

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**USPOKOJOVÁNÍ BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍCH POTŘEB U KLIENTŮ
S PORUCHOU SOBĚSTAČNOSTI V DOMÁCÍ PÉČI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Mgr. Hana Sloupová Bürgerová R.N.

Autor práce:

Renata

Tumpachová

11.9.2007

Abstract

Over and over again we are making sure how much is psychic support needed, to motivate patient (client) to regain health while hospitalized. We are finding out that family background cannot be replaced for any person (patient), not even by best medical and nursing care possible while hospitalized. Home care can (perfectly) unite expertise with support of family. Hospitals and home cares should be try satisfying all bio-psycho-social needs of clients. But it doesnt always work perfectly.

Thats why i choose topic of bachelor work: satisfying of bps needs among clients with indep.dis. I collected informations from clients by asking them with questionnaires. Goal of this work is to compare satifacton of bio-psycho-social needs among clients with independent disorder in home care and those in hospital. Goal was build based on conditions, that biological, psychical a social needs are better saturated in home care than in hospitals.

This work should inform about advantages of home care for clients and I wish it can help both medics and ordinary people who take care of people with independent disorder.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: Uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb u klientů s poruchou soběstačnosti vypracovala samostatně a použila pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

Děkuji Mgr. Haně Sloupové Bergerové za odborné vedení, cenné rady a ochotu ke spolupráci. Díky patří též mé rodině, kamarádům a dobrým známým za podporu a ohleduplný přístup při tvorbě této bakalářské práce.

Obsah:

1 Současný stav

1.1 Soběstačnost a sebestačnosť.....	3
1.1.1 Související faktory poruchy soběstačnosti.....	3
1.1.2 Charakteristické znaky poruchy soběstačnosti.....	4
1.1.3 Očekávané výsledky u klienta s nedostatečnou sebestačností	5
1.1.4 Soběstačnost a její měření v moderním ošetrovatelství	5
1.1.4.1 Aplikace ošetrovatelského modelu M. Gordonové	7
1.1.4.2 Aplikace ošetrovatelského modelu D. Oremové.....	10
1.2 Bio-psycho- sociální potřeby klienta s poruchou soběstačnosti.....	11
1.2.1 Uspokojování biologických potřeb u klienta s poruchou soběstačnosti.....	13
1.2.2 Uspokojování psychosociálních potřeb u klienta s poruchou soběstačnosti v domácí péči.....	15
1.2.2.1 Uspokojování psychosociálních potřeb u klienta v období střední dospělosti (40-50 let) a krize středního věku.....	20
1.2.2.2 Uspokojování psychosociálních potřeb u klienta v období starší (pozdní) dospělosti (50-60 let).....	23
1.2.2.3 Uspokojování psychosociálních potřeb u klienta v období pozdního (pravého) stáří (75 a více let)	31
1.2.3 Bio-psycho-sociální potřeby nesoběstačných klientů se závažným onemocněním a umírajících	33
1.2.3.1 Spirituální potřeby nesoběstačných klientů se závažným onemocněním a umírajících	36
1.3.3 Výhody domácí péče při uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb klienta	49
1.3.4 Rozsah poskytování sociální péče v rámci domácí péče (home help).....	51
1.3.5 Formy domácí péče a jejich příklady	53
1.4 Oblastní charita Znojmo.....	59

2 Cíle práce a hypotézy	
2.1 Cíle práce	61
2.2 Hypotézy	61
3 Metodika	
3.1 Metodika práce	62
3.2 Výzkumný soubor	62
4 Výsledky	
4.1 Výsledky dotazníku klientů s poruchou soběstačnosti v domácí péči.....	63
5 Diskuze	
5.1 Diskuze k dotazníku klientů s poruchou soběstačnosti v domácí péči.....	90
6 Závěr	97
7 Seznam použité literatury.....	99
8 Klíčová slova.....	103
9 Přílohy	104

Agentury domácí péče jsou pro širokou veřejnost buď známým faktem nebo ještě neprozkoumanou oblastí. Přece jen, sedmnáctiletá existence její působnosti, je pro starší lidi pouhým zlomkem jejich života. Myslím si, že většina lidí si potřebnost těchto služeb ani nepřipouští do té doby, dokud nejsou nuceni dlouhodobě se hospitalizovat nebo být připoutáni na lůžko. Výjimkou nejsou ani lidé, kteří se náhle dostanou do role nesoběstačného klienta nebo soběstačnost už delší dobu poznenáhlu ztrácejí. Pak teprve, podle mého názoru, začínají shánět co nejvíce informací o domácí péči, neboť dočasná hospitalizace není řešením. O jiných institucích se v práci nebudu zmiňovat.

V rámci praxe a výzkumu jsem měla možnost být pár týdnů s klienty agentury domácí péče a musím přiznat, že jejich hrdinská soběstačnost a pohoda mě v jejich domácím prostředí velmi překvapila. Nejen, že se na sestřičky z agentury těšili, ale dokonce ony byly pro ně rádcí ohledně zdraví a současně i ohlášenou přátelskou návštěvou. Na příchod zaměstnance domácí péče se těšila ve většině případů i celá rodina. A to byla pro mě, po pěti letech praxe v nemocnici, obrovská změna.

Domnívám se, že u klientů domácí péče není ochuzena péče o potřeby biologické, psychické ani sociální. Ba naopak, že je jim věnována mnohdy větší pozornost, jak v průběhu klientovy hospitalizace. Kladla jsem si otázku, jaký může být rozdíl mezi uspokojováním potřeb hospitalizovaných klientů a těch, kteří jsou v domácí péči? V průběhu praxe i výzkumu jsem se přesvědčovala, kolik toho může agentura domácí péče klientovi nabídnout a umožnit, a kolik má v moci, na klientově soukromí, sociální roli, postavení v rodině aj., hospitalizace klienta. Toto všechno, a hlavně obětavé sestřičky pečující o nesoběstačné klienty, bylo mou inspirací pro sepsání této bakalářské práce s tématem: Uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb u klientů s poruchou soběstačnosti v domácí péči.

Poruchu soběstačnosti budu vysvětlovat v bakalářské práci v jedné kapitole, neboť poruch soběstačnosti je nepřeberné množství kombinací. Zaměřím se tedy alespoň na ty nejčastější. V poslední kapitole seznámím čtenáře s nabídkami, výhodami i jinými cíli domácí péče a nejvíce se budu soustředit na bio-psycho-sociální potřeby klientů. Vzhledem k tomu, že biologické potřeby jsou zkoumány ve zdravotnictví velmi často, což je asi dáno jejich zjevnou objektivitou, nehodlám se jim tak podrobně

věnovat jako potřebám psycho-sociálním. Právě tuto rozsáhlou kapitolu pro srozumitelnost, rozdělím podle věkového rozmezí aktuální klientely, se kterou jsem se v domácí péči setkala. Chtěla bych tímto vyzdvihnout častý fakt, který jsem vídávala, že i klienti, kteří nemají uspokojeny biologické potřeby, jak by bylo pro jiné žádoucí, tak že i tito klienti mohou být spokojeni a pro okolí přínosem, právě díky uspokojovaným potřebám psychickým i sociálním. Totéž platí i naopak. Ne jednou, jsem se totiž setkala i s lidmi, kteří byli zdraví, ale psychosociální potřeby volaly po pomoci a i ti nejbližší to neviděli. Vím, že tato práce jim nepomůže, a že její účel je spíše informační, ale měla by pro čtenáře být alespoň obrazem potřeb, a z toho vyplývajících reakcí, takových klientů, kteří nejsou jen trpící pacienti doma či v nemocnici, ale jsou to jedineční lidé, s mnoha těžkostmi, které musí nést na svých bedrech navíc. A takové lidi bychom neměli nechat bez povšimnutí. Empirická část práce bude provedena metodou dotazování.

1. Současný stav

1.1 Soběstačnost a sebek péče

Pojem sebek péče jako jeden ze způsobů ošetrovatelské péče definuje péči zajišťovanou vlastními silami. Mezi další způsoby ošetrovatelské péče patří laická pomoc okolí, tj. péče poskytovaná rodinnými příslušníky, přáteli, sousedy, která umožňuje klientům s poruchou soběstačnosti žít v domácím prostředí. Nezbytně však potřebují klienti s poruchou soběstačnosti i profesionální péči plnou vědomostí, dovedností a postojů od kvalifikované sestry. Sebek péče je tedy možné pojmut jako samostatné vykonávání denních aktivit, mezi které patří zejména stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování (22).

Požadavky na péči o sebe sama aktivují člověka, aby se začal starat o sebe jinak. Deficit sebek péče nastává v situaci, kdy jsou vztahy mezi působením péče o sebe a požadavky neadekvátní. Vzniká nerovnováha mezi požadavky a schopnostmi jedince identifikovat je nebo je splnit péči o sebe sama. Deficit sebek péče je důvodem na poskytnutí ošetrovatelské péče. Požadavky na péči o sebe sama aktivují klienta, aby se začal starat o sebe jinak (2,3,7).

Oproti tomu pojem soběstačnost vyjadřuje samostatnost nebo závislost klienta při vykonávání denních aktivit, popř. nutnou podporu. Soběstačnost rozumíme míru samostatnosti klienta při vykonávání denních aktivit. V naší odborné ošetrovatelské literatuře nebyl a dosud není pojem sebek péče a soběstačnost definován a vysvětlen. V ošetrovatelské teorii se častěji používá termín soběstačnost klienta (22).

1.1.1 Související faktory poruchy soběstačnosti

Kapesní průvodce zdravotní sestry definuje poruchu soběstačnosti (příjmu potravy, dodržování hygienických návyků, koupání, oblékání i celkové osobní péče) jako stav, při kterém dochází k poruchám schopnosti vykonávat všechny tyto činnosti (6).

