Terénní pečovatelská služba a paliativní péče o klienta v domácím prostředí

Dana Kmínková

Bakalářská práce
2013

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Dana KMÍNKOVÁ**
Osobní číslo:	**H118123**
Studijní program:	**B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:	**Sociální pedagogika**
Téma práce:	**Terénní pečovatelská služba a paliativní péče o klienta v domácím prostředí**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS „Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovědního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.
S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:
- na fungování a propojenosti pečovatelské služby s ostatními organizacemi (např. domácí zdravotní péče, pobytová zařízení, nemocnice, lékaři, apod.),
- na seniory jako specifickou skupinu a jak péče o ně ovlivňuje vztahy v rodině,
- na kvalitní terénní hospicovou péči o umírající, včetně plánované dlouhodobé péče.
Součástí práce budou také kazuistiky, týkající se klientů, u kterých probíhá péče v domácím prostředí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

Zákon č. 108/2006 vyhláška 505/2006 sb. o sociálních službách.
Haškovcová H. Thanatologie. Praha: Galén, 2007.
Kolektiv autorů,Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010.
Králová J., Rážová E. Sociální služby a příspěvek na péči. Olomouc: Anag, 2007.
Misconiová B. Péče o umírající – hospicová péče.Národní centrum domácí péče ČR.
Mlýnková J. Pečovatelství. Praha: Grada, 2010.
Sýkorová D. Autonomie ve stáří. Praha: Slon, 2007.
Venglářová M. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada: 2007.
Sociální služby. Odborný časopis pracovníků sociálních služeb.
Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce: doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.
Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce: 16. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. dubna 2013

V Brně dne 16. března 2012

L.S.

prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu

doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2];
- podle § 60 [3] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

DANA KMÍNKOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 30. 4. 2013

Podpis

---

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku seniorů a péči o umírající. Skládá se z pěti kapitol, z nichž první čtyři tvoří teoretickou část a pátá praktickou část.

V teoretické části se zaměřuji na vývoj pečovatelské služby, na charakteristiku seniorů, vymezuji základní pojmy související s mobilní hospicovou péčí, rizika syndromu vyhoření a jeho prevence a zmiňuji se o dlouhodobé péči.

V praktické části uvádím několik kazuistik, týkajících se klientů, u kterých probíhá péče v domácím prostředí.

Klíčová slova: senior, pečovatelská služba, paliativní péče, smrt, duševní hygiena, zákon, supervize.

ABSTRACT

This bachelor work is focused on the seniors and the issue of care for the dying. It consists of five chapters, of which four frame the theoretical part and the fifth is practical.

In the theoretical part I focus on the development of the domiciliary care, on the characteristics of seniors, I define basic terms in conection with mobile hospice care, burnout syndrome risks and prevention of burnout and I mention long-term care.

In the practicle part I present several cases of clients provided with care in their home environment.

Key words: senior, domiciliary care, paliative care, death, psychic hygiene, law, supervision.

Poděkování

Děkuji panu doc. Ing. Antonínu Řehořovi, CSc., za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Hlavně bych chtěla poděkovat své rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli při studiu a které si nesmírně vážím. Dále patří velké díky paní ředitelce PS Homediss, o.p.s. Mgr. Pavle Dörrové a vrchní sestře Agentury domácí zdravotní péče Rii Otrubové za velmi užitečné rady a spolupráci.

Dana Kmínková

MOTTO:

„Smrt není porážka, jako ani život není vítězství.“

Reinhard Abeln, Anton Kner

OBSAH

ÚVOD **8**
I. TEORETICKÁ ČÁST **10**
1 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA A SENIOŘI A JEJICH ŽIVOTNÍ SITUACE **11**
1.1 HISTORIE A SOUČASNOST PEČOVATELSKÉ SLUŽBY 11
1.2 SENIOŘI JAKO SPECIFICKÁ SKUPINA 15
1.3 DUŠEVNÍ PORUCHY VE STÁŘÍ 17
1.4 MILNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH ZÁKONEM Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH 20
2 MOBILNÍ HOSPICOVÁ PÉČE **24**
2.1 VYMEZENÍ PALIATIVNÍ PÉČE 24
2.2 VYMEZENÍ THANATOLOGIE 25
2.3 UMÍRÁNÍ A SMRT 27
2.4 KOOPERACE PEČOVATELSKÉ SLUŽBY A AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE 30
3 ZÁTĚŽ PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH **32**
3.1 VYMEZENÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ A JEHO PŘEDPOKLADY 32
3.2 SUPERVIZE JAKO MOŽNOST PREVENCE 35
3.3 PRAVIDLA DUŠEVNÍ HYGIENY 37
4 DLOUHODOBÁ PÉČE **40**
4.1 VYMEZENÍ POJMU DLOUHODOBÉ PÉČE 40
4.2 NÁVRH VĚCNÉHO ZÁMĚRU ZÁKONA O DLOUHODOBÉ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PÉČI 44
II. PRAKTICKÁ ČÁST **51**
5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH KAZUISTIK A PŘÍKLAD HOSPICOVÉ PÉČE **52**
5.1 PŘÍKLADY JEDNOTLIVÝCH KAZUISTIK KLIENTŮ, U KTERÝCH PROBÍHÁ DOMÁCÍ PÉČE 53
5.2 POJETÍ MOBILNÍ HOSPICOVÉ PÉČE V PEČOVATELSKÉ SLUŽBĚ HOMEDISS, O.P.S. 62
ZÁVĚR **64**
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **65**
SEZNAM PŘÍLOH **67**

ÚVOD

V bakalářské práci nazvané „Terénní pečovatelská služba a paliativní péče o klienta v domácím prostředí“ bych chtěla nastínit kvalitní mobilní hospicovou péči o umírající, fungování a propojenost s ostatními organizacemi, jako jsou např. nemocnice, pobytová zařízení, lékaři, sociální odbor, policie, apod.

Dále se také zmíním o seniorech, jaké mají v dnešní době možnosti, na koho se mohou obrátit v případě potřeby o pomoc, ale také, jak tato péče ovlivňuje blízké mezilidské vztahy nejen v rodině.

Toto téma jsem si zvolila proto, že tato problematika není široké veřejnosti dost známá a proto si myslím, že poznatky z mé práce by se mohly stát tématem diskuze. Je to totiž téma velmi citlivé a v dnešní době i značně aktuální, které se týká nás všech.

Dalším důvodem je, že tato problematika je mi v rámci profese velmi blízká. Pracuji jako sociálně-zdravotnická pracovnice a jako taková se denně setkávám, jak s pečující rodinou a pracovníky v sociálních službách, tak se samotnými klienty, kteří využívají pomoc pečovatelské služby.

Posláním každé pečovatelské služby je poskytovat seniorům, chronicky nemocným a zdravotně hendikepovaným přiměřenou pomoc a podporu např. v oblastech hygieny, péče o vlastní osobu, dovozu obědů, nákupů, obstarávání domácnosti apod., která jim umožní zůstat co nejdéle ve svém domácím prostředí.

Cílem této služby je prodloužit období jejich vlastního způsobu života a oddálit nutnost umístění do pobytového zařízení, zachovat jejich zvyklosti a sociální kontakty s okolím a v neposlední řadě také úzce spolupracovat s domácí zdravotní péčí při zajišťování komplexní péče a mobilní hospicové péče.

Velmi smutná je ale skutečnost, že lidé zaměstnaní v této pomáhající profesi, nejsou stále ještě za své úsilí dostatečně odměňováni a širokou veřejností uznáváni a respektováni. Sama v praxi vidím, že tuto práci nemohou lidé vykonávat jako zaměstnání, ale musí k ní mít vztah, protože je velmi náročná jak fyzicky tak hlavně psychicky.

Cílem bakalářské práce je zabývat se péčí o umírající a přinést nové poznatky z oblasti hospicové péče, kterými se budu snažit pomoci ulehčit situaci jak pečující rodině a ošetřujícího personálu, tak i člověku, který tímto způsobem opouští tento svět.

Abych dosáhla naplnění cíle práce, rozdělila jsem ji na dvě části. První teoretická část má čtyři kapitoly. V první kapitole bych se chtěla zmínit o vývoji pečovatelské služby, hlavně o období vzniku zákona č. 108/2006 Sb. a zaměřit se na charakteristiku seniorů.

V druhé kapitole bych chtěla popsat mobilní hospicovou péči, vymezit základní pojmy, které s touto péčí souvisí, jako je paliativní péče a thanatologie a ukázat, jaká musí být spolupráce pečovatelské služby a domácí zdravotní péče.

Třetí kapitola je věnována rizikům syndromu vyhoření a jeho prevenci.

Ve čtvrté kapitole se zmíním o dlouhodobé péči, kterou připravuje ministerstvo práce a sociálních věcí spolu s ministerstvem zdravotnictví.

V druhé praktické části uvedu několik kazuistik, týkající se klientů, u kterých probíhá péče v domácím prostředí. Také bych chtěla nastínit kvalitní mobilní hospicovou péči o umírající, fungování a propojenost s ostatními organizacemi, jako jsou např. agentura domácí zdravotní péče, nemocnice, pobytová zařízení, lékaři, sociální odbor, policie, apod.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA A SENIOŘI A JEJICH ŽIVOTNÍ SITUACE

Pečovatelská služba je nejdéle nepřetržitě realizovanou terénní sociální službou v ČR a současně základní službou sociální péče. Vzhledem k tomu, že populace rychle stárne, vyvolává to potřebu rozvíjet tyto služby do budoucna. „*Dle statistického šetření ČSÚ jsou v současné době senioři (ve věku 65 a více let) zastoupeni cca 14% z celkové populace ČR, přičemž cca 3% tvoří jedinci starší 80 let. Dle výzkumného šetření (Projekce obyvatelstva ČR do roku 2050, 2009) se předpokládá relativní nárůst seniorské populace, kdy v roce 2030 bude každý čtvrtý (23%) obyvatel ČR ve věku 65 a starší, přičemž přibližně 6,5% obyvatel budou tvořit senioři ve věku 80 a více let.*“[1]

1.1 Historie a současnost pečovatelské služby

Již ve středověku vznikaly první instituce, jejichž hlavní činností bylo pomáhat potřebným. Tyto instituce zakládala nejdříve církev a řeholní řády, ale později také města a obce. Pomoc a podpora byla poskytována hlavně těm, kteří byli nemocní, chudí, staří nebo ti, kteří následkem války přišli o svou rodinu. První zmínka o terénní pečovatelské službě pochází již ze 13. stol. Pomoc byla hlavně hmotného rázu, jako je ošacení a strava potřebným. Později se řeholní sestry přesunuly do terénu, kdy pomáhaly nemocným a potřebným přímo v jejich domácnosti. Přesto, že vznikaly pomáhající instituce, tak největší díl péče zůstával stále na rodinách. Ale i přes veškerou snahu pomáhajících institucí zůstalo nejosvědčenějším prostředkem žebrání.[2]

Za vlády Josefa II. ztrácí církev výhradní postavení v této oblasti. Počátkem 19. stol. vznikají zákony, které ukládají povinnost obci, postarat se o svého občana, který se ocitl v tíživé situaci. Podmínkou ale bylo, že se vyčerpaly veškeré možnosti osob, které byly povinné pečovat. Pokud obec neměla dostatečné množství prostředků, aby zajistila pomoc chudým a nemocným, přecházela tato finanční povinnost na vyšší správní územní jednotky.

---

[1] Kolektiv autorů, Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010, s. 87.

[2] Kolektiv autorů, Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010, s. 20.

Koncem 19. stol. dochází k značnému rozvoji laické domácí péče, objevují se prvky ošetřovatelské péče a v Praze je založena první ošetřovatelská škola.

Následkem 1. světové války vzrostl počet potřebných osob. Šlo převážně o válečné veterány, vdovy, invalidy a sirotky. Toto období bylo velmi obtížné a vyžádalo si už systematické řešení. V této době vzniklo ministerstvo sociální péče, které vydalo zákony týkající se sociální péče. Začalo fungovat sociální pojištění, které zajistilo pracujícím podporu v nemoci, ve stáří a v invaliditě.

