, než jsme očekávali: „*Ne, nechci, nepotřebuji vaši péči!*“ Spolupráce bývá často velmi těžká. V této fázi se často ptá: „*Proč já? Proč ne právě on?*“ Naši péči vnímá jako obtěžování a zásah do jeho soukromí. Situace je často pro obě strany skličující, ale my bychom měli mít snahu vcítit se do jeho pocitů. V žádném případě mu neodplácet stejnou mincí.

Třetí fáze - **smlouvání** - umírající člověk se snaží prodloužit svůj život. V této fázi již zloba vyprchala a umírající si přiznal stav věci. Najednou si uvědomuje, že i přes všechny nesnáze, co mu život přináší, se mu ještě nechce umřít. Proto se snaží vyjednávat. Snaha o smlouvání pramení z pocitu viny, že jsme něco udělali špatně, popř. neudělali vůbec. Hledá všechny možnosti, jak tu zůstat co nejdéle. Často si kladou krátkodobé cíle např. „*Chci se dožít vnukovy svatby, narození vnoučete, jara a pak můžu zemřít*“. Tyto přání pro ně znamenají naději na přežití

Čtvrtá fáze - **deprese** - je nejčastější reakcí smrtelně nemocných. Umírající si uvědomuje, že už mu nic nepomůže a že smrt je nevyhnutelná. Vyrovnává se s mnoha bolestnými ztrátami, např. že neuvidí vyrůst svá vnoučata, že už si nesplní své cíle, že se nikdo nepostará o jeho zvířata atd. Umírající v depresi je v takovém zajetí vlastního smutku, že si neuvědomuje bolest a trápení svých blízkých. Zde platí zásada, umožnit lidem v depresi uspokojit všechny jejich potřeby. U těch, kteří trpí depresi bylo přání zemřít čtyřikrát silnější než u těch, kteří deprese neměli (BREITBART et al, 2000).

Pátá fáze - **vyrovnání, přijetí, akceptace** - do této fáze se dostanou ti, kteří neumírají náhle a překonali předchozí fáze. Umírající si uvědomuje, že smrt se týká každého a je možné se s ní vyrovnat. Pociťuje vnitřní klid, vyrovnanost a hledí vstříc ke svému konci. Nesmíme si tuto fázi plést s rezignací. Umírající, který se již dostal do fáze smíření, mívá klidný výraz. Naopak v očích těch, kteří rezignovali, vidíme beznaděj. Umírající se snaží vyjádřit podporu svým blízkým, kteří jsou dlouhodobě frustrovaní, a hledá slova útěchy, aby zmírnil jejich truchlení. Je velice důležité být umírajícímu nablízku, pohladit mu ruku, dát mu najevo, že jsme tu pro něj až do konce. Umírající v posledních dnech svého života přenechává vzkazy a doporučení, ze kterých jeho pozůstalí čerpají po celý zbytek života.

Tyto fáze umírání mohou individuálně zaměňovat jednotlivá pořadí, některé se objeví vícekrát, některé se objevit vůbec nemusí. Velmi podobnými stavy prochází rodina umírajícího, ale většinou procházejí jednotlivými fázemi po určitém zpoždění než umírající. A i když budeme připraveni na smrt blízké osoby, vždy bude tato ztráta velmi bolestivá.

3.4 Potřeby umírajících

Člověk je bytostí bio - psycho - sociální. Lidský organismus je organizovaná jednota tzn., porucha jedné části celku vede k porušení jiné části, např. dlouhodobý stres může být jednou z příčin vyvolávající somatické onemocnění. Lidské potřeby nejsou neměnné, jsou neustále se vyvíjející. V průběhu života se potřeby mění z hlediska kvality i kvantity. Všichni lidé mají společné potřeby, ale každý je vyjadřuje a uspokojuje svým způsobem - žádoucím nebo nežádoucím. Za žádoucí se považují ty, které neškodí nám, ani jiným a jsou uspokojovány v mezích zákona. Naopak za nežádoucí způsoby považujeme ty, které mohou škodit dané osobě nebo jiným nebo přesahují meze zákona (TRACHTOVÁ aj., 2005).

Potřeba je projevem nedostatku a následné odstranění tohoto nedostatku je žádoucí. Prožívání nedostatku velmi ovlivňuje psychickou činnost člověka - myšlení,

emoce, prožívání, chování, pozornost apod.

Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory, ale také má různé potřeby a tyto potřeby je nutné řadit podle naléhavosti, mnohdy nelze uspokojit všechny potřeby a už vůbec ne najednou. V 60. letech 20. století vytvořil americký psycholog Abraham H. Maslow model potřeb (cit. dle HAŠKOVCOVÉ, 2010).

Podle Maslowa má jedinec svůj systém motivů, který je hierarchicky uspořádán. Maslow říká: „ *Člověk je bytost s potřebami a dosahuje stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá ... Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje*“ (cit. dle TRACHTOVÉ aj., 2005, s. 13).

3.4.1 Systém potřeb podle Maslowa

Přehled potřeb podle Maslowa (cit. dle TRACHTOVÉ aj., 2005):

1. Fyziologické potřeby slouží k přežití, vyjadřují tak potřeby organismu. Jedinec se snaží uspokojit fyziologické potřeby dříve, než se stávají aktuálními např. uspokojování výživy, pohybu, spánku, vyprazdňování, kyslíku, sexuální potřeba apod. V situaci, kdy jsou tyto potřeby aktuální, stávají se dominantní a velmi ovlivňují chování a jednání člověka (např. člověk je nervózní a nepříjemný, když má hlad).

2. Potřeba jistoty a bezpečí je potřebou, kdy se snažíme vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Objevuje se vždy v situacích, kde ztrácíme pocit životní jistoty např. při onemocnění, ztrátě zaměstnání, úmrtí rodičů či partnera, při velkém zklamání, ohrožení života či zdraví.

3. Potřeba lásky a sounáležitosti. Je to potřeba, kdy chceme milovat a být milováni. Potřeba náklonnosti, sounáležitosti, být přijat ostatními. Vystupuje především v situacích, kdy jsme osamoceni a opuštěni např. po přijetí do domova

pro seniory, do nemocnice, při zjištění závažného onemocnění, během stárnutí, umírání, apod.

4. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty. Jedná se o dvě propojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení. Vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolní svět a nezávislost na názoru ostatních. Druhá vyjadřuje přání být respektován ostatními lidmi, být uznáván uvnitř sociální skupiny. Vystupuje především tehdy, kdy člověk ztratí respekt, kompetence, důvěru a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

5. Potřeba seberealizace a sebeaktualizace se projevuje snahou realizovat své schopnosti a záměry tzn., že člověk chce být tím, kým je či může být, musí sám u sebe nacházet uspokojení a být přesvědčen, že danou činnost vykonává dobře.

Maslow dále klasifikuje potřeby na vyšší a nižší. Do nižších potřeb řadíme potřeby fyziologické, potřeby jistoty a bezpečí. Mezi vyšší potřeby řadíme potřeby lásky a sounáležitosti, uznání a seberealizace. A aby mohly být uspokojeny vyšší potřeby, je nutné nejdříve uspokojit potřeby nižší (cit. dle TRACHTOVÉ aj., 2005).

Společným zájmem pečujícího i umírajícího je uspokojování potřeb, které umírajícímu napomáhají k lepšímu přijetí dané situace. Umírající je stále člověkem, který vnímá do poslední chvíle, proto bychom měli vedle biologických potřeb pamatovat také na potřeby jistoty a bezpečí, sociálního kontaktu, úcty, potřeby poznávací či estetické.

Nemoc brání lidem v uspokojování jejich potřeb, proto by pečující měli napomáhat k tomuto uspokojování. Když jsou uspokojeny potřeby fyziologické, umírající chce uspokojovat potřeby vyšší např. uznání, sounáležitosti či lásky. Pečující osoby se často zaměřují na uspokojování fyziologických potřeb a vůbec nebo velmi málo se zabývají uspokojováním potřeb vyšší úrovně. Dále bychom měli brát v potaz i osobnost člověka, protože každý umírající je individualitou. Extrovert bude vyjadřovat své potřeby a následné jejich uspokojování odlišným způsobem než

introvert. Také narušená sebekoncepce oslabuje schopnost uspokojit základní potřeby, ale vůbec i schopnost uvědomit si, zda byly potřeby uspokojeny. Umírající s narušenou sebekoncepcí nejsou schopni uspokojit své potřeby samostatně a pravděpodobně budou potřebovat pomoc. Dále bychom měli myslet na to, že senior či umírající bude daleko snadněji vyjadřovat a uspokojovat své potřeby v domácím prostředí než při hospitalizaci v nemocničním zařízení (TRACHTOVÁ aj., 2005).

Pocity sounáležitosti, lásky, ocenění nebo uznání potřebuje uspokojovat každý a není snadné to zachovat především u osamělých seniorů. A i když má senior milující rodinu a přátele, může být a většinou je při pobytu v nemocnici či jiné instituci frustrován, protože je z těchto vztahů vytržen. Jak už bylo řečeno, v těchto institucích je na prvním místě naplňování fyziologických potřeb, ale již se opomíjí potřeba informovanosti nebo respektování práva rozhodování o věcech souvisejících s těmito okolnostmi (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

3.4.2 Roviny péče o umírající

Rozeznávají se tyto roviny péče o umírající:

1. **Rovina biologická** - sem se řadí péče o tělo, symptomatická léčba, paliativní terapie. Zde se jedná o to, aby byl umírající čistý, v teple, najedený s dostatkem tekutin. Aby měl klid na spánek, zajištěné vyprazdňování, aby byl bez bolesti. Mnohdy jsou tyto fyzické potřeby řazeny pečujícími na první místo, zatímco umírající preferuje jinou rovinu např. duchovní.

