

Ústavní péče u seniorů paliativní péče nebo eutanázie

Jana Kalvodová

Bakalářská práce
2014

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana KALVODOVÁ**
Osobní číslo: **H128321**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Ústavní péče u seniorů - paliativní péče nebo eutanazie?**

Zásady pro vypracování:

Zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách". 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 společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude teoretická část práce zaměřena:

- na ústavní péči - srovnání - domov důchodců, hospic, léčebna dlouhodobě nemocných;
- na paliativní péči - léčebně-rehabilitační práce, lůžková péče pro pacienty s chronickým onemocněním, kteří vyžadují dlouhodobou péči;
- na eutanázii - v doslovném překladu znamená dobrá smrt - etická úvaha.

Empirická část práce bude zpracována formou kvalitativního výzkumu. Budou posouzeny jednotlivé druhy ústavní péče. Při výzkumu budou použity metody pozorování, rozhovorů a studia dokumentů.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Byock, I. Dobré umírání. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-797-9.

Glosová, D. Bydlení pro seniory. Brno: ERA, 2006. ISBN 80-7366-057-1.

Hauke, M. Pečovatelská služba a individuální plánování. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.

Jarošová, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

Kübler-Ross, E. Světlo na konci tunelu. Brno: Jota, 2012. ISBN 978-80-7462-145-1.

Matoušek, O. Metody řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-502-8.

Matoušek, O. Ústavní péče, Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.

Skřivanová-Bošková, V. Eutanázie, nebo komfort pro pacienty. Praha: Bošková, V. 2012. ISBN 978-80-260-2989-2.

The, A.M. Paliativní péče a komunikace, Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.

Venglářová, M. Problematická situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, Ph.D.

Skupina managementu a ekonomiky

Datum zadání bakalářské práce:

11. listopadu 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2014

V Brně dne 11. listopadu 2013


doc. PhDr. Miroslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry




doc. PaedDr. Slavomír Letá, Ph.D.
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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60⁴⁾ 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 použítou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

JANA KALVODOVÁ

Jméno příjmení studenta

V Brně 14. 4. 2014

Kalvo

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, § 47: Zveřejněním získaných prací:

1) Vysoká škola uveřejňuje zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce a jejich přílohy v tištěné podobě, včetně posudků oponentů a výzkumné obhajoby povinně-dobrovolně zpracované kvalifikačních prací, bez ohledu na výsledek obhajoby, výsledek obhajoby nebo rozhodnutí.

2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdává autorovi, k obhajobě musí být při odevzdání vta pracovník úřad pro právní ochranu osobností, který ověří, že práce je v souladu s právními předpisy, zejména s tímto zákonem, a může odevzdání práce potvrdit na své vlastní výslovný příkaz nebo rozhodnutím.

3) Platí se 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:

1) Do práce autorského díla nezahrnuje škola nebo školská či vzdělávací zařízení, ač je níže za účelem přímého nebo nepřímého komerčního nebo občanského prospěchu. U práce nebo k vlastnímu užití díla (včetně díla) škola nebo student, ke kterému dílo bylo poskytnuto, poskytnouti vyučovatelských z jeho práce, pokud se škola nebo školská či vzdělávací zařízení školského díla.

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 školská či vzdělávací zařízení mají, a obdrželi, jediné právo na uzavření licenční smlouvy a jejího uzavření (čl. 35 odst. 3). Ověřitelé autor školního díla může souhlasit s užitím školního díla nebo se jeho užití dovolit nakreslení omezení díla, pokud jde o užití. Ustanovení § 35 odst. 3 platí rovněž obdobně.

2) Nemá-li uzavřena smlouva, může autor školního díla své dílo sám či poskytnouti jinému fyzické osobě, a to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školské či vzdělávacího zařízení.

3) Škola nebo školská či vzdělávací zařízení jsou oprávněna ustanovit, aby jim autor školního díla v případě jeho dovolání v souvislosti s užitím díla v občanském prospěchu, pokud autorovi § 35 odst. 3 platí rovněž obdobně, škola se v rozporu s dílem poskytl, a to podle odstavce 2 až do jeho zrušení výše; přitom se jedná o užití školního díla nebo školního či vzdělávacího zařízení a užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá péčí o seniory v domovech důchodců, léčebnách dlouhodobě nemocných a hospicích. Co znamená paliativní péče a její využití. Co je nejlepší pro pacienta, zda ústavní péče, domácí péče nebo osobní asistent. Porovnání léčebných zařízení a názory rodinných příslušníků na ústavní péči a na péči seniorů v domácí péči. Jak přistupovat k eutanázii, jak se vyrovnat se smrtí.

Klíčová slova:

Domov důchodců, léčebna dlouhodobě nemocných, hospic, paliativní péče, domácí péče, osobní asistent, senior, eutanázie, smrt.

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with seniors' care in rest homes, sanatorium for long term ill people and hospices. What means a palliative care and its utilisation. What is better for a patient, whether institutional care, home care or a personal assistant. The bachelor thesis contains the comparison of medical institutions and opinions of family members of an institutional care and the care of seniors at home. How to cope with euthanasia, how to face up the death.

Keywords:

Rest home, sanatorium for long term ill people, hospice, paliative care, home care, personal assistant, senior, euthanasia, death.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „ Ústavní péče u seniorů – paliativní péče nebo eutanazie“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně dne 30. 3. 2014

Jana Kalvodová

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce panu PhDr. Mgr. Zdeňku Šigutovi, Ph.D. za velmi cenné rady, již při projektu bakalářské práce, která mi byla velkou pomocí při samostatné bakalářské práci.

Také připomínky a metodickou pomoc, kterou mi poskytl při vypracování.

Obsah

OBSAH	8
ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PÉČE O SENIORY	12
1.1 ČLOVĚK JAKO JEDINEČNÁ BYTOST	12
1.2 BIOLOGICKÉ A PSYCHOLOGICKÉ POTŘEBY	15
1.3 REHABILITACE	18
1.4 ERGOTERAPIE	20
2 ÚSTAVNÍ PÉČE O SENIORY	22
2.1 PODPORA NEBO POMOC PŘI REALIZACI ÚKONŮ, KTERÉ SI KLIENT NEMŮŽE ZAJISTIT SÁM	22
2.3 PODPORA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ	26
2.4 ZABEZPEČOVAT POTŘEBNOU OŠETŘOVATELSKOU PÉČI	29
3 DOMOVY A HOSPICE PRO SENIORY	32
3.1 DOMOVY DŮCHODCŮ	32
3.2 HOSPICE	34
3.3 DOMOV PRO SENIORY	36
3.4 LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH - LDN	37
4 PALIATIVNÍ PÉČE	38
4.1 PÉČE POSKYTOVANÁ V HOSPICÍCH	38
4.2 LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH	39
4.3 DOMÁCÍ PÉČE	40
4.4 OSOBNÍ ASISTENT	41
II. PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 EUTANÁZIE	43
5.1 USMRČENÍ NA ŽÁDOST, SE SVOLENÍM POŠKOZENÉHO	43
5.2 NÁZORY ZDRAVOTNÍCH SESTER NA EUTANÁZII	47
5.3 DOTAZY LÉKAŘŮM A JEJICH NÁZOR NA EUTANÁZII	49
5.4 NÁZORY RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ	51
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	56

Úvod

Problematika stáří a stárnutí je v dnešní době hodně otevřeným tématem. Stárnutí se dotýká všech, nejen seniorů, začíná od narození a končí smrtí. Péče o seniory se v posledních letech výrazně zlepšila, ať už ve zdravotním nebo sociálním přístupu. Člověk je vnímán jako individuální bytost, která má své zájmy a specifické potřeby. Změny jsou zřejmé i v nabídce sociálních služeb, kde hlavní snahou je zlepšení kvality života seniorů, podpora setrvání v domácím prostředí, a až v krajním případě využití zařízení jako jsou hospice, léčebny dlouhodobě nemocných a podobně. Je to podmíněno i tím, že současná populace stárne a přibývá seniorů, kteří nejsou soběstační, a rodina není schopna jim kvalitní péči poskytnout.

Proto hlavním tématem, kterým se zabývá tato bakalářská práce, je srovnání domovů důchodců a hospiců v Brně, a to z hlediska poskytování péče o seniory v těchto zařízeních, do jaké míry a v čem se liší péče o pacienty. Pod pojmem pacienti jsou míněny převážně osoby, které již o sebe nemohou pečovat, nebo jsou vážně nemocné. Jaké pocity mají pacienti hospitalizovaní v některém zařízení jako je hospic nebo léčebna dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) a zda by raději nepreferovali domácí péči, například s osobním asistentem, pokud by to ovšem z lékařského hlediska bylo možné. Cílem práce je proto srovnání domovů důchodců, hospiců, LDN a zjištění kvality života seniorů v těchto ústavech.

Parciálním cílem této práce bude zjištění, zda je pacientům ve výše uvedených zařízeních k dispozici nějaký program pro zlepšení kvality jejich života, který by odpovídal jejich zdravotním možnostem. Zaměříme se také na využití dobrovolníků, kteří by do ústavů mohli docházet a pomoci tam, kde zdravotnímu personálu nedostačují kapacity. Je tím myšleno přečtení knihy, odvedení pacienta na zahradu nebo si s ním jenom povídat. Staří lidé se cítí hodně osaměle a potřebují dostatek stimulace a péče.

Bakalářská práce je rozdělena do pěti částí, tři jsou teoretické a dvě praktické. První teoretická část je zaměřená na člověka jako jedinečnou lidskou bytost, biologické a psychologické potřeby, rehabilitaci a ergoterapii. Druhá část obsahuje podporu a pomoc při realizaci úkonů, které si klient nemůže zajistit sám, rozvíjení kontaktů s rodinou, podporu sociálního zabezpečení a zabezpečení potřebné ošetrovatelské péče. Ve třetí části se nachází porovnání domovů důchodců, LDN, hospiců. Čtvrtá část se zabývá paliativní péčí a pátá část je věnována zamyšlení nad eutanázií.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Péče o seniory

1.1 Člověk jako jedinečná bytost

Z biologického hlediska je každý člověk jedinečnou bytostí. Na světě neexistují dva lidé, kteří by byli biologicky a psychologicky naprosto stejní. Psychologická rozdílnost a jedinečnost člověka plyne z jedinečnosti jeho biologických vloh a ze zkušenosti především. Individuum znamená neoddělitelnost, jedinečnost, existenční samostatnost. Kvantitativním znakem individuality je nedělitelnost, celistvost duševního života a jeho jednoty s tělesným, kvalitativním znakem individuality je jedinečnost. Individualita člověka je tvořena rodovou a osobní historií, proto také se děti od sebe psychologicky liší méně než dospělí, jejichž historie je bohatší a zkušenosti diferencovanější. Osobnost člověka se projevuje již při narození a již malé děti se od sebe podstatně psychologicky liší. Rozdílnost psychiky různých lidí vzrůstá s přibývajícím věkem.

„Nejsilnějším lékem na stáří je láska.“¹

Z psychologického hlediska je člověk nejen individualitou ale i typem, má řadu znaků společných s jinými lidmi, kromě individuálních znaků má i znaky společné, typické. Typ je určité seskupení vlastností, které jsou v daném uspořádání společné určité skupině lidí. Typ je psychologická nebo psychická dispozice náležející určité skupině lidí tak, že přechod k sousední skupině je plynulý a bez ostrých hranic. Typ je pojem, s nímž pracuje psychologie, psychiatrie, biologie, literární historie, filosofie a jiné obory. Jednu z prvních typologií již ve 4 století př. n. l. sestavil řecký lékař Hippokrates. Uvádí temperament a charakter člověka ve vztahu k činnosti endokrinních žláz, a to podle šťáv v našem těle (sanguis – krev, phlegma – sliz, chole – žluč, melan-cholé – černá žluč).