Prvním významným okamžikem v sociálních službách byl vznik Československého červeného kříže (ČSČK) v roce 1919. Jeho první předsedkyní byla Alice Masaryková. ČSČK se zasloužil o vznik pečovatelské služby a ošetřovatelské domácí péče. Pomoc a podpora potřebným lidem se poskytovala hlavně v oblasti osobní hygieny, vaření a úklidu domácnosti. Tyto služby se začaly poskytovat organizovaně a z této pomoci začala postupně vznikat pečovatelská služba. Dochází k rozvoji sociální a ošetřovatelské péče a to vyžadovalo také rozvoj v oblasti vzdělávání. Nejdříve se jednalo o desetidenní kurz, později o roční studium a nakonec bylo studium rozšířeno na dva roky a jednalo se o Vyšší školu sociální péče.[3]

Sociální služby se nezabývaly pouze okamžitou pomocí, ale také prevencí a poradenstvím. Sociální péče za první republiky dosahovala vysoké úrovně a velkých úspěchů a to hlavně také díky kvalitním sociálním zákonům. Toto fungování sociální péče a vzdělávání pracovníků narušilo období druhé světové války. Ti, kteří chtěli pomáhat i nadále to museli dělat ilegálně. Činnost Československého červeného kříže byla obnovena až po válce. Důsledkem komunistického převratu došlo k velkým změnám v celé společnosti a změnila se také sociální politika. Tím, že stát na sebe převzal veškeré privátní fondy důchodového,

[3] Kolektiv autorů, Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010, s. 22.

sociálního i nemocenského pojištění, převzal tím i veškerou sociální ochranu a zabezpečení veškerého obyvatelstva. [4]

Sociální péče se tak stala úplně závislá na státních úřadech, které ji také financovali a organizovali. Byla přesměrována do oblasti zdravotnictví, kde byla zdůrazňována oblast zdravotní na úkor sociální. Ono se totiž nepřipouštělo, že by někdo v socialistické společnosti potřeboval sociální pomoc.

V šedesátých letech se začíná objevovat větší zájem o staré osoby a dochází k rozvoji geriatrie a gerontologie. Začínají vznikat nové trendy v přístupu ke starým lidem. Rodinní příslušníci musí chodit do zaměstnání a tak potřebují pomoc při zajištění péče o své staré rodiče. Zájem o pečovatelské služby začíná stoupat.

V sedmdesátých letech již sociální zabezpečení spadá pod ministerstvo práce a sociálních věcí, ale částečně ještě také pod ministerstvo vnitra a spravedlnosti. To vedlo k tomu, že se jasně vymezilo, komu a za jakých podmínek se budou poskytovat sociální služby. Jednalo se o staré, nemocné nebo osamělé občany, kteří se o sebe nemohou postarat a o něž nemohou pečovat ani jejich rodinní příslušníci. Tuto práci mohly vykonávat pečovatelky dobrovolné nebo pečovatelky z povolání. Náplní jejich práce bylo udržování domácnosti, pomoc při hygieně, obstarávání nákupů a pochůzek, zajištění stravy, úklid, praní prádla, ale také prevence a ošetření proleženin či podávání léků. Tyto služby se většinou poskytovali bezplatně.

Rozhodnutí o zavedení pečovatelské služby vydával Odbor sociálních věcí. V tomto rozhodnutí se musel uvést druh a rozsah úkonů, výše úhrady za úkon pečovatelské služby a výše odměny pečovatelky. Práci pečovatelek koordinovaly a kontrolovaly vrchní sestry

[4] Kolektiv autorů, Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010, s. 24.

pečovatelské služby. Od roku 1975 se poskytování pečovatelské služby řídilo zákonem o sociálním zabezpečení č. 121/1975 Sb.[5]

Koncem sedmdesátých let začaly vznikat také domy s pečovatelskou službou, které známe dodnes. V těchto domech se budovala střediska osobní hygieny, kde se prováděla osobní hygiena lidem z terénu. Byli to lidé, kteří neměli k dispozici dostatečné hygienické zařízení nebo neměli zavedenou teplou vodu, popřípadě neměli vodu vůbec. V domech s pečovatelskou službou byla zajištěna nepřetržitá služba.

V osmdesátých letech již komunistický režim pochopil a připustil, že i v socialistické společnosti je nutné řešit sociální otázky. Začaly opět fungovat sociálně-právní školy a sociální práce se mohla pomalu rozvíjet. Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo mnoho metodických příruček pro sociální služby. Výzkumný ústav zjišťoval potřeby starých lidí a sociálních služeb. Poprvé je kladen velký důraz na povinné kvalifikační vzdělání pečovatelek. Vzniká zákon č. 100/1988 Sb. o sociálních službách a zákon č. 114/1988 Sb. o působnosti orgánů v sociálním zabezpečení, které výrazně posunují vývoj sociálních služeb.[6]

V devadesátých letech, období po sametové revoluci, došlo k prudkému rozvoji sociálních služeb. V oblasti vzdělávání začaly vznikat vyšší odborné školy sociální. Byla založena Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Pečovatelská služba se stala nejrozšířenějším druhem terénní sociální služby. I nyní se zaměřovala hlavně na seniory nebo zdravotně hendikepované občany, kteří si nebyli schopni zajistit chod domácnosti nebo kteří z důvodu nepříznivého zdravotního stavu potřebovali pomoc jiné osoby. Služby se poskytovaly za plné nebo částečné úhrady, které se řídily vyhláškou č. 182/1991 Sb. V odůvodněných případech byla pečovatelská služba poskytována i dětem, a to v případě, že rodiče nebo jiné právně zodpovědné osoby, nemohli péči zajistit pro vážné překážky.[7]

---

[5] Kolektiv autorů, Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010, s. 25.
[6] Kolektiv autorů, Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010, s. 26.
[7] Kolektiv autorů, Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010, s. 27.

1. ledna 2007 vstupuje v platnost kvalitní zákon o sociálních službách, který zahajuje zcela novou epochu poskytování sociálních služeb včetně pečovatelské služby.

1.2 Senioři jako specifická skupina

Stáří je součástí našeho života. Někdy přemýšlíme, jak a s kým bychom ho chtěli strávit. Až v posledních letech se stále více klade důraz na kvalitu života než na jeho délku. Dnešní lékařství umožňuje prodloužit život mnoha lidem, kteří trpí různými nemocemi.

Důležitou charakteristikou člověka je věk. V rámci stárnutí rozlišujeme:

- **kalendářní (chronologický) věk** - je dán datem narození, z biologického hlediska je ale tento údaj nespolehlivý, protože známe mladé starce a staré mladíky,
- **funkční (skutečný) věk** - odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka, má charakteristiky biologické, psychologické a sociální, nemusí být vždy v souladu s věkem kalendářním.[8]

Podle Světové zdravotnické organizace se věkové skupiny člení takto:

- 60 - 74 let - rané stáří (presénium),
- 75 - 89 let - vlastní stáří (sérum),
- 90 a více let - dlouhověkost.[9]

Stárnutí ovlivňuje téměř všechny oblasti života člověka. V tomto ohledu rozlišujeme:

- **biologické stárnutí** je dáno genetickou výbavou jedince, jeho předchozím životním stylem, vnějším prostředím, případně nemocemi prodělanými v minulosti, biologické stárnutí přináší hlavně morfologické změny všech soustav organismu (nervové, soustavy žláz s vnitřní sekrecí, oběhové, dýchací, trávicí, kosterní, svalové, kožní, mízní a imunitní, vylučovací a reprodukční) a z nich pak vyplývající změny funkční (jejich zpomalení, oslabení či úbytek),

[8] Heřmanová V., Pacovský V., Gerontologie. Praha: Avicenum, 1981, s. 15.
[9] Heřmanová V., Pacovský V., Gerontologie. Praha: Avicenum, 1981, s. 14.

- **psychické stárnutí** sebou nese stejně jako stárnutí biologické velké interindividuální a intraindividuální rozdíly, na proměně psychiky se podepisují jak vlivy psychosociální, tak biologické (např. změny v CNS), významný pokles výkonu související s věkem zaznamenáváme především v oblasti paměti, učení, pozornosti a fluidní inteligence,
- **sociální stárnutí** zahrnuje různé stránky sociálního života jedince, jeho vztahy k sobě, ke společnosti, k jiným lidem nebo ke společenským aktivitám.[10]

Důsledkem stárnutí dochází ve stáří k těmto změnám:

- **tělesné změny** - změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny kloubů, kardiopulmonální změny, změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování), změny vylučování moči (častější nucení), změny sexuální aktivity,
- **psychické změny** - zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, sugestibilita, emoční labilita, změny vnímání, zhoršení úsudku,
- **sociální změny** - odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost, finanční obtíže.[11]

Nauka, která se zabývá stárnutím a stářím, se nazývá gerontologie. Gerón je slovo řeckého původu a znamená starý člověk a logos je nauka. Gerontologie je interdisciplinární vědní obor, protože využívá poznatků z různých vědeckých disciplín. Gerontologie zahrnuje všechno, co se týká starého člověka ve zdraví i v nemoci.

Poprvé pojem gerontologie použil Ilja Iljič Mečnikov (1845-1916, nositel Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství za rok 1908) v roce 1903.[12]

Gerontologie se dělí na tři části:

---

[10] Doňková O., Novotný J. S., Vývojová psychologie pro sociální pedagogy. Brno: IMS, 2010, s. 132-133.
[11] Venglářová M., Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007, s. 12.
[12] Wikipedie, www.wikipedie.cz [on/line], http://cs.wikipedia.org/wiki/Gerontologie.

- **gerontologie teoretická (experimentální)** - zabývá se otázkami, proč a jak živé organismy stárnou, hledá nová dosud nepoznaná fakta, která shrnuje a zobecňuje, velmi často užívá experimentu (klinicko-fyziologických studií u lidí),
- **gerontologie klinická (geriatrie)** - zabývá se chorobami ve stáří, jejich etiologií a patogenezí, respektuje přitom biologické, psychologické a sociální zvláštnosti stáří,
- **gerontologie sociální** - soustřeďuje se na vzájemné vztahy mezi starým člověkem a společností včetně fenoménu stárnutí populace, má aspekty demografické, ekonomické, politické, sociologické, psychologické, etické a další.[13]

1.3 Duševní poruchy ve stáří

Nejen ve stáří, ale i v mladším věku se můžeme setkat s příznaky duševních poruch. Symptomy jsou většinou skryté za fyziologické změny ve stáří, a proto mohou být méně nápadné. Mezi nejčastější symptomy patří porucha paměti.

Geriatrie je lékařský obor, který se zabývá problematikou zdravotního a funkčního stavu ve stáří, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikou a léčbou. Zvláštní pozornost je věnována stařecké disabilitě, křehkosti a geriatrickým syndromům (imobilita, anorexie, malnutrice, demence, inkontinence, aj.). Součástí geriatrie je také tzv. dlouhodobá péče, komplexní zdravotně sociální péče o nemocné s funkčně závažným chronickým zdravotním postižením (disabilitou). Jako samostatná problematika se vyčlenila gerontopsychiatrie,

k jejímž hlavním okruhům zájmu patří demence, deprese, poruchy spánku, paranoidní syndromy a poruchy chování ve stáří. Zakladatelem geriatrie je Ignaz Leo Nasher (1863-1964), který jí dal také jméno a náplň.[14]

Demence

Jedná se o vážné duševní onemocnění, které vzniká v průběhu života člověka po ukončení rozvoje jeho kognitivních funkcí. Nejčastějším projevem je porucha paměti, orientace, pozornosti, komunikace, aj., ale s tím, že vědomí zůstává zachováno. Je to onemocnění

[13] Heřmanová V., Pacovský V., Gerontologie. Praha: Avicenum, 1981, s. 13.
[14] Wikipedie, www.wikipedie.cz [on/line], http://cs.wikipedia.org/wiki/Geriatrie.

mozku. Demence může být dětská (velmi vzácná) nebo stařecká. Může vzniknout u člověka staršího dvou let, kdy už došlo k rozvoji kognitivních funkcí. Lidé s demencí se dožívají 3-8 let od vypuknutí choroby, pak umírají. Léky sice neprodlouží život, ale téměř do poslední chvíle ho zanechají bez větších změn.[15]

Rozlišujeme 3 typy demencí:

- **primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence** - vzniká zbytněním mozku, kdy velikost je stejná, ale mozek je atrofovaný (Alzheimerova choroba, demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtonova choroba, Pickova choroba),
- **ischemicko-vaskulární demence** - jde o kombinaci faktorů, které vedou k nedostatečnému prokrvení a okysličení mozkové tkáně a tím ke snížení mozkové látkové přeměny (multiinfarktová demence, vaskulární demence, Binswangerova choroba,
- **symptomatické (sekundární) demence** - jsou způsobeny řadou různých nemocí, úrazů, intoxikací, je to typ demence, která se dá občas zastavit, zvrátit nebo se jí dá předejít (demence infekčního původu, demence při úrazech, demence při mozkových nádorech, demence při selhání jater či ledvin, demence při poruchách žláz s vnitřní sekrecí, demence při těžkých epilepsiích, demence při mozkových zánětech, apod.).[16]

Mezi příznaky, které se objevují u člověka s demencí, patří hlavně zapomnětlivost, ztráta soudnosti a schopnosti logicky uvažovat, porucha prostorové představivosti a orientace, snížení intelektu, porucha emotivity a v neposlední řadě také těžká degradace osobnosti. Pokud tyto příznaky trvají déle než šest měsíců, jedná se o demenci. Člověk postupně ztrácí schopnost pečovat sám o sebe a není schopen zvládat běžné denní úkony.