2. **Rovina psychická** - pomáhá umírajícímu i jeho rodině se zvládnutím těžké situace, snažíme se do rodiny vnášet klid, pomáhat rozhovorem jak umírajícímu, tak rodině. Pomoci sepsat závěť, vyřešit pohřeb (pro mnoho seniorů je důležité vědět „co s ním rodina udělá po smrti“), pomoci mu dořešit rodinné či jiné

problémy, které umírajícího tíží. Za klienta neřešíme jeho problémy, ale pomáháme mu je zprostředkovaně řešit, např. klient si přeje napsat dopis, ale již nedokáže psát, tak ho napíšeme za něj, on ho pouze nadiktuje a poté ho odešleme. Podle mého názoru u většiny umírajících je tato rovina zanedbávaná a neklade se na ni takový důraz jako na rovinu fyzickou. Nesmíme zapomenout, že psychický stav rodiny či pečující osoby výrazně ovlivňuje i psychický stav umírajícího (FRIDRIKSDOTTIR, 2006).

3. **Rovina sociální** - snažit se aby umírající nebyl izolován od okolí. Důležité je s umírajícím navázat kontakt, mluvit s ním, udělat si čas a naslouchat mu, komunikovat s ním, ať již verbálně (řečí, oslovováním) nebo neverbálně (gesta, mimika, dotyky). Umírá-li senior v nemocničním či jiném zařízení, je důležité umožnit rodině a přátelům, aby s ním mohli být do poslední chvíle.

4. **Rovina duchovní** - hlavní náplní práce jsou hovory a vyslechnutí si životního příběhu umírajícího nebo jen společně posedět jako důkaz, že v tuto těžkou chvíli není sám, protože podporu lze předávat i beze slov. Dobrý duchovní může umírajícímu pomoci s přijetím a smířením se s novou skutečností (VÍCHOVÁ, 2010). Pečující osoba by neměla nutit umírajícího, aby souhlasil s návštěvou duchovního. Pokud si ale umírající přeje přivolat příslušného duchovního podle své víry, mělo by se vyhovět žádosti umírajícího a duchovního kontaktovat. V případě, kdy není možné zajistit návštěvu příslušného duchovního, vykoná základní úkony kterýkoli kněz. Duchovní se zajímají o celého člověka, což vychází z naslouchání a porozumění. Potřeba duchovní pomoci dominuje u umírajících seniorů (POKORNÝ, 2010).

Práce se seniory má celostní charakter, který nezahrnuje pouze medicínská opatření, ale také aspekty psychické a duchovní. Jak bylo již několikrát řečeno, v dnešní době se péče zaměřuje především na tělesnou rovinu na úkor všech ostatních rovin. Také bychom měli dbát na individuální přístup ke každému senioru, což spočívá v tom, že bereme v potaz také naučené rituály, které bychom

měli respektovat (KLEVETOVÁ, 2009).

3.5 Lidská důstojnost

Úcta, lidství, čest, uznání, možnost podílet se na rozhodování o vlastní osobě, autonomie, to jsou slova, na které bychom měli myslet při péči o seniory. V dějinách můžeme sledovat, jak se vyvíjel vztah člověka k lidskému životu, jaká mu byla přisuzována hodnota a úcta. V evropské kultuře můžeme nalézt rozdílné přístupy k lidské bytosti např. nehumánní likvidací a odmítáním slabých a nepotřebných jedinců, ale také láskyplnou péči a porozuměním při péči o seniory až do jejich smrti.

Lidská důstojnost spočívá v tom, že člověkem pojímaným jako bytost s nárokem na svobodu a sebeurčení nesmí nikdo disponovat a rozhodovat za něj (ROTTER, 1999). Důstojnost a společenský status jsou mnohdy lidem připisovány za něco, čeho během života dosáhli. Člověk je zvyklý na určité postavení ve společnosti a to se odchodem do důchodu většinou změní, proto ho tato změna většinou dost razantně zasáhne. Důstojnost klade důraz na mravní autonomii, tzn. že lidé, kteří žijí v souladu se svými mravními zásadami, vnímají vlastní důstojnost uspokojivě, naopak ti, kteří mají pocit, že se chovají zbaběle, mohou ztratit sebeúctu, ale pokud to takto vnímá i jejich okolí, mohou přijít o úctu ostatních. Pro seniory je nejvýznamnější důstojnost osobní identity. Základními prvky osobní identity jsou fyzická identita, zdravé vědomí vlastního já, začlenění do kolektivu, nalezený smysl života, projevy zájmu, vlídnost, naslouchání či respektování jedince ze strany společnosti. Tuto identitu lze velmi jednoduše narušit fyzickými či psychickými zásahy, např. šikanou, ponižováním, přehlížením, nevhodným oslovováním, nerespektováním soukromí či studu. Tyto újmy mohou měnit identitu osoby, narušit autonomii, způsobit trauma a výsledkem je, že se osoba vnímá jako pasivní objekt, jehož důstojnost není důležitá. U seniorů dochází k výrazným změnám identity. Jsou vystaveni výrazným změnám vzhledu, ztrátě povolání, také dochází k poruchám pohybu, už nejsou schopni se o sebe postarat a to je nejčastější důvod,

proč nastává zásah jinou osobou do nejintimnějších oblastí jejich života a narušení autonomie (*Cesta domů*, 2004).

Důstojnost není otázkou toho, co lidé cítí nebo co uznává mravní kultura, ale vzniká z pojetí lidství a lidství je něco, o co nelze být připraven, bez ohledu na sociální, psychický nebo fyzický stav. Nedůstojná péče je, dle mého názoru, rozšířená. Mnohdy jsem byla svědkem, že se se seniory jedná spíše jak s věcí, než s člověkem. To, jak je se seniory zacházeno, se odráží i v jejich sebehodnocení. Zničit sebeúctu je snadné, ale umět s druhým zacházet s úctou je především v praxi obtížnější, hlavně jedná-li se o péči o seniory (*Cesta domů*, 2004).

Mezi problémy, které útočí na lidskou důstojnost a se kterými se senioři dnes a denně setkávají, je snížení ekonomických zdrojů dostatečných k zajištění důstojného života a následné péče, přehlížení a pokračující vzdalování seniorů z jejich sociálního prostředí, od rodiny. Nejhorší pro seniory je nedostatek vztahů, které způsobují opuštěnost, samotu a izolaci. Staří lidé prožívají pocit neschopnosti, protože nemají možnost se účastnit rozhodování, která se jich týkají a díky tomu ztrácejí smysl pro příslušnost ve společnosti (*Cesta domů*, 2004).

V Evropské chartě seniorů a chronicky nemocných se uvádí že: „*Starý občan může jako pacient očekávat, že bude zdravotníky považován za partnera a bude se podílet na všech rozhodnutích, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně*“ (cit. dle HAŠKOVCOVÉ, 2010, s. 271). Každý senior, ať je zdravý nebo nemocný, zasluhuje respekt a důstojné jednání. Senioři jsou křehčí, mnohdy jim zdravotní stav brání tomu, aby se bránili nevhodnému chování ze strany mladších, proto nezbývá než je vzít pod ochranu. K seniorům se chováme s úctou a dodržujeme pravidla slušného chování. V žádném případě je neoslovujeme „babi“ nebo „dědo“, ale vždy je oslovujeme jejich jménem (je-li to jejich přání) nebo příjmením a vždy jim vykáme. Mají-li titul, používáme ho. Vyslechneme názory seniora, i když s ním nemusíme souhlasit, ale snažíme se respektovat jeho vůli, ať už se jedná o léčbu či rozhodnutí, že poletí na dovolenou. Dále musíme brát v úvahu stud a za každou cenu respektujeme jeho soukromí. Jeho lidskou důstojnost nesnižujeme tím, že mu vnucujeme pomoc v záležitostech, které ještě zvládá sám, a tím ho řadíme do

závislé role. Naopak ho máme neustále podněcovat a podporovat v tom, co zvládá sám (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

3.5.1 Lidská důstojnost a právní ustanovení

V Etickém kodexu české lékařské komory se v obecných zásadách uvádí, že péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti musí být v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu a to od jeho narození až do smrti (cit. dle VONDRÁČKA, 2005). V § 2 se uvádí, že lékař u nevyléčitelně nemocných a umírajících musí tiši bolest tak, aby léčba byla účinná a tím šetřil lidskou důstojnost a mírní utrpení (cit. dle VONDRÁČKA, 2005). V § 3 téhož dokumentu se píše, že lékař musí jednat s úctou, pochopením a trpělivostí a vyhýbá se jakémukoliv hrubému nebo nemravnému chování. Vzdává se nadřazených pozic vůči nemocnému a respektuje ho jako rovnocenného partnera (cit. dle VONDRÁČKA, 2005).

V Etickém kodexu zdravotních sester se píše, že se zdravotní a ošetrovatelskou péčí souvisí respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Při poskytování péče zdravotní sestra respektuje jedince jako individualitu, především jeho víru, životní hodnoty a obyčeje. Zdravotní sestra musí chránit jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka či občana (cit. dle VONDRÁČKA, 2005). Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti přijatá Radou Evropy v kapitole 1 ve článku 1 se říká: „*Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny*“ (cit. dle VONDRÁČKA, 2005, s. 15).