Podle poměrů, v jakém jsou smíšeny, rozlišuje autor 4 typy temperamentu:

- sangvinik,
- flegmatik,
- choleric,
- melancholik.

1 [online] Dostupné z: <http://citaty.net/autori/john-stuart-mill> [cit.dne 14.2.2014]

Podle zakladatele antropologie, německého filosofa Immanuela Kanta: „*Co je člověk?*“² Je zahrnuto nejen pozitivní vědění o člověku, jak je získávají a shromažďují jednotlivé vědy, ale také otázka po možnostech poznávání, otázka lidského jednání, rozhodování a konečně i nadějí. Jakožto bytost otevřená a rozumějící žije člověk ve světě, který poznává, zkoumá a proměňuje, klade si otázky po svém postavení případně poslání ve světě a ve společnosti. Jako jednající bytost se nejen může, ale také musí rozhodovat a nese odpovědnost za to, co způsobil. Jednání podléhá mravnímu hodnocení jeho samého, jeho společnosti nebo náboženství.

Jakožto bytost společenská nežije jen sám za sebe a pro sebe, nýbrž nutně v různých vztazích, které musí zejména v moderních společnostech nějak organizovat a upevňovat. Člověk je bytost dějinná, historická, nežije pouze v přítomnosti, ale také z kultury, tradic a zkušeností minulých generací, které uchovává, hodnotí, kritizuje a předává dál. Žije a jedná v přítomnosti, ale jeho zájem se upírá k tomu, co stojí před ním – do nejisté, otevřené budoucnosti s jejími hrozbami i nadějemi.

*„Stále rostoucí množství speciálních věd, zabývajících se člověkem, ať jsou jakkoli cenné, podstatu člověka zakrývají, než aby ji objasňovaly. Pomyslíme-li dále je zcela otřeseno darwinistické řešení otázky o původu člověka, můžeme říci, že v žádném dějinném období se nestal člověk tak problematickým jako v současnosti.“*³

Osobnost člověka je jedinečná a neopakovatelná. Několik lidí, na které působí stejné vlivy, přesto nejsou stejné osobnosti. Je několik činitelů, kteří osobnost utvářejí, a jedním z nich je dědičnost. Dědičnost nejde ovlivnit. Po svých rodičích a příbuzných dědíme vzhled a částečně i chování, ale především zdravotní stav.

Dalším faktorem ovlivňujícím každého člověka je prostředí a výchova. Prostor, ve kterém se nacházíme, ovlivňuje podstatu naší osobnosti.

2 [online] Dostupné z: <http://citaty.net/autori/john-stuart-mill> [cit.dne 14.2.2014]

3 PELCOVÁ, N., Filozofická a pedagogická antropologie, s. 25

Pokud samotnému člověku nevyhovuje prostředí, ve kterém delší dobu žije, odráží se to i na jeho chování a nejen to, obvykle jsou pak v nespokojenosti vychovávány i vlastní děti jedince. Pro prostředí a výchova má i své negativní faktory, jedinec, který nemá dostatek lásky a citu od matky, je citově deprivován. V dospělosti se u něj mohou objevit problémy ve vlastních vztazích. Neúplná rodina, kde schází vzor otce nebo matky, rodina alkoholiků nebo jinak závislých osob, rodina, kde se objevuje domácí násilí, především fyzické tresty, většinou ovlivní jedince, který tato negativa může přenášet do své nové rodiny.

Důležitým faktorem zejména ve věku dospívání a puberty je výchova neboli edukace. Je cílevědomá, plánovitá a všestranná činnost směřující k přípravě člověka pro jeho společenské úkoly a osobní život. Výchova je celoživotní působení na procesy lidského učení a socializaci s cílem přeměny člověka po všech stránkách, jak tělesné tak i duševní.

1.2 Biologické a psychologické potřeby

Problematika potřeb je jednou ze základních otázek vztahu člověka k sobě, k životu a ke svému prostředí. Potřeby jsou základní motivační silou v chování člověka, pomáhají udržet rovnováhu uvnitř organismu, ale i rovnováhu mezi člověkem a prostředím. „*Ve fungování každého živého organismu je možno považovat za základní funkci adaptačního procesu nutnou pro život v proměnlivém prostředí dosažení a udržení relativně stabilního stavu vnitřní rovnováhy organismu označovaného homeostáza. Homeostatické mechanismy spočívají na biologické úrovni především v korekcích odchylek pomocí zásahů kompenzující změny prostředí.*“⁴

Život dospělého zdravého člověka můžeme charakterizovat neustálým uspokojováním různých potřeb. Jsou to především tělesné potřeby – např. potřeba dýchat, spát, jíst, vyprazdňovat se, udržovat stálou tělesnou teplotu. Pokud jsou tyto tělesné potřeby automaticky uspokojovány, příliš se jimi nezabýváme.

Jiné je to u seniorů. Staří lidé jsou vlivem fyziologických procesů ve stáří zvýšeně náchylní k náhlému zhoršení zdravotního vztahu, které má za následek snížení nebo úplnou ztrátu soběstačnosti a zvýšení nejistoty zejména u osaměle žijících jedinců. Prakticky ze dne na den jsou tyto soběstační občané nuceni změnit dosavadní způsob života a přistoupit na roli pasivního příjemce pomoci, která velmi často otřese jejich důstojností. Nejvíce senioři spoléhají na pomoc rodiny, která pro ně znamená určitou jistotu. Josef Výrost definuje rodinu následovně: „*Rodina je univerzálním socializačním činitelem, která poskytuje jedinci identifikační vzory, učí jedince reagovat žádoucím způsobem v procesu interakce a umožňuje mu ověření praktických dovedností v rámci rodiny. Vlivem rodinného působení se vytváří postoj k personálnímu okolí, k sobě samému i společnosti obecně.*“⁵

Potřeby nevznikají ani neprobíhají izolovaně, ale naopak jsou ve vzájemné interakci vztahů hodnotových, racionálních a emočních a mohou se vzájemně ovlivňovat. Proces jejich uspokojování probíhá dočasně, ale je stálý především u tělesných potřeb.

4 PAULÍK, K., Psychologie lidské osobnosti, s. 12

5 [online] Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Rodina> [cit.dne 17.2.2014]

Potřebujeme se zhruba každé tři hodiny najíst, napít, stejně tak se vyprazdňovat, pravidelně spát a být aktivní. Věkem, nemocí, náročnou životní situací může být porušena nejen vnitřní rovnováha organismu, ale i rovnováha s vnějším prostředím.⁶

Pozornost zdravotníků a sociálních pracovníků bývá zaměřena na fyziologické a biologické potřeby člověka, na porušené tělesné zdraví a soběstačnost. S vysokým věkem u starého člověka nedochází jen k porušení biologické rovnováhy organismu, nicméně je narušena především psychosociální rovnováha. Každý, kdo pečuje o starého člověka, by měl přistupovat k nemocnému komplexně. Mluvíme o holistickém přístupu, znamenajícím přístup úplný, sjednocený, zdůrazňující psychosomatickou jednotu a jedinečnost každého člověka.⁷

Potřeby sociálně – psychologické jsou do jisté míry získané. Např. potřeba citového vyžití, sebeuplatnění, sensorické stimulace, sociálního kontaktu, prožívání a poznávání. Potřeba citového využití se projevuje jako touha být v bezpečí, být chráněn, mít se kam uchýlit a mít sociální odezvu.

Často je uváděna hierarchie potřeb podle amerického psychologa Abrahama Harolda Maslowa (1908 – 1970), který v roce 1943 sestavil lidské potřeby do pyramidy od břicha k hlavě. Maslow dal fyziologické potřeby, hlad, žízeň, sex, spánek apod., do prvního stupně pyramidy potřeb.⁸

Druhý stupeň pyramidy zaujímá potřeba mít své místo tj. potřeba ochrany, bezpečí a jistoty, řádu, pravidelnosti.

Třetí stupeň je potřeba někam patřit, potřeba sdružování, náklonnosti, přátelství, identifikace, lásky.

Čtvrtý stupeň zaujímá potřeba dosáhnout uznání, potřeba ocenění, úspěchu, prestiže.

Nejvyšší stupeň je potřeba seberealizace, potřeba vědění, porozumění, růstu, příležitost k povýšení, motivace k vyšším cílům.

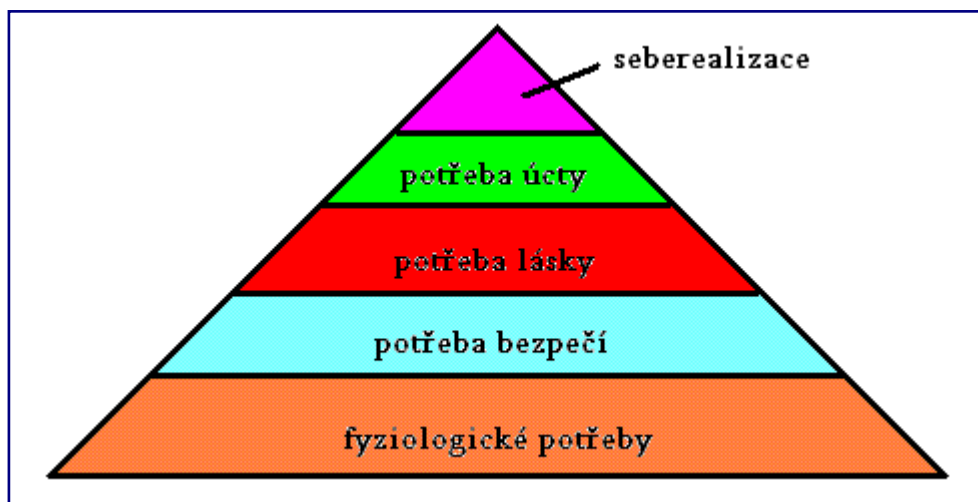
6 [online] Dostupné z: <http://www.zpravodaj.marcom-praha.cz> [cit. 13.1.2014]

7 **Kohoutek, R.**, *Psychologie v teorii a praxi*, [online] Dostupné z: <http://www.rudolfkohoutek.blog.cz> [cit.10.12.2013]

8 [online] Dostupné z: <http://www.filosofie-uspechu.cz> [cit.dne 10.12.2013]

Ať je člověk univerzitním profesorem, podnikavým rodičem nebo sportovcem, chce být v této roli zdatný a úspěšný. Je to instinktivní potřeba naplnit své schopnosti a snaha být nejlepším, jakým jen člověk může být.⁹

Obr. č. 1 Maslow-pyramida potřeb¹⁰



Plháková, A., Dějiny psychologie, 2006, s. 180

⁹ [online] Dostupné z: <http://www.zrcadlo.blogspot.cz/> [cit.dne 11.12.2013]

¹⁰ [online] Dostupné z: https://www.google.cz/search?q=maslowova+pyramida&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ei=AdohU7WgPIiUtAaW2YFQ&ved=0CAcQ_AUoAQ&biw=1280&bih=902#facrc=_&imgdii=_&imgrc=NRu4qdh77427RM%253A%3BnL7w6Ug8aRZMfM%3Bhttp%253A%252F%252Fupload.wikimedia.org%252Fwikipedia%252Fcommons%252F6%252F6e%252FMaslow-pyramida_potreb.gif%3Bhttp%253A%252F%252Fcs.wikipedia.org%252Fwiki%252FAbraham_Maslow%3B489%3B247 [cit.dne 13.3.2014]

1.3 Rehabilitace

„Nedávno se paní M. Začal zhoršovat zrak a pohyblivost. Snacha začala být velmi rozzlobená, že tchyně nepečuje o sebe ani o domácnost tak jako dříve. Paní M se to velmi dotklo. Byla celá rozmrzelá, ví, že ji všechno trvá déle, ale pomaloučku si vše dá do pořádku. Snacha však trvá na domluvě s domácí agenturou, babičku přece jen někdo musí kontrolovat. Tak začíná omezování autonomie člověka.“¹¹

V návaznosti na změny přicházející se stářím, přichází nutnost hledat nový způsob života. Nejčastěji jsou to změny v péči o sebe a také zvýšené nároky na pomoc okolí. Ty pak vedou jeho nejbližší k hledání vhodného místa pro jeho další život. Moderní pohled na stáří upřednostňuje aktivní přípravu na dobu, kdy člověk potřebuje intenzivní pomoc a péči. Většina seniorů by si přála žít v rodinném prostředí za pomoci svých blízkých. Při větších zdravotních problémech a nemožností ze strany rodiny, nastupuje varianta institucionální péče. Jde o krajní řešení a senioři ji nesou velmi těžce.