Vyvolávající příčiny je možno rozdělit na několik skupin, které se mohou objevovat samostatně nebo v kombinacích. Patofyziologické faktory způsobují

onemocnění pohybového systému, nervového systému. Dále metabolické, endokrinní poruchy, poruchy vidění jako jsou glaukom, katarakta, diabetická nebo hypertenzní retinopatie aj. Faktory spojené s léčbou mohou také být příčinou poruchy soběstačnosti. Zde tuto poruch způsobují sádrové obvazy a dlahy, permanentní žilní katetry, permanentní močové cévky. Chirurgické výkony, jaké jsou např. osteosyntéza, tracheostomie, gastrostomie, ileostomie, a operační výkony obecně. Nesmíme opomenout ani faktory osobní - imobilita, trauma, nefunkční nebo chybějící končetina, poruchy vidění, kognitivní deficit. Zanedbatelné nejsou ani faktory vývojové, kde svou roli hraje rozhodně i věk klienta, ať už jde o kojence, batole, či starého člověka. U starších klientů jsou často vlivem vysokého věku sníženy vizuální i motorické funkce a může být přítomna i demence, která je klientovou komplikací při porušené soběstačnosti (6,21).

Na psychiku působí nejen ztráta soběstačnosti, ale i nucený pobyt v izolaci s podobně nemocnými lidmi. Klient prožívá zhoršování stavu svých spolupacientů, trpí odtržením od rodiny, mění se jeho sociální role. Často se pohybuje mezi nemocnicí a domovem a nezdá se, že je nucen odejít do invalidního důchodu. Ztrácí tedy řadu kompetencí ve svém životě. Významnou roli hraje nejen komunikace, ale také způsob, jakým vykonáváme činnosti spojené s ošetřováním klienta (25).

1.1.2 Charakteristické znaky poruchy soběstačnosti

U každé aktivity musí být přítomen alespoň jeden z deficitů.

Deficit v příjmu potravy značí neschopnost nakrát si jídlo, dopravit si potravu do úst, neschopnost zaujmout vhodnou polohu k jídlu (22).

Deficit udržování tělesné hygieny zahrnuje mytí celého těla, intimní hygienu, česání, čištění zubů. Dále neschopnost nebo neochota umývat celé tělo nebo jeho části, neschopnost zajistit vodu na umývání, regulovat teplotu a proud vody, neschopnost vnímat hygienické potřeby (22).

Deficit v oblékání zahrnuje schopnost obléknout se do běžného oděvu, ne do nočního prádla. Jde o sníženou schopnost obléknout se nebo svléknout se, neschopnost zapnout

knoflíky, zip, zavázat tkaničky, nedostatečná upravenost, neschopnost získat nebo vyměnit části oděvu (22).

Deficitem v oblasti vyprazdňování je neschopnost nebo neochota dojít si na toaletu nebo použít klozetové křeslo, neschopnost nebo neochota dodržovat správnou hygienu, přesunout se na toaletu nebo klozetové křeslo, neschopnost svléknout se či spláchnout na toaletě (22).

1.1.3 Očekávané výsledky u klienta s nedostatečnou sebedečností

Klient s nedostatečnou sebedečností v oblasti výživy prokazuje zvýšenou schopnost sám jíst, oznamuje, že je schopen se sám najíst, prokazuje zvýšený zájem najíst se, verbalizuje problémy, které mu neumožňují samostatné přijímání potravy (6).

Klient s nedostatečnou sebedečností v oblasti hygieny provede hygienu optimálně dle očekávání, vyjadřuje uspokojení s provedením bez ohledu na omezení, má pocit pohodlí a spokojenosti z tělesné čistoty, prokáže schopnost používat pomůcky, dokáže popsat problémy, které má v souvislosti s hygienou, je postupně schopen sebedečnosti při koupání, hygieně (6).

Klient s nedostatečnou sebedečností v oblasti oblékání bude prokazovat zvýšenou schopnost obléct se sám, je schopen sdělit, že potřebuje někoho, kdo mu pomůže při oblékání, prokáže schopnost naučit se používat pomůcky, aby dosáhl optimální nezávislosti při oblékání, má zájem nosit oblečení, které se mu líbí (6).

Klient s nedostatečnou sebedečností v oblasti vyprazdňování prokazuje zvýšenou schopnost se sám vyprázdnit (dojít si na toaletu), sděluje, že není schopen se sám vyprázdnit, umí použít pomůcky pro usnadnění toalety, verbalizuje problémy, které mu brání v samostatném použití toalety (6).

1.1.4 Soběstačnost a její měření v moderním ošetrovatelství

Jedním ze základních cílů moderního ošetrovatelství je pomoc klientovi zůstat soběstačný, být nezávislý na pomoci druhých. Sestra má proto umět zjišťovat funkční schopnosti každého klienta a systematicky využívat jeho lidský potenciál k udržení

a rozvoji jeho soběstačnosti tak, aby byl schopen žít dlouhodobě nezávisle ve svém navyklém domácím prostředí. Tato plánovaná pomoc sestry je důležitou součástí ošetrovatelského procesu týkajícího se základní ošetrovatelské péče (19).

Klienti s porušenou soběstačností, kteří nejsou schopni si zajistit činnosti běžného denního života bez pomoci druhých, pociťují subjektivně i objektivně nedostatky v základní péči velmi silně. Ztráta soběstačnosti, neschopnost provést běžné činnosti, které jsou trvalou součástí jejich denního životního rituálu a stylu, bývá umocněna pocitem nezájmu sester (někdy i nejbližších) a klient tento stav prožívá silně negativně. Kromě toho se jeho stav často postupně komplikuje plíživě se rozvíjejícím imobilizačním syndromem. Pro všechny uvedené důvody je proto potřeba kvalitní individualizované ošetrovatelské péče velmi naléhavá (19).

Úroveň sebepéče hodnotí sestry v lůžkových zdravotnických i sociálních zařízeních, sestry v primární péči, v agenturách domácí péče, při příjmu v rámci ošetrovatelské anamnézy. Informace získávají pozorováním klienta, v rozhovoru s ním a s rodinnými příslušníky, známými, ostatními zdravotníky, spolupacienty. Zdrojem informací je také dřívější dokumentace klienta. Shromážděné informace je třeba vyhodnotit a interpretovat tak, aby bylo možno stanovit míru soběstačnosti klienta, popř. dosažitelnost laické péče a potřebu ošetrovatelských činností. Zásadně je nutné klasifikovat funkční úroveň klienta tak, aby se podporovala jeho nezávislost. Zhodnocení úrovně sebepéče a soběstačnosti je součástí celkového hodnocení klienta, které sestra provádí (22).

Stupeň soběstačnosti může sestra zjišťovat odhadem a pozorováním klienta při provádění činností denního života. K přesnějšímu kvantitativnímu vyjádření funkčního potenciálu slouží různé měřicí techniky nebo testy, které jsou užitečné pro stanovení vhodné individualizované ošetrovatelské péče zejména u dlouhodobě nemocných a starších klientů. Jednotlivé testy vypovídají o míře soběstačnosti klienta a o míře potřeby ošetrovatelské péče. Viz příloha 1 Barthelův test základních všedních činností (ADL), 2 Test instrumentálních všedních činností (IADL), 3 Test ošetrovatelské zátěže (19) a příloha 4 Kritéria soběstačnosti (16, 19).

1.1.4.1 Aplikace ošetrovatelského modelu M. Gordonové u klienta s poruchou soběstačnosti

K systematickému získávání informací u klientů s poruchou soběstačnosti je výhodné použití ošetrovatelských modelů (např. model Oremové, Gordonové), které jsou uceleným, propracovaným systémem pro hodnocení klienta (22).

Model Marjory Gordonové je v České republice nejčastěji používaný. Z hlediska holistické filosofie je to nejkomplexnější pojetí člověka, které bylo zatím vytvořeno. Schematické ztvárnění holizmu viz příloha 5 Lidská bytost z hlediska holistického přístupu. Model fungujícího zdraví nabízí hodnocení stavu zdravého i nemocného člověka. Jednotlivé části modelu jsou tyto:

1. Vnímání zdraví – snaha o udržení zdraví. Tady popisuje jak klient vnímá své zdraví a pohodu /well-being/ a jakým způsobem si své zdraví udržuje. Zahrnuje individuální zdravotní stav, jeho důležitost k současným aktivitám a plánům do budoucna. Obsahuje také uvědomění si a zvládání rizik a celkové péče o zdraví např. dodržování aktivit, které podporují tělesné a duševní zdraví, dodržování lékařských a ošetrovatelských doporučení a následné péče (2,3,22).
2. Výživa a metabolismus - popisuje způsob příjmu jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Různé typy ukazatelů, které svědčí o způsobu lokálního zásobení výživnými látkami. Zahrnuje individuální způsob stravy a příjmu tekutin, denní dobu příjmu potravy, kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin, zvláštní preference určitého druhu jídla, užívání náhradních výživných látek a vitamínových preparátů. U malých dětí pak kojení a způsob krmení kojence. Dále zde patří hodnocení stavu kůže, kožní defekty, poranění, celková schopnost hojení ran. Hodnotíme stav vlasů, nehtů, slizničních membrán, stav chrupu, tělesnou teplotu, výšku a hmotnost (2,3,22).
3. Vylučování - popisuje způsob vyměšování /tlustého střeva, močového měchýře a kůže/. Zahrnuje individuálně vnímanou pravidelnost ve vylučování, používání obvyklého postupu pro vyprazdňování nebo používání projímadel, potíže nebo poruchy při vyprazdňování, tvar, kvantita a kvalita exkretů. Eventuálně triky používané k řízení vylučování (2,3,22).