Ve Všeobecné deklaraci lidských práv se uvádí, že lidé jsou svobodní se stejnou důstojností i právy, proto nelze jakkoliv mezi lidmi rozlišovat. Žádný člověk nesmí být mučen nebo být podrobován krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestu. Nikomu nesmí být svévolně zasahováno do soukromého života a každý má právo na právní ochranu proti takovým jednáním nebo útokům. Právo

a svoboda je nezczizitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná (cit. dle VONDRÁČKA, 2005).

Právní předpis je garantem rovnosti a práva u všech lidí a nedělá mezi nimi žádné rozdíly. Ve článku 7 je uvedeno: „*Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena*“ (cit. dle VONDRÁČKA, 2005, s. 12). To znamená, že poskytovat zdravotní péči lze pouze na žádost nebo se souhlasem klienta. Článek 8 obsahuje: „*Osobní svoboda je zaručena*“ (cit. dle VONDRÁČKA, 2005, s. 12). Vše se děje pouze na základě souhlasů. Článek 10 se zabývá tím, že: „*Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života. Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě*“ (cit. dle VONDRÁČKA, 2005, s. 12). Při poskytování zdravotní péče mohou nastat situace, kdy může být ohrožena lidská důstojnost, jedná se především o vyšetření per rectum, per vaginam nebo o vyšetření, při kterých je nutné svlečení. Nezbytně důležité je také zachování mlčenlivosti.

V Úmluvě o lidských právech a biomedicíně se ve článku 5 uvádí, že: „*Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích a osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat*“ (cit. dle VONDRÁČKA, 2005, s. 16). Každý senior rozhoduje o svém zdraví a o tom, jak se bude postupovat při jeho léčbě a je velmi nedůstojné a také protiprávní ho z tohoto postupu vyloučit.

Občanský zákoník 40/1964 Sb. se v § 11- 13 zmiňuje o tom, že: „*Fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy. Fyzická osoba má právo se zejména domáhat, aby bylo upuštěno od neoprávněných zásahů do práva na ochranu její osobnosti, aby byly odstraněny následky těchto zásahů a aby jí bylo dáno přiměřené zadostiučinění. Pokud by se nejevilo postačujícím*

zadosti učinění... zejména proto, že byla ve značné míře snížena důstojnost fyzické osoby nebo její vážnost ve společnosti, má fyzická osoba též právo na náhradu nemajetkové újmy v penězích“ (cit. dle VONDRÁČKA, 2005, s. 37-38).

Veškerá porušení výše zmíněných práv jsou protiprávní a osoby, které tato práva porušují, se dopouštějí trestního činu. A přes to se práva klientů závisejících na pomoci druhé osoby neustále porušují a nedodržují. Všichni lidé mají nárok na důstojnou a šetrnou péči.

Lidskost je základním kamenem pro etiku. Zdůrazňuje, že každý je jedinečný a v mnoha ohledech odlišný od ostatních. Princip humanity znamená úctu k jedinečnosti. Má-li se zhumanizovat lékařství, tak zlidštění vztahů k seniorům a umírajícím je jedním z nejdůležitějších úkolů (MUNZAROVÁ, 1997).

Nejvyšším cílem pomoci umírajícím není prodlužování života, ale přivedení umírajícího k jeho vnitřnímu pokoji a umožnit mu zemřít důstojnou smrtí (ROTTER, 1999).

Umírající nechce být jen pacientem, chce být člověkem. Potřeby má každý umírající stejné, rozdíl je pouze zda a jak jsou nebo nejsou saturovány (SVATOŠOVÁ, 2010).

Odpovědnost za život v závěru života nemá jen společenské aspekty, ale má především existenciální a duchovní stránku. Umírání je nezbytnou součástí života a přes to nevíme, jak zemřeme a zda nezemřeme o samotě a nepochopení (VIRT, 2002).

3.6 Komunikace s umírajícím

Komunikace je vědomá činnost, která slouží k vytváření a udržování mezilidských vztahů. Komunikace má výrazný vliv na kvalitu života (FRIEDLOVÁ, 2007).

Komunikace s umírajícím je pro odborníky obtížná, ale pro rodinu to mnohdy bývá mnohem složitější. Rozhovory o umírání a smrti vyžadují dobré komunikační

schopnosti a především u zdravotnického personálu tyto schopnosti chybějí.

Komunikace s umírajícím nevyžaduje ani tak vysokou rozumovou inteligenci a vzdělání, jako spíš vyšší míru sociální inteligence a empatie. Každý, jenž pečuje o umírající, by měl dbát na dobrou komunikaci, která může nejen pozitivně ovlivňovat psychický stav a kvalitu života, a spokojenost, ale také může napomoci ke zmírnění tělesných symptomů. Dobré komunikační schopnosti jsou nezbytné k rozeznání potřeb (STÁNKOVÁ, 2010).

Důležitým komunikačním prvkem je empatie. Empatie je prostým přeformulováním slov druhé osoby, abychom ji dali najevo, že jsme tu pro ni. Vidíme svět tak, jak ho vidí druhá osoba, necenzurujeme a nediskriminujeme (TOLAN, 2006).

Kdo se naučí naslouchat seniorům a umírajícím, dosáhne hlubokého sebepoznání (JANEČKOVÁ a VACKOVÁ, 2010). Během rozhovoru je všechna pozornost zaměřena k umírajícímu. K jeho emocionálnímu stavu, přáním, úzkostem či potřebám. Umírající prochází úsekem života, který pro něho není jednoduchý, proto není divu, že si klade otázky, které ho trápí (KŘIVOHLAVÝ a KACZMARCZYK, 1995).

Vždy je nezbytný vlídný přístup, dostatek času, naslouchání, akceptace umírajícího se všemi jeho negativy a hlavně ho nesoudit. Naopak však v žádném případě doprovázející nesmí umírajícího nutit k rozhovoru. Nesmí radit, ignorovat, moralizovat, vyvíjet nátlak či vyzvídat. Toto všechno komunikaci velmi narušuje.

U umírajících nebývá na prvním místě verbální komunikace, ale neverbální, která spočívá především v mimice, gestech, očním kontaktu, naslouchání a především na dotyku. Mnohdy umírajícím stačí, že je v této těžké chvíli někdo s nimi a drží je pouze za ruku, bez jediného slůvka. Dotek je důležitým prvkem péče (BYOCK, 2005).

Terminálně nemocný potřebuje slova a skutky, které ho ubezpečí, že jej ochráníme od všeho, z čeho má strach a obavy. Jak proces umírání postupuje, umírající mnohdy přestává být schopen komunikovat, ale i když je umírající v agónii,

nesmíme s ním přestat komunikovat, protože sluch, jak již jednou bylo zmíněno, je smysl, který funguje až do smrti (HUNEŠ, 2010).

Komunikaci mezi umírajícím a zdravotnickým personálem také negativně ovlivňuje především nedostatek času a špatné vztahy mezi zdravotnickým personálem (WILKINSON, 1991).

Někdy se stává, že se zdravotnický personál ocitá pod tlakem příbuzných, kteří mají vůči umírajícímu paternalistický postoj, umírá-li jejich blízký v instituci. Většina umírajících cítí blížící se smrt a i příbuzní tuší, že je jejich čas u konce, přesto se otevřenému rozhovoru o umírání a smrti s umírajícím vyhýbají. Často nechtějí přijmout tu skutečnost, že zemře.

Doprovázení umírajících vyžaduje mnoho síly a člověk je také často konfrontován s vlastní konečností.

4 SMRT

Jediná jistota v životě je smrt (mors), tedy zánik organismu. Všichni o tom víme, že jednou zemřeme, ale snažíme se tomu vyhnout. Smrt je všudypřítomná, a přesto je obecně ignorovaná. V minulosti lidé brali smrt jako nezbytnou součást života. Když někdo v rodině zemřel, zůstalo jeho tělo ležet na lůžku a příbuzní se s ním přicházeli rozloučit a vzdát mu poslední čest. Pokud dnes někdo zemře doma, obvykle je co nejrychleji zavolán lékař a pohřební služba, aby byl zemřelý co nejrychleji převezen do márnice, aniž by se zemřelým rodina důstojně rozloučila. Smrt byla odsunuta ze všedního dne a rozhovor o ní nás přivádí do rozpaků (SMITHOVÁ, 1994).

Schopenhauer smrt vnímá: „*Tím největším zlem, tím nejhorším, co mu může hrozit, je smrt; největší úzkostí, jakou zná, je strach ze smrti*“ (SCHOPENHAUER, 1996, s. 8).

Maeterlinck o smrti píše: „*V našem životě a v našem světě platí jen jedna událost, a tou jest naše smrt. Ona je bodem, v němž se soustřeďuje a spolčuje proti našemu blahu všechno, co uniká naší bdělosti. Čím usilovněji myšlenky naše chtějí se jí vzdalovat, tím více zhušťují se kolem ní. Čím více se jí děsíme, tím je děsnější, neboť roste jen z našeho strachu. Kdo snažím se na ni zapomenouti, plní svou paměť; kdo hledí ji uniknout, setkává se jen s ní*“ (MAETERLINK, 1995, s. 6).

Stoff říká: „*Člověk je bytost, která si je vědoma, že musí zemřít. Avšak většinou je tomu tak, že při tom nikdo nemyslí na sebe, ale jenom na ty druhé. Myšlenku na vlastní smrt rádi potlačujeme, a proto ji také zřídka vyslovujeme přímo*“ (STOFF, 1995, S. 109).