V domovech pro seniory na základě individuální diagnostiky se vytváří pro pacienty rehabilitační program. Na základě jejich aktuálního stavu má rehabilitační program vést k postupnému zlepšení celkového stavu, výkonnosti a zlepšení kvality života. Základem úspěšné rehabilitační péče je individuální přístup k pacientovi. Návrh jednotlivých procedur ordinuje lékař. Procedury jsou seřazeny do denního rehabilitačního plánu, který je podle potřeby a dosažených výsledků průběžně doplňován a obměňován.

Pozitivní vliv má přidělení stálého fyzioterapeuta, právě fyzioterapeut stanovuje podle největšího handicapu dlouhodobý nebo krátkodobý cíl. Výsledky pak konzultuje s lékařem. Pro veškeré procedury je určeno špičkové vybavení, přístroje na elektroléčbu jsou často unikátní.

11 VENGLÁŘOVÁ, M., Problematické situace v péči o seniory, s. 14

Pouze přístroje nicméně nestačí. Hlavní zásluhu, vedle vůle pacientů, nesou terapeuti, kteří se neustále učí nejnovějším metodám a technikám. Naprostým základem je individuální fyzioterapie, jako jsou:

- Vojtova reflexní terapie,
- bazální programy a podprogramy dle Čápové,
- Bobath koncept,
- proprioreceptivní neuromuskulární facilitace,
- měkké a mobilizační techniky,
- ošetření dle Mojžíšové,
- reflexní terapie nohy.

Z dalších individuálních terapií, které mohou pacienti využít v závislosti na své diagnóze, je vodoléčba, perličková a přísadová koupel, suchá masážní vana.

Termoterapie - parafínové, jodové, rašelinové zábaly, celotělový solux, CO₂ – vakuové zábaly.

Elektroléčba – magnetoterapie, terapie ultrazvukem a laserem, elektroterapie pro ovlivnění bolesti.

Dále může být použita svalová gymnastika, přístrojová lymfodrenáž, cévní gymnastika.

Individuální terapii doplňují skupinová cvičení podle jednotlivých diagnóz. Rehabilitační péče je úzce propojena s ergoterapií.¹²

12 VENGLÁŘOVÁ, M., Problematické situace v péči o seniory, s. 15

1.4 Ergoterapie

Ergoterapie představuje nedílnou součást komplexní rehabilitace, doplňuje výsledný efekt ordinovaných procedur. Podílí se na snížení funkčního handicapu a závislosti klienta v rámci sebeobsluhy a pracovních aktivit.

Hlavními prostředky cílených ergoterapeutických postupů jsou:

Sebeobsluha

Sebeobsluha, která je nácvikem omezených denních aktivit. Ty ovlivňují kvalitu života postiženého jedince. Cílem tohoto způsobu terapie je snaha obnovit schopnost mobility na lůžku, přesuny, oblékání, základní hygienu, sycení a další všední činnosti dne.

Testování kompenzačních pomůcek

Součástí testování kompenzačních pomůcek je vytipování vhodné kompenzační pomůcky, která do určité míry zmírní funkční deficit a překážky bariérového prostředí. Ergoterapeut se podílí na návrhu mechanického i elektrického invalidního vozíku, který vyhovuje proporcionálně a odpovídá stupni postižení každého klienta.

Výcvik funkční schopnosti a mobility

Výcvik funkční schopnosti a mobility je základem individuální ergoterapie, která vychází z funkčního deficitu pacienta. Jejím cílem je výcvik maximálního obnovení funkce a mobility pacienta. Preferencí ergoterapeuta je terapie poruch funkcí horních končetin a výcvik gerontologických pacientů s výrazným pohybovým handicapem.

Instruktaž a zácvk rodiny

Běžnou pracovní náplní je instruktáž a zácvk rodiny. Ergoterapeut předává informace o reziduálních schopnostech, způsobu chůze, přesunů, předvádí účel navržené kompenzace. Cílem instruktáže je snaha o usnadnění péče o klienta, udržení jeho

schopností a kondice.¹³

Kognitivní trénink

Při kognitivním tréninku se ergoterapeut podílí na týmové spolupráci. Vychází z hodnocení logopeda a psychologa a všichni společně se tak podílejí na výcviku mozkových funkcí

Hodnocení, testy

Při hodnocení a testech se využívá škála testů, které zhodnotí stupeň postižení a závislosti klienta na dopomoci druhé osoby. Hodnocení je nedílným podkladem pro získání kompenzačních a technických pomůcek, které výrazně ovlivní kvalitu života postiženého jedince.¹⁴

Pracovní terapie

Pracovní terapie je forma skupinové ergoterapie, která se uskutečňuje v modelových pracovních podmínkách keramické, textilní, stolařské a košíkářské dílny. Pacient si tak ověřuje své pracovní schopnosti, obratnost a vytrvalost při nenáročném pracovním zatížení. Hlavním cílem pracovního zatížení není jen finální výrobek, ale zhodnocení funkčního potenciálu klienta a jeho schopnost resocializace.

Cílem ergoterapie je podporování duševní pohody pacienta prostřednictvím smysluplného zaměstnání, aktivity. Dále pomáhat v rozvoji schopností, které se uplatňují při zvládnutí sebeobsluhy, naplnění sociální role. Posilovat pacienta v udržení nebo obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejich každodenních činností v interakci s prostředím, a to jak sociálním, tak i fyzickým.¹⁵

13 [online] Dostupné z: <http://www.tvmedicina.cz> [cit.dne 15.12.2013]

14 KLUSOŇOVÁ, E., Ergoterapie v praxi, s. 26

15 JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L., Ergoterapie, s. 30

2 Ústavní péče o seniory

2.1 Podpora nebo pomoc při realizaci úkonů, které si klient nemůže zajistit sám

Senioři a seniorky potřebují, aby byly vnímány jejich potřeby a požadavky. Původní chápání potřeb bylo hodně biologické, šlo o nezbytnost uspokojení vitálních potřeb jako dýchání, hlad, žízeň, metabolismus. Později začalo být jejich pojetí rozšiřováno o další aspekty, jejichž význam nejen pro fyzické, ale i psychické a sociální přežití člověka byl neustále upřesňován. Organismus již není vnímán jako pouhá biologická jednotka, ale jako celistvý člověk, včetně jeho vrozených potřeb, jedná se především o emoce, city, sociální potřeby.

Nemocný by měl být přesvědčen, že i když bude umístěn do domova důchodců nebo jiného ústavního zařízení, neznamená to pro něho konec života, je to jenom další přirozená životní etapa.

Na sklonku života vzpomínal anglický novinář a spisovatel George Orwell na svůj několikátýdenní pobyt v pařížské nemocnici v roce 1921 se zápallem plic, napsal:

„Každá instituce sebou nosí vždy kus své minulosti, nemocnice začaly jako útulky, kam se příhodně strkali malomocní, aby měli kde umírat, a pokračovaly jako ústavy, kde se medicí učili svému budoucímu umění na tělech chudých pacientů. Nemohu si stěžovat na péči, jaká mi byla věnována, ale chápu silný instinkt, který lidi varuje, aby se nemocnicím vyhýbali.“¹⁶

Mnohé se od roku 1921 změnilo, ale strach z lékařů a z pobytu v nemocnici však trvá. Lékař je někým, koho se lidé obávají, současně jej však považují za autoritu, do které vkládají naději v rychlou úlevu a pomoc. I když se pobytu v nemocnici, domově důchodců nebo hospici přirozeně obáváme, dříve či o něco později se skoro všichni staneme hospitalizovanými pacienty. Někteří jen na krátko, jiní nadlouho a někteří se už z těchto zařízení nevrátí.

16 ORWELL, G., [online] Dostupné z: <http://www.kv-mzss.cz/domov-duchodcu> [cit.dne 15.2.2014]

O umístění seniora do hospice nebo domova důchodců, uvažujeme v případě, kdy nemoc pokročila natolik, že léčbou v nemocnici nelze zdravotní stav nemocného zlepšit nebo stabilizovat. Domácí péče není možná nebo je pro rodinu náročná. O zařazení do hospice nebo domova důchodců může požádat sám klient nebo jeho příbuzní.

O pacienty se starají lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, ošetřovatelé ale také psychologové, duchovní i dobrovolníci.

Ošetřující personál se snaží nemocnému pomoci při úkonech, které si klient nemůže udělat sám.

V některých zařízeních, jako jsou třeba hospice, je nabízena spirituální péče na přání nemocného a jeho blízkých. Přeje-li si to nemocný, může přijmout návštěvu duchovního, nebo se zúčastnit bohoslužeb. V těchto zařízeních často pomáhají i dobrovolníci, kteří se podílejí na doprovázení pacientů na zahradu, bohoslužby, pomáhají jako společníci, mohou pacientům předčítat.

Pokud senior není upoután na lůžko, a nepotřebuje dvaceti čtyřhodinovou péči lékaře nebo speciální zdravotní služby, můžeme uvažovat o domě s pečovatelskou službou. V těchto domech je poskytována klasická pečovatelská služba s tím, že po určenou dobu je zajištěna trvalá přítomnost pečovatelky. V domě není stanoven žádný režim, tak jako v domovech pro seniory, klient tam má své věci, rodina může navštěvovat nemocného v jakoukoli dobu, zajistit stravu, pomoci s hygienou. Rozdíl od běžného bydlení je v tom, že soustředění bytů v jednom domě a na jednom místě usnadňuje poskytování a doručování sociálních služeb a také dává větší pocit jistoty a bezpečí nájemníkům se sníženou soběstačností při zachování jejich plné svobody a odpovědnosti. Tyto služby jsou poskytovány zejména seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tato vyšší forma je dána přítomností pečovatelek v bytovém domě po celou pracovní dobu, v některých případech i nepřetržitě.¹⁷

17 [online] Dostupné z: <http://www.kv-mzss.cz/domov-duchodcu> [cit.dne 16.2.2014]

2.2 Aktivně podporovat a rozvíjet kontakty s rodinami klientů

Rodina v lidském životě sehrává jednu z významných rolí. Význačně se liší svým postavením i úkoly od zájmových, pracovních a jiných skupin lidské společnosti. I když v řadě poznatků o skupinách, hlavně v úkolových situacích, určité skutečnosti platí také o rodině, její specifická má takový charakter, že je nezbytné rodině věnovat zvláštní pozornost. Rodina představuje jednu z primárních skupin. Tímto můžeme říci, že právě rodina je sociální skupinou, v které její členové uspokojují své společenské potřeby i své primární biologické potřeby. Když je někomu třicet let, nepřemýšlí nad tím, kde bude bydlet ve stáří. Když stáří přijde, máme tři možnosti: zvládnout to ve svém bytě, jít do domova důchodců, nebo jít k rodině. Většina starých lidí dožívá buď ve vlastním bytě nebo domě, nebo v bytech svých přátel či dětí. Podle výzkumu děti ani přátelé seniorů o takové bydlení nestojí. Pokud se senior rozhodne o dožití v domově důchodců nebo v jiném zařízení pro seniory, měl by se poradit s rodinou, pokud nějakou má.