[15]Vitalion, www.vitalion.cz [on/line], http://nemoci.vitalion.cz/demence/.
[16] Mühlpachr P., Speciální pedagogika. Brno: IMS, 2010, s. 86.

K diagnostice demence se běžně používá **Folsteinův test MMSE** (Mini-Mental State Examination). V tomto orientačním testu se posuzuje:

- **orientace časová a prostorová** - jaký je den, měsíc, rok, roční doba, kde se nacházíte, v jaké státě, městě, ulici, poschodí, atd.,
- **pozornost** - zopakovat např. 3 různé věci,
- **počítání** - odpočítat od čísla 100 číslo 7,
- **paměť** - vybavení si 3 dříve sdělených slov,
- **řeč** - pojmenování předmětů, opakování, třístupňový příkaz, čtení, psaní, kopírování.[17]

Při diagnostice demence je nutné odlišit jiné příznaky, jako jsou např. běžné změny ve stáří, reakce na změnu prostředí či obtížnou situaci, poruchy nálad nebo somatické onemocnění se znaky selhávání péče o sebe sama.

Jak už jsem uvedla dříve, demence je onemocnění, které se nedá vyléčit, ale určitými farmakologickými i nefarmakologickými postupy se dají zmírnit příznaky, které tuto nemoc doprovází.

Léčba demence:

- **farmakoterapie** - používají se různé druhy lékových skupin, které pozitivně ovlivňují omezené funkce (hypnotika, antipsychotika, kognitivní léky, neuroleptika, benzodiazepiny, antidepresiva),
- **nefarmakoterapie** - dostatek mezilidských kontaktů a dobrá komunikace, redukce poruch kognitivních funkcí, vhodná míra aktivizace, zajištění bezpečného prostředí, snížení rizika pádů.[18]

[17] Venglářová M., Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007, s. 26-28.
[18] Vitalion, www.vitalion.cz [on/line], http://nemoci.vitalion.cz/demence/.

Podle Kalvacha rozeznáváme sedm hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu, které můžeme identifikovat u současných seniorů:

- **ateroskleróza (kornatění tepen)** - projevuje se buď jako ischemická choroba srdeční nebo postižení tepen dolních končetin,
- **obstrukční choroba bronchopulmonální (rozedma plic)** - vede k dušnosti, cyanóze a otokům dolních končetin,
- **osteoartróza** - degenerativní postižení kloubní chrupavky,
- **osteoporóza** - atrofie kostní hmoty s úbytkem její hutnosti a zvýšení rizika zlomenin,
- **Alzheimerova nemoc** - jedna z nejčastějších příčin demence, podstatou je atrofie mozku a zánik mozkových buněk,
- **poruchy zraku vedoucí ke slepotě** - zelený zákal, šedý zákal, degenerativní postižení žluté skvrny,
- **poruchy sluchu** - nedoslýchavost až hluchota.[19]

1.4 Milník v sociálních službách zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Již 1. ledna 2007 vstoupil v účinnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, což znamenalo revoluční změny v oblasti sociálních služeb, ale současně to přineslo i spoustu různých problémů, jako například systém příspěvku na péči, zavádění a uplatnění Standardů kvality sociálních služeb a s tím související práci inspekce kvality sociálních služeb. Neexistovala totiž žádná metodika nebo návod, jak pracovat s novým zákonem a jak se poprat se Standardy kvality sociálních služeb.

Pravdou ale zůstává, že tento zákon posunul sociální služby do úplně jiné kategorie. Zjednodušil a zpevnil právní postavení poskytovatelů, nově vymezil kontrolní pravomoci i kompetence včetně inspekce kvality sociálních služeb a zcela nově upravil akreditační

[19] Kalvach Z., Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 24-25.

podmínky vzdělávacích zařízení, programů a kurzů a vyřešil otázku dalšího povinného vzdělávání pracovníků poskytovatelů.[20]

Smyslem tohoto zákona je rozvíjet vztah mezi klienty (uživateli) a poskytovateli sociálních služeb, založené na jejich rovnoprávnosti, individualitě, dobrovolnosti, spolupráci mezi sebou, s klienty, ale i s jejich blízkými s cílem převzít část odpovědnosti na řešení jejich nepříznivé sociální situace. Ale hlavním úkolem tohoto zákona je umožnit člověku, který není soběstačný, zůstat ve svém přirozeném prostředí a nebýt vyčleněn ze společnosti.

Základní zásady zákona uvedené v § 2

Mezi rozhodující zásady zákona patří:

- bezplatné sociální poradenství pro každého,
- zachování lidské důstojnosti a respekt k lidským a občanským právům a oprávněným zájmům,
- individuální přístup,
- aktivizace k samostatnosti,
- podpora při zakotvení v přirozeném sociálním prostředí,
- rovnoprávnost,
- dobrovolnost.

Tyto zásady se staly obecným vodítkem k vypracování Standardů kvality sociálních služeb.[21]

V zákoně se objevují zcela nové pojmy, jako jsou příspěvek na péči, registrace poskytovatele, fyzické osoby jako poskytovatelé sociálních služeb, smlouva o poskytování sociálních služeb, standardy kvality sociálních služeb nebo inspekce poskytování sociálních služeb.

[20] Kolektiv autorů, Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010, s. 101.
[21] MPSV, www.mpsv.cz [on/line], http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.

Jiné instituty zase naopak dostaly v zákoně nový název a obsah. Jsou to například:

- bezmocnost, nyní pojmenována jako **stupeň závislosti**, řazený do 4 stupňů,
- **základní** (obligatorní) a **fakultativní** (nadstandardní) služby,
- zákon stanovuje **odborné předpoklady** pro výkon některých činností při poskytování sociálních služeb,
- nově je upravena **působnost státních orgánů** v procesu poskytování sociálních služeb a jeho kontroly,
- státní poskytovatelé sociálních služeb získávají více autonomie, ale také odpovědnosti.[22]

Z výše uvedených změn bych se chtěla zmínit hlavně o příspěvku na péči. Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Nárok na tento příspěvek má pouze osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. [23]

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,

[22]Kolektiv autorů, Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010, s. 102-103.
[23]MPSV, www.mpsv.cz [on/line], http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf §7.

- osobní aktivity,
- péče o domácnost.[24]

Výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).[25]

[24] MPSV, www.mpsv.cz [on/line], http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf §9.
[25] Králová J., Rážová E., Sociální služby a příspěvek na péči. Olomouc: Anag, 2009, s. 17.

2 MOBILNÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Hlavním cílem mobilní hospicové péče je zmírňovat utrpení a bolest lidí, kteří trpí nějakou nevyléčitelnou chorobou (většinou jsou to onkologická onemocnění), jejichž prognóza je velmi špatná a nemají už žádnou naději na uzdravení. Pomáhá pacientům tam, kde již nestačí síly jejich blízkých poskytovat jim kvalitní pomoc a péči. Hospicová péče netlumí pouze bolest, ale zajišťuje také to, aby člověk nestrádal fyzicky a psychicky a pomáhá blízkým zvládat nadměrnou psychickou i fyzickou zátěž při intenzivní péči o svého blízkého.

2.1 Vymezení paliativní péče

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života zaměřená péče poskytovaná lidem, kteří trpí nevyléčitelnou, smrtelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stadiu. Paliativní péče se orientuje hlavně na tělo nemocného (léčba, mírnění bolesti), na jeho psychiku (psychologická, psychiatrická pomoc), sociální prostředí (pomoc v sociální oblasti, rodinu, rodinné vztahy) a na duchovní stránku jeho osobnosti (na jeho duši). Nejvyšším cílem je zaručit nemocnému nejlepší možnou kvalitu života a zachovat jeho důstojnost.[26]

Principy paliativní péče:

- chápe umírání jako součást lidského života,
- chrání důstojnost nevyléčitelně nemocných,
- klade důraz na potřeby a přání pacientů,
- snaží se vytvořit takové podmínky, aby pacient mohl zůstat ve svém domácím přirozeném prostředí se svými blízkými,
- je založena na týmové spolupráci zdravotnických i nezdravotnických pracovníků.

[26]Osobní asistence, www.osobníasistence.cz [on/line], http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=3.

Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevyléčitelných nemocí závisí na:

- základním onemocnění,
- stupni jeho pokročilosti (pokročilá, ale relativně kompenzovaná stádia, neterminální a terminální stádia onemocnění),
- přítomnosti více závažných onemocnění současně,
- pacientově věku a sociální situaci (míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, finanční možnosti, apod.),
- psychickém stavu (kognitivní a emoční stav, informovanost, duchovní orientace, apod.).[27]

Základní formy paliativní péče:

- zařízení domácí paliativní péče, tzv. domácí mobilní hospic,
- nemocnice a léčebny,
- hospice, jako lůžkové zařízení poskytující paliativní péči,
- denní stacionář paliativní péče,
- specializované ambulance paliativní péče,
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky).

2.2 Vymezení thanatologie

Thanatologie je interdisciplinární vědní obor o umírání a smrti. Název pochází od jména řeckého boha, smrtelného spánku a smrti. Thanatos, je většinou zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní.[28]

Thanatologie je věda, kterou se zabývá filosofie, teologie, medicína, psychologie nebo sociologie. Nepřednáší se jako samostatná vědní disciplína a to proto, že je velmi obtížné

[27]Umírání, www.umirani.cz [on/line], http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html.
[28]Zdravotně sociální fakulta, www. zsf.jcu.cz [on/line], http://www.zsf.jcu.cz/structure/departments/kkl/ucebni_texty/prednasky- z-gerontologie-a-thanatologie/.

seskupit jednotlivé názory, hypotézy a fakta tak, aby vytvořily profesní náplň samostatného oboru, ale také proto, že nikdo nechce být označen za thanatologa. Nicméně na lékařských fakultách je už v dnešní době výuka thanatologických témat zařazena do studijních programů.[29]

Studenti medicíny i středních zdravotnických škol jsou seznamováni s problémovými okruhy:

- **fenomén smrti** - smrt jako danost, jako nutná podmínka života, jako skutečnost,
- **proces umírání** - bezbolestný a bolestný, krátký a dlouhý, základní formy lékařského přístupu k umírajícím, domácí model umírání, potřeby umírajících a jejich rodin,
- **zadržená smrt (dystanázie)** - důvody jejího vzniku,
- **paliativní medicína** - její základní principy, hospicová péče,
- **eutanazie** - základní pojmy, historie a současný stav, rizika zneužití,
- **kvalita života** - problematika bolesti, smysl lidského života s nemocí a v nemoci,
- **ritualizace smrti** - poslední věci člověka (konstatování smrti, ohledání, úmrtní list, péče o mrtvé tělo, atd.), základní informace o pohřbívání,
- **problematika zármutku a žalu** - přístup k pozůstalým.[30]

[29] Haškovcová H. Thanatologie. Praha: Galén, 2007, s. 142.
[30] Haškovcová H. Thanatologie. Praha: Galén, 2007, s. 143-144.

2.3 Umírání a smrt

„Zrání je lidská cesta životem a smrt je poslední stupeň ve vývoji lidské bytosti.“

Elisabeth Kübler-Ross

Umírání je stav mezi životem a smrtí. V širším slova smyslu je to proces, kdy nevyléčitelně nemocný člověk čeká na smrt. V užším slova smyslu se jedná o terminální stav, při kterém dochází k postupnému a nevratnému selhávání životně důležitých funkcí orgánů a tkání, jehož důsledkem je smrt.

Proces umírání má tři části:

- **období pre finem** - toto období je vnímáno jako prožívání našeho každodenního života, kdy každým prožitým dnem se blížíme k naší smrti,
- **období in finem** - jedná se o fázi lidského života, která bezprostředně hraničí s fyzickou smrtí,
- **období post finem** - období, které začíná smrtí člověka a nese s sebou péči o tělesnou schránku umírajícího a psychické strádání pozůstalých.[31]

Příznaky umírání:

- **příznaky fyzického umírání** - chladnutí, změny vědomí (usínání), dezorientace, postupné vyhasínání funkcí orgánů, sevření, neklid, nekoordinovaný pohyb, snížená schopnost příjmu potravy a tekutin, změny v diurézy, změny dýchání, zežloutnutí pokožky, otoky, zvláště dolních končetin,

[31] Misconiová B. Péče o umírající - hospicová péče. Národní centrum domácí péče ČR., s. 13-15.