Tanatologie je interdisciplinární obor zabývající se smrtí a fenomény, které jsou s ní spojeny. Název oboru je odvozen od řeckého boha smrtelného spánku a smrti, který je zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Obsah oboru tanatologie je rozptýlen do oborů jako je psychologie, filozofie, teologie, medicína či sociologie. Dnes žijeme v době, kdy se nemluví o umění zemřít, ale o umění život prodloužit za každou cenu. Tanatologie se zabývá především problematikou

smrti, procesem umírání, dystanazií, paliativní medicínou, kvalitou života, programem NR (neresuscitovat) a problematikou zármutku i žalu (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Umírání a následně smrt zařazujeme mezi nejdůležitější sociální důsledky stárnutí, proto je nezbytně důležité zajistit důstojné podmínky pro dožití (HROZENSKÁ, 2008).

4.1 Definice smrti

Dříve se okamžik smrti ztotožňoval se zástavou dechu. V průběhu doby se objevila jiná kritéria jako zástava srdce, rozšíření zornic či zakalení rohovky. Scholastická filozofie popisovala smrt jako oddělení duše od těla. Vědecky lze chápat jako smrt člověka okamžik, kdy jsou ukončeny veškeré životní procesy (ROTTER, 1999).

Umírání člověka je proces, který může trvat různou dobu, zatímco smrt je prokazatelný stav od určitého okamžiku, kdy je návrat do života už nemožný (VIRT, 2000).

Nuland o smrti říká, že: „*...nikdo nepřežije smrt vlastního mozku. Mozek umírá postupně. Pak umírají buňky v tkáních, včetně těch, které se právě rozdělily v morku silných kostí. Jakmile se zastaví krevní oběh, nastává postupná smrt buněk. Centrální nervový systém umírá první, pojivová tkáň svalů a vláknité struktury umírají poslední*“ (NULAND, 1996, s. 137).

Munzarová říká že: „*Osoba je mrtvá tehdy, je-li postižena ireverzibilní ztrátou všech schopností integrovat a koordinovat fyzické a mentální funkce těla jako jednotky. To znamená, že smrt celého mozku je brána jako správné kritérium smrti člověka. Rovněž definitivní zástava všech kardiopulmonálních funkcí vede během několika minut k ireverzibilní zástavě všech funkcí mozku, a proto je rovněž správným kritériem smrti*“ (MUNZAROVÁ, 1997, s. 14).

Epikúros ve svém druhém argumentu tvrdí: „*Smrt pro nás není ničím, protože duše*

je smrtelná a v okamžiku smrti se rozptýlí. Co je rozptýleno nemůže vnímat, a cokoli, co není vnímáno, pro nás není ničím. Kde jsem já, není smrt. Kde je smrt, nejsem já. Smrt a já nemohou nikdy existovat vedle sebe. Jelikož jsme mrtví, nevíme o tom, že jsme mrtví a čeho se v tom případě bát“ (cit. dle YALOMA, 2008, s. 62).

4.2 Známky blížící se smrti

Zkušený zdravotník podle příznaků pozná, že se umírající blíží ke své smrti. Tyto příznaky jsou orientační a musíme brát v potaz, že každý jedinec je individuální osobnost, tudíž se průběh umírání u každého liší. Nejdůležitější příznaky odchodu bychom měli znát, abychom nepromeškali poslední příležitost rozloučit se s umírajícím člověkem (KŘIVOHLAVÝ a KACZMARCZYK, 1995).

Tyto příznaky jsou:

- změna frekvence a nepravidelnost tepu,
- klesající krevní tlak,
- nepravidelné dýchání,
- ochlazování prstů končetin,
- hippokratovská tvář,
- unavený výraz obličeje,
- nepravidelné mrkání,
- ztráta schopnosti mimického výrazu obličeje,
- kalící se vědomí,
- zvýšení chyb v komunikaci,
- výskyt halucinací, které mohou vyvolávat zděšení okolí,
- euforie,
- bledá až šedá kůže lepkavá studeným potem,

- zapadlé oči,
- uši a nos jsou chladné,
- inkontinence moči a stolice,
- poruchy vědomí (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO a KACZMARCZYKA, 1995, s.17-18).

4.3 Prodlužovaná smrt

Dystanázie neboli zadržaná smrt či prodlužovaná smrt je v dnešní době velmi často provozovaným jevem medicíny v situacích, kdy potřeby umírajícího vyžadují spíše paliativní péči. Je to stav, kdy je smrt neodvratná, a přesto je stále oddalovaná. Z rozvoje medicíny lidé nabyli dojmu, že zemřít je nevhodné a předčasné. Zdravotníci jsou vzděláváni a vychováváni k boji s nemocí a tvrdošíjně se snaží zvrátit nezvratitelné. K tomu používají všech metod a technik, které mají k dispozici, a vůbec neuvažují o tom, že by měli nechat umírajícího v klidu zemřít. Umírající je tak zatěžován léčbou, která přináší víc bolesti než prospěchu (HAŠKOVCOVÁ, 2000).

Je nežádoucí prodloužit člověku život za všech okolností nebo ho opětovaně do života navracet. Morální teologie proto varuje před nelidskostí objevující se v moderní medicíně. Lidský život se stále více stává předmětem lékařské manipulace (ROTTER, 1999). Medicína se snaží, aby smrt byla co nejvíce oddálena, a mnoho umírajících se obává, zda jim bude proti jejich vůli zabráněno důstojně zemřít. Měli bychom si uvědomit, že prodloužení života se nekryje s kvalitou prodlouženého života. Tam kde není možná náprava funkce organismu, ztrácí intenzivní medicína smysl (VIRT, 2000).

Naopak je jasné, že takovéto deformované prodlužování života vede k tomu, že smrt se přestává jevit jako zlá hrozba, a často se na ni pohlíží jako na požehnání. Právo na smrt zahrnuje i právo na odmítnutí nesmyslně život udržující léčby, která je zbytečná a nadměrně zatěžující. Prodlužování života za každou cenu není tou

správnou cestou a je vhodné uvažovat o etickém konceptu nechat zemřít bez bolesti a důstojně (MUNZAROVÁ, 1997).

Mnohdy jsem se setkala se situací, kdy klient svému ošetřujícímu doktorovi i rodině sdělil, že si nepřeje dál žít a že by si přál v klidu zemřít a bohužel ani jeden z nich toto přání nerespektoval. Všichni lidé, kteří pracují, aby pomáhali lidem, by měli být zavázáni k tomu, aby měli jako hlavní motiv svého konání ochotu pomáhat (GUGGENBÜHL – CRAIG, 2007).

Francis Quarles, literát v 17. století napsal: *„Je v moci člověka, buď povolně urychlit, nebo aktivně zkrátit meze přirozeného člověka, ale nikoli je prodloužit. Jen člověk ovládá umění udržet hořící svíčku života, tak aby bylo ku prospěchu a ne ke škodě“* (cit. dle NULANDA, 1996, s. 87).

5 PRAKTICKÁ ČÁST

Úvod

Ve své práci bych se ráda zabývala otázkou, jak sami senioři vnímají stáří, umírání a smrt. Konkrétně jsem se zaměřila na uživatele služby Centra sociálních služeb Naděje Broumov. V domově pro seniory jsem rozdala 25 dotazníků a všechny plně vyplněné se vrátily zpět. V pečovatelské službě bylo distribuováno 50 dotazníků, z toho jsem jich 7 dotazníků pro neúplné vyplnění vyřadila, celkový počet správně vyplněných dotazníků činí 86 %. Z celkového množství 75 distribuovaných dotazníků jich bylo 93 % správně vyplněných. Většina odpovídajících byly ženy, z celkového počtu bylo odpovídajících mužů 26.

Uvědomuji si, že vzorek veřejnosti v mém průzkumu není zcela reprezentativní (malý počet respondentů) a tudíž se výsledky průzkumu nemohou vztahovat na celou populaci seniorů v ČR.

5.1 Vymezení cíle a stanovení hypotéz

V naší společnosti je především stáří, někdy i umírání a smrt, téma, které vzbuzuje pozornost, proto jsem si položila za cíl zjistit, jak sami senioři toto téma vnímají, co si o stáří myslí, zda mají strach z umírání a následné smrti.

5.1.1 Vymezení cíle

Jako hlavní cíl průzkumu jsem si stanovila zjistit:

- co senioři vnímají na stáří pozitivního a co negativního,
- zda mají strach z umírání,
- zda již s někým mluvili o smrti.

5.1.2 Stanovení hypotéz

Na základě svých znalostí a zkušeností jsem si stanovila následující hypotézy:

Hypotéza č. 1: Více než 75 % respondentů je věřících.

Hypotéza č. 2: Více než 65 % respondentů žije sám/sama.

Hypotéza č. 3: Maximálně 10 % respondentů je stále zaměstnáno.

Hypotéza č. 4: Maximálně 20 % respondentů denně chodí do společnosti.

Hypotéza č. 5: O smrti nikdy nepřemýšlelo maximálně 5 % respondentů.

Hypotéza č. 6: V nemocnici si nepřeje zemřít minimálně 80 % respondentů.

Hypotéza č. 7: Minimálně 60 % respondentů o smrti s nikým nemluvalo.

Hypotéza č. 8: 90 % respondentů má strach z umírání.

Hypotéza č. 9: Respondenti se při umírání nejvíce bojí bolesti.