„Rodina je pojímána jako primární sociální skupina, je to základní společenská jednotka s velkou převahou osobních vazeb, která má zároveň charakter sociální instituce a také má sama své zákony a je vázána platnými zákony společnosti.“¹⁸

Domov důchodců – jsou slova, která neradi slyší nejenom staří lidé. Nedovedou si představit opustit dům či byt, kde žili i několik desítek let, a přestěhovat se do nějakého ústavu mezi další staré lidi. Některým klientům vadí v domovech dodržování pravidelného režimu. Doma mají své pohodlí, mohou vstávat, kdy chtějí a jíst, kde chtějí. V domově je pravidelný rytmus a řád. Bojí se, že nebudou vycházet se spolubydlícím, a přesto s ním budou muset být ve stejném pokoji. Senioři mohou dostat i samostatný pokoj, pokud to ústav umožňuje. Někteří si po čase stěžují, že je jim v pokoji smutno nebo, že se bojí.

18 VÍTOVÁ, M., Otázky speciálně pedagogického poradenství, s. 78

A co si senioři pochvalují?

Jsou to zejména služby, které domov nabízí. Pokud senior není schopný starat se o sebe a rodina ho také nemůže zaopatřit, v domově se o něho postarají profesionálové, kteří pomohou s nemocemi, indispozicemi nebo handicapy. Doma je sice doma, nicméně profesionální přístup a vhodné pomůcky, které jim stáří usnadňují, jsou mnohdy přínosnější, než domácí atmosféra. Navíc se nemusí o nic starat, mají uklizeno, navařeno a vypráno. Další výhodou je společnost a zábava. I když senior bydlí u rodiny, ta na něho nemusí mít vždy čas, a pak se tyto problémy mohou nahromadit a vzrůstá napětí v rodině. Ne vždy si senior uvědomuje, že pečující rodina má i svůj vlastní život.

„Každý si přeje dlouho žít, ale nikdo nechce být starý.“¹⁹

Pobyt seniora v takovém zařízení stojí peníze a výše úhrady se odvíjí od toho, jakou rozsáhlou péči člověk potřebuje, jaké další služby si objedná a jak dobře je domov vybavený. U každého je to individuální záležitost.

„Náklady na jedno lůžko v domově důchodců jsou asi dvacet tisíc korun na osobu a měsíc, přičemž senior hradí kolem deseti až dvaceti tisíc korun ze svého důchodu a příspěvku na péči,“²⁰ vypočítal Štěpán Černoušek z ministerstva práce a sociálních věcí.

Z těchto několika čísel je patrné, že se mnoho starších lidí neobejde bez pomoci své rodiny. Z toho jasně vyplývá, že nejvýhodněji pro seniora vychází, když bydlí v bytě nebo rodinném domě se svou rodinou. Pokud se rodina rozhodne bydlet se seniorem, měli by být provedeny určité úpravy, které by vyhovovali všem. Senior by měl mít své soukromí a společné prostory se budou muset drobnými pomůckami přizpůsobit jeho potřebám. Někdy se stane, že potřeby člověka se časem natolik zhorší, že potřebuje odbornou péči, starost rodiny už nestačí a nezbyvá, než se obrátit na odborníky. Stejně je na tom i rodina, která se o seniora postarat vůbec nemůže. V tomto případě, i když senior je umístěn do některého zařízení, je velice důležité, aby zůstal se svou rodinou v kontaktu. Týká se to i vnoučat a přátel.

19 SOFOKLES, [online] Dostupné z: <http://www.tretivek.cz> [cit.dne 18.2.2014]

20 ČERNOUŠEK, Š., [online] Dostupné z: <http://www.zijemenaplno.cz> [cit.dne 18.2.2014]

2.3 Podpora sociálního zabezpečení

Sir Michael Marmot, člen výboru WMA (Světová lékařská asociace – WMA), hovořil na Valném shromáždění WMA v uruguayském Montevideu v říjnu 2011 o aktuálních názorech na sociální determinanty zdraví u demograficky předpokládaného přibývání stárnoucí populace. Jeho přednáška se vztahovala na vliv změn u systémů zdravotní péče. V České republice se tímto tématem zabývá prof. A. Žáček, který uvádí, že zdraví populací je predominantně určováno interakcí lidí s jejich sociálním prostředím.²¹

Vědecký přístup k sociálním determinantám zdraví dnes zahrnuje souvislosti s řadou vědeckých oborů, a tak vzniká sociobiologie, sociogerontologie, sociopsychiatrie a socioendokrinologie. Realita materiálních, ekonomických a v našich podmínkách i totalitně kolektivizovaného života ve 2. polovině 20. století se dostávala do rozporu s postuláty humanistické psychologie i s potřebami starých a stárnoucích lidí.

V současné době stárnutí populace, přibývání starých i velmi starých lidí, prodlužování života ve stáří, zlepšování zdravotního a funkčního stavu seniorů, propad potřeby lidské práce, změny rodiny, velký rozvoj komunikačních technologií klade závažné otázky o smyslu, povaze a rizicích života ve stáří, penzijních systémech, mezigenerační solidaritě, o změnách medicínských přístupů i sociálních služeb vůči seniorům.

Sociální politika je jednou ze stěžejních součástí politiky státu. Patří k základním předmětům pro studijní obory sociální péče.

„Poznání pravdy je zdravím lidského ducha.“²²

Lidská práva se vztahují na každého člověka, je to kategorie právní a zahrnuje v sobě historický, filozofický, etický, náboženský, politický i sociální aspekt. Veškeré dění v sociální oblasti se řídí závaznými pravidly, která vycházejí z dokumentů a definují lidská práva.

21 MARMOT, M. in DUKOVÁ, I. Sociální politika, s. 15

22 DUKOVÁ, I., Sociální politika, s. 8

- Jsou rovná a nezczitelná
- Jsou to práva přirozená – každý člověk na ně má přirozený nárok, stát ani společnost je nepřiděluje, pouze prohlašuje, potvrzuje a uznává. Jsou základem spravedlnosti, svobody a míru světa.
- Vytvírají se spolu s vývojem státu a společnosti samé – státní povinností je podpora a respekt k lidským právům a usilování o jejich rozvíjení dodržování.

Účast státu v sociální politice je závislá na politických, ekonomických a společenských podmínkách určité země, na její kulturní vyspělosti, ideologiích a tradicích. V historii do konce 19. století měl stát omezenou roli, významnou úlohu hrála šlechta a její zájmy. Ve 20. století nastává zásadní změna, začíná se klást důraz na regulační zásahy státu v ekonomické i sociální oblasti. Začíná silící role státu, která má tři priority – klade důraz na dobré vzdělání, zajištění obyvatelům nezbytných příjmů s úmyslem vyrovnat šance při vstupu do života a dobré zdraví.²³

V roce 1989 politické změny zasáhly probíhající socialistickou společnost a ukončily její čtyřicetileté trvání. Do roku 1990 vůbec neexistovala sociální politika v našem státě ve smyslu moderních trendů. Velké sociální systémy jako školství, zdravotnictví v minulosti dobře fungovaly, byly však vázány solidaristickými prvky, ty se staly neúnosnými a ekonomicky nákladnými.

V této situaci vznikají sociální rizika, která jsou způsobena společenskými mechanismy a mohou postihnout všechny členy společnosti.

Jsou to zejména události, které snižují schopnosti jednotlivců, a to snížení schopnosti zapojit se do pracovního procesu v souvislosti s onemocněním, ztráta zaměstnání nebo invalidita. V současné době je velkým problémem nezaměstnanost, která má dlouhodobý charakter. Narůstá podíl neplnhodnotných pracovních kontraktů, které neumožňují dostatečně se proti ztrátě zaměstnání pojistit. Existují dva druhy pojištění:

- **Soukromé pojištění** - vysoká rizika kryjí vysoké pojistné tarify a nízká rizika tarify nízké
- **Pojištění zaváděné státem na principu solidarity** – osvobození života občanů od závislosti na trhu, solidarita a zajištění, která umožňuje přizpůsobovat pojistné.

23 DUKOVÁ, I., Sociální politika, s. 23

Na druhé straně je zde i sociální ochrana, kterou můžeme rozdělit na tři roviny.

a) Obecná – obecné příkazy, zákazy určené všem. Dělí se na:

- **preventivní** – kontrolní mechanismy zabraňující procesům necelistvosti osobnosti v oblasti bio-psycho-sociální. K těmto mechanismům patří inspekce práce, medicínské a hygienické služby, policie, psychologické poradenství, ambulantní sociální práce.
- **adresnou** – konkrétní určení osobní ochrany občana, karanténní opatření. Zajišťuje práva občana vůči ostatním (dovolená na zotavenou, pracovní neschopnost)

b) Terapeutická – je prevencí psychických a sociálních změn, biologických, jedná se o sociální situace, které občan není schopen řešit sám.

c) Rehabilitační – pomáhá zvládnout důsledky změn v oblasti osobnosti člověka. Poskytuje pomoc při setrvání ve vlastním sociálním prostředí nebo jeho zachování.

Hlavním posláním sociální politiky je vytvoření důstojných podmínek pro život a zajištění rovných příležitostí pro všechny. To znamená zajištění rovných příležitostí v oblasti bydlení, vzdělávání, zdravotní péče, garance dostatečného minimálního příjmu.²⁴

24 ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., Sociální gerontologie, s. 9

2.4 Zabezpečovat potřebnou ošetrovatelskou péči

Vyšší věk přináší různé změny, které se projevují zpomalením pohybů, zpomalením chůze, senioři začínají být více opatrní. Objevuje se nerozhodnost, snižuje se koncentrace pozornosti, váhavost a ke zvládnání běžných činností potřebují více času. Tento úbytek může být naopak vyrovnán důsledností, systematickostí a důkladností. Někteří starší lidé nemají již takovou vynalézavost a nápaditost. Naopak od mladších, mají více zkušeností, které mohou nebo nemusejí vést k rozvažování a také ke stoupajícímu zájmu o informovanost a rozhled. Odchodem do důchodu člověk ztrácí pracovní přátelství a kontakt s lidmi, mění se rodinné vztahy.

Senioři neochotně přijímají změny ve svém životě, které vedou často k sociální izolaci a neschopnosti navázat nová přátelství. Nejhorší pro seniory je, že přestávají být soběstační a potřebují pomoc druhých. Důležité pro seniory je, aby věděli, na koho se mají obrátit, pokud budou potřebovat pomoc.

Jak říká V. E. Frankl:

„ Neptejme se života, co nám dá, ale ptejme se sami sebe, co já sám dám svému životu, jak naplním jeho smysl.“²⁵

Je těžké zvládnout nebo přijmout pečovatele, ať se jedná o rodiče nebo manželku či manžela. Přijímat jeho omezení a náladovost, s tímto nemocným člověkem musíme žít, a tak se tato péče stává břemenem. Někdy pečovatelům schází potřebná informovanost, kam se obrátit o pomoc. V tomto případě jsou velkou pomocí o starého člověka v domácím prostředí agentury domácí péče, dobrovolníci, stacionáře, střediska pečovatelské služby, charitativní sdružení a další sociální aktivity v rámci komunity.

Mnozí senioři jsou závislí na své rodině, která péči o ně odmítá a přesouvá ji na zdravotní a sociální instituce. Je také fakt, že mnoho dětí našich seniorů jsou sami senioři. Názory psychologů na problémy psychosociálního stárnutí jsou rozdílné, neexistují žádné velké studie ani údaje o osobách na 80 let. Změny, které probíhají na začátku etapy stáří a v jeho průběhu přinášejí změny v oblasti biologické, ale také souvisejí i s prožíváním a chováním seniora a jeho postavením ve společnosti.

25 FRANKL, V. E. in KLEVELOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., Motivační prvky při práci se seniory, s. 25

Je proto nesmírně důležité chápat stáří pohledem biopsychosociálním. V medicíně se stále podceňuje somatizace psychických problémů a hledají se potíže v tělesných orgánech, příliš se neprovádí podrobná psychosociální anamnéza.