- **příznaky duchovního umírání** - stažení, odchod (změna zájmu, nepoznává některé osoby), vidění náboženských zážitků, změny komunikace, vyjádření sbohem,
- **příznaky blížící se smrti** - ztráta svalového tonusu (relaxace obličejového svalstva, potíže při mluvení, inkontinence, zhoršení činnosti trávicího systému, omezený pohyb těla), zpomalení krevního oběhu (snížená citlivost, skvrny a cyanóza na končetinách, studená pokožka), změny vitálních funkcí (zpomalení a zeslabení pulsu, mělké rychlé nepravidelné dýchání, chrčení), poruchy smyslových funkcí (zhoršený zrak, porucha chuti a čichu, pacient dlouho slyší a vnímá dotykový kontakt).

Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové:

- **negace (šok, popírání)** - popírání je pouze dočasnou obranou, šok může trvat různě dlouho, dotyčný se nechce smířit s danou situací (př. „Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné. To je určitě omyl. Zaměnili výsledky.“), důležité je navázat kontakt a získat důvěru,
- **agrese (hněv, vzpora)** - v této fázi je velmi těžké o dotyčného pečovat z důvodu vzteku a závisti, dotyčný přestává komunikovat a spolupracovat se zdravotníky, může být značně agresivní (př. „Proč zrovna já? Čí je to vina? Vždyť mi nic nebylo!“), důležité je dovolit mu odreagování a nepohoršovat se nad ním,
- **smlouvání (vyjednávání)** - tato fáze zahrnuje naději, že dotyčný může nějakým způsobem oddálit či odložit smrt, hledání nových léků, léčitelů, diet, pověr, náboženství, činí velké sliby, je ochoten zaplatit cokoliv, důležitá je maximální trpělivost,
- **deprese (smutek)** - dotyčný si začíná uvědomovat jistotu blížící se smrti, bývá mlčenlivý, odmítá návštěvy, pláče a truchlí s pocity strachu, úzkosti a beznaděje, nedoporučuje se v této fázi dotyčného rozveselovat, je to fáze, která musí proběhnout, důležité je trpělivě naslouchat a pomoci urovnat vztahy a hledat řešení,
- **smíření (souhlas)** - dotyčný se začíná vyrovnávat se svou smrtí nebo smrtí milovaného, dochází k psychickému uvolnění, je schopen na léčbě spolupracovat a přistupovat k ní s rozumem (př. „Bude to v pořádku. Měl bych

se na to připravit.“), důležitá je mlčenlivá lidská přítomnost, držení za ruku, utření slz, ale pozor, rodina někdy potřebuje pomoc více než dotyčný.[32]

Tyto fáze umírání se mohou jakkoliv střídat, prolínat, některé se vracejí a některé zase mohou úplně chybět. Těmito fázemi neprochází pouze nemocní, ale také jejich blízcí. Rizikem je, že nemocný a pečující se mohou nacházet v různých fázích a potom je vzájemná komunikace velmi obtížná. Při komunikaci s nemocným je velmi důležité, aby měl možnost mluvit o svém strachu a o poslední chvíli.

U pacienta v terminálním stádiu je důležité:

- **naděje** - i ten kdo se domáhá kruté pravdy, často očekává slova naděje,
- **laskavý doprovod** - citlivý přístup, nenechat pacienta samotného, tlumení bolesti, klidný úsměv, dokazovat bezpodmínečnou účast s nemocným,
- **posilování adaptačních schopností** - schopnost vyrovnat se s osobní situací, povzbuzovat ho, aby spolupracoval s personálem a aktivně usiloval o své vlastní zdraví.

Smrt je stav organismu po ukončení života, je to zastavení životních funkcí v organismu spojené s nevratnými změnami, které obnovení těchto funkcí znemožňují.[33]

Smrt může být:

- **fyzická** - úplná, trvalá a ireperabilní (nenapravitelná, neměnná) ztráta vědomí
  - mozková smrt je naprostá absence reflexů mozkového kmene doprovázená neschopností dýchat bez respirátoru, mozek, pokud nedostává okysličenou krev, začíná odumírat po 4 minutách,

[32] Umírání, www.umirani.cz [on/line], http://www.umirani.cz/faze-vyrovnavani-se-s-nemoci.html.
[33] Smrt-odborná definice, Galder, www.galder.blog.cz [on/line], http://galder.blog.cz/0804/smrt-odborna-definice.

- **psychická** - úplná psychická rezignace, intenzivně prožívaná beznaděj a zoufalství,
- **sociální** - stav, kdy člověk sice žije, ale je neodvratně vyvázán z důležitých sociálních vztahů.

Smrti fyzické velmi často předchází smrt psychická a sociální. Nikdo by neměl umřít dřív psychicky než fyzicky.[34]

2.4 Kooperace pečovatelské služby a agentury domácí péče

Pečovatelská služba je organizace, jejíž hlavním cílem je zajistit základní životní potřeby klientů, podporovat jejich samostatnost v domácím prostředí, zachovat jejich zvyklosti a sociální kontakty s okolím a tím oddálit nutnost umístění do pobytového zařízení. Tato služba se poskytuje lidem, kteří z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nebo vysokého věku, nejsou schopni zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti.

Tyto sociální služby mohou vykonávat, prostřednictvím registrovaného poskytovatele, pouze osoby, které splňují:

- **kvalifikační požadavky** - vyplývající především z požadované odborné způsobilosti podle příslušných zákonů (př. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon
  č. 96/2004 Sb., o podmínkách uznávání způsobilosti k nelékařskému zdravotnickému povolání, školský zákon, apod.),
- **osobnostní předpoklady** - bezúhonnost, schopnost týmové spolupráce, empatie, pozornost k požadavkům klienta, flexibilita, psychická stabilita, apod.,
- **znalosti a dovednosti** - práce na PC, řidičský průkaz, jazykové znalosti, apod.,
- **pracovní náplň** - popis práce, např. soubor vykonávaných činností příslušejících k danému pracovnímu místu.

[34] Misconiová B. Péče o umírající - hospicová péče. Národní centrum domácí péče ČR., s. 16-17.

Tyto služby jsou hrazeny klientem a maximální výše úhrady za jednotlivé úkony je vymezena ve vyhlášce 505/2006 a jejich novelách. Tito klienti mají zpravidla příspěvek na péči, který by měli použít na zaplacení úhrad za služby. V dnešní době se, bohužel, stále častěji setkávám s lidmi, kteří příspěvek na péči mají, přesto, že jsou soběstační a používají ho např. k placení léků, nájemného nebo ho dávají svým dětem na přilepšenou.

Domácí zdravotní péči poskytují registrované zdravotní sestry, prostřednictvím agentur domácí péče, na základě písemného poukazu, který vypíše praktický lékař, popř. ošetřující lékař z nemocnice při propouštění pacienta do domácí péče. Tato péče je plně hrazena zdravotní pojišťovnou.

Domácí mobilní hospicovou péči tvoří tým zdravotnických a nezdravotnických pracovníků. Mezi zdravotnické pracovníky patří lékaři a registrované zdravotní sestry. Mezi nezdravotnické pracovníky patří sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a dobrovolníci.

Zdravotnická část týmu se stará o zdravotní stav klienta, kontrolují jeho aktuální stav a upravují jeho medikaci tak, aby netrpěl bolestí. Nezdravotnická část týmu pomáhá rodině v péči o jejich blízkého, zajišťuje hygienu, oblékání, stravu, nákupy a pochůzky, atd. Zajišťuje stálý dohled buď formou několika každodenních návštěv, nebo formou osobní asistence.

Pokud správně funguje kooperace pečovatelské služby a agentury domácí zdravotní péče, dostává se klientovi vysoce kvalitní komplexní péče poskytovaná odborným týmem, a proto není nutná hospitalizace v nemocnici nebo umístění do pobytového zařízení.

3 ZÁTĚŽ PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Při dlouhodobé péči o člověka s jakýmkoliv těžkým onemocněním nebo umírajícího, jsou pečující vždy vystaveni mnoha zátěžovým situacím. Tato práce je velmi náročná a to nejen fyzicky, ale i psychicky. Proto je v posledních letech věnována velká pozornost péči o pečující. Pokud je pečující psychicky vyrovnaný, předpokládá se, že bude schopen vést k potřebné duševní hygieně i rodinu umírajícího, která je vystavena extrémní psychické zátěži.

Aby byla péče o pečující účinná, je potřeby vědět, v jaké situaci se pečující nacházejí a co je příčinou vysoké zátěže. Pražský psychiatr Radkin Honzák se soustředil na problém altruismu (definován jako nesobecká láska k bližnímu, která se projevuje účinným, vstřícným a pomáhajícím chováním), který je všeobecně považován za jednu z rozhodujících podmínek volby povolání v pomáhajících profesích a který je zpravidla příčinou pro rozvoj syndromu vyhoření. [35]

3.1 Vymezení syndromu vyhoření a jeho předpoklady

Vymezení syndromu vyhoření:

- jde o stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání,
- vyčerpání je způsobeno dlouhodobým setrváváním v emocionálně těžkých situacích,
- přichází v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců.[36]

Procesy vyhoření:

1. stupeň - nadšení, smysluplnost a jasný cíl práce
2. stupeň - smysl se ztrácí, člověk pracuje za plat

[35]Haškovcová H. Thanatologie. Praha: Galén, 2007, s. 152.
[36] Venglářová M., Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007, s. 80.

3. stupeň - život v popeli, ztráta úcty k druhým, ztráta úcty k vlastnímu životu, propad do života beze smyslu[37]

Největším úskalím pomáhajících profesí je navázání vztahu. Vztah musíme navázat s každým klientem. Ovšem ne všichni klienti jsou nám sympatičtí a naopak, ne všem klientům jsme sympatičtí my. Pak je velmi důležitá profesionalita, vůle a cit, aby vztah fungoval. Je to ovšem vždy běh na dlouhou trať. Nejtěžší práce je se seniory, kteří se bojí zklamání, a proto nás často odmítají.

Pro pomáhající profese je velmi emočně náročná situace, kdy je vztah ukončen úmrtím klienta anebo, při zhoršení jeho zdravotního stavu, umístěním do pobytového zařízení. Jakousi podvědomou obranou před smutkem může být tendence zůstat chladnějším.

Často můžeme být vystaveni stresujícím situacím. Příkladem je konflikt mezi profesionalitou a požadavky klienta či jeho rodiny. Důležité je zachovat co největší míru samostatnosti klienta, tzv. nepřepečovávat ho. Měli bychom se řídit tím, že necháme klienta, ať si udělá sám ty úkony, které zvládne, a my mu jenom pomáháme a podporujeme ho v tom, co opravdu nezvládne. Nepřebíráme za klienta zodpovědnost. Bohužel se ale můžeme setkat s tím, že na nás bude klient nebo rodina útočit, že nejsme dostatečně ochotní a nestaráme se, jak bychom měli.

Důležité je také pojetí pomáhajícího v očích společnosti i sebe samého. Už v průběhu přípravy na profesi vzniká přesvědčení, že kdo chce opravdu dobře pomáhat druhým, musí umět potlačit své potřeby, adaptovat se rychle na zátěž a nedávat na sobě nic znát.

U citlivějších jedinců se ale mohou objevit pochybnosti, zda jsou dobrými pracovníky, jestliže nedokážou vydržet i velký stres. Proto je velmi důležité přijmout profesionální podporu například formou supervize. [38]

---

[37] Venglářová M., Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007, s. 80.

Základní předpoklady pro vznik syndromu vyhoření:

- **přítomnost stresorů** - obavy o osud klienta, jeho bezpečí, dobré zvládnutí péče, obavy z konfliktů přímo s klienty, obava z kritiky, strach o pracovní pozici či zaměstnání vůbec,
- **frustrace** - zásadní je potřeba smysluplné práce a respektu pro pomáhající, smutek přichází z nedostatku ocenění a uznání ve společnosti, přestože péče o seniory vyžaduje velkou profesionalitu a psychickou zdatnost není stále dostatečně ohodnocena,
- **negativní vztahy mezi spolupracovníky** - existence nedorozumění, sporů a konfliktů, přítomnost verbálních i brachiálních útoků ze strany klientů, nedostatek důvěry ze strany nadřízených, klientů i jejich rodin, nekolegiální chování nebo snaha o zneužití moci,
- **vliv prostředí, pracovních pomůcek, organizace práce** - míra svobody a kontroly, nesmyslnost požadavků, problémy s autoritou, nadměrná odpovědnost, neplnění úkolů, špatná komunikace nebo nadměrné požadavky na pracovníky.[39]

[38] Venglářová M., Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007, s. 82
[39] Venglářová M., Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007, s. 82-83.