5.2 Metodika

Metoda je postup, pomocí kterého se dopracujeme k cíli. Průzkum je proces, kdy spějeme k novým poznatkům a přitom využíváme poznatků nám již známých. V mém případě byl proveden průzkum pomocí dotazníku a strukturovaného rozhovoru.

Dotazník je jednou z technik průzkumu. Je to písemná forma rozhovoru. Tato technika je levná a časově nenáročná. Nevýhodou je, že ne jsou vidět neverbální reakce lidí na kladené otázky. Odpovědi tak mohou být zkreslené. Respondenti se mohou snažit odpovídat tak, jak se domnívají, že výzkumník očekává.

Výhoda dotazníku spočívá v tom, že zjistíme velké množství informací v krátkém časovém úseku. Je však náročnější na zpracování.

Dotazníkovou metodu jsem si zvolila pro provedení průzkumu.

Vzhledem k věkové skupině a zdravotnímu stavu některých respondentů jim bylo nabídnuto, že jim otázky budu číst a dle jejich odpovědí dotazník vyplňovat.

Dotazník obsahoval uzavřené otázky, na které respondent odpovídal výběrem z nabízených možností, někde mohl zvolenou možnost slovně doplnit. Dále dotazník obsahoval čtyři otevřené otázky. Formulaci otázek jsem věnovala velkou pozornost, aby byly jasné a srozumitelné.

Na úvod jsem oslovila respondenta s prosbou o vyplnění dotazníku a seznámila ho s tématem průzkumu. Sdělila jsem mu, že dodržím anonymitu dotazníku, tedy nebudu ve svém výzkumu uvádět jejich jména a příjmení. Dále jsem je upozornila, že v případě, že nebudou ochotni odpovědět na některou otázku, jejich rozhodnutí budu plně respektovat.

Samotný dotazník obsahoval 22 otázek.

Otázky č. 1 - 4 v dotazníku zjišťovaly základní údaje o respondentovi (věk, pohlaví, bydliště, vzdělání); další část tvořily otázky zaměřené na samotné téma.

Otázky č. 5 - 6 se zabývaly náboženským vyznáním.

Otázky č. 7 - 8 zjišťovaly, s kým a jak respondent žije.

Otázky č. 9 - 13 zjišťovaly, zda respondent navštěvuje společnost a jaké má zájmy.

Otázky č. 14 - 15 se zabývají stářím.

Otázky č. 16 - 22 se zabývají tematikou umírání a smrti.

V dotazníku jsem použila tyto typy otázek:

- Diktonické otázky typu ano/ne.
- Výběrové položky - kdy je respondentům předkládáno několik typů odpovědi, z nichž si jednu vyberou.
- Položky zjišťující fakta.

Během června roku 2011 jsem distribuovala 11 dotazníků mezi své nejbližší příbuzné a známé k provedení pilotní studie vzorku. Účelem bylo především otestování vytvořeného dotazníku (srozumitelnost otázek, dostatek možných odpovědí apod.). Dotazník jsem konzultovala rovněž s vedoucí diplomové práce. Na základě připomínek jsem provedla malé úpravy a v červenci 2011 byl dotazník distribuován veřejnosti.

5.3 Výsledky průzkumu a jejich analýza

Celkem bylo zpracováno 68 dotazníků, což z celkového počtu 75 distribuovaných dotazníků činí 93 %. Každý zjištěný výsledek je slovně komentován.

5.3.1 Výsledky dotazníkového šetření

Položka č. 1: Rozdělení respondentů dle věku (tab. 1)

Tab. č. 1. Věk respondentů

	Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	60 let - 74 let	15	22,10
b)	75 let - 89 let	43	63,20
c)	Nad 90 let	10	14,70
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činilo 100 %. Z toho ve věkové kategorii 60 - 74 let odpovědělo 15 respondentů a ti tvoří 22,1 %. Ve věkové kategorii 75 - 89 let odpovědělo 43 respondentů a to tvoří 63,2 %. A ve věkové kategorii nad 90 let odpovědělo 10 respondentů, což činí 14,7 % z celkového počtu.

Položka č. 2: Rozdělení respondentů dle pohlaví (tab. 2)

Tab. č. 2. Pohlaví respondentů

	Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Muž	26	38,20
b)	Žena	42	61,80
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Z toho bylo 26 mužů, ti tvoří 38,2 % a 42 žen, což je 61,8 % z celkového počtu.

Položka č. 3: Zastoupení respondentů dle bydliště (tab. 3)

Tab. č. 3. Bydliště respondentů

	Bydliště respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Vesnice	21	30,90
b)	Město	47	69,10
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Z toho bylo 21 respondentů žijících na vesnici, ti tvoří 30,9 % a 47 respondentů žijících ve městě, což je 69,1 % z celkového počtu.

Položka č. 4: Rozdělení respondentů dle jejich dosaženého nejvyššího vzdělání (tab. 4).

Tab. č. 4. Vzdělání respondentů

	Vzdělání respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Základní	18	26,50
b)	Středoškolské bez maturity	35	51,50
c)	Středoškolské s maturitou	13	19,10
d)	Vyšší odborné	0	0,00
e)	Vysokoškolské	2	2,90
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Základní vzdělání má 18 respondentů, což je 26,5 %. Středoškolské vzdělání bez maturity jako nejvyšší dosažené vzdělání mělo 35 respondentů, což je 51,5 %. Středoškolské vzdělání s maturitou mělo 13 respondentů, což je 19,1 %. V kategorii vyšší odborné vzdělání se žádný respondent nevyskytl a vysokoškolské vzdělání měli 2 respondenti, což je 2,9 % z celkového počtu respondentů.

Položka č. 5: Rozdělení respondentů podle náboženské víry (tab. 5).

Tab. č. 5. Náboženská víra

	Jste věřící?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Ano	51	75,00
b)	Ne	17	25,00
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což je 100 % z toho 51 respondentů uvedlo, že jsou věřící, což je 75 % a 17 respondentů uvedlo, že nejsou věřící, což je 25 % z celkového počtu všech respondentů.

Položka č. 6: Rozdělení respondentů dle účasti na církevních aktivitách, byla-li předchozí odpověď na otázku „Ano“ (tab. 6).

Tab. č. 6. Účast na církevních aktivitách

	Účast na církevních aktivitách	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Často	10	19,60
b)	Zřídka	24	47,10
c)	Ne	17	33,30
	Celkem	51	100,00

Z celkového počtu 51 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli „Ano“ je 10 respondentů, kteří navštěvují církevní aktivity často, což je z celkového počtu 19,6 %. 24 respondentů odpovědělo, že církevní aktivity navštěvují zřídka, což je 47,1 % a 17 respondentů. Těch, kteří odpověděli, že žádné církevní aktivity nevyhledávají, ačkoli odpověděli, že jsou věřící, je 33,3 %.

Položka č. 7: Rozdělení respondentů podle toho, s kým žijí (tab. 7).

Tab. č. 7. Samostatný nebo sdílený život v domácnosti

	S kým žijete?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Sám/ sama	51	75,00
b)	S manželem/ manželkou	12	17,60
c)	S dětmi	5	7,40
d)	Jiná možnost	0	0,00
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Sám/sama žije 51 respondentů, což je 75 %. 12 respondentů odpovědělo, že žije s manželem/ manželkou, což je 17,6 %. S dětmi žije 5 respondentů, což je 7,4 %. Nikdo z respondentů ne zvolil možnou odpověď „Jiná možnost“.

Položka č. 8: Rozdělení respondentů podle toho kde žijí (tab. 8).

Tab. 8. Prostředí života seniorů

	Kde žijete?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Doma	16	23,50
b)	V domově pro seniory	25	36,80
c)	V domově s chráněnými byty	22	32,30
d)	Jiná možnost	5	7,40
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Doma žije 16 respondentů, což je 23,5 %. V domově pro seniory žije 25 respondentů, což je 36,8 %. V domově s chráněnými byty žije 22 respondentů, což je 32,3% a 5 respondentů uvedlo, jako aktuální místo žití v odpovědi „Jiná možnost“ byt či dům jejich dětí, což je 7,4%.

Položka č. 9: Rozdělení respondentů podle toho, zda jsou stále zaměstnaní (tab. 9).

Tab. 9. Účast nebo neúčast v zaměstnání

	Jste stále zaměstnán/a?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Ano	4	5,90
b)	Ne	64	94,10
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Stále jsou zaměstnaní pouze 4 respondenti, což je 5,9 % a 64 respondentů odpovědělo, že už nejsou zaměstnaní, což je 94,1 %.

Položka č. 10: Rozdělení respondentů dle jejich zálib - tato otázka byla otevřená (tab. 10).

Tab. 10. Zájmy seniorů

	Záliby respondentů	Absolutní četnost
a)	Sledování TV	18
b)	Četba	11
c)	Zahradničení	9
d)	Vaření, pečení	8
e)	Cestování	7
f)	Pletení, háčkování	6
g)	Procházky	6
h)	Žádné	6
ch)	Sběratelství	5
i)	Poslouchání rádia	4
j)	Kutilství	2

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Tato tabulka je znázorněna pouze absolutní četností, protože otázka byla otevřená a respondenti mnohdy uvedli více než jednu odpověď, proto by celkový součet relativní četnosti nebyl 100%. V této otevřené otázce nejvíce respondentů, celkem 18, odpovědělo, že jejich zálibou je sledování na televizi, 11 respondentů odpovědělo, že mají rádi četbu. 9 respondentů odpovědělo, že rádi zahradničí. 8 respondentů se rádo věnuje přípravě jídla. Cestování jako svůj koníček uvedlo 7 respondentů. Po 6 respondentech uvedlo, že rádo plete či háčkuje, chodí na procházky a tolik také uvedlo, že je bez zálib. Sběratelství se věnuje 5 respondentů, poslech rádia mají rádi 4 respondenti a kutilství se věnují 2 respondenti.