4. Aktivita – cvičení - popisuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami ve volném čase a při relaxaci. Zahrnuje základní denní aktivity vyžadující vynaložení energie a úsilí, jako je hygiena, vaření, nakupování, stravování, práce, udržování domácnosti atd. Obsahuje také všechny typy cviků, jejich kvantitu i kvalitu, včetně sportů, které jsou typické pro jednotlivce. Faktory, které jednotlivci brání v provozování aktivit např. dušnost, angina pectoris, neuromuskulární poruchy, svalové křeče při námaze, onemocnění srdce nebo plicními chorobami atd. Způsob trávení volného času a činnosti, které v něm jednotlivec vykonává, sem také patří. Jsou zdůrazňovány ty činnosti, které mají pro jednotlivce největší důležitost (2,3,22).

5. Spánek a odpočinek - popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace. Trvání doby spánku během 24 h /noc, den/. Zahrnuje individuální vnímání kvantity a kvality spánku či odpočinku a také vnímání úrovně životní energie získané odpočinkem. Ptáme se také na způsob navození spánku, usínání, přerušování doby spánku, obvyklé činnosti před spaním, eventuálně užívání medikamentů na spaní (2,3,22).

6. Vnímání (citlivost) a poznávání - popisuje způsob smyslového vnímání a poznávání. Patří zde přiměřenost smyslového vnímání jako je sluch, zrak, chuť, čich, dotek a používání kompenzačních pomůcek nebo protéz. Zjištění zda klient netrpí bolestí, eventuálně jak je bolest tlumena. Nechybí tu ani zhodnocení poznávacích /kognitivních/ schopností, jako je uvažování, myšlení, rozhodování, paměť, způsob slovního vyjadřování atd. (2,3,22).

7. Sebepojetí a sebeúcta popisují emocionální stav a vnímání sebe sama. Zahrnují individuální názor na sebe, vnímání svých schopností, zálib, talentu /v oblasti tělesné, citové, poznávací/, celkového vzhledu, vlastní identity /totožnosti/, celkového pocitu vlastní hodnoty, celkový způsob emocionální reakce. Způsob nonverbálních projevů jako je držení těla, způsob pohybu, oční kontakt, hlas a způsob řeči (2,3,22).

8. Role a mezilidské vztahy popisují způsob přijetí a plnění životních rolí a úroveň mezilidských vztahů. Zahrnují individuální vnímání životních rolí a z toho vyplývajících závazků a odpovědnosti, rozvážnost a snášení tíhy zodpovědnosti v současné životní situaci, soulad nebo narušení vztahů v rodině, zaměstnání, ve vztahu ke společnosti /trestná činnost/, plnění povinností ve vztahu ke rolím (2,3,22).

9. Sexualita a reprodukční schopnost - popisuje uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě nebo se svým pohlavím. Zahrnuje poruchy nebo potíže jednotlivce v této oblasti. Zahrnuje reprodukční období ženy /premenstruální, menstruální cyklus, porody, potraty, postmenopauza/ a problémy s tím související (2,3,22).

10. Stres (zátěžové situace), jejich zvládnání a tolerance – tady popisuje celkový způsob tolerance a zvládnání stresových situací. Zahrnuje individuální rezervy nebo kapacitu ve zvládnání stresu, podpora rodiny a jiných podpůrných systémů, vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat situace (2,3,22).

11. Víra (přesvědčení) a životní hodnoty - popisuje individuální vnímání životních hodnot, cílů nebo přesvědčení, včetně náboženské víry a transcendence (to, co přesahuje smyslové nebo rozumové poznání), které jednotlivce vedou nebo ovlivňují jeho volbu, či rozhodování. Zahrnuje vše, co je v životě vnímáno jako důležité např. kvalita života, prožívání konfliktů v hodnotách, víře nebo očekávání, které se vztahují ke zdraví (2,3,15,22).

Funkční model zdraví dle Gordonové se nezabývá převážně poruchou soběstačnosti. Ale M. Gordonová vymyslela klasifikaci funkčních úrovní sebeděče u klienta, která je potřebná v péči o klienta s poruchou soběstačnosti (22).

Klasifikace funkčních úrovní sebeděče v modelu Marjory Gordonové:

- 0 Nezávislý, soběstačný klient
- 1 Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75% činností
- 2 Potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50% činností
- 3 Potřebuje velkou pomoc (od druhé osoby nebo od přístroje), sám zvládne méně než 25% činností
- 4 Zcela závislý na pomoci druhých, potřebuje úplný dohled
- 5 Absolutní deficit sebeděče, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat (22).

1.1.4.2 Aplikace ošetrovatelského modelu D. Oremové u klienta s poruchou soběstačnosti

Oproti tomu Dorothea Oremová vymyslela a rozpracovala model, který je založený na deficitu sebek péče. Tento model vysvětluje následovně: Člověk má přirozenou schopnost o sebe pečovat, přispívat osobně ke svému zdraví a vytvářet pro sebe pocit dobré pohody. Tyto činnosti člověka jsou ovlivňovány jeho věkem, schopnostmi a společensko – kulturním prostředím. V případě neschopnosti sebek péče je nutný ošetrovatelský zásah. Ošetrovatelským cílem modelu je dosažení sebek péče u klienta, tak, aby dosáhl optimálního zdravotního stavu (2).

V roce 1958 si Oremová položila otázku: Za jakých podmínek je ošetrování nevyhnutelné? Přišla na tři odpovědi.

1. klient/pacient není schopný zabezpečit průběžnou péči sám sobě
2. existuje kvalitativní nebo kvantitativní nedostatek , tak vznikne stav, kdy je osoba neschopná zabezpečit si kontinuální péči o sebe
3. klient není schopen splnit požadavky na soběstačnost (2,3).

Požadavky na péči o sebe sama dělí se na tři části:

a) univerzální požadavky:

1. dostatečný a pravidelný příjem potravy, vody a vzduchu
2. uspokojivé funkce vylučování moči, stolice, potu
3. rovnoměrné rozložení činnosti a odpočinku
4. rovnováha mezi samotou a sociální interakcí
5. rovnováha mezi bezpečím, jistotou a hrozícím nebezpečím
6. normální chování, bytí, existence a podpora (2,3)

Tyto složky sebek péče se podle Oremové mohou vztahovat ke změnám ve fyzické struktuře klienta, ve fyziologických funkcích, v chování klienta. Pokud se jedinec nemůže sám vyrovnat s těmito požadavky v rámci svých schopností, je nutná profesionální pomoc sestry. Ošetrovatelské zákroky se realizují prostřednictvím ošetrovatelského procesu (2,3).

b) potřeby spojené s růstem (vývojové) zahrnují nynější životní fáze, její proměny a krizové situace nebo události, které naruší růst a vývoj jedince (2,3)

c) potřeby péče u lidí – terapeutické požadavky. Tady zkoumá poskytnutí zdravotnické péče o raněné, postižené a nemocné, vědomosti o následcích patologických stavů, vědomosti o diagnostických, léčebných, rehabilitačních postupech a zkoumá život s trvalými projevy nemoci (2,3).

1.2 Bio-psycho-sociální potřeby klienta s poruchou soběstačnosti

Samotné potřeby jako prvotní impulzy představují zároveň základní východiska zaměření motivace. Základní biologické potřeby představují pro klienta aktuálně zažívaný organický nedostatek či nadbytek vedoucí k přibližující, či odvracející se reakci. Motivují klienta k tomu, aby se staral o své tělo z fyziologického hlediska. Avšak vzhledem k tomu, že člověk není pouze organismus, ale také zrající osobnost, projevuje záhy také jiné, specificky lidské potřeby nazývané psychické i sociální. Klientovy potřeby jsou tedy děleny na biologické (fyziologické), psychické a sociální (5).

Zatímco skladba základních lidských potřeb je společná, mění se podoby jejich uspokojování v závislosti na věku, historickém čase a společenské příslušnosti jedince. Respektovat individuální potřeby znamená nejen to, že respektujeme, aby byly uspokojovány v celé šíři a ve všech svých úrovních, ale také to, že musíme prakticky poznat a respektovat osobitý způsob jejich uspokojování u každého jedince. Respektovat základní lidské potřeby neznámá vycházet vstříc jakýmkoliv požadavkům a přáním jednotlivce - jde zde o ty potřeby, jejichž uspokojení má na zdraví a hodnotný způsob života člověka vždy pozitivní vliv (32).

Čím je organismus složitější, tím jsou jeho potřeby bohatší a rozmanitější, mnohdy i rozporuplné. Přičemž se za běžných okolností teprve při plném uspokojení nižší potřeby vytváří potřeba potřeby vyšší, tedy přirozená hierarchie potřeb (34).

Základní lidské potřeby mají univerzální charakter. Jsou společné všem lidem. Bez ohledu na věk a také bez ohledu na rozdíly v jejich příslušnosti k určité rase, etniku, kultuře, náboženství, komunitě (49).

Univerzalitu lidských potřeb se podařilo vystihnout americkému psychologovi Abrahamu Maslowovi (viz příloha 6 Maslowův model lidských potřeb). Efekt

uspokojování základních lidských potřeb je veden principem od jednoduššího ke složitějšímu. Maslow nejen potřeby popsal, ale zároveň je strukturoval do hierarchicky uspořádané pyramidy z hlediska toho, k jak složité struktury lidské bytosti se vážou. Počínaje tedy potřebami, které se vážou k organismu, a konče potřebami realizace osobnosti. Chceme-li, aby došlo k pozitivnímu účinku uspokojování potřeb vyššího řádu, pak podle tohoto principu musí být naplněny potřeby nižšího řádu (49).

Princip hierarchicky podmíněného uspokojení potřeb však neplatí absolutně. Dospělý člověk může v důsledku toho, že má silnější motivaci pro hierarchicky vyšší potřeby, uspokojovat tyto potřeby bez potíží, aniž má uspokojeny potřeby nižšího řádu. Mnohé z nich jsou ale obtížněji dosažitelné, neboť jsou závislé na morálně – charakterových kvalitách jedince (49).