3.2 Supervize jako možnost prevence

MOTTO

„Supervize-pro někoho tajemný pojem,
pod kterým si neumí nic představit,
pro jiného frustrující zkušenost
z odhalení vlastní profesionální nejistoty,
pro další zajímavý tvůrčí zážitek
a skutečná podpora v nesnázích při výkonu povolání.“

Zuzana Havrdová

Supervize v pomáhajících profesích se stala důležitým nástrojem zajištění jednoho ze standardů kvality sociálních služeb. Supervize dává lidem možnost otevřeně hovořit o své práci, ale i o problémech a situacích, které s ní souvisejí. Supervize umožňuje zamyšlení se nad profesionalitou pracovníků a nad funkčností pracovních týmů a celé organizace.

Supervize je definována jako činnost, při které prostřednictvím zaměřeného pozorování a cílených otázek uvažujeme nad úrovní péče o klienta a zvyšujeme pracovníkovu schopnost reflexe (uvědomovaného vnímání) vlastní práce a sebereflexe.[40]

Supervize má širokospektrý význam v mnoha oblastech, ve kterém se odráží různé formy práce supervizorů s různým prožíváním subjektivního významu supervize ze strany supervidovaných, a to v různých oborech a i v různých kontextech. Záleží na tom, kdo supervizi dělá, jakým způsobem, kde, v jakých mantinelech, koho se týká a jak je vnímána. Je to samostatný proces, který má svá pravidla, fáze a ukotvení.[41]

Cílem supervize je:

- pochopení profesionálních hodnot,

[40] Baštecká B., Supervize. Zpravodaj Diakonie ČCE, 1999, s. 6-7.
[41] Kolektiv autorů, Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010, s. 202.

- rozvoj osobnosti,
- dobré zvládání pracovních nároků,
- posilování pracovních vztahů,
- nacházení a řešení problematických situací,
- poskytování zpětné vazby.

Supervize má většinou formu pravidelného opakovaného setkávání, povídání si o různých případech a situací, práci, vztazích, apod. Supervizor je většinou nezávislý odborník, který poskytuje supervidovaným podporu při uvolnění negativních emocí a stresu. Musí to být vyzrálá osobnost, splňující určité vzdělání a musí být pro účastníky přijatelný i jako člověk, musí mít komunikační dovednosti, znalosti psychologie a práce s lidmi, pedagogické dovednosti, schopnost naslouchat, být upřímný, důvěryhodný a v každém případě diskrétní.

Podmínky fungující supervize:

- ujasnění, pro koho bude supervize určená - pro pracovníky, pro manažery, pro celou organizaci,
- jaká forma supervize bude probíhat - individuální, skupinová, týmová, oborová,
- tematické zaměření supervize - o případech, krizových situacích, interpersonálních vztazích, týmové spolupráci, procesu učení, o změnách v organizaci,
- za jakým účelem bude supervize probíhat - zlepšení či udržení kvality služby, podpora dobré praxe, pomoc k lepšímu pochopení a uvědomění si standardů kvality i jejich významu,
- základní principy supervize - důvěra, etika, bezpečí, vztah,
- pravidla poskytované supervize - četnost a intervaly supervizích setkání, forma výstupů ze supervize, místo a čas konání nebo její obsah.[42]

[42] Kolektiv autorů, Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010, s. 203.

Formy supervize:

- **individuální** - setkání jednoho pracovníka se supervizorem, jsou nutná předem vymezená pravidla setkávání (místo, doba a frekvence), obě strany se dohodnou na způsobu zacházení s informacemi,
- **skupinová** - setkání 8-10členné skupiny pracovníků se supervizorem, spolupracují rovněž na základě předem stanovených pravidel, zaměřuje se na vztahy v týmu, pozice jednotlivých pracovníků a efektivitu práce celého týmu,
- **další formy supervize** - vzájemné konzultování dvou kolegů
  - intervize (setkání bez supervizora)
  - autovize (sebereflexe).[43]

Podle pozice supervizora může být supervize interní nebo externí a podle frekvence může být pravidelná, příležitostná nebo krizová.

Je velmi důležité, aby se pomáhající profese učili přebírat odpovědnost za to, že si budou sami všímat známek vlastního přetížení, že budou hledat podporu nejen při zvládání stresu, ale i při vypořádání se s jeho příčinami. Je to prevence syndromu vyhoření a podpory duševního zdraví.

3.3 Pravidla duševní hygieny

Obecné zásady duševní hygieny jsou dostatečně známy. Je nutné zdůraznit hlavně potřebu dostatečného a pravidelného odpočinku. U dovolené se doporučuje čerpat alespoň 14 dní v celku. Altruističtí lidé mají často problém naučit se říkat NE, a proto by se měli naučit ovládat principy asertivních strategií.

[43] Venglářová M., Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007, s. 87.

I při vysokém pracovním zatížení je třeba udržovat kontakty s lidmi mimo obor a nezapomínat na stará přátelství. Je potřeba pravidelně chodit do přírody, do divadla, na výstavy, na koncerty, věnovat se svým koníčkům a rozvíjet je, pracovat na zahradě, věnovat se ručním pracím nebo studiu.

Co můžeme udělat pro sebe:

- **péče o sebe, zdraví životní styl** - pravidelně jíst, spát, odpočívat, relaxovat, sportovat,
- **sociální opory** - vztahy s lidmi nám dodávají energii, poskytují zázemí v horších chvílích, užitečné je setkávání s kolegy a významné v dnešní době je i duchovní společenství,
- **profesní růst** - rozvoj komunikace, péče o pracovní prostředí, sledování podmínek pro práci a jejich stálé zlepšování,
- **není nutné zůstávat za cenu ztrát** - po určité době a vyčerpání jiných možností může nastat chvíle, kdy chceme odejít, než ztrácet klid, duševní pohodu a zdraví, raději zvolme změnu.[44]

Pro celkové uvolnění můžeme použít následující relaxační techniky:

- **technika vizualizace** - postupné navození představ pro nás idylického prostředí (les, rozkvetlá louka, moře, obloha, apod.),
- **meditace dýcháním** - postupné soustředění se na rytmus a charakter našeho dýchání, následuje naše ovlivňování nádechu a výdechu,
- **meditace s předmětem** - vybavování si určitého esteticky příjemného předmětu (květina, ovoce, socha, obraz, apod.),
- **meditace prostřednictvím jógy** - navození biologické zpětné vazby a omezení vlivu, či eliminaci prožitého stresu,

[44] Venglářová M., Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007, s. 83.

- **autogenní trénink** - technika relaxace založená na vůlí ovlivňovaném uvolňování různých svalových skupin, obvykle za doprovodu mluveného slova a hudby.

Relaxační techniky nám pomáhají zmírnit kumulovaný stres a úzkost a dávají nám pocit duševní očisty a sil.[45]

Další technikou duševní hygieny je coping**.**

Coping je strategie nebo způsob zvládání zátěží či vyrovnávání se s nimi, jsou to obranné techniky a mechanismy. Základní metoda spočívá v umění oddělit věci podstatné od nepodstatných v osobním i profesionálním životě. Velmi často upadáme do životních stereotypů, a proto je nutné v pravidelných intervalech s nadhledem a sebekritikou revidovat náš denní režim a životní styl. Záhy zjistíme, že můžeme lépe spolupracovat s ostatními a že můžeme část našich povinností a odpovědnosti delegovat na ostatní.

Nikdy nebereme na svá bedra více, než můžeme skutečně vykonat. Důležité je také nekumulovat stres, pláč je přirozenou reakcí. Pravidelně své pocity a postoje konfrontujeme s realitou a zkušenostmi a pocity ostatních pečujících.[46]

[45] Misconiová B. Péče o umírající - hospicová péče. Národní centrum domácí péče ČR., s. 67.
[46] Misconiová B. Péče o umírající - hospicová péče. Národní centrum domácí péče ČR., s. 65.

4 DLOUHODOBÁ PÉČE

Velmi důležitou a bohužel i silně podceňovanou součástí systému zdravotní péče je laická starost o lidi s dlouhodobým zdravotním postižením. Pokud máme nějaké lehčí zdravotní problémy, bereme jako samozřejmost, že se o sebe navzájem postaráme. Jiná situace nastává v případě, že má člověk dlouhodobě omezenou soběstačnost, nebo je plně závislý. V tomto případě se zvyšuje potřeba náročnějších ošetřovatelských úkonů a pečování se stává dlouhodobým či trvalým.

Laický pečovatel má mnohdy obavy, zda to zvládne a zda má k tomu podmínky. Tato péče je časově velmi náročná a často se kříží s pracovními povinnostmi i s osobním životem. A právě tohle je ten moment, kdy je potřeba oslovit odborníky.

4.1 Vymezení pojmu dlouhodobé péče

Dlouhodobá péče je péče o osoby, které potřebují zdravotní i sociální péči z důvodu částečné nebo úplné ztráty soběstačnosti a tento stav je trvalý. Jedná se o osoby s chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením, ať již tělesného nebo duševního charakteru.

Hlavní myšlenkou celého snažení o zavedení systému poskytování služeb dlouhodobé péče v praxi je umožnit lidem zůstat v jejich přirozeném domácím prostředí. Tento systém také zároveň předpokládá vytvoření podmínek pro rodinné příslušníky a osoby, které pečují o své blízké.[47]

[47] Zdravotnické noviny, www.zdravky.cz [on/line], http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/priprava-zakona-o-dlouhodobe-peci .

Je potřeba zdůraznit, že nejde o pouhý dlouhý čas, po který potřeba péče trvá. Například pacient s chronickým onemocněním žlučníku může doživotně vyžadovat od své rodiny vaření dietní stravy, a přesto nejde o dlouhodobou péči. Podstatná totiž není zmíněná chronická choroba, ale chronické funkční zdravotní postižení (disabilita). To omezuje pacientovu aktivitu, společenský život, soběstačnost a sebeobsluhu.

Obsahem dlouhodobé péče jsou postupy a úkony na profesionální úrovni. Jde o týmovou záležitost, tzv. multidisciplinární. Dlouhodobá péče je péče komplexní - zdravotně sociální. Příčiny funkčního postižení, jeho projevy i komplikace mají zdravotní charakter a vyžadují zdravotnickou prevenci a intervenci. Důsledky funkčního postižení jsou sociální a vyžadují sociální podporu. Kvalitní dlouhodobá péče je vždy ucelená, týká se všech složek lidské bytosti (biologické, psychické, sociální a spirituální).[48]

Jádrem dlouhodobé péče jsou opatření:

- **ošetřovatelská,**
- **nutriční** (kontrola a podpora výživy),
- **rehabilitační - fyzioterapeutická** (odstraňování pohybových omezení, nácvik chůze,
  rozcvičování ochrnutí)
  - **ergoterapeutická** (hodnocení a nácvik soběstačnosti, používání
  kompenzačních pomůcek, bezbariérová úprava prostředí),
- **psychoterapeutická,**
- **komunikační** (včetně logopedie, nácviku řeči např. po mozkové příhodě),
- **animační** (nabídka různých aktivit),
- **intervenční při komplikacích a krizích** - tělesná (např. při zánětech dýchacích cest
  nebo při zhoršení chronických obtíží)
  - duševní (např. při krizi identity a smyslu

[48] Kalvach Z., Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 10.

života),

- **monitorovací** (aktivní sledování stavu pacienta a jeho chování, např. při demenci),
- **sociální** - podpora **funkční** (nakupování, vaření, vedení domácnosti)
  - podpora **materiální** (vyřízení dávek sociální pomoci).[49]

U dlouhodobé péče je velmi důležité pochopení a respektování povahy pacientských a obecných lidských potřeb. Nemůžeme říci, že jediným a hlavním zájmem nevyléčitelně nemocných lidí je co nejodbornější léčení. Zdravotní péče by měla být zaměřena převážně na kvalitu života.

Léčení by mělo být pokud možno podřízeno životu (sociálním rolím a lidským potřebám) a to bez ohledu na to, zda jde o léčení a ošetřování prováděné profesionály či laiky. Lepší začlenění zdravotní péče do života se považuje za mimořádně důležitou výhodu domácího pečování oproti ústavní péči.