Psychika u starého člověka prochází různými změnami a to jak ve vnímání, paměti, myšlení, pozornosti tak i v představách. Dochází také ke snížení schopnosti adaptace na nové podmínky a různé životní situace. Špatná psychika u seniora způsobuje strach, úzkost a nejistotu.²⁶

Takto oslabené smysly vedou v některých případech k tomu, že senior odmítá chodit ven, setkávat se s druhými lidmi je nedůvěřivý a ostražitý. Ve věku po osmdesáti let a později se u některých seniorů objevují poruchy paměti, poruchy osobnosti a rozhodovacích schopností. V tomto věku je zaznamenán nárůst demencí, zvláště Alzheimerovy choroby.

„Léta zvrásní tvář a nedostatek nadšení zvrásní duši. Pochybnosti, starosti, nedůvěra v sebe, zoufalství a strach – to jsou ta dlouhá léta, která ohnou záda a obrátí rostoucího ducha zpátky v prach. Jste tak mladými, jako je vaše víra, a tak starými, jako jsou vaše pochybnosti, tak mladými, jako je vaše sebedůvěra, a tak starými, jako jsou vaše strachy, tak mladými, jako jsou vaše naděje, a tak starými, jako je vaše zoufalství.“²⁷

Je potřeba připomenout učitele Jana Amose Komenského, který je naším prvním psychologem a gerontologem. Jako první na světě kladl důraz na celoživotní vývoj člověka od prenatálního života až do smrti. Výchova mravní, rozumová a tělesná přispívá k formování člověka na celý život, aby jedinec dokázal zastat své životní role.

J. A. Komenský formuloval myšlenku školy stáří jako součást celoživotního vzdělávání.

Ve svém rukopisu Škola života J. A. Komenský píše:

„Jak by mohl, dovedl a chtěl starý člověk žít.“²⁸

26 KLEVELOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., Motivační prvky při práci se seniory, s. 18

27 KLEVELOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., Motivační prvky při práci se seniory, s. 19

28 KOMENSKÝ, J. A. in KLEVELOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., Motivační prvky při práci se seniory, s. 27

Ve své knize Vševýchova navrhl J. A. Komenský rozšíření stupně škol tak, aby se člověk mohl vzdělávat celý život. Navrhl školy zrození, dětství, chlapectví, jinošství, mladosti, mužnosti a stáří. Prevence chronických nemocí stáří uvedl již ve škole mužnosti. Člověk byl zrozen k moudrosti užívat života a plnit svůj životní úkol. Ve škole stáří měl člověk překonat choroby, chyby stařeckých mravů.

Výuka měla mít takovou koncepci, aby staří lidé mohli a chtěli využít zbytek života, jehož součástí by bylo dokázat svůj život dobře uzavřít a připravit se na odchod do života věčného.

„Stáří nemá být koncem života, ale jeho korunou.“²⁹

29 KLEVELOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., Motivační prvky při práci se seniory, s. 35

3 Domovy a hospice pro seniory

3.1 Domovy důchodců

„Stáří a stárnutí je biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, neopakuje se a je nevratný, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí specifickým zákonem, podléhá formativním vlivům prostředí.“³⁰

Domovy důchodců jsou ústavy sociální péče, jsou určeny pro staré občany, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu a kteří vlivem svého zdravotního stavu potřebují komplexní péči. Tato péče jim nemůže být zajištěna pečovatelskou službou ani jinými službami sociální péče ani zajištěna členy rodiny. Dále domovy důchodců slouží starým lidem, kteří toto umístění nezbytně potřebují z vážných důvodů. Nemohou být přijati senioři, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování ve zdravotnickém lůžkovém zařízení.

Všeobecně v domovech důchodců jsou zajištěny základní činnosti, kterými jsou poskytování ubytování, stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů jako je péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně. Vedení domova se též zabývá zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím, jako jsou výlety, vycházky, návštěvy kulturních akcí. Velmi oblíbenou terapeutickou činností je zooterapie, individuální ergoterapie.

Některé domovy důchodců zajišťují reminiscenční terapie, je to rozhovor terapeuta se seniorem nebo skupinou seniorů. Hovoří spolu o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách o zkušenostech, prožitých událostech. Na sezení si senior může vzít fotografie, staré předměty, které mu připomínají domov.

Využití reminiscenční terapie je obzvláště vhodné u lidí s demencí, u nichž je jejím cílem oživení zkušeností a zejména těch, které jsou pozitivní a osobně hodně důležité.

Základním terapeutickým prvkem je navození pohody, sebeuspokojení, dobrého pocitu, radosti a potěšení i kognitivní stimulace.

Dostat se do domova důchodců bývá někdy složité, čekací doba může být i dva roky. Důležitým kritériem je zdravotní stav, čím je naléhavější, tím by domov měl být pružnější. Někdy sám senior chce být umístěn do domova, a to většinou bývá, pokud nemá senior rodinu a nechce být sám. Důležitá jsou i další kritéria, větší šance na umístění mají senioři, kteří mají vyjednaný příspěvek na péči, také výše důchodu má velký vliv na přijetí. Čím větší důchod, tím větší šance.

Kolik to stojí?

Pobyt starého člověka v domově důchodců měsíčně stojí 10 230 korun a více. Stravu a ubytování si každý klient hradí ze svého starobního důchodu. Jako kapesné musí každému zůstat patnáct procent důchodu. Pokud náklady jsou větší než penze, doplácí za seniora obvykle rodina. Domovu připadne i již zmiňovaný příspěvek na péči.

V soukromých domovech důchodců musíme počítat s nárůstem hrazené finanční částky o dalších šest až deset tisíc korun měsíčně.³¹

Rodina i senior musí zvážit, zda požádat o umístění do státního domova důchodců, nebo zvolit soukromý domov důchodců, či upřednostnit jinou alternativu, například dům pro seniory s pečovatelskou službou nebo penzion pro seniory.

31 [online] Dostupné z: <http://www.penize.cz/domov-pro-seniory-luxus-pro-stastlivce-jake-jsou-alternativy-akolik-stoji> [cit.dne 7.3.2014]

3.2 Hospice

Hospic je lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Některá z těchto zařízení poskytují kromě lůžkové péče také domácí hospicovou péči. Zaměstnanci hospice kladou důraz na přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by mohl pacient zůstat až do konce života.

Péče, která se v těchto zařízeních poskytuje, se zaměřuje na úlevu od bolesti a dalších tělesných potíží, a to ve chvíli, kdy je tato nemoc nevléčitelná, a nebo neexistuje žádná léčba, která by pacienta vyléčila.

Hospic zajišťuje sestavení individuálního plánu denního režimu, rozhovor se zdravotní sestrou ve dne i v noci. Také zapůjčuje rehabilitační pomůcky, jako jsou chodítka, kolečková křesla a pod. Tato zařízení nabízí také možnost využití společenské místnosti s knihovnou, prostor na zahradě, pokud je umožněn přístup s lůžkem nebo procházky po okolí na invalidním vozíku. V některých případech se v hospicích mohou pořádat rodinné oslavy, pokud to zařízení umožňuje.

„Existuje i jiný druh zpochybnění důstojnosti, v maličkostech není tak závažný, vysmívání se starým lidem za vyřčení chybného slova, protože když stárneme, často přeskakujeme z jednoho tématu na jiné.“³²

Z praktického hlediska dělíme pacienty s potřebnou paliativní péčí na nemocné s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání, to jsou pacienti ve vigilním komatu, pacienti s pokročilou demencí a nemocní v permanentním vegetativním stavu.

Tito nemocní lidé vnímají situace velmi omezeně a jejich vnitřní svět je obtížně přístupný. Takto nemocní pacienti se nepodílí na rozhodování o léčebném plánu, rozhodují za ně příbuzní, zákonný zástupce, lékař, a to v jejich nejlepším zájmu.³³

32 [online] Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz> [cit.dne 9.3.2014]

33 SKÁLA, B., SLÁMA, O., Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci, s. 42

Odlíšná je druhá skupina pacientů, jsou to mladší lidé s progredujícím nevyléčitelným onemocněním např. nádory. Ti si své vážné onemocnění uvědomují a způsob, jakým tuto skutečnost psychicky zvládají, je důležitým tématem paliativní péče.

Tito nemocní se podílejí na tvorbě léčebného plánu, jejich přání a jejich vůle jsou základním rámcem pro poskytování paliativní péče.

„Stáří je břemeno. Lidé se na Vás usmívají, ale je to jen studený úsměv z povinnosti. Bez lásky a citu.“³⁴

V každém hospice by měl být odborně vzdělaný a vyškolený personál, který respektuje potřeby klientů. Chránit práva klientů včetně jejich soukromí a zajišťovat jejich bezpečné prostředí. Dále je nezbytné aktivně podporovat a rozvíjet kontakty s rodinami klientů a také s veřejností.³⁵

Je potřeba dbát na lidskou důstojnost, neboť v ošetrovatelských ústavech bývá důstojnost pacienta podrývána hromadnými procedurami, odhalováním nahoty před ostatními pacienty nebo před cizími lidmi. Někdy zapomínáme, že i bezmocní pacienti jsou stále především lidmi.

„Znám sestry, které zacházejí s pacienty nedůstojně. Jednou jedna taková přišla na oddělení se seznamem a zjišťovala, kdo má jít na toaletu. Někdo ji požádal, že by potřeboval na toaletu hned, podívala se do seznamu a řekla, teď nejste na řadě.“

Má takový člověk důstojnost?³⁶

34 [online] Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz> [cit.dne 9.3.2014] str. 19, str. 24

35 SKÁLA, B., SLÁMA, O., Paliativní péče o pacienty v termálním stádiu nemoci, s. 38

36 [online] Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz> [cit.dne 9.3.2014]

3.3 Domov pro seniory

Senior, který již nemůže bydlet ve svém domě, nebo na jeho údržbu nestačí silami, ani nechce žít anonymním paneláku, může si zažádat o místo v domově pro seniory s pečovatelskou službou. O tyto domovy je velký zájem a žadatel může čekat i několik let. Tyto domovy jsou většinou přízemní nebo dvoupatrové s výtahem. Pokud je člověk sám, většinou má jednopokojový byt, kde je menší kuchyňská linka a elektrický sporák z důvodu bezpečnosti. Pro manželské páry jsou byty dvoupokojové. Všichni obyvatelé těchto zařízení si mohou vzít s sebou svoje osobní věci a nábytek.

Tato zařízení jsou zřizována každou městskou částí, sazby za metr čtvereční jsou jiné jak u panelových domů, tak u soukromých domů s pečovatelskou službou. Tato sazba činí asi 30 korun za 1 metr čtvereční.³⁷

V těchto zařízeních je k dispozici také zdravotní sestra, která slouží od podělí do pátku, většinou od sedmi do patnácti hodin.

V samotných domovech a penzionech se zajišťuje pro klienty domácí zdravotní péče na základě předpisu praktického lékaře. Náklady na tyto služby jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami.

Mezi základní služby patří:

- pomoc a dohled při podávání medikamentů, injekční podávání léků,
- ošetření drobných poranění, převazy po operačních zákrocích a úrazech.

V domovech s pečovatelskou službou jsou senioři soběstační, někteří si vaří, jiní využívají donáškové služby.

Ve státním domově s pečovatelskou službou vyjde nájemné + energie asi na 5000 korun měsíčně.

Jiné je to v soukromých domovech, služby jsou rozsáhlejší, pořádají se výlety, kulturní akce a jiné vyžití pro seniory. Nájemné + energie vychází na 10 000 korun a více za kalendářní měsíc.