Hierarchicky organizovaný systém podle Maslowa:

1. Fyziologické potřeby – slouží k přežití. Jedinec dělá většinou všechno pro to, aby uspokojil fyziologické potřeby, dříve než se stanou aktuálními – dodržování denního rytmu v uspokojování výživy, pohybu, spánku apod. V situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivňují celkové chování a jednání člověka.
2. Potřeba jistoty a bezpečí je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ochránce, ekonomického zajištění apod. Kde chybí v životě pořádek a řád, stojí uspokojení potřeby na prvním místě. Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty (22).
3. Potřeba lásky a sounáležitosti, někdy také nazývána jako potřeba afiliační. Je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován. Vystupuje v situacích osamocení a opuštění (22).
4. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty. Jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny, vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty (22).

5. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být (22).

K těmto vyšším potřebám řadí Maslow tzv. metapotřeby (potřeby růstu), které vyjasňují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Patří sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy a harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, autonomie, smysluplnosti a další. Tyto metapotřeby jsou ve srovnání se základními potřebami méně naléhavé, ale jejich vystoupení a uspokojování posiluje vývoj k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti. Vyjadřují spíše možnost než skutečnost, potřebu transcendence, překročení každodenní zkušenosti, potřebu vyššího duchovního života a transpersonální zážitky. Potřebu transcendence vysvětluje Maslow jako touhu přesáhnout sebe sama, hledání smyslu života směrem k duchovní sféře, k víře, která přesahuje smyslové a rozumové poznání. Je to touha po nejvyšším smyslu, mystických hodnotách (22)

1.2.1 Uspokojování biologických potřeb u klienta s poruchou soběstačnosti

Biologické (fyziologické) potřeby jsou zcela základní. Neuspokojení jedné z nich se může odrazit na celkovém stavu a zdraví člověka. Právě biologické potřeby, samy o sobě „snadno“ ukojitelné, jsou nejnápadnější ze všech potřeb člověka (28).

Mezi tyto potřeby patří hlavně výživa (jídlo a pití), vylučování moči a stolice, dýchání (dostatek kyslíku), spánek, odpočinek, pohyb, chůze, hygiena, správná teplota (s oblečením nebo bez něj), zdraví, vyhýbání se bolesti, tišení bolesti, smích a pláč (jako fyziologická záležitost), fyzické kontakty, sex a jiné (5,17,28).

Fyziologické potřeby jsou velmi důležité a proto je úplně přirozené, že jejich uspokojení věnujeme nejvíce času. Pokud u někoho nejsou fyziologické potřeby alespoň částečně uspokojeny, není možné u něj úspěšně postoupit k dalším stupňům potřeb. A. Maslow sám však připouští výjimky. Sama historie je dokladem případů, kdy fyzické strádání lidí bylo kompenzováno uspokojováním např. estetických potřeb (17).

Člověk ovšem musí uspokojování svých biologických potřeb přizpůsobit sociálním normám společnosti, jejímu bohatému členění, jako jsou zákony, zvyklosti

a církve. Společnost uspokojení některých potřeb umožňuje, jiné však omezuje nebo je modifikuje. Současně platí, že nemůže-li jedinec uspokojovat svoje vyšší potřeby, kompenzuje je nadměrným uspokojováním potřeb nižších, dochází k regresi k primárním biologickým potřebám. Ztráta životních jistot často vede k alkoholismu, ztráta lásky k přejídání. (32).

Mezi konkrétní cíle při uspokojování biologických potřeb v péči o klienta s poruchou soběstačnosti v domácí péči zahrnujeme péči o kůži, jejímž cílem je udržet kůži čistou, vláčnou, neporušenou. Následná péče nohou udržuje nohy bez otlaků a zatvrdlé kůže s krátkými nezarůstajícími nehty. Cílem péče o dutinu ústní je udržet ústa čistá, sliznice úst nemá být suchá, povleklá a popraskaná. Zubní protézu klientovi po každém jídle vytáhneme z úst a opláchneme od zbytků jídla. Večer ji vyjmeme z úst a očistíme pod tekoucí vodou zubním kartáčkem a pastou, mýdlem. popř. použijeme čistící šumivé tablety z lékárny. Na noc klientovi protézu vždy vyndáme (mohl by ji vdechnout) a vložíme do kelímku se studenou vodou. Správnou péčí o vlasy udržujeme jejich čistotu a upravenost. Péče o oči si klade za cíl udržet čisté oční spojivky a cílem péče o uši je udržet uši čisté, bez infekce a neporaněné. Pokud budeme pečovat i o prostředí klienta, bude našim cílem udržet postel klienta čistou a upravenou. Klademe důraz i na reakce těla na malou aktivitu, jejíž cílem je předejít problémům z imobility a předejít vzniku proleženin. U stravování podáváme klientovi stravu bohatou na všechny potřebné živiny a upravenou tak, aby ji byl schopen sníst. Dbáme také na pravidelný a dostatečný příjem tekutin. Problémům s vyprazdňováním moči a stolice předcházíme používáním vhodných pomůcek. Cílem je klienta udržet v suchu a čistotě, popř. nacvičovat posilování močového měchýře. Péče o vyprazdňování stolice má cíl pravidelného odchodu formované stolice u klienta. A co se týče péče o spánek a odpočinek, tak tady je cílem zajistit klientovi takové podmínky, aby si mohl odpočinout a dobře spát. Pokud jde u dementního klienta, cílem je vytvořit takový vztah mezi námi a klientem, ze kterého budeme mít radost my i klient (19).

1.2.2 Uspokojování psychosociálních potřeb u klienta s poruchou soběstačnosti v domácí péči

Ztráta soběstačnosti u klienta zásadním způsobem ovlivňuje základní psychické potřeby, může měnit jejich hierarchii, preferovaný způsob uspokojování, motivaci apod.

Potřeba simulace a nových zkušeností se v závislosti na zhoršení somatického stavu zpravidla snižuje. Mnohé intenzivnější či frekventovanější podněty mohou působit rušivě, mohou klienta nadměrně dráždit a vyčerpávat. Vyčerpaní klienti s poruchou soběstačnosti nemají ani příliš velkou potřebu změny nebo nových podnětů, preferují stereotyp, protože je pro ně šetrnější a nevyžaduje tolik energie, jíž mají obecně klienti málo (23,24).

Klient s poruchou soběstačnosti má potřebu se ve své situaci orientovat, znát svůj zdravotní stav, vědět, co jej čeká a proč je to nutné. Pokud by neznal aspoň rámcově charakter svého onemocnění, které mu způsobuje poruchu soběstačnosti, zvyšovalo by se riziko konfliktu. Za těchto okolností se jakýkoliv nepříjemný lékařský výkon nebo ošetrovatelský zákrok jeví jako ohrožení se všemi psychickými i fyziologickými důsledky. Těžko lze vyžadovat po klientovi spolupráci, pokud smysl takového jednání nechápe. Orientace v situaci, porozumění nezbytnosti určitých nepříjemností zmenší riziko konfliktů a adaptačního selhání (23).

Potřeba citové jistoty a bezpečí se pod vlivem nemoci i poruchy soběstačnosti zvyšuje. Je to patrné z toho, že klient zažívá více nepříjemností a mívá méně možností uspokojovat svoje potřeby. I v této oblasti není zcela soběstačný. Mnohdy se cítí velice silně ohrožen a z toho vyplývá větší potřeba citové podpory, která by tyto problémy kompenzovala. Porucha soběstačnosti u klienta může vyvolat obranné mechanismy různého druhu. Jedním z nich je zvýšená fixace na blízké lidi, větší potřeba citové jistoty. Pro uspokojování našich potřeb je tedy nezbytně nutný druhý člověk, nejlépe pak celá skupina lidí, s nimiž jsme citově spojeni od svého narození až do smrti. Mnohdy může mít až regresivní charakter, tendence ke vzniku symbiotické vazby, jaká byla vývojově adekvátní v raném věku. Pokud je klient hodně vyčerpaný, může být apatický a ztratit veškerý zájem o cokoli, tedy i o přítomnost svých blízkých (23,24,31).

Uspokojení potřeby sociálního kontaktu je omezeno obtížností takovou aktivitu realizovat, faktickou fyzickou neschopností, ale i změnou hodnot a zájmů. V kontaktu se zdravými lidmi chybí klientovi s poruchou soběstačnosti jejich společná témata. Jejich životní situace i perspektivy jsou jiné. Takové kontakty ztrácejí svůj smysl a klienti o ně často ani příliš nestojí. Nakonec se jejich sociální svět zúží na nejbližší členy rodiny, zdravotníky a lidi taktéž s poruchou soběstačnosti (23).

V pracích sociálních psychologů se objevily teorie, které vztahují potřebu sociální opory, jejího poskytování k existenci sociálních potřeb – k jejich neuspokojení (frustraci) a uspokojení (satiaci). Mezi nejdůležitější sociální potřeby člověka, ať už s poruchou soběstačnosti nebo bez ní, patří potřeba afiliace (sociálního kontaktu, styku s jinými lidmi), potřeba přátelského vztahu (mít člověka, na kterému je možno důvěřovat), potřeba sociálního připoutání (odpovídá vztahu matky s dítětem, kdy je připoután jeden člověk k druhému pevnou a trvalou sociální vazbou a ze sociálního hlediska lpí jeden na druhém), potřeba vzájemnosti (být v něčí péči a o někoho pečovat), potřeba sociální komunikace (s někým mluvit, vést rozhovor, sdílet, nejen sdělovat), potřeba sociálního porovnání – komparace (pozorování sebe s druhými lidmi), potřeba spolupráce – kooperace (překračovat omezené individuální možnosti), potřeba zajištění sociálního bezpečí proti nežádoucím útokům (agresivitě) druhých lidí, potřeba kladného sociálního hodnocení – elevace (potřeba uznání vlastní hodnoty druhými lidmi, potřeba respektu, úcty, sociálního uznání, pochvaly), potřeba sociálního zařazení a začlenění (být přijat druhými lidmi a patřit do zcela určité sociální skupiny), potřeba sociální identity (být někým v rámci určité sociální skupiny, nebýt nikým), potřeba lásky (být milován, vážen, uznáván jako člověk sui generis, potřeba někoho milovat) (23,18).