Pečující osoby musí plně respektovat svobodnou vůli a spokojenost klienta a musí znát univerzální lidské potřeby, které rozčlenil americký psycholog Abraham Harold Maslow v roce 1943.

Maslowova pyramida potřeb:

- základní tělesné, fyziologické potřeby (hlad, žízeň),
- potřeba bezpečí a jistoty (cítit se zajištěn a mimo nebezpečí),
- potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti (potřeba být milován a někam patřit),
- potřeba uznání a úcty (potřeba dosáhnout úspěchu, získat uznání),
- kognitivní potřeby (potřeba vědět, rozumět a zkoumat),
- estetické potřeby (potřeba symetrie, řádu a krásy),
- potřeby seberealizace (nalézt sebenaplnění a realizovat vlastní potenciál).[50]

[49]Kalvach Z., Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 11.

Uspokojení všech výše zmíněných potřeb by mělo být v rámci dlouhodobé péče vyvážené.

Obecná pravidla:

- dlouhodobá péče by měla být poskytována tam, kde si to člověk přeje (většinou domácí prostředí) a proto je základem terénní pečovatelská služba a agentura domácí zdravotní péče,
- dlouhodobá péče má být podřízena životním přáním, potřebám a sociálním rolím nemocného člověka,
- dlouhodobá péče má být setrvalá a dobře koordinovaná, neboť vyžaduje odborníky z různých oborů,
- dlouhodobá péče má být péče formální a neformální, které se navzájem prolínají, doplňují a vzájemně se podporují.

Možnosti získání informací o dlouhodobé péči:

- praktický lékař,
- odborný lékař (specialista),
- zdravotní sestry z agentury domácí zdravotní péče,
- rehabilitační pracovníci,
- logopedi,
- sociální pracovníci,
- pečovatelská služba,
- psychoterapeuti,
- půjčovny zdravotních pomůcek,
- internetové poradenské stránky,

---

[50] Filozofie úspěchu, www.filozofie-uspechu.cz [on/line], http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/.

- pacientská sdružení a organizace sdružující nemocné s určitou chorobou a jejich rodinné příslušníky.[51]

4.2 Návrh věcného záměru zákona o dlouhodobé zdravotně-sociální péči

Ministerstvo práce a sociálních věcí připravilo ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví věcný záměr zákona o dlouhodobé péči. V roce 2009 vznikl jakýsi expertní panel, který byl složen z odborníků působících v oblasti sociálních a zdravotních služeb, z řad zástupců obcí, krajů, poslanecké sněmovny, zdravotních pojišťoven, nevládních neziskových organizací poskytujících sociální a zdravotní služby, včetně příslušných ministerstev. Na doporučení a výstupy z tohoto panelu navázala expertní pracovní skupina zástupců obou ministerstev, která připravila návrh věcného záměru zákona o dlouhodobé péči.

Tímto návrhem se vláda zavázala přijmout sadu reformních opatření vedoucích k modernizaci a vyšší efektivnosti zdravotnického systému, podpořit rozvoj péče o seniory a osoby se zdravotním postižením v domácím prostředí, vymezit dlouhodobou sociálně-zdravotní péči a zajistit její dostupnost pro všechny potřebné občany.[52]

Cílem návrhu je:

- zajistit včasnou identifikaci osob s potřebou dlouhodobé péče prostřednictvím doplnění výkonu sociální práce na obcích s rozšířenou působností o odbornost komunitní sestry,
- zlepšit koordinaci poskytování péče potřebným klientům zejména v případě poskytování této péče kombinací domácích pečujících, terénních a ambulantních sociálních služeb a domácích a ambulantních zdravotních služeb,
- zabezpečit rovnost podmínek pro všechny občany a poskytovatele dlouhodobé péče,

[51]Kalvach Z., Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, s. 22-24.
[52] MPSV, www.mpsv.cz [on/line], http://www.mpsv.cz/search.php.

- významně zlepšit efektivitu dnes vynakládaných veřejných prostředků ze systému zdravotního pojištění i sociálních dávek,
- zajistit dostupnou a kvalitní dlouhodobou péči poskytovanou zejména v domácím, a v případě potřeby i v institucionálním prostředí.[53]

Vymezení základních pojmů podle věcného záměru zákona o dlouhodobé péči

Klientem dlouhodobé péče je osoba, které je poskytována dlouhodobá péče a má přiznán status klienta dlouhodobé péče.

Dlouhodobá péče je spektrem kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se sníženou soběstačností, trvale závislé na cizí pomoci. Pro vymezení dlouhodobé péče je klíčový právě významný podíl jak zdravotní tak sociální péče v potřebách klienta.

Sdílená péče je kombinace péče poskytované profesionálními poskytovateli a osobami, které tuto péči neposkytují v rámci své profese.

Sociální službou se rozumí služba poskytovaná podle zákona o sociálních službách.

Zdravotní službou se rozumí služba poskytovaná podle zákona o zdravotních službách.

Ošetřovatelskou péčí se rozumí zajišťování základní a specializované ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu podle zákona o zdravotních službách.

[53] Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, www.apsscr.cz [on/line], http://www.apsscr.cz/intranet/dokumenty/read.php?70,442.

Multioborový tým (MOT) je pracovní tým pracující na obecním úřadu obce s rozšířenou působností ve složení sociální pracovník a komunitní sestra (variantně zdravotně sociální pracovník) zajišťující podporu, poradenství a hodnocení zdravotních a sociálních potřeb klientů dlouhodobé péče.

Hodnocením zdravotních a sociálních potřeb klienta se rozumí hodnocení prováděné MOT na základě metodiky vydané Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV ČR) ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví (MZ ČR).

Nepříznivou sociální situací se rozumí situace podle definice v zákoně o sociálních službách.

Komisí pro posuzování potřeby dlouhodobé péče (KPPDP) se rozumí komise zřízená při Úřadu práce ČR. Komise je pětičlenná a sestává se ze zástupce příslušného Úřadu práce ČR, posudkový lékař, zástupce MOTu, zástupce zdravotní pojišťovny a lékaře-specialisty příslušného oboru nominovaného zdravotní pojišťovnou posuzované osoby.

Ošetřujícím lékařem se pro účely tohoto zákona rozumí registrující praktický lékař nebo v případě pacienta hospitalizovaného ve zdravotnickém zařízení ošetřující lékař lůžkového zdravotnického zařízení.[54]

Principy poskytování dlouhodobé péče podle věcného záměru zákona o dlouhodobé péči:

- poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí prostřednictvím poskytovatelů dlouhodobé péče je vhodné doplnit aktivitami zaměřenými na osoby blízké nebo asistenty sociální péče, kteří se podílejí na péči v rámci sdílené péče,

[54] MPSV, www.mpsv.cz [on/line], http://www.mpsv.cz/search.php.

- poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí má přednost před pobytovou formou dlouhodobé péče, je považováno za nejvhodnější způsob podpory a péče,
- poskytovat dlouhodobou péči mohou fyzické a právnické osoby, které mají registraci na poskytovatele sociálních služeb a oprávnění k poskytování zdravotnických služeb v rámci dlouhodobé péče,
- dlouhodobá péče je poskytována ve třech formách, a to v terénní (v přirozeném prostředí), ambulantní (klient dochází do služby, ale poskytování služby není spojeno s ubytováním) a pobytové (služby jsou poskytovány včetně ubytování),
- poskytovatel dlouhodobé péče může osobě, která žádá o poskytování dlouhodobé péče, odmítnout uzavřít smlouvu pouze v zákonem stanovených případech,
- poskytovatel dlouhodobé péče je povinen plnit standardy kvality vycházející ze systému sociálních služeb a služeb zdravotních.[55]

Financování dlouhodobé péče podle věcného záměru zákona o dlouhodobé péči

Osobě, které byl přiznán statut klienta dlouhodobé péče, je zdravotní péče v rámci dlouhodobé péče poskytována na základě smlouvy poskytovatele a příslušné zdravotní pojišťovny. Služby sociální péče jsou poskytovány v rámci dlouhodobé péče na základě smlouvy mezi poskytovatelem a klientem a jejich úhrady se řídí zákonem o sociálních službách.

Pokud byl osobě přiznán statut klienta dlouhodobé péče, přiznán i příspěvek na péči, je tento příspěvek proplácen Úřadem práce poskytovatelům dlouhodobé péče jako úhrada za péči stanovená na základě uzavřené smlouvy s klientem.

[55]Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, www.apsscr.cz [on/line], http://www.apsscr.cz/intranet/dokumenty/read.php?70,442.

Klient dlouhodobé péče pobývající v zařízení poskytující ústavní dlouhodobou péči, se podílí na úhradě nákladů na stravu a pobyt podle příslušných ustanovení zákona o sociálních službách a navazujících právních předpisů. Klient dlouhodobé péče se dále podílí na úhradě nákladů poskytované dlouhodobé péče nad rámec zdrojů zajištěných příspěvkem na péči a nad rámec zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Poskytovatelé dlouhodobé péče se jako samostatný segment zúčastňují dohodovacího řízení o hodnotě bodu a podmínkách úhrady podle zákona č. 48/1997 Sb.

Definice zdravotních výkonů poskytovaných v rámci dlouhodobé péče bude stanovena v rámci vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v rámci dlouhodobé péče se řídí zákonem o veřejném zdravotním pojištění a příslušnými prováděcími předpisy.

Klienti dlouhodobé péče s přiznaným příspěvkem na péči v případě hospitalizace ve zdravotnickém zařízení poskytujícím akutní nebo následné lůžkové zdravotní služby předává část příspěvku na péči tomuto zdravotnickému zařízení na pokrytí zvýšené zdravotní péče. Poskytování této péče kontroluje Ministerstvo práce a sociálních věcí a její neposkytování může být sankciováno.[56]

[56] Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, www.apsscr.cz [on/line], http://www.apsscr.cz/intranet/dokumenty/read.php?70,442.

Proces přiznání statutu klienta dlouhodobé péče podle věcného záměru zákona o dlouhodobé péči:

- informaci o osobě, která by mohla potřebovat dlouhodobou péči, může podat každá fyzická osoba, která se o nepříznivé situaci potencionálního klienta dozví, povinnost podat tuto informaci mají všichni poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb,
- informace se podává na vstupním místě systému (příslušný ošetřující lékař, příslušné pracoviště obecního úřadu nebo poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb), které neodkladně informuje MOT a ošetřujícího lékaře potencionálního klienta,
- MOT neprodleně kontaktuje označenou osobu a prověří oprávněnost informace, v případě souhlasu dané osoby provede hodnocení zdravotních potřeb z hlediska ošetřovatelské péče a sociálních potřeb podle stanovené metodiky,
- posouzení sociálních potřeb bude založeno na zhodnocení schopnosti klienta zvládat aktivity běžného života,
- se zahájením procesu hodnocení musí tato osoba nebo její zákonný zástupce projevit písemný souhlas,
- MOT vyžádá od ošetřujícího lékaře lékařskou zprávu na předepsaném formuláři, lékařská zpráva posuzovaného klienta je vypracována podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností a disability,
- MOT na základě hodnocení sociálních a zdravotních potřeb a lékařské zprávy ošetřujícího lékaře vytvoří návrh na uznání statutu klienta dlouhodobé péče, který předá spolu s podkladovými materiály KPPDP,
- KPPDP posoudí návrh a vydá rozhodnutí, zda posuzovaná osoba splňuje či nesplňuje podmínky pro přiznání statutu klienta dlouhodobé péče a přiznání příspěvku na péči; zároveň doporučí Úřadu práce případné přiznání jiné sociální dávky; Úřad práce vydá správní rozhodnutí a o výsledku uvědomí žadatele, příslušný MOT, příslušnou zdravotní pojišťovnu a ošetřujícího lékaře,
- do doby, než je vydáno rozhodnutí Úřadu práce ČR, je na základě návrhu MOTu a doporučení ošetřujícího lékaře pohlíženo na potencionálního klienta jako na osobu s dočasným statutem klienta dlouhodobé péče; zdravotní pojišťovna je povinna pohlížet na takového klienta jako na pacienta s akutní potřebou zdravotní péče,

- členové multidisciplinární komise splňují předepsané stupně vzdělání a praxi v oboru, které je upraveno společnou metodikou MPSV ČR a MZ ČR,
- KPPDP je zřizována při Úřadu práce ČR na krajské úrovni; proti rozhodnutí KPPDP je možno se odvolat k orgánu zřízenému společně MPSV ČR a MZ ČR; celé řízení probíhá podle správního řádu.[57]

[57] Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, www.apsscr.cz [on/line], http://www.apsscr.cz/intranet/dokumenty/read.php?70,442.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH KAZUISTIK A PŘÍKLAD HOSPICOVÉ PÉČE

Kazuistika je metoda, která se zabývá jednotlivým případem a analyzuje jeho vývojové projevy od počátku až po současnost.