Položka č. 11: Rozdělení respondentů dle četnosti navštěvování společnosti (tab. 11).

Tab. č. 11. Společenský život

	Jak často chodíte do společnosti?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Denně	17	25,00
b)	Několikrát týdně	29	42,6
c)	Několikrát měsíčně	9	13,30
d)	Do společnosti nechodím	13	19,10
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. 29 respondentů odpovědělo, že do společnosti chodí několikrát týdně, což je 42,6 %. Denně chodí do společnosti 17 respondentů, což je 25 %. Do společnosti vůbec nechodí 13 respondentů, což je 19 % a několikrát do měsíce chodí 9 respondentů, což činí 13,3%.

Položka č. 12: Rozdělení respondentů podle toho, zda jsou v kontaktu s rodinou či známými (tab. 12).

Tab. č. 12. Kontakt s rodinou a známými

	Jste v kontaktu se svojí rodinou či známými?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Ano	50	73,50
b)	Ne	18	26,50
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Na tuto otázku 50 respondentů odpovědělo, že jsou v kontaktu s rodinou či známými, což je 73,5% a 18 respondentů odpovědělo, že v kontaktu nejsou, což je 26,5%.

Položka č. 13: Rozdělení respondentů dle častosti návštěv rodiny či příbuzných (tab. 13).

Tab. č. 13. Častost kontaktů s rodinou nebo známými

	Jak často se navštěvujete s rodinou či známými?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Denně	6	12,00
b)	Několikrát týdně	16	32,00
c)	Několikrát měsíčně	23	46,00
d)	Několikrát do roka	5	10,00
	Celkem	50	100,00

Na tuto otázku odpovědělo 23 respondentů, že se s rodinou či známými navštěvují několikrát měsíčně, což činí 46 %. Několikrát týdně se setkává se svojí rodinou či známými 16 lidí, což je 32 %. 6 respondentů odpovědělo, že je v každodenním kontaktu se svojí rodinou či známými, což je 12 %. A několikrát do roka se navštěvuje se svojí rodinou či známými 5 respondentů, což je 10 % z celkového počtu respondentů.

Položka č. 14: Rozdělení respondentů dle názoru, co vnímají na stáří kladně- tato otázka byla otevřená (tab. 14)

Tab. č. 14. Názory na pozitivní stránku stáří

	Co na stáří vnímáte kladně?	Absolutní četnost
a)	Že mám čas na své zájmy	21
b)	že mohu pomoci dětem s vnoučaty	19
c)	Že už nemusím nic dělat	15
d)	Že mám volný čas	8
e)	Že mohu cestovat	7
f)	Že mám přísun peněz bez práce	3

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Tato tabulka je znázorněna pouze absolutní četností, protože otázka byla otevřená a respondenti mnohdy uvedli

více než jednu odpověď, proto by celkový součet relativní četnosti nebyl 100%. V této otevřené otázce nejvíce respondentů, celkem 21 odpovědělo, že jsou rádi, že mají čas na své zájmy. 19 respondentů odpovědělo, že jsou rádi, že mohou pomáhat s vnoučaty. 15 respondentů odpovědělo, že jsou rádi, že už nemusí dělat vůbec nic. 8 respondentů jsou rádi, že mají více volného času na cokoli. Čas na cestování má 7 respondentů a 3 respondenti na stáří vnímají kladně to, že mají stálý přísun peněz, aniž by museli pracovat.

Položka č. 15: Rozdělení respondentů dle názoru, co vnímají na stáří záporně - tato otázka byla otevřená (tab. 15).

Tab. č. 15. Názory na negativní stránky stáří

	Co na stáří vnímáte záporně?	Absolutní četnost
a)	Závislost na ostatních	25
b)	Nemoci	19
c)	Omezená samostatnost v péči o sebe	16
d)	Zhoršená pohyblivost	11
e)	Zapomínání	7
f)	Postupné umírání přátel	6
g)	Ztráta kontaktů s přáteli	2

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Tato tabulka je znázorněna pouze absolutní četností, protože otázka byla otevřená a respondenti mnohdy uvedli více než jednu odpověď, proto by celkový součet relativní četnosti nebyl 100%. V této otevřené otázce 25 respondentů odpověděl, že jim na stáří vadí závislost na ostatních. 19 respondentům vadí zvyšující se počet nemocí. 16 respondentům vadí omezená samostatnost v péči o sebe. 11 respondentů odpovědělo, že zhoršená pohyblivost je jedním z problémů stáří. Zapomínání bylo zmíněno u 7 respondentů. Postupné umírání přátel trápí 6 respondentů a 2 respondenti vnímají na stáří záporně ztrátu kontaktů s přáteli.

Položka č. 16: Rozdělení respondentů podle toho, kde si nepřejí zemřít (tab. 16).

Tab. č. 16. Postoj k místu své očekávané smrti

	Kde si nepřejete zemřít?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Doma	3	4,40
b)	V domově pro seniory	21	30,80
c)	V nemocnici	32	47,10
d)	Nevím	5	7,40
e)	Jiná možnost	7	10,30
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. V nemocnici si nepřeje zemřít 32 respondentů, což je 47,1 %. V domově pro seniory si nepřeje zemřít 21 respondentů, což je 30,8 %. 7 respondentů využilo odpovědi „jiná možnost“ a odpověděli, že by si nepřáli zemřít: na ulici, na LDN a v bytě/domě svých dětí, což je 10,3 %. 5 respondentů neví, kdy by nechtěli zemřít, což je 7,4 % a doma si nepřejí zemřít 3 respondenti, což je 4,4 % z celkového počtu.

Položka č. 17: Rozdělení respondentů podle toho, zda již přemýšleli o smrti (tab.17)

Tab. č. 17. Přemýšlení o smrti

	Přemýšlel/a jste o smrti?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	O smrti přemýšlím často	22	32,40
b)	O smrti přemýšlím zřídka	37	54,40
c)	Nikdy jsem o smrti nepřemýšlel/a	9	13,20
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. O smrti zřídka přemýšlí 37 respondentů, což je 54,4 %. O smrti přemýšlí často 22 respondentů, což je 32,4 % a o smrti nikdy nepřemýšlel/a 9 respondentů, což je 13,2 %.

Položka č. 18: Rozdělení respondentů podle toho, zda již s někým o smrti hovořili (tab. 18)

Tab. č. 18. Hovory o smrti

	Hovořil/a jste s někým o smrti?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	S přáteli	4	5,90
b)	S manželem/manželkou	22	32,40
c)	Se svými dětmi	8	11,70
d)	S duchovním	17	25,00
e)	S nikým	17	25,00
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. S manželem/manželkou o smrti hovořilo 22 respondentů, což je 32,4 %. Po 17 respondentech hovořilo o smrti s duchovním a s nikým, což je po 25 %. Se svými dětmi o smrti hovořilo 8 respondentů, což je 11,7 % a s přáteli o smrti hovořili 4 respondenti, což je 5,9 %.

Položka č. 19: Rozdělení respondentů podle toho, zda mají strach ze smrti (tab. 19).

Tab. č. 19. Přiznání strachu ze smrti

	Máte strach ze smrti?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Ano	3	4,40
b)	Ne	39	57,40
c)	Nemyslím na smrt	26	38,20
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Strach ze smrti nepřiznává 39 respondentů, což je 57,4 %. Na smrt nemyslí 26 respondentů, což je 38,2 %. Ze smrti mají strach 3 respondenti, což je 4,4 %.

Položka č. 20: Rozdělení respondentů podle toho, proč mají strach ze smrti - otevřená otázka (tab. 20).

Tab. č. 20. Přiznávaný důvod strachu ze smrti

	Proč máte strach ze smrti?	Absolutní četnost
a)	Mám strach z neznámého	1
b)	Strach, že vše skončí	1
c)	Protože již nikdy nespatřím ty, jenž miluji	1
	Celkem	3

Pouze tři respondenti odpověděli, že mají strach ze smrti a to z důvodu: že mají strach z neznámého; že vše skončí; protože už nikdy nespatří ty, které milují.

Položka č. 21: Rozdělení respondentů podle toho, zda mají strach z umírání (tab. 21).

Tab. č. 21. Strach z umírání

	Máte strach z umírání?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Ano	53	77,90
b)	Ne	8	11,80
c)	Nepřemýšlela jsem o tom	7	10,30
	Celkem	68	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Strach z umírání má 53 respondentů, což je 77,9 %. Strach z umírání nemá 8 respondentů, což je 11,8 % a o umírání nepřemýšlelo 7 respondentů, což je 10,3 %.

Položka č. 22: Rozdělení respondentů podle toho, proč mají strach z umírání (tab. 21).

Tab. č. 22. Důvody strachu z umírání

	Proč máte strach z umírání?	Absolutní četnost	Relativní četnost %
a)	Z bolesti	18	34,00
b)	Ze ztráty soběstačnosti	6	11,30
c)	Ze ztráty důstojnosti	8	15,10
d)	Z osamění	21	39,60
e)	Jiný důvod	0	0,00
	Celkem	53	100,00

Dotazník vyplnilo celkem 68 seniorů, což činí 100 %. Z umírání v osamění mělo strach 21 respondentů, což je 39,6 %. Z bolesti má strach 18 respondentů, což je 34 %. Ze ztráty důstojnosti má strach 8 respondentů, což je 15,1 % a ze ztráty soběstačnosti má strach 6 respondentů, což je 11,3 %. Jiný důvod si ne zvolil žádný respondent.