Pod vlivem onemocnění se mění i potřeba seberealizace. Její uspokojení je mnohem obtížnější a vzhledem k proměně osobně významných hodnot leckdy až bezvýznamné. Klient s poruchou soběstačnosti se mnoha ambic vzdává, protože ví, že jsou nedostupné, nebo že ztratily svou původní hodnotu. V současnosti jsou pro klienta důležitější jiné věci, a seberealizace mívá tudíž jiný obsah. Klient s poruchou soběstačnosti přijímá roli nemocného, který má svá privilegia, ale nemá už mnohé

povinnosti, jehož samostatnost je nějakým způsobem omezena. Už nemusí prokazovat žádné kompetence. Vzácněji může klient poruchou soběstačnosti dojít k akcentaci této potřeby, klient se snaží dosáhnout nějakého cíle právě proto, že jeho čas i možnosti jsou nějakým způsobem omezeny a on si toto omezení uvědomuje. Takový motiv je vyjádřením potřeby dokončit určitý životní plán, který dával jeho životu smysl - a tím i hodnotu celého klientova života potvrzuje (23).

Klient má také potřebu otevřené budoucnosti, tj. pozitivní prognózy, kdy ztrátou soběstačnosti je vždycky více či méně frustrován. Klientovi se jeví jeho budoucnost nepříznivá a je nucen pod tlakem okolí slevovat ze svých původních představ. Nepříznivou úlohu zde hraje nedostatečná informovanost, nejistota, úzkost. Anticipace negativní budoucnosti je zcela logickým důsledkem pochopení podstaty vlastního onemocnění, resp. obav z důsledku tohoto onemocnění. V závislosti na tom se mohou opět objevit různé obranné reakce, které mají charakter útoku (agresivity) nebo úniku do jiné, uspokojivější oblasti (např. fantazie, do vzpomínek na minulost) (23).

Některé psychosociální potřeby klienta s poruchou soběstačnosti, jsou stejné ve všech věkových kategoriích klientů. Můžeme tedy o nich mluvit souhrnně, ale hierarchie potřeb i potřeby samotné se mění v závislosti na věku. Dětská klientela v agentuře domácí péče bývá většinou výjimkou, stejně jako klientela mladé dospělosti. Zato klienti s poruchou soběstačnosti v pokročilém věku tvoří drtivou většinu klientů agentur domácí péče, což je i pochopitelné. Mnoho učebnic vývojové psychologie nabízí pohled do psycho-sociálního světa klientů od dospělosti po kmetství. A právě tyto poznatky slouží k uspokojování těchto potřeb u klientů s poruchou soběstačnosti v různých etapách jejich života (10,24).

Nedostatečná soběstačnost přináší mnoho nepříjemných prožitků, kde klient získává automaticky novou, kvalitativně horší sociální roli, která mění jeho sociální pozici. Klient ztrácí svou profesní roli, která mu mohla přinášet značné uspokojení a prestiž. Mění se i jeho role v rodině, kde se stává závislým objektem péče ostatních. Není sice nucen, a často ani schopen plnit běžné povinnosti, ale na druhé straně už nemá stejná práva jako zdravý. Záleží samozřejmě i na tom, jakou roli klient v rodině měl předtím, než se z něho stal klient s poruchou soběstačnosti, a jak velký rozdíl je mezi

jeho původním a nynějším postavením. Je jasné, že čtyřicetiletý otec rodiny ztrácí zpravidla víc než sedmdesátiletá babička, která již delší dobu stonala a zvykla si v rodině na submisivní (podřízenou) roli. Reakce na porušení soběstačnosti a na nemoc, který ji vyvolala, záleží samozřejmě i na chování nejbližších lidí, na tom, jakým způsobem budou tuto změnu akceptovat a co to pro ně bude znamenat (23).

Sociální reakce jsou obecně nejvíce ovlivněny viditelnými projevy, to znamená změnou zevnějšku (např. nápadným zhubnutím, vypadáním vlasů, ztrátou končetiny, nemožností chůze aj.) nebo změnou kompetencí, především těch, které nějak ovlivňují soběstačnost klienta. Sociálně významná je ztráta schopnosti verbálně komunikovat – např. u klientů se ztrátou lokomoce při úrazech páteře, inkontinence. Klient hledá sociální podporu, hledá někoho, kdo by mu pomohl (23).

Při řešení těžkých životních situací může klientovi pomoci mnohé. Některé věci, které mu mohou pomoci, jsou přímo v klientovi samotném, v jeho osobnosti. Jsou to např. schopnosti klienta řešit těžké situace, znalost strategií zvládnání stresu nebo naopak klientova zranitelnost. Pro blízké lidi není za těchto okolností snadné chovat se požadovaným způsobem. Jejich manžel, maminka, babička aj. se změnili jedna k svým chováním, ale i svou situací, změnou své role pro zdravé lidi je kontakt s klientem se závažnou poruchou soběstačnosti náročný z mnoha důvodů. Jednak jim jejich choroba nebo zdravotní a jiné omezení připomíná jejich vlastní zranitelnost, funguje jako symbolické ohrožení vlastní existence. Kromě toho je porucha soběstačnosti u klienta pro blízkého člověka stresovou situací. Je ohrožením určité hodnoty, kterou vztah k tomuto člověku představuje. Vyrovnaní se s takovým stresem vyžaduje čas a probíhá podobných fázích jako reakce na vlastní nemoc. Vědomí, že někdo blízký je nesoběstačný, vyvolává negativní emoční reakce, vzbuzuje pocity bezmocnosti a někdy i pocity viny. Mnozí lidé se snaží klientovi s poruchou soběstačnosti vynahradit všechno, co mu choroba i toto omezení vzali. Někdy si vyčítají i zdánlivě minulé křivdy, jindy se naopak klientovi s poruchou soběstačnosti vyhnou, protože jim připomíná vlastní bezmocnost. Tendence najít za každou cenu pozitivní řešení vede někdy i k iracionálnímu chování. Porucha soběstačnosti a klientova nemoc s ní spojená, se netýká pouze klienta, ale ovlivňuje celou rodinu. Nikdo nepochybuje o tom, že

přiměřená psychosociální podpora může zlepšit kvalitu života klienta s poruchou soběstačnosti (23, 22).

Jedna z teorií sociální podpory vychází z pojetí specifických podpůrných sociálních vztahů, z modelu vzájemných vztahů mezi lidmi v rodině a tzv. rodinné sociální atmosféry. Pierce Sarason a Sarason charakterizují tyto vzájemné vztahy třemi rysy: Mírou pomoci, kde jde o to, do jaké míry se klient s poruchou soběstačnosti může spolehnout na druhou osobu v rodině (např. na maminku, tatínka, sourozence, někoho z příbuzných, prarodičů) a nakolik důvěřuje tomu, že jí tito lidé v případě potřeby skutečně pomohou. Druhým rysem je hloubka vzájemných vztahů. To znamená, jak moc je klient s poruchou soběstačnosti oddaný druhé osobě, jak moc se svěřuje do jejich rukou. Do konečných rysů teorie podpůrných vztahů je zařazena míra mezilidských (interpersonálních) konfliktů. Tady jde v podstatě o zjištění rozsahu negativních faktorů, které danou osobu ve styku s druhou osobou vedou ke zlosti (iritují). Studie dokazují, že z rodiny s dobrými podpůrnými vztahy pocházejí lidé s vyšší mírou kvalitní sociální opory. Je možno domnívat se, že o tyto podpůrné sociální vztahy jde i ve skupinové psychoterapii. Tam přejímá sociální skupina do určité míry roli, kterou v běžném životě vytváří rodina, a snaží se tak nahradit to, co vlastní rodina klienta zanedbala (13).

O velmi pozitivních podpůrných sociálních vztazích je možno hovořit i mezi manželi a při poskytování sociální opory přáteli. „Přítel je v sociální psychologii obrazně definován jako člověk, před nímž je možno hovořit nahlas o všem, jako člověk, kterému je možno důvěřovat, případně člověk, k němuž se my sami chováme důvěryhodně. Platí o něm, že jeho přátelství se projevuje právě v těžkých životních situacích. Dobrý přítel se v takové situaci člověka nezřekne, ale naopak se snaží poskytnout mu různou formu sociální opory“ (Křivohlavý, s. 102, 13).

Ze sociálního hlediska jde i o pomoc klientovi po stránce sociálně-ekonomické, za pomoci sociální opory. Sociální opora je zde formou pomoci, která přichází člověku v těžkostech od druhého člověka. Mnoho studií na toto téma ukázalo, že sociální izolace má negativní vliv na mortalitu (úmrtnost) člověka. Sociální izolace byla v mnoha studiích definována jako míra kontaktu s druhými lidmi z klientova okolí v době jeho

nemoci. U lidí žijících v sociální izolaci byla míra úmrtnosti vyšší oproti těm, kteří měli dobrou sociální opěrnou síť. Tam, kde byl brán v úvahu i stres daného klienta, se mortalita zvýšila ještě víc (13).

Biologické stáří je relativně snadno určitelné, zato psychosociální vymezení je složitější. Stejně tak i uspokojování biologických potřeb je viditelným a často probíraným i prozkoumaným tématem u všech věkových kategorií. Soustředila jsem se proto více na rozčlenění psychosociálních potřeb u klientů s poruchou soběstačnosti v domácí péči. Nejčastějším věkovým rozmezím klientů agentury domácí péče je věkové rozmezí 50-90 let. Jelikož i hranice dospělosti, stáří, kmetství aj. uvádí autoři s různými odchylkami, zaměříme se na rozdělení dospělosti a stáří podle nejnovější knihy z roku 2007 od Marie Vágnerové s přihlédnutím k jiným pramenům. Vždyť klient je také člověk, který stárne a vyvíjí se (24).