Význam kazuistiky:

- zpracovává všechny dostupné materiály, které řadí chronologicky,
- zhodnocuje je,
- provádí kvalitativní analýzu,
- všímá si možných souvislostí mezi projevy v různých oblastech psychiky,
- všímá si souvislostí mezi jedincem s handicapem, jeho projevy a interakcí se sociálním prostředím.

Kazuistika umožňuje:

- rozeznávat v každém jednotlivém případu to, co je známo v obecné rovině,
- interpretaci zjištěných příznaků a jejich vzájemné souvislosti,
- diagnostickou rozvahu, shromáždění případných dalších informací pro plné pochopení případu,
- hledání možností řešení a odkazů ne podobné případy,
- získání žádoucího odstupu pro objektivní posouzení celého případu.[58]

[58]Pedagogická diagnostika, www.milan.cernoch.net [on/line], http://www.milan.cernoch.net/web/diagnostika.htm .

5.1 Příklady jednotlivých kazuistik klientů, u kterých probíhá domácí péče

Kazuistika č. 1

1. Osobní údaje klienta

Klient: pan Miroslav

Datum narození: 13. 1. 1920

Rodinný stav: vdovec

Materiální zajištění: starobní důchod, příspěvek na péči ve II stupni závislosti

Rodinné zázemí: syn, který pracuje v nemocnici jako lékař a žije i s rodinou v Brně

Bytové podmínky: byt v osobním vlastnictví 2 + 1 ve 2 patře

Zdravotní stav: onemocnění dýchacího systému, diabetes mellitus I. typu (cukrovka), artróza kloubů

Soběstačnost: klient je schopen se pohybovat po bytě s pomocí 2 francouzských holí, ven nevychází, je plně závislý na péči 2 osoby

Veřejné instituce: PS Homediss, o.p.s., Agentura domácí zdravotní péče (ADZP) Homedica, s.r.o.

Poskytování pečovatelských služeb: od roku 2007 dosud

Poskytování zdravotních služeb: od roku 2007 dosud

2. Popis práce s klientem

Sociální služby u klienta provádí Pečovatelská služba Homediss, o.p.s. Na základě individuálního plánu chodí pečovatelka do domácnosti každý den od pondělí do neděle vždy ráno, v poledne a večer.

Ranní služba:
- pomoc při celkové osobní hygieně v koupelně
- pomoc při svlékání a oblékání
- pomoc a dohled nad podáním léků, které má nachystány v lékovce podle ordinace lékaře
- nachystání snídaně a ranní úklid domácnosti

Polední služba: - dovoz diabetické stravy a nachystání jídla na talíř

- pomoc a dohled nad podáním léků
- polední úklid domácnosti

Večerní služba: - pomoc při večerní hygieně v koupelně

- pomoc při svlékání a oblékání
- pomoc a dohled nad podáním léků
- nachystání večeře a večerní úklid domácnosti

V případě potřeby se provede převlečení lůžka a vyřizují se nutné nákupy a důležité pochůzky. Vzhledem k tomu, že má pan Miroslav cukrovku, provádí se mu pravidelně pedikúra (prevence tzv. diabetické nohy). V případě, že dojde ke změně zdravotního stavu, informuje pečovatelka zdravotní sestru z ADZP Homedica, s.r.o.

Pravidelně 3 x týdně ho navštěvuje zdravotní sestra z ADZP Homedica, s.r.o. a provádí léčebnou rehabilitaci.

Názorná ukázka aktivit je uvedena v příloze č. 1.

Dílčí závěr

Zdravotní stav klienta je momentálně stabilizovaný a po psychické stránce je na tom dobře. Za období poskytování služeb se také upevnil jeho vztah se synem, který ho pravidelně navštěvuje. S poskytováním veškerých služeb je spokojen, protože mu to umožňuje zůstat v jeho domácím prostředí.

Kazuistika č. 2

1. Osobní údaje klienta

Klient: paní Marie

Datum narození: 19. 3. 1936

Rodinný stav: vdova

Materiální zajištění: starobní důchod, příspěvek na péči ve III. stupni

Rodinné zázemí: dcera, která pracuje v Hodoníně a žije i s rodinou v Čejkovicích

Bytové podmínky: byt 1 + 1 v Domě s pečovatelskou službou

Zdravotní stav: Alzheimerovo onemocnění, onkologické onemocnění, nosí korzet z důvodu poranění páteře, kožní defekt v oblasti levé paty

Soběstačnost: klientka je schopna se pohybovat sama pouze po bytě, ven vychází pouze v doprovodu 2 osoby, je plně závislá na péči 2 osoby

Veřejné instituce: PS Homediss, o.p.s., Agentura domácí zdravotní péče (ADZP) Homedica, s.r.o.

Poskytování pečovatelských služeb: od roku 2008 dosud

Poskytování zdravotních služeb: od roku 2008 dosud

2. Popis práce s klientem

Sociální služby u klientky provádí Pečovatelská služba Homediss, o.p.s. Na přání paní Marie se poskytuje služba osobní asistence, služba centra denních služeb a pečovatelská služba. Na základě individuálního plánu se služba poskytuje každý den od pondělí do neděle vždy ráno, v poledne a odpoledne.

Ranní služba: - pomoc při celkové osobní hygieně v koupelně

- pomoc při svlékání a oblékání a nasazení korzetu
- pomoc a dohled nad podáním léků, které má nachystány v lékovce podle ordinace lékaře
- nachystání snídaně a ranní úklid domácnosti

Polední služba: - dovoz stravy a nachystání jídla na talíř

- pomoc a dohled nad podáním léků
- polední úklid domácnosti

Odpolední služba: - vždy v pondělí, ve středu a v pátek se poskytuje služba osobní asistence, pracovní náplň osobní asistence je rozmanitá a vždy se řídíme přáním paní M., např. jít na procházku, jít nakoupit, povídat si, apod.

- v úterý a ve čtvrtek je paní M. v centru denních služeb, kde se účastní ergoterapie, trénování paměti, nácviku a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, apod.

Pravidelně 3 x týdně ji navštěvuje zdravotní sestra z ADZP Homedica, s.r.o. a provádí převazy kožního defektu, bandáže dolních končetin a léčebnou rehabilitaci.

Názorná ukázka aktivit je uvedena v příloze č. 2.

Dílčí závěr

Zdravotní stav klientky je momentálně stabilizovaný. Z důvodu značně pokročilého stádia Alzheimerova onemocnění je psychický stav klientky nestálý. Dalším negativem je, že ji rodina navštěvuje minimálně a také to přispívá k jejímu špatnému psychickému stavu. S asistentkami ale spolupracuje velmi dobře, se službami je spokojená a díky tomu může vést samostatný život ve svém domácím prostředí.

Kazuistika č. 3

1. Osobní údaje klienta

Klient: paní Zdeňka

Datum narození: 4. 11. 1927

Rodinný stav: vdova

Materiální zajištění: starobní důchod, příspěvek na péči ve IV. stupni

Rodinné zázemí: syn, který je nezaměstnaný a snacha na rodičovské dovolené

Bytové podmínky: bydlí v bytě 3 + 1 u syna, kde má k dispozici svůj pokoj

Zdravotní stav: počínající demence, cukrovka, onkologické onemocnění páteře, kožní defekt v křížové oblasti, permanentní močový katétr

Soběstačnost: klientka je imobilní, je schopna se sama polohovat na lůžku a s pomocí si také sedne, je plně závislá na péči 2 osoby

Veřejné instituce: PS Homediss, o.p.s., Agentura domácí zdravotní péče (ADZP) Homedica, s.r.o.

Poskytování pečovatelských služeb: od roku 2007 dosud

Poskytování zdravotních služeb: od roku 2006 dosud

2. Popis práce s klientem

Paní Z. je naše dlouhodobá klientka. Zpočátku jsme ji navštěvovali 1 x týdně, kdy jsme jí pomáhali při koupeli a zdravotní sestry z ADZP Homedica, s.r.o. ji naučili aplikovat si inzulín. V této době byla ještě chodící o hůlce. Z důvodu velkého zhoršení zdravotního stavu je momentálně paní Z. pouze imobilní a pečovatelka ji navštěvuje každý den od pondělí do neděle vždy ráno, v poledne a večer. Přáním klientky je zůstat doma ve společné domácnosti s rodinou. Její největší zálibou je sledování televize, hlavně slovenských programů a ráda si pochutná na dobrém jídle.

Ranní služba: - pomoc při celkové osobní hygieně na lůžku

- pomoc při svlékání a oblékání a důkladná úprava lůžka
- pomoc a dohled nad podáním léků, které má nachystány v lékovce podle ordinace lékaře a kontrola při aplikaci inzulínu
- očista (údržba) inkontinentních pomůcek
- nachystání snídaně a ranní úklid pokoje

Polední služba: - dovoz diabetické stravy a nachystání jídla na talíř

- pomoc a dohled nad podáním léků a kontrola při aplikaci inzulínu
- v případě potřeby se provede hygiena
- polední úklid pokoje

Večerní služba: - pomoc při večerní hygieně na lůžku

- důkladná úprava lůžka
- pomoc a dohled nad podáním léků a kontrola při aplikaci inzulínu
- nachystání večeře a večerní úklid pokoje

Pravidelně 1 x týdně ve středu se provádí celková koupel v nafukovací vaně na lůžku za pomoci dvou pečovatelek. V případě potřeby se provádí výměna ložního prádla a vyřizují se nutné nákupy a důležité pochůzky. Také se provádí pravidelné ošetření nohou formou pedikúry. Klientka má zapůjčenou polohovací postel i s antidekubitní matrací.

Pravidelně ji navštěvuje zdravotní sestra z ADZP Homedica, s.r.o., která provádí léčebnou rehabilitaci, ošetřuje kožní defekt v křížové oblasti, odebírá krev pro diabetologickou ambulanci (pravidelná kontrola cukrovky) a pečuje o permanentní močový katétr.

V případě jakékoliv změny zdravotního stavu ihned informujeme zdravotní sestru z ADZP Homedica, s.r.o. Dále spolupracujeme také s obvodním lékařem a s diabetologickou ambulancí a v rámci pochůzek zajišťujeme 1 x měsíčně vyzvednutí léků.

Názorná ukázka aktivit je uvedena v příloze č. 3.

Dílčí závěr

Práce s paní Z. byla zpočátku docela náročná, protože si dlouho nechtěla připustit svou nemohoucnost. Stále měla pocit, že všechno zvládne sama, bez pomoci. Postupem času a ve spolupráci se zdravotní sestrou se nám podařilo navázat velmi dobrý vztah s klientkou. Citlivým a individuálním přístupem jsme ji přesvědčili o její důležitosti a naší náklonnosti a porozumění. Nyní se klientka na pečovatelky vždy velmi těší, protože si s nimi může popovídat o svých starostech i radostech a se službami je velmi spokojena.

Kazuistika č. 4

1. Osobní údaje klienta

Klient: paní Anna

Datum narození: 8. 4. 1919

Rodinný stav: vdova

Materiální zajištění: starobní důchod, příspěvek na péči ve IV. stupni

Rodinné zázemí: syn, který je již ve starobním důchodu

Bytové podmínky: bydlí v bytě 3 + 1 u syna, kde má k dispozici svůj pokoj

Zdravotní stav: stav po mozkové příhodě, demence, malý kožní defekt v oblasti levého kotníku, permanentní močový katétr, GIT sonda (žaludeční sonda)

Soběstačnost: klientka je zcela imobilní, není schopna se sama polohovat na lůžku a je plně závislá na péči 2 osoby

Veřejné instituce: PS Homediss, o.p.s., Agentura domácí zdravotní péče (ADZP) Homedica, s.r.o.