37 Nájemní smlouva Pečovatelský dům Stará osada 32

3.4 Léčebna dlouhodobě nemocných - LDN

„Jeden velký okamžik prožitý v závěru našeho života může dát zpětně smysl celému našemu životu.“³⁸

Paliativní péče v terminálních stádiích nevléčitelných onemocnění a péče o lidi umírající je další z komplexů velmi specifických problémů. U nás se začala prosazovat od počátku 70. let 20. století a dále se rozvíjela s tehdy připravovanou koncepcí oboru geriatric. Tato koncepce byla považována za lůžkovou základnu geriatric.

Tato lůžková zařízení zdaleka nepokryjí potřebu pacientů, kteří potřebují paliativní péči. Je třeba vytvořit určitého zázemí metodického a odborného vedení pro systém paliativní péče a medicíny, který by měl být všude tam, kde jsou lidé, kteří potřebují paliativní péči.

Medicína dlouhodobé péče je novou nástavbou zavedenou do systému vzdělávání lékařů od roku 2009. Odborníci jsou vzděláváni v problematice podpory důstojnosti, komunikace v týmu, prosazování kvality péče a funkčního hodnocení klientů.

Služby dlouhodobé péče je třeba posuzovat na základě několika proměnných:

- počty starších lidí
- počty nesoběstačných lidí
- poměr mezi neformální a formální péčí
- náklady na jednotku péče

Je také potřeba vytvořit nové profese pro tyto nově vznikající služby. Konkrétně se jedná o manažery služeb, domácí asistenty a další víceúčelové profese v těchto službách, které budou schopny kombinovat jak zdravotní, tak i sociální aspekty dlouhodobé péče.

Problematika dlouhodobé péče se začíná dostávat do popředí politických debat v mnoha zemích. Potřeba dlouhodobé péče výrazně poroste se stárnutím populace, což bude velmi významné i z ekonomického hlediska, zejména po roce 2030, kdy se konkrétně v České republice do seniorského věku posunou silné ročníky, tzv. baby boomers.³⁹

38 ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., Sociální gerontologie, s. 15

39 [online] Dostupné z: <http://www.noviny-mpsv.cz> [cit.dne 9.3.2014]

4 Paliativní péče

4.1 Péče poskytovaná v hospicích

V šedesátých letech 20. století se poprvé objevil etický problém zvaný dystanázie – zadržaná smrt. Tento pojem můžeme chápat jako situaci, kdy přístroje a medikamentózní léčba nedovolí zemřít člověku, který by za normálních podmínek odešel v klidu z tohoto světa.

Pro naše předky, byla smrt naprosto běžná, uměli s ní zacházet, pozůstali měli vytvořeny rituály, jak se smrtí zacházet. Nepřinášela tolik traumat a tolik nezraňovala a nepřinášela další patologické změny u jednotlivých pozůstalých. V dnešní době je smrt spíše zdravotnickým problémem, než realitou rodinného života.

Rozvoji medicíny musíme připsat velké plus, neboť lidé mohou umírat bezbolestně, nebo pouze s mírnými bolestmi, které se lékaři také snaží odstranit.

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba nemoci, která přináší bolesti a dalších symptomů a řešení sociálních, psychologických a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“⁴⁰

V hospicích by měl být vyškolen personál takových kvalit, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout ošetrovatelskou, psychologickou a lékařskou péči na nejvyšší úrovni. Pro pacienty nemocné nebo umírající, pokud si nebudou přát jinak, podávat utišující prostředky a poskytovat přiměřenou paliativní péči, i kdyby pro pacienta léčba měla vedlejší účinky a účinek léčby měl za následek zkrácení života.

„Smutek je jedna z emocí, stav nálady, který je opakem radosti. Smutek je reakcí na událost, která se nás nepříznivě dotýká, jako je ztráta blízkých osob, zhasnutí naděje. Nevypořádá-li se člověk s žalem, může propadat depresi.“⁴¹

40 MARKOVÁ, M., Sestra a pacient v paliativní péči, s. 19

41 NAKONEČNÝ, M., Lidské emoce, s. 254

4.2 Léčebna dlouhodobě nemocných

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou zdravotnická zařízení lůžkové péče. Pacientům je zde poskytována specializovaná lůžková péče, která je zaměřena na rehabilitační a ošetrovatelskou péči pro osoby trpící déle trvajících nemocí.

Tito pacienti se musí naučit žít se svou nemocí a přizpůsobit se symptomům jejich onemocnění.

„Prakticky všude tam, kde je poskytována a zajišťována zdravotní péče, je nutné současně zajistit a poskytovat péči sociální.“⁴²

V souvislosti se změnami v systému sociálního zabezpečení se v návrhu zákona o sociální pomoci objevuje termín sociální práce, je to metoda sociální pomoci. V české společnosti vzniká řada institucí pro řešení sociální politiky, sociálních služeb, sociálních problémů, sociálního zabezpečení, vznik zdravotních a vzdělávacích programů a zařízení sociální péče.

Sledováním sociální práce vidíme, že se do popředí dostává snaha o profesionalizaci a zdokonalování vzdělávání sociálních pracovníků, u kterých se vyžaduje odborné vysokoškolské vzdělání.

Komplexnost péče si vyžaduje propojení spolupráce odborného týmu, do kterého patří i zdravotně sociální pracovník. Pozice, kterou zastává, vyžaduje velké úsilí při práci s klienty. Jeho práce bývá ve zdravotnických zařízeních ostatními zdravotníky nedoceňovaná.

První sociální pracovníci byli nazýváni „hospital almoners“ (nemocniční sociální pracovníci) a byli u zrodu sociální práce ve zdravotnictví. V nemocnicích jsou součástí týmu akutní péče a v týmu péče o dlouhodobě nemocné pacienty.⁴³

42 VURM, V. in KUZNIKOVÁ, I., Sociální práce ve zdravotnictví, s. 26

43 KUZNIKOVÁ, I., Sociální práce ve zdravotnictví, s. 29

4.3 Domácí péče

V dřívější době žilo několik generací v jednom domě a děti byly vychovávány v úctě k seniorské populaci, znaly problémy starých lidí i jejich odlišnosti. Bylo normální, že mladší generace se starala o generaci starší.

Zejména starší generace preferuje, když zůstává s rodinou, prarodiče jsou přítomností vnoučat obohacováni o blízkost dětského světa. Senioři se od mladé generace dozvídají novinky z výpočetní techniky nebo o ovládání mobilních telefonů. Praktickou výhodou více generačního soužití je i pomoc při výchově dětí. Rodiče mohou chodit do zaměstnání, aniž by museli prožívat stresové situace z pozdního příchodu do práce.

V rodinách, kde chybí schopnost pomáhat si, vzájemná tolerance a porozumění, nepanují dobré vztahy. V těchto rodinách pak nelze předpokládat, že děti se postarají o staré rodiče. V naší kultuře je běžné, že mladá generace žije sama a tím pádem se nevytváří žádné místo, kde by senior mohl zůstat v případě jeho nesoběstačnosti. Při neschopnosti seniora je nejlepší aktivní spoluúčast rodiny na péči o své rodiče. Senior se cítí lépe ve vlastní rodině, která o něho pečuje, než v ústavním zařízení. Pro rodinu je to obrovská zátěž postarat se o seniora, obzvláště pokud členové rodiny pracují. Řešení tohoto problému se dá vyřešit jedině zapojením všech členů rodiny.

Obecné cíle domácí péče:

- **Vytvoření sociálního prostředí** – pohoda seniora, senior má žít bez pocitu viny, že je rodině na obtíž a že jí přiděluje zbytečné starosti, vědomí bezpečí domova.
- **Vedení ke zdravému životnímu stylu** – chodit se seniorem na pravidelné vycházky, uzpůsobit stravu, pokud je to možné, rehabilitovat se seniorem.

Specifické cíle domácí péče:

- Vychází se z postižení nebo onemocnění, která se vztahují ke konkrétním opatřením, k vlastní ošetrovatelské péči a režimu dne.⁴⁴

44 MLÝNKOVÁ, J., Péče o staré občany, s. 53

4.4 Osobní asistent

Osobní asistent umožňuje člověku i s velkým postižením žít doma, ve vlastní domácnosti a vlastním životem. Je to cesta k důstojné existenci, kdy člověk za pomoci asistence i nadále může studovat, pracovat, uplatňovat svoje schopnosti ve svůj prospěch i prospěch společnosti.

Osobní asistent vykonává pro svého klienta činnosti, které by klient dělal sám, kdyby mohl. Pomáhá mu řešit mnoho důležitých situací, které by klient s ohledem na své postižení nebo onemocnění nezvládl.

Služby osobního asistenta se poskytují bez omezení na čas a místo. To znamená, že osobní asistent je k dispozici klientovi doma, mimo domov, přes den, v noci, o víkendech a vždy podle potřeby klienta. Osobní asistence řeší osobní handicap, neoddělení klienta od společnosti. Klient svého asistenta bere jako partnera, protože jejich vztah je velmi osobní, zasahuje do intimní oblasti života klienta jako je hygiena, toaleta.

Osobní asistent pomáhá klientovi naplňovat základní životní potřeby:

- **biologické** – hygiena, spánek, jídlo, pití, úprava prostředí, polohování, pohyb,
- **kulturní** – kino, divadlo, internet, hudba, vzdělávání, zaměstnání.

Klient si svého asistenta vybírá sám, pokud mu to jeho zdravotní stav dovoluje.

Velmi důležitý je vztah klient-rodina a klient-asistent.

Zásada: Klient si vždy vybírá asistenta, ne opačně!

Pro vztah klienta a asistenta obecně platí zásada:

„Co nechceš, aby jiní činili Tobě, nečiň Ty jim!“⁴⁵

45 [online] Dostupné z: <http://www.osobniasestence.cz> [cit.dne 10.3.2014]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Eutanázie

5.1 Usmrcení na žádost, se svolením poškozeného

Smrt je konec života. Jediná jistota našeho života je, že všichni musíme zemřít. Někdo dříve a někdo později.

Každý lékař vykonávající své povolání na území České republiky musí být ze zákona členem české lékařské komory a je povinen dodržovat Etický kodex české lékařské komory, který říká: „ Úkolem lékaře je chránit život a zdraví, mírnit utrpení, a to bez ohledu na rasu, barvu pleti, národnost, politickou příslušnost, náboženské vyznání, sociální postavení, věk, sexuální orientaci, rozumovou úroveň, pověst pacienta nebo osobní pocity lékaře.“⁴⁶

Podle Světové zdravotnické organizace je eutanázie vědomé a úmyslné provedení činu se záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek:

- Subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen. Jednající ví o stavu osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s úmyslem ukončit život této osoby, skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.
- Asistovaná sebevražda je od eutanázie odlišná. Jde o situaci, kdy jedna osoba poskytne druhé osobě radu, informaci nebo prostředek, kterým je sebevražda spáchána. Jedná se o poskytnutí pomoci osobě, která chce ukončit život.

Eutanázie a asistovaná sebevražda nejsou přípustné.

Pacienti, kteří jsou v kritickém stavu a vysloví své přání změnit nekvalitní život za milosrdnou smrt, pronesou náhle a zkratově. Stane se to většinou ve chvíli, kdy pacient trpí velkou bolestí jako je infarkt myokardu, při vysokém míšním poranění se zachovaným vědomím, akutní dechová nedostatečnost. Proto se tato vyslovení řadí mezi zkratové reakce.

⁴⁶ PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P., Eutanázie – pro a proti, s. 17

Dříve nemocný většinou umíral doma, byl obklopen rodinou, se kterou mohl komunikovat. Dnes je to jiné, pokud nemocný je v některém nemocničním zařízení, umírá sám mezi přístroji a hadičkami s občasnou návštěvou sestry a lékaře při vizitě.