1.2.2.1 Uspokojování psychosociálních potřeb u klienta v období střední dospělosti (40-50 let) a krize středního věku

Hlavním úkolem střední dospělosti je dosažení uspokojivé profesní pozice a stabilizace rodiny, tj. pozitivních vztahů s lidmi v rámci tohoto společenství (s partnerem, dětmi a rodiči). Střední věk je i vrcholem zralosti a nárůstu zodpovědnosti a připravenosti ji akceptovat (10,24).

Ve středním věku se do určité míry mění postoj k profesi. Tato proměna vztahu k profesi souvisí se změnou psychických potřeb, které by tato role mohla nějakým způsobem uspokojovat. Profese u klienta by měla saturovat především potřebu seberealizace. Ta byla uspokojována v různé míře i v mladší dospělosti. Ve středním věku jde o to, zda v této oblasti dojde k nějaké, žádoucí či nežádoucí, změně. Např. může narůstat potřeba autority a moci, kterou by mohlo uspokojit vedoucí postavení. Může se zvýšit význam samotné pracovní činnosti a jejích výsledků, popřípadě se může stát prioritním cílem dosažení dobrého výdělku (materiálního aspektu). V průběhu středního věku klient pozvolna nahrazuje koncentraci na úspěch a moc preference

pohody a jistoty. Tento trend bude u klienta s postupem věku ještě výraznější. Stejně tak klientova profese splňuje i potřebu sociálního kontaktu, kdy na pracovišti klient navazuje často i hlubší a trvalejší vztahy mezi lidmi. Tyto lidi spojuje především sdílení určitých aktivit, cílů i problémů, které jsou s příslušným zaměstnáním spojeny. Někdy nejde jen o kontakt dvou spolupracovníků, ale i jejich rodin. Potřeba smyslu pracovní činnosti je pro mnohé klienty v tomto věkovém období důležitější než pro mladší generaci. Jsou sice ještě zaměřeni na úspěch a na dosažení dobrého postavení, ale ne už tak výlučně. Začínají pro ně být důležité i jiné aspekty. Formální cíle už nejsou tak významné jako dříve. Naopak, na významu nabývá pocit smyslu vlastní práce, její užitečnost a subjektivní uspokojivost. Osobní hodnoty jedince potvrzují jeho obecný význam práce. Diferencuje se i potřeba budoucího rozvoje vlastní profesní kariéry. Má individuálně hodně rozdílný význam i obsah s ohledem na uvědomění si vlastních limitů. Např. klient v manžerské pozici plánuje další rozvoj své kariéry, zatímco jeho vrstevník v dělnické profesi by se spokojil s udržením pracovního místa, které má. Klient s poruchou soběstačnosti bude mít ve střední dospělosti právě díky tomuto velký problém. Potřeba změny je u klienta ve střední dospělosti jen symbolická (10,24).

Dospívání dětí u klienta v roli rodiče představuje ztrátu jistoty. Postoj rodičů k adolescentním dětem bývá ovlivněn přetrvávající potřebou svoje děti manipulovat, ochraňovat, anebo se jim dokonce i obětovat. Někdy tendence manipulovat s vlastními potomky trvá celý život. Proměnou prochází i vztah s rodiči, kteří stárnou a potřebují od klienta větší pomoc i oporu. Střední věk je u ženy z biologického hlediska dobou poslední možnosti zplodit vlastní dítě. Potřeba intimity je založena na vzájemném porozumění a zvyšuje se stabilita citových vztahů k lidem. Manželství klientů středního věku je ohroženo druhou krizí, která nastává, když dospívají děti. V rámci bilancování se mění postoj k partnerovi i s dospívajícími dětmi. Potřeba změny a odpoutání od omezujícího stereotypu života se může projevit i větší četností mimomanželských vztahů, které mají různou dynamiku i délku trvání. Nespokojenost a vyhaslost manželství nemusí vést k rozvodu, ale ke kompenzaci mimomanželským vztahem, který může uspokojovat potřebu stimulace, nových zážitků a zkušeností. Funguje jako únik ze stereotypu. Ve vztahu k existujícímu manželství nemusí jít o konkurenci, ale

o doplnění chybějících zážitků. Může uspokojovat potřebu citové jistoty a bezpečí, i potřebu intimity. Tento vztah může být projevem potřeby seberealizace, sebepotvrzení, kdy má dokázat klientovi jeho přetrvávající aktivitu, přitažlivost pro nového partnera. Subjektivní hodnota rodiny se pod vlivem takové zkušenosti nemusí měnit a může si i za těchto okolností uchovat nadřazený význam. Na druhé straně nelze nikdy vyloučit, že původně nezávazný mimomanželský kontakt nepřispěje ke zhoršení kvality manželského vztahu. Většinou neplatí, že rozbití původního manželství bylo pouhým důsledkem nevěry. Zpravidla jde o opačný kauzální vztah – nespokojenost s manželstvím vede k hledání nového partnera či partnerky. Nevěra tedy bývá, i u klientů s poruchou soběstačnosti, spíše důsledkem rozpadu vztahu manželského páru než jeho příčinou (10,24).

Téma krize středního věku je široce skloňované v západních zemích, ale téměř neznámé v Česku. A to ne proto, že by zde neexistovalo, ale proto, že se o něm nepíše ani nemluví. Jako by věk mezi třicátým pátým a padesátým rokem života byl tabu. Dlouho se věřilo, že životní období mezi pětatřicátým a padesátým rokem života je výhradně časem vrcholného životního rozmachu. Člověk má za sebou dokončené vzdělání a profesní výcvik a získal zkušenosti, které mu umožňují vystoupat na vrchol profesionální kariéry i osobních met. K obratu v nazírání na tuto periodu lidského života došlo teprve v šedesátých letech 20. století. V roce 1965 publikoval psychoanalytik Elliott Jacques zásadní přelomový článek, který nazval „Smrt a krize středního věku“ (Jacques, 1965). V této práci poprvé pojmenoval a také definoval krizi středního věku. Podle jeho metafory je to období, kdy se růst mění ve stárnutí. Je to doba, kdy člověk dosáhl určitého životního postavení a zisků, ale zároveň si začíná klást otázku: Jak dále? To, čeho dosáhl, ho nenaplnilo, jak očekával. Ba naopak – buď pociťuje chronickou nudu a nedostatek stimulujících podnětů, nebo se dokonce cítí bolestně zajat v pasti dosavadní životní cesty. Najednou si uvědomuje, že je smrtelný, že doba před ním se krátí, a možná je kratší než ta, kterou už má za sebou. Výsledkem je stav vnitřní nepohody, nejistoty, nerozhodnosti až paniky. Pocity prázdnoty, nejistoty, pochybnosti o správnosti své životní cesty, které se často plíživě začínají v tomto období projevovat, pak zpočátku velká část lidí bagatelizuje nebo se je snaží potlačovat. Připustit si, že

procházíme obdobím, kdy nás dosažení toho, po čem jsme toužili, neuspokojuje, či dokonce fakt, že místo období očekávané stability čelíme krizi, je pro řadu lidí destruktivní. Podvědomé obranné mechanismy zpravidla nedovolují podívat se pravdě do očí. Často se tak zdánlivě potýkáme s nejrůznějšími typy potíží, úzkostmi, depresí či vztahovými problémy, za kterými však stojí společný nepřítel – záludně se schovávající krize středního věku. V knize Krize středního věku klientovi radí autoři, aby klienti, kteří touto krizí prochází, šli stejnou cestou jako dříve a vydržet v nezměněné intenzitě. Vsadili na to, že mají dost sil, aby krizi porazili, nebo na to, že krize odejde časem sama. Měli by jít stejným směrem, ale ne stejnou cestou jako dříve – zvolnit tempo a zmírnit nároky, které na sebe kladou. Přizpůsobit novému tempu životní hodnoty a cíle. Větší prostor dát prožitkům namísto výkonnosti, relaxaci namísto sebezpřemáhání a osobním koníčkům namísto nových pracovních záměrů. Využít druhé poloviny života jako příležitosti k radikální změně, ať už povahy konkrétní (změna profese, rodinných poměrů, realizace odkládaných zájmů, nové místo či země pobytu) nebo duchovní (9,10, 24).

1.2.2.2 Uspokojování psychosociálních potřeb u klienta v období starší (pozdní) dospělosti (50-60 let)

Stárnutí je spojeno s vědomím, že začal nezvratný proces postupného zhoršování vlastní tělesné i psychické kondice, různých kompetencí i sociálního postavení. U tohoto klienta dochází ke zhoršování smyslových funkcí (zraku, sluchu...), klesá tělesná síla a pohybová koordinace. Zpomaluje se rychlost a pohotovost reakcí. Začínají se častěji vyskytovat nemoci a některé přecházejí do chronicity. Tento klient si také uvědomuje, že není zanedbatelné riziko ztráty možnosti užít si dosažené sociální pozice i citové zázemí. Věk 50 let je považován za jakýsi mezník, který s definitivní platností potvrzuje počátek stárnutí. Zhoršení některých funkcí a první viditelné změny tuto skutečnost potvrzují. Vedou ke zvýšení nejistoty a obav ze selhání, narušují sebehodnocení a nějakým způsobem mění postoj k sobě samému. Člověk se musí vyrovnávat s postupným úbytkem svých kompetencí a naučit se odhadovat své aktuální

možnosti. Stárnoucí jedinec se může snadno, v rámci obrany popíráním, přecenit, nebo může být jeho sebehodnocení mnohem horší, než by odpovídalo skutečnosti. Zvýšená nejistota může navíc sama o sobě zhoršovat aktuální výkon. Stárnoucí člověk je sice méně výkonný, pomalejší, hůře přizpůsobivý, ale na druhé straně nemusí být tato životní fáze spojena s většími nároky, a ty obvyklé dokáže plnit rutinním způsobem. Člověk tohoto věku si nedělá iluze a už příliš nestojí o změnu. Rád by si uchoval to, co je dobré nebo alespoň přijatelné. Stárnutí vytváří tlak na změnu hodnotového systému, lidé si začínají uvědomovat, že nezvládnou tolik, co dříve. V průběhu stárnutí se mění postoj k vlastnímu tělu a k jeho somatickým funkcím. Klient tohoto věku musí skutečnost vlastního stárnutí přijmout a adaptovat se na ni, tento proces ale trvá určitou dobu (10,17,24).