Poskytování pečovatelských služeb: od roku 2007 dosud

Poskytování zdravotních služeb: od roku 2007 dosud

2. Popis práce s klientem

Sociální služby u klientky provádí Pečovatelská služba Homediss, o.p.s. Zpočátku jsme ji navštěvovali každý den, kdy jsme zajišťovali dovoz obědů a 2 x týdně jsme jí pomáhali při celkové koupeli v koupelně. V tu dobu se byla schopna pohybovat pouze po bytě s pomocí 2 francouzských holí. Časem došlo ke zhoršení zdravotního stavu následkem mozkové příhody, ale i vysokým věkem. Mírnou komplikací bylo, že paní A. přestala verbálně komunikovat a my jsme se museli naučit rozpoznat její neverbální projevy (hlavně podle výrazu obličeje a určitých zvukových projevů). Velkým přáním syna klientky je, aby mohla matka zůstat v domácím prostředí, kde se o ni chce s naší pomocí starat.

Na základě individuálního plánu chodí pečovatelka do domácnosti každý den od pondělí do neděle, vždy ráno, v poledne, odpoledne a večer.

Ranní služba: - pomoc při celkové osobní hygieně na lůžku

- pomoc při svlékání a oblékání a důkladná úprava lůžka

- pomoc a dohled nad podáním léků, které má nachystány v lékovce podle ordinace lékaře
- očista (údržba) inkontinentních pomůcek
- pomoc synovy při podání výživy a tekutin GIT sondou
- napolohování klientky na lůžku (prevence dekubitů)
- ranní úklid pokoje

Polední služba: - pomoc synovy při podání výživy a tekutin GIT sondou
- pomoc a dohled nad podáním léků
- v případě potřeby se provede hygiena
- očista (údržba) inkontinentních pomůcek
- napolohování klientky na lůžku (prevence dekubitů)
- polední úklid pokoje

Odpolední služba: - pomoc synovy při podání výživy a tekutin GIT sondou
- v případě potřeby se provede hygiena a úprava lůžka
- napolohování klientky na lůžku (prevence dekubitů)

Večerní služba: - pomoc při večerní hygieně na lůžku
- důkladná úprava lůžka
- pomoc a dohled nad podáním léků
- pomoc synovy při podání výživy a tekutin GIT sondou
- napolohování klientky na lůžku (prevence dekubitů)
- večerní úklid pokoje

Pravidelně 1 x týdně ve čtvrtek se provádí celková koupel v nafukovací vaně na lůžku za pomoci dvou pečovatelek. V případě potřeby se provádí výměna ložního prádla. Veškeré pochůzky a nákupy vyřizuje syn. Také se provádí pravidelné ošetření nohou formou pedikúry. Klientka má zapůjčenou polohovací postel i s antidekubitní matrací.

Pravidelně ji navštěvuje zdravotní sestra z ADZP Homedica, s.r.o., která ošetřuje kožní defekt v oblasti kotníku a pečuje o permanentní močový katétr a GIT sondu. V případě jakékoliv změny zdravotního stavu ihned informujeme zdravotní sestru z ADZP Homedica, s.r.o.

Názorná ukázka aktivit je uvedena v příloze č. 4.

Dílčí závěr

Přesto, že postupem času došlo ke zhoršení zdravotního stavu, po psychické stránce je na tom klientka velmi dobře. Často se usmívá a někdy se jí podaří vyloudit i nějaké slovíčko. Výborná spolupráce je se synem, který zařídí vše, co ke své práci potřebujeme. Se službami i s pečovatelkami jsou velmi spokojeni. Syn je šťastný, že může mít maminku doma, protože bez naší pomoci by to nezvládl.

5.2 Pojetí mobilní hospicové péče v Pečovatelské službě Homediss, o.p.s.

Pečovatelská služba Homediss, o.p.s. je nezisková organizace poskytující sociální služby seniorům, chronicky nemocným a zdravotně postiženým občanům. Posláním organizace je poskytovat přiměřenou pomoc a podporu těmto občanům. Pomáhat jim zvládat nepříznivé životní situace tak, aby mohli důstojně setrvat ve svém domácím prostředí co nejdéle a zachovat si tak vazbu na své blízké a přátele.

Organizace poskytuje registrované služby tj. pečovatelská služba, osobní asistence a centrum denních služeb a také neregistrované služby tj. půjčování kompenzačních pomůcek, pedikúry nebo masáže.

Pečovatelská služba je důležitá nejen pro obce a města, kde patří mezi hlavní nástroje sociálního vyloučení, ale také pro pečující rodinu, která se na ni může obrátit v momentě, kdy potřebuje pomoc nebo radu.

Pečovatelská služba Homediss, o.p.s. velmi úzce spolupracuje s Agenturou domácí zdravotní péče Homedica, s.r.o., která poskytuje služby zdravotní, a tím umožňuje poskytovat služby komplexně. Tato spolupráce je nesmírně důležitá hlavně u těžce onkologických a umírajících klientů, kteří si přejí strávit své poslední chvíle doma v okruhu svých blízkých. Péče o tyto klienty patří mezi ty nejtěžší a to nejen po fyzické stránce, ale hlavně po psychické. Pracovníci se tak stávají pro pečující rodinu vrbou, které se vypovídají, vybrečí či obejmou a načerpají tak energii a sílu do dalších dnů.

Proto Pečovatelská služba Homediss, o.p.s. nabízí pečující rodině pomoc a podporu i ve chvíli nejtěžší, kdy klient zemře. Zařadila do svých fakultativních úkonů také úkon péče o zemřelého, který spočívá v tom, že se pečovatelka postará jak o tělo zemřelého, tak pomůže rodině vyřídit i nutné formality.

Pečovatelská služba Homediss, o.p.s. není klasickou pečovatelskou službou, jsme takový „domov důchodců na kolečkách.“ Naší hlavní celodenní náplní práce je pomoc při osob-

ních hygienách, pomoc při péči o vlastní osobu a zajištění stravy. Toto jsou úkony, které rodina většinou nezvládá, a proto se obrací na nás.

Naše flexibilita spočívá hlavně v tom, že poskytujeme nepřetržitý provoz každý den od pondělí do neděle. Máme k dispozici spoustu různých pomůcek (např. nafukovací vanu na celkovou koupel na lůžku, nafukovací záhlavník na mytí hlavy na lůžku, atd.), ale hlavně máme vysoce odborný, kvalifikovaný tým pracovníků s velkou dávkou empatie v srdci a odhodláním pomáhat (viz. příloha č. 5).

Je velmi smutné, že tato profese je tak málo oceňována jak finančně, tak hlavně lidsky, ze stran vysoce postavených politiků a úředníků, na jejichž rozhodnutí je závislá naše existence (financování je formou dotací), kteří nás stále víc a víc zaplavují náročnou administrativou, kvůli které pak zbývá málo času na samotného klienta, a kteří si vůbec neuvědomují, že jednoho dne mohou být na místě našich klientů.

Naštěstí ale dochází vzácná ocenění ze stran našich kolegů a samotných klientů. V roce 2010 získala jedna z pečovatelek PS Homediss vzácné ocenění „Pečovatelka roku“. Tuto akci každoročně pořádá Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky (viz příloha č. 6). Ocenění je o to vzácnější, že tento titul mohla převzít z rukou paní Livie Klausové.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo přinést nové poznatky z oblasti hospicové péče, ukázat jak je péče o umírající nesmírně náročná a důležitá jak pro pečující rodinu a ošetřující personál, tak hlavně pro samotného klienta.

Jednou mi jeden syn naší klientky řekl: „Chci, aby maminka umřela doma, se vší možnou důstojností a s pocitem, že není sama. Jsem jediný koho má, a proto ji chci tohle poslední přání vyplnit. Vím, že to nebude jednoduché, a že to nezvládnu sám a proto jsem šťastný, že až tento okamžik nastane, mohu se na vás obrátit a vy mi se vším pomůžete. Děkuji."

Co dodat. Tohle jsou věty, které nás všechny, kteří pracujeme v tomto oboru, naplňují maximálním uspokojením a pocitem nesmírné důležitosti, že jdeme tím správným směrem, a že nejen odvádíme kvalitní, vysoce odbornou a velmi náročnou péči, ale hlavně plníme i své vnitřní poslání. Protože tohle je práce, která se nemůže dělat pouze pro práci, ale která se musí dělat srdcem.

Závěr bych chtěla obohatit citátem od neznámého autora, který mi přišel velmi příhodný právě pro práci v sociální oblasti.

„Někteří lidé vstoupí do našeho života a zase odejdou. Někteří zůstanou jen chvíli a navždy změní náš život."

Citát neznámého autora

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Zákon č. 108/2006 vyhláška 505/2006 sb. o sociálních službách.

Baštecká B. Supervize. Zpravodaj Diakonie ČCE, 1999, č. 1.

Doňková O., Novotný J. S. Vývojová psychologie pro sociální pedagogy. Brno: IMS, 2010, 144s.

Haškovcová H. Thanalogie. Praha: Galén, 2007, 191s. ISBN 80-7262-034-7.

Heřmanová H., Pacovský V. Gerontologie. Praha: Avicenum, 1981, 298s.

Kalvach Z. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, 368s. ISBN 80-247-1284-9.

Kalvach Z. Pečujeme doma. Brno: Moravskoslezský kruh, o. s., 2008, 94s.

Kolektiv autorů, Pečovatelská služba v České republice. Tábor: Rudi, 2010, 432s. ISBN 978-80-904668-0-7.

Králová J., Rážová E. Sociální služby a příspěvek na péči. Olomouc: Anag, 2007, 350s. ISBN 978-80-7263-405-7.

Misconiová B. Péče o umírající - hospicová péče. Národní centrum domácí péče ČR, 96s.

Mlýnková J. Pečovatelství. Praha: Grada, 2010, 272s. ISBN 978-80-247-3184-1.

Mühlpachr P. Speciální pedagogika. Brno: IMS, 2010, 225s.

Nováková R. Pečovatelství I. Praha: Triton, 2008, 266s. ISBN 8024731843.

Onderková A. Ošetřovatelská abeceda. Brno: Moravskoslezský kruh, o. s., 2008, 116s. ISBN 978-80-254-2787-3.

Pokorná A. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010, 160s. ISBN 978-80-247-3271-8.

Schmidbauer W. Syndrom pomocníka. Praha: Portál, 2008, 240s. ISBN 9788073673697.

Sláma O., Drbal J., Plátová L. Umřít doma. Brno: Moravskoslezský kruh, o. s., 2008, 78s. ISBN 978-80-254-2788-0.

Sýkorová D. Autonomie ve stáří. Praha: Slon, 2007, 284s. ISBN 978-80-86429-62-5.

Vágnerová M. Vývojová psychologie. Praha: Portál, 2000, 522s. ISBN 80-7178-308-0.

Venglařová M. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007, 96s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Sociální služby. Odborný časopis pracovníků sociálních služeb.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, www.apsscr.cz [on/line], http://www.apsscr.cz/intranet/dokumenty/.

Filozofie úspěchu, www.filozofie-uspechu.cz [on/line], http://www.filosofie-uspechu.cz/.

Galder, www.galder.blog.cz [on/line], http://galder.blog.cz/.

MPSV, www.mpsv.cz [on/line], http://www.mpsv.cz/.

Osobní asistence, www.osobníasistence.cz [on/line], http://www.osobniasistence.cz/.

Pedagogická diagnostika, www.milan.cernoch.net [on/line], http://www.milan.cernoch.net/.

Umírání, www.umirani.cz [on/line], http://www.umirani.cz/.

Vitalion, www.vitalion.cz [on/line], http://nemoci.vitalion.cz/.

Wikipedie, www.wikipedie.cz [on/line], http://cs.wikipedia.org/.

Zdravotně sociální fakulta, www. zsf.jcu.cz [on/line], http://www.zsf.jcu.cz/.

Zdravotnické noviny, www.zdravky.cz [on/line], http://www.zdravky.cz/.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: fotografie patřící ke kazuistice č. 1

Příloha č. 2: fotografie patřící ke kazuistice č. 2

Příloha č. 3: fotografie patřící ke kazuistice č. 3

Příloha č. 4: fotografie patřící ke kazuistice č. 4

Příloha č. 5: fotografie týmu PS Homediss, o.p.s.

Příloha č. 6: fotografie z akce „Pečovatelka roku“

PŘÍLOHA Č. 1: CELKOVÁ RANNÍ HYGIENA V KOUPELNĚ

PŘÍLOHA Č. 2: DOPROVOD K LÉKAŘI A DOVOZ OBĚDA

PŘÍLOHA Č. 3: CELKOVÁ KOUPEL NA LŮŽKU A PODÁNÍ SNÍDANĚ

PŘÍLOHA Č. 4: KOUPEL NA LŮŽKU V NAFUKOVACÍ VANĚ

PŘÍLOHA Č. 5: ODBORNÝ TÝM PS HOMEDISS, O.P.S.

PŘÍLOHA Č. 6: PEČOVATELKA ROKU 2010