V České republice probíhají již několik let diskuze o možnosti legalizace eutanázie, navzdory argumentům jejich odpůrců. Proti uzákonění eutanázie se postavila i mezinárodní lékařská asociace. Česká lékařská komora zaujala negativní stanovisko, které bylo formulováno dne 24. dubna 2001:

„S úctou k životu a při poznání smrti jako neodvratného ukončení života respektujeme Etický kodex České lékařské komory, podle kterého lékař nemá prodlužovat utrpení nemocného s nevléčitelnou nemocí, avšak eutanázie a sistovaná sebevražda jsou nepřístupné. Asistovaná sebevražda a eutanázie jsou projevem selhání. V dnešní době lze zajistit léčení bolestí a ostatních fyzických symptomů, sociálního, psychického a duchovního utrpení tak, aby k žádosti o usmrcení nemuselo docházet. Naše společnost objektivně disponuje dostatečnými finančními prostředky, dovednostmi, znalostmi, léky i přístrojovým vybavením, aby pacientům byla poskytnuta odpovídající paliativní léčba. Tento přístup je schopen nemocnému zajistit co nejlepší možnou kvalitu zbytku života, včetně důstojné smrti bez bolesti, psychického, sociálního, fyzického a duchovního utrpení.

Pro rozhodnutí a poskytování nejvyšší etické služby nevléčitelně nemocnému a umírajícímu musí být lékařům nápomocna celá společnost, právo, ekonomická i zákonodárná systémová opatření. Civilizovaný stát musí chránit život, a ne legalizovat jeho likvidaci.“⁴⁷

Hlavním důvodem, proč pacienti žádají o eutanázii, je strach z bolesti, ale i pocit ztráty důstojnosti, pocit osamělosti, opuštěnosti, ztráty smyslu života. To může paradoxně znamenat, že nemocný prosí o pomoc a soucit. Je třeba brát v úvahu utrpení vyplývající z odloučení od rodiny a přátel, utrpení ze ztráty sociálního postavení. Je to také bolest emoční, bolest spirituální prožívaná jako strach z neznáma.

⁴⁷ KLENER, P., Česká lékařská komora, 24.4.2001. s. 84

Hodnocení domova důchodců a hospice

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo hodnocení péče o seniory v domově důchodců a hospicích.

Domovy důchodců:

Z mého pohledu, mluvíme o státních domovech důchodců, klienti jsou ubytováni většinou ve dvojlůžkových pokojích, jednolůžkové jsou minimálně. Většinou pacienti nemohou mít svůj nábytek, jen nějakou drobnost, která jim připomíná, že domov není to o tom, že by jim to vedení nechtělo dovolit, ale spíše z malých prostor pokojů. Pokoje působí neosobně, jsou vymalovány na bílo a připomínají spíše nemocniční pokoj. Klienti by potřebovali modernější vybavení, ostřejší světlo v pokoji, protože někteří už špatně vidí a nemohou si číst. Dále samootevírací dveře, senioři mají hole na pomoc při chůzi a dělá jim velké problémy otevřít dveře a držet hůl. Nemají již tak dobrou motoriku. Lépe jsou na tom senioři, kteří bez problémů dojdou do jídelny nebo do parku a jsou schopni se sami zabavit. Mnohem hůře jsou na tom senioři, kteří špatně chodí nebo vidí a nemohou bez cizí pomoci opustit pokoj. Jídlo je na pokoj doneseno personálem a senioři ztrácí kontakt s druhými lidmi. Jsou odkázáni být většinu dne na pokoji. I když zdravotní sestry je někdy vezmou za hezkého počasí na vozík a vyvezou na zahradu a za hodinu je zase odvezou na pokoj, není to asi to nejlepší. Dostanou se na vzduch, ale potřebovali by někoho, kdo by si s nimi povykládal, nebo je vyslechl. Tady mají velkou zásluhu dobrovolníci, kteří do domova docházejí, jdou se seniorem ven, nebo mu na pokoji čtou knihu. Péče o seniory v domovech důchodců je standardní, někteří v nich nežijí, pouze přežívají. Nejhorší jsou na tom asi senioři, které do domova důchodců odložila rodina a už se o ně více nestará. Tito senioři jsou velmi nešťastní, chybí jim domov a zejména jejich nejbližší, rodina. Uzavírají se do sebe a někdy začnou být zlí i na své okolí. Zdravotní personál se snaží vyhovět všem klientům, ale je málo sester, málo peněz na nové vybavení, na zdravotní pomůcky. Pozitivní v domovech důchodců jsou různé programy ve společenské místnosti, kde si důchodci mohou povykládat, zahrát karty, seniorky zde pletou, dívají se na televizi. Pro seniory jsou pořádány besedy se zajímavými hosty. Podle toho, jak to mohu posoudit, sama bych do domovů pro seniory dala více barev, pokoje, které mají

domácí atmosféru, více sester, které by nejenom donesly léky a pomohly klienta umýt, ale více se mu věnovaly, popovídaly si, usmály se, aby se senior necítil odložený, ale měl pocit, že veškerý personál si ho váží a udělá maximum pro jeho spokojenost.

Hospic:

Hospice jsou využívány lidmi, kteří jsou smrtelně nemocní nebo nemocní trpící Alzheimerovou nemocí nebo jinak závažným onemocněním. Pokoje jsou jednolůžkové nebo vícelůžkové. Jsou ve stylu nemocničních pokojů. Pacienti jsou většinou ležící nebo sami nemohou jíst, či s jinými těžkými problémy. Lékařská péče je zde nezbytná, musí se podávat utišující léky proti bolesti, pacientům se dávají pleny, jsou na nitrožilních kapačkách, protože už sami někteří nepřijímají potravu ústy.

V některých hospicích jsou dvě oddělení. Jedno, kde jsou jenom pacienti ležící a bez pomoci druhé osoby se vůbec neobejdou a potřebují neustálou lékařskou péči. Dále bývá zřizováno oddělení, kde mohou být pacienti, kteří se sami posadí a sami zvládají jednoduché osobní činnosti. Na tomto oddělení jsou služby placené. Jsou to nadstandardní služby pro pacienta, jako je častější otáčení na posteli, polohování postele, masáže atd. Podle mě by tyto služby měly být provázeny jako standardní, aby nedocházelo k zbytečným proležením a zápalu plic, na které ležící pacienti nejčastěji umírají.

Zhodnocení domovů důchodců – hospic, léčebna dlouhodobě nemocných

Při svém výzkumu jsem zjistila, že v žádném případě není možné srovnávat domovy důchodců s hospicem nebo léčebnou dlouhodobě nemocných. Každé zařízení je orientováno na jinou cílovou skupinu pacientů. V domovech důchodců žijí lidé věkově starší, aniž by museli být těžce nemocní. Hospice a LDN jsou zařízení, ve kterých se využívá paliativní péče, a pacienti jsou velmi vážně nemocní. V těchto zařízeních se podávají léky proti bolestem a pacienti jsou pod neustálým dohledem lékařů.

5.2 Názory zdravotních sester na eutanázii

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví, jaké pacienty máte na starosti a co říkáte na eutanázii?

- **Zdravotní sestra č. 1**

Ve zdravotnictví pracuji 20 let a nejvíce s pacienty s roztroušenou sklerózou. Dříve se mělo za to, že kdo měl tuto nemoc, tak pro takového pacienta všechno skončilo. Chtěla bych pracovat v rehabilitačním centru právě pro tyto pacienty. Tyto zařízení v České republice chybí, já sama žiji s diagnózou roztroušené sklerózy skoro dvacet let a z vlastní zkušenosti vím, že nezbytnou součástí léčby je právě specializovaná rehabilitace. Eutanázii neuznávám a nikdy bych s ní nesouhlasila, nikdo nemůže vědět, jak se stav pacienta vyvine.

- **Zdravotní sestra č. 2**

Já pracuji ve zdravotnictví 36 let, byla jsem na chirurgii, JIP, na záchrance a na interně. Teď pracuji v léčebně dlouhodobě nemocných je to těžká a náročná práce. Práce sester a lékařů musí být práce týmová. Týmová práce se stává přáním všech, protože na začátku a na konci je spokojený pacient, sestra i lékař. S vážně nemocnými pacienty pracuji dlouho, setkala jsem se s mnoha úmrtími a když vidím, že žádná léčba už není možná a pacient umírá pomalu a v bolestech, tak v těchto případech bych eutanázii povolila.

- **Zdravotní sestra č. 3**

V léčebně dlouhodobě nemocných pracuji 17 let. Do nemocnice chodí lidé neradi, vždy tam jdou s nějakým problémem, bojí se a mají strach. K tomu všemu se přidružuje zvládání bolesti, případných lékařských zákroků. Já v nemocnici vnímám pozitivní energii, která mě těší a nabíjí, hlavně když je pacient spokojen a na pracovišti dobrá atmosféra. Jsem věřící a s eutanázií nesouhlasím.

- **Zdravotní sestra č. 4**

V domově důchodců jsem zaměstnaná 2 roky a nastoupila jsem hned po maturitě. Práce je zde náročná. V domově bych nechtěla zůstat, chtěla bych do budoucna pracovat jako sálová sestra na chirurgii. Některým seniorům musíme pomáhat s hygienou, oblékáním, chodíme na procházky. Nejvíce mě vadí staré zařízení a nedostatek sester. Nevím, jestli eutanázii ano nebo ne, nikdy jsem o tom nepřemýšlela.

- **Zdravotní sestra č. 5**

V domově důchodců jsem 6 let, jsem ráda, že mám tuto práci a baví mě. V mé rodině nás bylo hodně, tak jsem se musela pořád o někoho starat. Se starými lidmi vycházím dobře a jsem ráda, když jsou spokojení. Pokud budu zdravotně zvládat tuto náročnou práci, ráda bych ji vykonávala co nejdéle.

Mezi seniory někdy zavládnou spory a ty, pokud jsou v naší kompetenci, musíme vyřešit. Eutanázii neuznávám, protože z mého pohledu je to vražda. Každý má právo si svůj život prožít až do konce.

5.3 Dotazy lékařům a jejich názor na eutanázii

Pane doktore, eutanázie ano nebo ne?

- **Lékař č. 1**

Jsem zásadně proti eutanázii, i umírající na životě lpí. Na onkologii jsem se často setkával s umírajícími a za celou dobu pouze ve dvou případech mě pacienti žádali, abych jejich utrpení ukončil. Pokud někdo chce z tohoto světa dobrovolně odejít, tak má mnoho příležitostí, jak to udělat, a nemusí přenášet ukončení svého života na lékaře.

- **Lékař č. 2**

Zcela se zanedbal rozvoj hospicové péče, nemáme dostatek vyškoleného personálu. Dnes máme tak účinné prostředky na tišení bolesti, které až na výjimky mohou nemocného bolesti zbavit. Často je jedinou léčbou injekce morfinu. Považoval bych za účelnější věnovat více pozornosti symptomatické léčbě než úvahám o eutanázii. Důležité je pro umírajícího zajistit kontakt s rodinou, pokud má ovšem rodina zájem, a zbavit tak nemocného pocitu osamění. Takže s eutanázií nesouhlasím.

- **Lékařka č. 3**

V březnu roku 1991 jsem opustila svoji ordinaci, svoji profesi, abych se pustila do boje proti eutanázii, aby nenastala doba, kdy by se eutanázie uzákonila. Jsem lékařka a celý život jsem se snažila lidem pomáhat a ne je zabíjet. Málo lidí ví, jak to v hospicích vypadá, obzvláště teď, když se začíná rozvíjet i domácí hospicová péče. Já osmnáct let pracuji na plné obrátky na tom, aby se lidé nemuseli zabíjet, aby o ty těžce a smrtelně nemocné bylo po všech stránkách dobře postaráno. Jsem zásadně proti eutanázii.

- **Lékař č. 4**

Po atestaci jsem 5 let pracoval v nemocnici na onkologii a nyní pracuji v léčebně dlouhodobě nemocných. Základním posláním lékaře je lidi uzdravovat a pomáhat jim zlepšit jejich zdravotní stav. V případě, že se jedná o staré a nevléčitelně nemocné, je

úkolem lékaře zmírnit či zcela odstranit utrpení nemocného. V žádném případě není lékař osoba, která by měla pomáhat lidem umírat. Eutanázie od základů popírá smysl a poslání lékařského povolání, proto s ní nemohu souhlasit.