5.4 Rozbor hypotéz

Hypotéza č. 1: Více než 75 % respondentů bude věřících.

Hypotéza č. 1 se potvrdila, celkem 75 % respondentů odpovědělo, že jsou věřící.

Hypotéza č. 2: Více než 65 % respondentů žije sám/sama.

Hypotéza č. 2 se potvrdila, 75 % respondentů odpovědělo, že žijí sami.

Hypotéza č. 3: Maximálně 10 % respondentů je stále zaměstnáno.

Hypotéza č. 3 se potvrdila, zaměstnáno je 5,9 % respondentů.

Hypotéza č. 4: Maximálně 20 % respondentů denně chodí do společnosti

Hypotéza č. 4 se nepotvrdila. Do společnosti denně chodí 25 % respondentů.

Hypotéza č. 5: O smrti nikdy nepřemýšlelo maximálně 5 % respondentů.

Hypotéza č. 5 se nepotvrdila. O smrti nikdy nepřemýšlelo 13,2 % dotazovaných.

Hypotéza č. 6: V nemocnici si nepřeje zemřít minimálně 80 % respondentů.

Hypotéza č. 6 se nepotvrdila. V nemocnici si nepřeje zemřít 47,1 % dotazovaných respondentů.

Hypotéza č. 7: Minimálně 60 % respondentů o smrti s nikým nemluvalo.

Hypotéza č. 7 se nepotvrdila. O smrti s nikým nemluvalo 25 % respondentů.

Hypotéza č. 8: Minimálně 75 % respondentů má strach z umírání.

Hypotéza č. 8 se potvrdila, strach z umírání má 77,9 % respondentů.

Hypotéza č. 9: Respondenti se na umírání nejvíce bojí bolesti.

Hypotéza č. 9 se nepotvrdila. Respondenti se nejvíce bojí, že budou umírat v osamění.

5.5 Shrnutí závěrů

Při vyhodnocování dotazníku jsem došla k těmto závěrům:

- Mezi dotazovanými bylo 51 % seniorů, kteří žijí sami. Podle mého názoru většina seniorské populace žije sama.

- Jen 5,9 % seniorů je stále zaměstnáno. Myslím si, že je v ČR více než 6 % seniorů, kteří stále pracují.
- Překvapilo mě, že 25 % seniorů o smrti s nikým nehovořilo. Dle mého názoru to je důkaz toho, že o smrti nedokážeme komunikovat. Na druhou stranu se však jeví, že komunikace o smrti se v naší zemi za posledních 20 let zlepšila, pokud usuzuji ze vzpomínek pamětníků a z počtu knih, které vyšly o této problematice v různých obdobích.
- Senioři se smrti nebojí, ale bojí se umírání.
- Na umírání se nejvíce bojí, že zemřou v osamocení a v bolestech.
- Senioři nechtějí zemřít v nemocnici, přáli by si zemřít doma.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak senioři vnímají stáří, umírání a smrt.

Teoretická část začíná vymezením základních pojmů, jako je stáří, stárnutí, tanatologie, umírání, lidská důstojnost, smrt a její dělení.

Dále autorka rozebírá biologické projevy i psychologické důsledky stárnutí a také nejčastější obtíže a onemocnění projevující se v této fázi života.

Zvláštní pozornost věnuje autorka umírání. Zmiňuje se o známém dělení umírání na fáze podle Kübler - Rossové, o potřebách umírajících, o nichž se autorka domnívá z vlastní zkušenosti, že nejsou současnou společností dosud řádně respektovány, zohledňovány jsou pouze fyzické potřeby. Autorka zdůrazňuje, že dosud není věnována pozornost ani lidské důstojnosti navzdory tomu, že její význam zdůrazňuje řada humanitních deklamací a lze se o její zachování opřít i v legislativě. Navzdory tomu se plnění nároku na ni v praxi přehlíží, zvláště pak u bezmocných seniorů. Práce neopomíná ani způsob komunikace s umírajícími, což je další velký problém dnešní společnosti.

Práce se zabývá i otázkami smrti, názorem na ni vyjádřeným různými autory. Popisuje známky blížící se smrti a tendencí současné doby k jejímu oddalování.

V praktické části diplomové práce autorka uvádí svůj výzkum spočívající ve zjišťování názoru seniorů na toto téma. Překvapující bylo, že osoby zařazené do výzkumu neměly žádné zábrany na citlivé otázky odpovídat. Autorka postavila 9 hypotéz, z nichž se potvrdily hypotézy 1, 2, 3 a 8 (viz Závěr k výzkumu), ostatních 5 hypotéz se nepotvrdilo.

Většina lidí nejen v mladém, ale ve středním a vyšším věku se problematikou umírání a zachováním lidské důstojnosti odmítá zabývat. Je to možná proto, že netuší, jak lidé mohou v této těžké chvíli strádat. Proto je nesmírně důležité o umírání, potřebách, lidské důstojnosti i smrti otevřeně a nahlas mluvit a tím umožnit umírajícím jejich odchod ze světa. Je potřeba prolomit bariéru a toto

aktuální téma řešit.

Při studiu literatury této problematiky jsem zjistila, že vychází stále více knih na toto téma, na základě čehož doufám, že se stále více lidí o tomto tématu dozvídá nové informace a připravuje se tak doba, kdy nastane obrat v péčování o umírající k lepšímu.

SEZNAM LITERATURY

ARIÉS, P. *Dějiny smrti I*. Praha: Argo, 2000. 359 s. ISBN 80-7203-286-0.

BLACKMOROVÁ, S. *Umírání jako cesta k životu*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1993. ISBN 80-900802-8-6.

BREITBART at al. Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Journal of the American Medical Association*, 2000, vol. 284, no. 22, s. 2907-2911.

BYOCK, I. *Dobré umírání*. Praha: Cesta domů, 2005. 328 s. ISBN 80-7021-797-9.

ČECHOVÁ, V. MELLANOVÁ, A. KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.

DENKOVÁ, M. Domácí péče o pacienty v terminálním stadiu. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 87-88.

DOENGES, M. E; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce pro sestry*. 2. přepr. a rozš. vyd. Praha: Grada., 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

ERDINGER, M. Doprovázení umírajících a jejich rodin - několik poznámek k tématu. *Zpravodaj Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky*, 2008, roč. 10, č. 2, s. 10-11.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIDRIKSDOTTIR, N., et al. Important needs of families in acute and palliative care setting assessed with the Family Inventory of Needs. *Palliative Medicine*, 2006, vol. 20, no. 4, s. 425-432.

GUGGENBÜHL - CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007. 119 s. ISBN 978-80-7367-302-4.

GULÁŠOVÁ, I. Empatický přístup k pacientovi podle věku. *Diagnóza*, 2009, roč. 5, č. 8, s. 27-28.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 530, 561. ISBN 80-7178-303-X.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: 3. LFUK, 1991.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. 119 s. ISBN 80-7262-034-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. přepr. a dopl.vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 369 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HROZENSKÁ, M. aj. *Aktualne otázky sociálnej gerontológie pre stredné odborné školy I*. Nitra: UKF, 2008. 130 s.

HUNEŠ, R. Sdělování pravdy nevléčitelně nemocnému za každou či žádnou cenu? *Diagnóza*, 2010, roč. 6, č. 4, s. 38-41.

JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001, s. 237. ISBN 80-7178-535-0.

JANEČKOVÁ, H. VACKOVÁ, M. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3.

JUŘENÍKOVÁ, P. HŮSKOVÁ, J. PETROVÁ, V. *Ošetrovatelství - učební text pro střední zdravotnické školy I. část*. 2. vyd.. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999. 228 s.

KELNER, P. aj.. *Vnitřní lékařství I.*. Praha: Informatorium, 2000. 104 s. ISBN 80-86073-53-X.

KELNER, P. aj. *Vnitřní lékařství II.*. Praha: Informatorium, 2001. 228 s. ISBN 80-86073-76-9.

KLEVETOVÁ, D. Zastavte se na chvíli na své profesionální cestě: Lidská ochota a trpělivost je tolik potřebná. *Sociální péče*, 2009, č. 6, s. 28.

KOPECKÁ, E. O důstojném umírání. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 2, s. 8-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1994. ISBN 80-85878-12-7.

MAETERLINCK, M. *Smrt*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-94-8. 183 s.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, 226 s. ISBN 80-7178-549-0.

MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. Brno: MU, 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1

MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1997. 75 s. ISBN 80-210-1610-8.

NULAND, S. B. *Jak lidé umírají*. Praha: Knižní klub, 1996. 288 s. ISBN 80-7176-264-4.

O'CONNOR, M. ARANDA, S. aj. *Paliativní péče - pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

ONDRÁČKOVÁ, K. Doprovázení umírajících. *Zpravodaj Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky*, 2008, roč. 10, č. 3, s. 8-9.

Ottova encyklopedie A - Ž. Praha: Ottovo nakladatelství, 2004, s. 199, 958. ISBN 80-7360-014-5.

PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. 298 s.

POKORNÝ, P. Nemocničním duchovním v Motole. *Diagnóza*, 2010, roč. 6, č. 3, s. 34-35.

PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky IV*. Praha: SPN, 1974.

ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999. 112 s. ISBN 80-7021-302-7.

SCHOPENHAUER, A. *O smrti*. Brno: „Zvláštní vydání...“, 1996. 112 s. ISBN 80-85436-41-8.

SMITHOVÁ, L. *Smrt - konečná stanice*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-85-2.

STOFF, G. *Síla na cestu*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1995.

STAŇKOVÁ, M. Komunikace a postavení v paliativní péči. *Sociální péče*, 2010, č. 3, s. 28-29.

STUDENT, J. CH. MÜHLUM, A. STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Jinočany: H a H, 2006. 166 s. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. Hospic a jeho místo ve společnosti. *Sociální služby*, 2010, roč. 12, č. 11, s. 26-27.

ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, J. aj. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 176 s. ISBN 80-244-0629-2.

ŠKRLA, P. *Především neublížit*. Brno: NCO NZO Brno, 2005. 162 s. ISBN 80-86229-96-3.

ŠTOLBOVÁ, H. Fenomén smrti. *Sociální služby*, 2009, roč. 11, č. 3, s. 18-19.

TOLAN, J. *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2006. 224 s. ISBN 80-367-146-8.

TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO Brno, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

VÍCHOVÁ, J. Dvě cesty, jeden cíl: Význam spolupráce duchovních a psychologů v péči o nemocné. *Diagnóza*, 2010, roč. 6, č. 4, s. 42.

VIRT, G. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad, 2000. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.

VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998, s. 142, 361, 399. ISBN 80-85800-81-0.

VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.

WILKINSON, S. Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 1991, vol. 16, no. 6, s. 677- 688.

YALOM, I., D. *Pohled do slunce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-376-5.

Další zdroje

Respektování lidské důstojnosti - příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně - sociálních oborů. Praha: Hospicové občanské sdružení cesta domů, 2004.

Přednášky

DOSTÁLOVÁ, O. *Zdraví a nemoc IV.* Přednášky pro 2. ročník mgr. studia. Praha: PVŠPS, 2010.

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1.	49
Tab. č. 2.	50
Tab. č. 3.	50
Tab. č. 4.	51
Tab. č. 5.	51
Tab. č. 6.	52
Tab. č. 7.	52
Tab. č. 8.	53
Tab. č. 9.	53
Tab. č. 10.	54
Tab. č. 11.	55
Tab. č. 12.	55
Tab. č. 13.	56
Tab. č. 14.	56
Tab. č. 15.	57
Tab. č. 16.	58
Tab. č. 17.	58
Tab. č. 18.	59
Tab. č. 19.	59
Tab. č. 20.	60
Tab. č. 21.	60
Tab. č. 22.	61

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník průzkumu

Příloha č. 1: Dotazník průzkumu

DOTAZNÍK

Dobrý den.

Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který zjišťuje názory občanů týkající se stáří a umírání. Dotazník je anonymní tzn., že nikde neuvádíte své příjmení, ale pouze svůj názor. Výsledky průzkumu budou prezentovány v mé diplomové práci. Zakroužkujte prosím Vás vyhovující odpověď, popřípadě na dotaz odpovězte slovně.

Děkuji za Váš čas a ochotu,

Bc. Libuše Simonová,
studentka Pražské vysoké školy psychosociálních studií

1) Věk

- a) 60 let- 74 let
- b) 75 let- 89 let
- c) nad 90 let

2) Pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

3) Bydliště

- a) Vesnice
- b) Město

4) Dosažené vzdělání

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity (vyučen)
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

5) Jste věřící?

- a) Ano
- b) Ne

6) Pokud ANO, účastníte se církevních aktivit?

- a) Často
- b) Zřídka
- c) Ne

7) S kým žijete?

- a) Sám/sama
- b) S manželem/manželkou
- c) S dětmi
- d) Jiná možnost.....

8) Kde žijete?

- a) Doma
- b) V domově pro seniory
- c) V domově s pečovatelskou službou
- d) Jiná možnost.....

9) Jste stále zaměstnán/a?

- a) Ano
- b) Ne

10) Jaké máte záliby?

11) Jak často chodíte do společnosti?

- a) Denně
- b) Několikrát týdně
- c) Několikrát měsíčně
- d) Do společnosti nechodím

12) Jste v kontaktu se svojí rodinou či kamarády?

- a) Ano
- b) Ne

13) Pokud ANO, jak často se navštěvujete?

- a) Denně
- b) Několikrát týdně
- c) Několikrát do měsíce
- d) Několikrát do roka

14) Co na stáří vnímáte kladně?

15) Co na stáří vnímáte záporně?

16) Kde si nepřejete zemřít?

- a) Doma
- b) V domově pro seniory
- c) V nemocnici
- d) Nevím
- e) Jiná možnost.....

17) Přemýšlel/a jste někdy o smrti?

- a) O smrti přemýšlím často
- b) Již jsem o smrti přemýšlela
- c) Nikdy jsem o smrti nepřemýšlela

18) Hovořil/a jste s někým o smrti?

- a) S přáteli
- b) S manželem/ manželkou
- c) Se svými dětmi
- d) S duchovním
- e) S nikým

19) Máte strach ze a smrti?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nemyslím na to

20) Pokud ANO, uveďte proč:

21) Máte strach z umírání?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nepřemýšlel/a jsem o tom

22) Pokud jste odpověděl/a ANO, proč máte strach z umírání?

- a) Z bolesti
- b) Ze ztráty soběstačnosti
- c) Ze ztráty důstojnosti
- d) Z osamění
- e) Jiný důvod.....

**Děkuji za Váš čas,
Bc. Libuše Simonová**

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Libuše Simonová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Stáří, umírání a smrt seniorů

Počet stran (bez příloh): 72

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 58

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 3

Počet internetových odkazů: 0

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová.

Rok dokončení práce: 2011

EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:

.....

Uživatel/ka potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využijí ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc Libuše SIMONOVÁ

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Stáří, umírání a smrt seniorů

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 72

Počet stránek příloh: 4

Počet titulů v seznamu literatury: 58

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

		2	
--	--	---	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2	
--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2	
--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Existují okolnosti nebo povahová výbava umírajícího, kdy bude chtít umírat sám, přítomnosti rodinných příslušníků nebo dalších osob?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Zvolené téma odpovídá požadavkům oboru, v posledních letech už existuje více publikací různých školách i více závěrečných prací tohoto typu, proto se názory do značné míry opalují. Autorka pracovala pilně, teoretická část shrnuje současné názory renomovaných autorů. Praktická část obsahuje soubor 68 klientů, kteří odpovídají na otázky v dotazníku, je poměrně složitý. Autorka usuzuje, že většina osob umírá v institucích, kde se cítí opuštěni, je známo. Autorka má pravdu v tom, že důstojnosti u umírajících seniorů není stále věnována pozornost, jakou by si zasloužili. Autorka prokázala, že dovede pracovat s literaturou a závěrečnou práci napsat umí.

Výtky

Stránky příloh se číslují zvláště od jedničky.

Ve vztahu k lékaři by se nemělo používat slovo klient.

s. 44: poslední řádek nenavazuje na souvislost prvního řádku s. 45.

V kapitole 3.2 Zamyšlení nad současným přístupem k umírání cituje autorka řadu publikací, jejichž údaje se opakují, např. že se v současnosti umírá v nemocnici, že pacient chce umírat doma a že chce mít kolem sebe rodinu. Pokud je více autorů, kteří tvrdí totéž, je vhodné tyto autory do závorky najednou oddělené středníkem jako odkaz na více publikací.

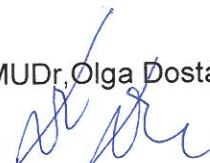
Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Obsahová stránka velmi dobře, formální stránka výborně

Datum, podpis:
15. 9.2011

MUDr. Olga Dostálová, CSc.



**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Libuše Simonová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Stáří, umírání a smrt seniorů

Oponent práce: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 72

Počet stránek příloh: 4

Počet titulů v seznamu literatury: 58

Výběr tématu

Závažnost tématu

Oborová příslušnost tématu

Originalita tématu a jeho zpracování

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

	X			
--	---	--	--	--

	X			
--	---	--	--	--

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

	X			
--	---	--	--	--

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

Využití výzkumných empirických metod

Využití praktických zkušeností

		X		
--	--	---	--	--

		X		
--	--	---	--	--

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		X		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			X	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			X	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

*Co nového nevyskytujícího se u jiných autorů práce přinesla?
Na jakých hladinách významnosti se prokazuje signifikance výsledků?*

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka zpracovala zvolené téma pečlivě, s literaturou pracovat dovede, počet publikací přesahuje obvyklé číslo. Citace jsou správné. Po formální stránce tedy není námitek.

Teoretická část je souhrnem názorů, z nichž většina je všeobecně známá a některé z nich se až příliš opakují. Autorka také místy přejímá názory autorů jako neomylných autorit, aniž by je podrobila vlastní kritické úvaze.

Soubor 68 seniorů je dostačující, počet otázek v dotazníku je však i na tento soubor značný.

Autorka dokázala, že si ví se zpracováním souboru rady, ale nezabývala se statistickým průkazem signifikance výsledků, ač tato kritéria se nepochybně probírají na škole v příslušném předmětu.

Téma, které si autorka zvolila, je pro diplomové i bakalářské práce dosti frekventované, není tedy divu, že nevykazuje zásadní originalitu.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Velmi dobře až dobře (podle úrovně obhajoby)

Datum, podpis:
14. 9. 2011


PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.