Proces adaptace lze rozdělit do několika fází:

1. Fáze prvních signálů stárnutí – klient si nějakou změnu uvědomí, ale pokud jej netrápí ve větší míře, nevěnuje jí pozornost a žije dál stejným způsobem.
2. fáze smlouvání – klient si více připouští, že stárne, ale rád by si udržel pocit přijatelně dobrých funkcí a tělesné svěžesti co nejdéle.
3. fáze přijetí reality tělesného úpadku - klient smiřuje se svými potížemi a učí se s nimi žít (24).

Tempo stárnutí bývá individuálně různé a neovlivňuje změny funkcí různých orgánových systémů či tělesný vzhled rovnoměrně. Míru vlivu dědičnosti a exogenních faktorů na rychlost stárnutí nelze přesněji vyjádřit. V období pozdní dospělosti se postupně uzavírá profesní kariéra, stárnoucí lidé mění svůj vztah k vlastní profesi. Profesní aktivity mají jiný význam, než měly dříve a uspokojují jiné psychické potřeby. Profesní role může nějakým způsobem uspokojovat základní psychické potřeby stárnoucího člověka jako je potřeba stimulace a učení, kdy starší zaměstnanci o nové podněty příliš nestojí, dávají přednost stereotypu a rutině. Co se týče potřeby zázemí, jistoty a bezpečí, tak tady takovýto klient projevuje zpravidla větší loajalitu k pracovišti, kde strávil značnou část svého života a je s ním více identifikován. U potřeby seberealizace klient usiluje ve větší míře o potvrzení vlastní hodnoty ve smyslu důrazu na spolehlivost, stabilní výkonnost a zkušenost. Pro klienta v tomto věkovém období je

důležité uspokojit i potřebu otevřené budoucnosti, aby si byl jistý v odpovědi na otázku jak dlouho bude ještě schopen pracovat, popř. jak dlouho ho pracovat nechají. V této době dochází i k vývojově podmíněným změnám partnerském vztahu. Stárnoucí manželé musí zvládnout proměnu intimity a najít smysl svého dalšího života. Dominujícím aspektem partnerského vztahu je sdílení života a očekávání vzájemné opory při zvládnání očekávaných životních zátěží. Nové vztahy vznikají spíše výjimečně, občas se objeví návraty ke starým láskám. Co se týče potřeby intimity, tak tady je standardní společenské očekávání ve vztahu k sexualitě spíše negativní. V důsledku toho přestává být stárnoucí člověk v sexuální oblasti sebejistý. Nyní potřebuje ke svému vzrušení více času, tělesnou i psychickou pohodu a jistotu, že je partnerem všestranně akceptován. Sex už nemůže být chápán jako oblast výkonová a klient jím nemůže potvrzovat své osobní kvality. Sex přestává být samostatným zdrojem tělesného uspokojení a je ve větší míře chápán jako součást komplexního partnerského vztahu (10,17,24).

V období mezi 45 a 60 lety dochází k významné změně ve složení rodiny. Děti dospívají, osamostatňují se a rodiče zůstávají sami. V této době rodina přechází do fáze prázdného hnízda. Rodiče tuto fázi obvykle prožívají ambivalentně. Na jedné straně jsou svobodnější, nemají tolik povinností, ale na druhé straně se mohou cítit osamělí. Po odchodu dětí mohou přechodně pociťovat prázdnotu, někdy dokonce i ztrátu životního smyslu. Rodičům se může zdát, že dříve bylo všechno lepší a jednodušší. V této době se mohou ve značné míře změnit rodinné vztahy. Mohou se obnovit odkládané a neřešené problémy, zejména ve vztahu mezi oběma rodiči. Tato změna může představovat určitou zátěž, s níž je nutné se vyrovnat a najít nový smysl života. Ve vztahu k profesi dochází mezi oběma generacemi k napětí, které bývá dost často dáno rozdílem potřeby jistoty. Odchod dospělých dětí z rodiny posiluje mezigenerační hranice a ovlivňuje uspokojení všech základních psychických potřeb jako jsou potřeba stimulace (klient má doma více klidu, ale oproti tomu je mu smutno i po podnětech, které mu dítě přinášelo), takový klient už nemůže vychovávat dítě a tak uspokojovat svou potřebu orientace a učení, potřeba citové jistoty může být ohrožena osamostatněním dítěte, potřeba seberealizace není tak uspokojována jako, když ji dítě vyrůstalo a rodiče velmi

potřebovalo. Potřeba otevřené budoucnosti je naplňovaná představou o dalším životě dospělých dětí a jejich vlastní účastí na tomto životě. Tyto potřeby bilancují u klienta i pokud jejich dítě uzavře manželství a narodí se jim vnouče. Partnerství vlastních dětí je posuzováno klientem z hlediska zkušeností a preferencí stárnoucí generace. Mnohdy se zde projeví i mechanismus projekce, člověk pohlíží na partnera svého dítěte, jako by si ho vybíral sám. Určitý význam má potřeba uchovat si citový vztah s vlastním, byť již dospělým dítětem. Z toho hlediska je jeho partner – ať už má jakoukoliv kvalitu – chápán jako konkurence. Nyní to bude on, kdo získá privilegované postavení a bude sdílet nejtímnější prožitky. V této roli už vlastní rodič nikdy nebude, jeho dítě mu už nikdy nebude bezvýhradně patřit a on pro ně nebude nejvýznamnější bytostí. Partnerství, resp. manželství vlastních dětí je pro rodiče v tomto věku spojeno s nutností změnit postoj a chování. Je třeba partnera svého dítěte přijmout, nebo se s ním alespoň nějakým způsobem vyrovnat. Je třeba vymežit charakter vzájemných kontaktů, akceptovat názory mladých, ale zároveň se nenechat vmanipulovat do nějaké nežádoucí varianty. Je třeba omezovat vliv na mladou rodinu, nevnučovat svoje rady a zkušenosti. Za těchto okolností se může i ve větší míře projevit rozdílnost postojů klientova partnera a hodnot, která byla potlačována vzhledem k prioritě zaměření na výchovu dětí. Společným cílem může nakonec zůstat jen vztah k dětem, resp. Vnoučatům a společný domov (10,17,24).

Opak syndromu prázdného hnízda je varianta společného soužití s mladými manželky, které rodinu dostává do fáze přečpaného hnízda. Samy kvality partnerského vztahu nejsou už tak významné, jak byly dřív. Ubývá tendence diskutovat o různých problémech, protože oba vědí, že to nemá smysl. Proto se zvyšuje ochota přijmout kompromis, ale i tendence rezignovat na řešení určitého problému (24).

Proti rozpadu manželství působí potřeba klidu a jistoty, kterou uspokojuje stereotyp dlouholetého manželství. Určitý vliv má i představa materiálních problémů, které by po rozvodu vznikly, a nakonec názory dospělých dětí. Starší člověk si svého manželského partnera neidealizuje, ale akceptuje jej a smiřuje se s ním. Padesátiletý člověk má ke svému manželskému partnerovi jiná očekávání, než měl dříve. Potřeby stárnoucího člověka se s věkem mění. Postupně ubývá důraz na výkon, na profesní roli

a s ní spojenou úspěšnost. Partnerský vztah je stabilizovaný, ale žádný větší emoční už neposkytuje. Narození vnoučete a získání role prarodiče bývá stárnoucími klienty akceptováno téměř vždycky pozitivně. Vnouče může mít pro prarodiče jinou, často větší hodnotu, než pro ně měly vlastní děti. Pro prarodiče se může stát vnouče smyslem jejich života (24).

Postoje stárnoucích lidí ke starým rodičům vztah mezi stárnoucími lidmi a jejich rodiči se pod vlivem postupujícího tělesného i psychického chátrání mění. Postupně dochází ke zvětšování asymetrie mezi oběma generacemi. Staří rodiče se stávají závislími a tím i podřízenými svým vlastním dětem. Míra této závislosti bývá různá podle toho, jaké tělesné či psychické funkce starého člověka selhávají. Je ovlivněna i jeho postojem, potřebou udržet si samostatnost. Tělesné a zejména psychické změny, celková degradace osobnosti starých rodičů, která se stářím souvisí, často působí na stárnoucí lidi jako šok. Zátěž, kterou přináší péče o chronicky nemocné a bezmocné staré rodiče klienta, se negativním způsobem projev i v oblasti uspokojení psychických potřeb jako jsou potřeba stimulace. Stimulační přísun může být za těchto okolností nadměrný navíc převážně nepříjemný. Typické projevy chování starých lidí, jejich iracionalitu, spojenou s nutkavostí a necitlivostí k reakcím okolí, lze pro klienta s jeho poruchou soběstačnosti považovat za rušivé a zatěžující. Potřeba orientace a učení je u klienta zaměřena na porozumění problémů spojených s úpadkem starých lidí a jejich chápání. Zároveň si klient musí připustit, že ani on není zbaven rizika podobné osobnostní změny v relativně nepříliš vzdálené budoucnosti. Potřeba citového vztahu, jistoty a bezpečí se za těchto okolností u klienta mění na soucit. Klient je svému rodiči stále vděčný za to, co pro něj v životě udělal, ale aktuálně je spíše zdrojem ambivalentních pocitů. Péče o starého člověka může být pro klienta natolik zatěžující, že blokuje jeho jakoukoliv jinou možnost seberealizace, navíc je klientova snaha často činností, která nemá žádný viditelný pozitivní efekt. Uspokojení může přinášet jen pocit klienta, že splnil povinnost a poskytl veškerou dostupnou péči a pomoc blízkému člověku. Klient si v této době uvědomuje omezenost i svého vlastního života. Tento prožitek leckdy stimuluje posun v hodnotové hierarchii, protože budoucnost potřebuje být naplněna něčím smysluplným. Změna postoje bývá většinou generalizovanější,

projeví se ve vztazích ke světu i k sobě samému. Reakce na smrt starého rodiče vyvolává v klientovi silnou citovou reakci, protože vztah rodiče a dítěte je vždy jedinečný a často bývá i v této době velmi silný. I starší člověk se za těchto okolností cítí určitým způsobem opuštěn. Uvědomuje si, že ztratil jednu, pro něj velice významnou a nenahraditelnou emoční vazbu. Ožívují se vzpomínky na zemřelého rodiče a dochází k jeho idealizaci. Smrt tak blízkého člověka může posílit i tendenci chovat se podobným způsobem jako on a zaujímat podobné postoje. Úmrtí obou rodičů posunuje generační příslušnost, stárnoucí člověk se tak stává příslušníkem nejstarší generace se všemi výhodami i nevýhodami. Za těchto podmínek se cítí starší a ohroženější než předtím, jako by sám postoupil blíže smrti (10,17,24).