- **Lékařka č. 5**

S eutanázií rozhodně nesouhlasím. Přestože mám již větší část svého profesního života za sebou a viděla jsem umírat stovky pacientů, nemohu souhlasit s asistovanou sebevraždou z rukou lékaře. Lékařská věda jde dopředu mílovými kroky a každým rokem se objevují nové druhy léků a způsoby, jak určité nemoci vyléčit nebo alespoň zpomalit. To je důvod, proč je nezbytné každého pacienta udržet co nejdéle při životě, neboť i těžce nemocný má do posledního dechu stále naději, že se pro něj právě v posledním okamžiku může najít ten správný lék. A pokud je opravdu rozhodnutý svůj život ukončit, je to jeho vlastní volba, tudíž i vlastní zodpovědnost, kterou nelze přenášet na lékaře.

5.4 Názory rodinných příslušníků

Jaký je váš názor na umístění rodinného příslušníka do hospice nebo léčebny dlouhodobě nemocných?

- **Respondent č. 1**

S manželem jsme se starali o jeho maminku, která po zlomení krčku zůstala ležet, v té době jí bylo 95 let. Byla naprosto myslící. Museli jsme si s manželem zařídit směny tak, aby, když já jsem v práci, on se mohl starat o maminku, a když jsem přišla, starala jsem se já. Ještě nám pomáhala sousedka, která byla ve starobním důchodu. Tyto 4 roky byly hrozně únavné a někdy jsem si říkala, ať už to skončí. Byla to každodenní starost s přebalováním, mytím, obracením, krmením, natírali jsme maminku dvakrát denně proti proleženinám. Maminka zemřela v 99 letech na zápal plic, takže nakonec v nemocnici. S manželem jsme se domluvili, že do žádného takového zařízení nepůjde a dochováme ji doma.

Respondent č. 2

Po mozkové mrtvici, zůstala moje babička upoutána na lůžko, s manželkou jsme bydleli u ní v domku. I když jsme se chtěli o ni postarat, nebylo to možné. Časem přestávala jíst a pít, obvodní lékařka doporučila hospic, protože musela být krmená nitrožilně. Už když jsme ji převáželi, tak nás jen někdy poznávala, uzavírala se do sebe. Jezdili jsme za ní každý víkend, ale její stav se zhoršoval. Nakonec mě už vůbec nepoznala, přestala mluvit a pořád spala. Jsem rád, že taková zařízení existují, protože s její nemocí bychom se o babičku neuměli postarat.

Respondent č. 3

Tatínek měl rakovinu plic, prodělal chemoterapii, která nezabrala. Věděl, že více jak rok života mu nezbyvá, pracoval až do svého posledního dne na zahradě. Na jeho povahu by vůbec nebylo možné, aby byl v nějakém ústavu. Poslední den svého života dopoledne měl chrlení krve a večer v 19 hodin zemřel v nemocnici. Do nemocničního zařízení bych ho dát

nemohla, protože by mě to nedovolil.

Respondent č. 4

Jsme s manželem pracující a naše rodinné vztahy nejsou jedny z nejlepších. Kdyby u nás v rodině k takové události došlo a museli se rozhodnout, jestli se o rodiče postarat nebo zvažovat domov důchodců, tak jediná možnost je zvolení domova, protože jsme oba pracovní vytížení a rodičům nebo prarodičům by tam bylo lépe. Nevidím na tom nic špatného, naopak mají k dispozici odbornou péči 24 hodin denně.

Respondent č. 5

Já bych rodiče opatrovat nemohla, chodím do práce a na nějakou velkou péči bych neměla čas. Taky bych časem chtěla rodinu a to by pak už vůbec nešlo. Snad budou rodiče zdraví a žádnou péči dlouho nebudou potřebovat.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala péči v domově důchodců, hospicu a léčebně dlouhodobě nemocných. Původně jsem chtěla srovnat domovy důchodců, hospic a léčebnu dlouhodobě nemocných. Na základě svého výzkumu jsem zjistila, že domovy a léčebny pro smrtelně nemocné pacienty srovnávat není možné, protože každý ústav je zaměřen na jiný okruh lidí. Seniori, kteří se nemohou o sebe bez cizí pomoci postarat, nebo nemají nikoho, kdo by jim v pokročilém stáří pomohl a na pacienty, kteří jsou velmi vážně nebo smrtelně nemocní.

V teoretické části jsem vysvětlila a popsala péči, která je věnovaná seniorům v domovech důchodců, jejich biologické a psychologické potřeby. Možnosti rehabilitace, ergoterapie, jak je důležitá podpora rodiny. Dále podporu nebo pomoc při realizaci úkonů, které si klient nemůže zajistit sám a neméně důležitou sociální podporu. Zaměřila jsem se také na paliativní péči, která je poskytována v hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných, také na domácí péči a osobní asistenci.

V praktické části jsem také popsala, co je eutanázie a usmrcení na žádost, se svolením poškozeného. Dalším mým záměrem v praktické části bylo porovnání péče o vážně nemocné v hospicu a dlouhodobě nemocných léčebnách. Pacienti v těchto zařízeních jsou pod odbornou lékařskou péčí a péčí ostatního zdravotního personálu. Jiné to je, co se týká psychiky pacientů. Do hospice přicházejí lidé s obavami, že se už nikdy nevrátí domů. Pacientům chybí komunikace, chybí jim rodina, a proto jsou vděční, když přichází dobrovolníci a věnují se jim. Zdravotní sestry mají na starosti více pacientů a na nějaké vykládání nemají čas. Problém je také ve vícelůžkových pokojích, kde pacienti nemají tolik klidu, kolik potřebují. Někdo chce poslouchat rádio, někdo spát a pak vznikají zbytečné neshody. U pacientů v LDN je to jiné, jdou do těchto zařízení s představami, které získali z předchozích pobytů v nemocnici. Nestěžují si, jsou více apatičtí a případné nedostatky ani nevnímají. Je zde také nedostatek dobrovolníků a pacienti jsou izolováni od okolního světa. V LDN jsou vztahy mezi pacienty a zdravotním personálem jenom pracovní a málo srdečné. Tito lidé časem přestanou mluvit a připadalo mě, že už žijí v jiném světě. Pobyt v těchto zařízeních na mě působil depresivně, péči o pacienty vykonával personál jenom

jako svou práci a povinnost, kterou je třeba udělat, ale není nic špatného na tom, když si v rámci možností tuto práci ulehčí. Chybí zde vztah k práci jako povolání, které jsme si dobrovolně vybrali a to ovlivňuje i vztah k pacientům.

Řešením těchto problémů by bylo dávat větší důraz na výběr kvalitního personálu, motivovat personál finančními prostředky. Odbornost je možné si sice doplnit, ale vztah k práci a potřebným lidem nikoli.

Další částí mého praktického výzkumu bylo kladení otázek zdravotním sestřám, o jaké pacienty se starají, jak dlouho pracují ve zdravotnictví a jaký mají názor na eutanázii. Odpovědi se rozcházely, a to z důvodu věku nebo víry. Sestry, které jsem oslovila, měly svou práci rády a měly i hezký vztah k nemocným.

Dále jsem oslovila lékaře a zeptala se, zda eutanázii ano či ne. Většina lékařů byla zásadně proti, mají rádi své povolání a snaží se pomoci pacientům. Pacienty, které už nemohou vyléčit, alespoň pomocí utišujících léků zbavují bolesti a utrpení. Všichni lékaři hovořili o tom, jak je důležitá pro pacienty rodina, která by měla nemocného co nejvíce navštěvovat a podporovat.

V poslední řadě jsem oslovila několik lidí a zeptala se na umístění rodinného příslušníka do domova důchodců, hospice nebo LDN. V této sérii rozhovorů jsem zjistila, že mladší ročníky nemají zájem starat se o své rodiče.

Z mého výzkumu vyplynulo, že o stáří se musí více veřejně hovořit, musí vznikat další zařízení pro seniory, ať zdravé nebo nemocné. Moderní a nahrazující domov, kde by mohli senioři spokojeně a pohodlně strávit zbytek svého života a nemuseli si připadat jako přítěž.

Seznam použité literatury

- Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L., Sociální gerontologie, Grada Publishing, a.s., Praha: 2012, ISBN 978-80-247-3901-4
- Duková, I., Sociální politika, Grada Publishing, a.s., Praha: 2013, ISBN 978-80-247-3880-2 10
- Dvořáčková, D., Kvalita života seniorů, Grada Publishing, a.s., Praha: 2012, ISBN 978-80-247-4138-3
- Jelínková, J. Krivošíková, M. & Šajtarová, L., Ergoterapie, Grada Publishing, a.s. Praha: 2009, 978-80-247-2699-1
- Klusoňová, E., Ergoterapie v praxi, Brno: 2011, NCONZO, 978-80-7013-535-8
- Klevelová, D., Dlabalová, I., Motivační prvky při práci se seniory, Grada Publishing, a.s., Praha: 2008, ISBN 978-80-247-2169-9
- Kuzníková, I., Sociální práce ve zdravotnictví, Grada Publishing, a.s., Praha: 2011, ISBN 978-80-247-3676-1
- Marková, M., Sestra a pacient v paliativní péči, Grada Publishing, a.s., Praha: 2010, ISBN 978-80-247-3171-1
- Mlýnková, J., Péče o staré občany, Grada Publishing, a.s., Praha: 2011, ISBN 978-80-247-3872-7
- Nakonečný, M., Lidské emoce, Academia, Praha: 2000, ISBN 80-200-0763-6
- Paulík, K., Psychologie lidské odolnosti, Grada Publishing, a.s., Praha: 2010, ISBN 978-80-247-2959-6
- Pelcová, N., Filozofická a pedagogická antropologie, Karolinum, Praha: 2000, ISBN 80-246-0076-5 (Max Scheler)
- Skála, B., Sláma, O., Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci, Novelizace 2011, Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, CPDP-PL, Praha: 2011, ISBN 978-80-86998-51-0
- Venglářová, M., Problematické situace v péči o seniory, Grada Publishing, a.s., Praha: ISBN 978-80-247-2170-5

Vítová, M., Otázky speciálně pedagogického poradenství, MSD, spol. s r. o., Brno: 2003
ISBN 80-86633-23-3

Plháková, A., Dějiny psychologie, Grada Publishing, a.s., Praha: ISBN 80-247-0871-X

Seznam internetových zdrojů

Kohoutek, R.: Psychologie v teorii a praxi [online] Dostupné na WWW:

[http:// www.rudolfkohoutek.blog.cz](http://www.rudolfkohoutek.blog.cz) [10.12.2013]

[http:// www.filosofie-uspechu.cz](http://www.filosofie-uspechu.cz) [cit.dne 10.12.2013]

<http://www.zrcadlo.blogspot.czt> [cit.dne 11.12.2013]

Maslowova pyramida hodnot:

https://www.google.cz/search?q=maslowova+pyramida&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=AdohU7WgPliUtAaW2YFQ&ved=0CAcQ_AUoAQ&biw=1280&bih=902#facrc=_&imgdii=_&imgsrc=NRu4qdh77427RM%253A%3BnL7w6Ug8aRZMfM%3Bhttp%253A%252F%252Fupload.wikimedia.org%252Fwikipedia%252Fcommons%252F6%252F6e%252FMaslow-pyramida_potreb.gif%3Bhttp%253A%252F%252Fcs.wikipedia.org%252Fwiki%252FAbraham_Maslow%3B489%3B247

<http://www.kv-mzss.cz/domov-duchodcu>

<http://www.tretivek.cz> [Sofokles]

<http://www.zijemenaplno.cz> Černoušek Štěpán Ministerstvo práce a sociálních věcí