Dlouhodobý přátelský vztah je definován vzájemným porozuměním a posilováním mnohaletým sdílením různých zkušeností, kumulací společných prožitků, i poskytnutou pomocí v různých zátěžových situacích. Přátelský vztah je pro klienta jinou variantou citové vazby než citový vztah s blízkými členy rodiny. Může saturovat jiné potřeby, eventuálně kompenzovat problémy v rodinných vztazích. Může sloužit jako opora, která brání psychické dekompenzaci. Oproti partnerským vztahům je jeho výhodou větší stabilita a menší zranitelnost, bývá trvanlivější a spolehlivější. Funguje jako zdroj jistoty a bezpečí, který může máloco narušit. Přátelský vztah může uspokojovat potřebu nových podnětů a zkušeností, odlišných od těch, které klient získává v rámci rodiny či zaměstnání. Přispívá k rozvoji nových zkušeností, slouží jako zdroj potvrzení sociální přijatelnosti klienta, posiluje jeho sebeúctu a zároveň koriguje jeho sebepojetí. V rovině chování se ve střední a pozdní dospělosti přátelský vztah projevuje poskytováním vzájemných služeb, nasloucháním, radami i drobnými dárky, které mají spíše symbolický charakter a jejich hlavním smyslem je potvrzení citové vazby. Přátelství zahrnující vzájemnou důvěru a jistotu solidarity vzájemně přispívá k pocitu životní pohody klientů v období střední a pozdní dospělosti. Přátelé si vzájemně pomáhají překonat důležité životní mezníky, jako jsou zdravotní a rodinné problémy či potíže v zaměstnání, protože tyto vztahy žádnými zásadnějšími standardními vývojově podmíněnými proměnami neprocházejí (10,17,24).

1.2.2.3 Uspokojování psychosociálních potřeb u klienta v období raného stáří (60-75 let)

Stárnout znamená, smířovat se se změnami a ztrátami, přesto však plánovat a žít hodnotný život až do konce. Stáří lze chápat i jako výsledek procesu individualizace, z toho hlediska může být považováno za období vrcholu osobnostního rozvoje. Ze sociálního hlediska má stáří spíše negativní význam. Ve stáří dochází pod vlivem změny způsobu života k proměně sociálních dovedností. Mění se způsob komunikace i morální uvažování, stáří přináší redukci sociálních rolí. Tito klienti prožívají své stáří v rámci několika sociálních skupin. Nejvýznamnější skupinou je rodina. Může zahrnovat nejenom soužití partnerů, ale i kontakt s rodinami dětí sourozenců. Další sociální skupinou, pro klienta významnou, jsou přátelé a známí ze sousedství – tito lidé mohou mít na klienta kompenzační význam, zejména pokud by vlastní rodina neexistovala nebo neplnila své funkce. Poslední sociální skupinou pro klienta v rané dospělosti je společenství obyvatel určité instituce, jako je např. nemocnice (zejména LDN) či domovy důchodců, v jejich rámci klient sdílí s ostatními totéž teritorium a určitý styl života a může i zde vytvořit hlubší vztahy. Odchod do důchodu je jednou z největších sociálně podmíněných změn ve stáří, důchodce je tímto způsobem eliminován na okraj společnosti. Odchod do důchodu může mít různý osobní význam, může ovlivnit strukturu potřeb, styl života i některé složky klienta. Toto se odrazí u potřeby simulace a aktivity (např. pokud si klient nenajde smysluplnou činnost, může mu chybět dostatek smysluplných podnětů i aktivity, jaké měl při výkonu svého povolání). Potřeba orientace a adaptace je pro klienta také zprvu těžká. Pokud se klient ztrátou zaměstnání začne stýkat s menším počtem lidí, na které byl zvyklý, pak takový klient může strádat i v potřebách sociálního kontaktu. Role důchodce je pro klienta jednoznačně rolí starého člověka, a tak je u klienta, bez pomoci malých sociálních skupin, ohrožena potřeba citové jistoty a bezpečí. Ztrátu profesní role může klient vnímat jako osobní znehodnocení, může vést k pocitům bezvýznamnosti a druhořadosti. Klient je postaven do situace, kdy musí hledat nový způsob seberealizace a sebepotvrzení, což může klienta nutit ke změně jeho postojů a hierarchie hodnot (10,17,24).

Zpochybňovat nelze ani lidské potřeby starého člověka. Často se předpokládá, že s postupujícím věkem ubývá psychosociálních potřeb a narůstá význam základních potřeb biologických. Velmi často tomu tak není ani při závažné nemoci, natož alespoň v relativním zdraví. To jen mnoho starých klientů, zvláště osamělých a žijících v ústavní péči, rezignuje a bývá zatlačeno do světa biologických potřeb a základní zabezpečení. Zúžení zájmu na stravu, vyměšování, spánek a chronické zdravotní obtíže bývá často projevem maladaptace a deprivace. I velmi starý a závažně nemocný klient má zachovány potřeby smysluplnosti, participace na dění, sounáležitosti (někam patřit, někým být pozitivně přijímán), důstojnosti, autonomie, smyslové a komunikační stimulace (17,24).

V průběhu stáří se mění mnohé potřeby, biologické i psychické. Mění se jejich význam, zaměření či preferovaný způsob uspokojování. Potřebou klienta v raném stáří není vždy potřeba sama, ale také to, k čemu člověk skrze ní směřuje. Stárnutí je charakteristické poklesem potřeby nových podnětů a zkušeností či ochoty nevyhnutelnou změnu akceptovat a vzestupem důrazu na jistotu a stabilitu. Starší klient je často nucen zabývat se sám sebou, protože leccos už není samozřejmostí, ale vyžaduje vynaložení většího úsilí či dokonce pomoc někoho jiného. Staří lidé mají potřebu sociálního kontaktu a chtějí s někým navázat kontakt, pokud nejsou v rodinném kruhu svých blízkých. Starší klienti potřebují dostatek sociálních podnětů, ale zároveň i své soukromí. Mezi potřeby starých lidí, mimo fyziologické, patří potřeba bezpečí, ekonomického zabezpečení. Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem bývá snižena. Dalšími potřebami jsou potřeby sociální – zejména potřeba normovanosti (potřeba kontaktu s okolním světem, potřeba náležet k nějaké skupině (rodina, přátelé, klub), potřeba lásky (cit dávat i přijímat), potřeba vyjádření a vyslechnutí a zvláště významnou potřebou je potřeba autonomie /být svobodný v rozhodování, zůstat sám sebou...). Spokojenost v manželství ve stáří spíše narůstá, manželský partner uspokojuje celou řadu psychických potřeb staršího klienta. Jeho onemocnění či dokonce ztráta představuje jednu z nejzávažnějších zátěží tohoto věku klienta. Postoj k novému partnerství je spíše odmítavý. Vztahy seniorů s dospělými dětmi a vnuky bývají obvykle vyrovnané a stabilizované. Zlepšení a stabilizace je u klienta zřejmá i u vztahu

k sourozencům. Proto následující potřeby mají pro klienta velký význam i v manželství, vztahu k dětem a vnukům, sourozencům. Potřeba citové jistoty a bezpečí bývá ve stáří klienta intenzivnější a její uspokojení významnější, než bylo ve středním věku, protože klient si uvědomuje reálná rizika jako jsou onemocnění, ovdovění, závislost na pomoci druhých. Člověk má být pro ostatní důležitý nejen tím co dělá, ale i tím, že je. Další potřebou je potřeba seberealizace a rozvoj vlastní činnosti. Potřeba intimity má pro klienta v tomto věku trochu jinou podobu, než měla dřív. Starší klienti potřebují nejen pocit psychické blízkosti, ale fyzický kontakt, který nemusí mít erotický charakter. Klientům stačí, když se mohou někoho blízkého dotýkat nebo být v jeho bezprostřední blízkosti. Potřeba seberealizace může být ve stáří hůře uspokojena a obvykle taky klesá její význam nebo způsob jejího uspokojování. Starší klienti bývají zatěžováni strachem z nemoci, opuštěnosti a bezmocnosti. Proto je přijatelnou představou, potřeby otevřené budoucnosti a naděje, kompromis, který klientovi klade důraz na zachování soběstačnosti a sebeúcty. (10,17,24) .

1.2.2.4 Uspokojování psychosociálních potřeb u klienta v období pozdního (pravého) stáří (75 a více let)

Důležitým úkolem pravého stáří je zvládnání přibývajících potíží, ztrát. Vědomí všech omezení i limitované perspektivy může vést k odklonu od reálného světa, k tzv. gerontotranscendenci. Z hlediska sebevědomí se klient zpravidla podhodnocuje. Postupně přibývají zdravotní problémy a s nimi je spojen i úbytek soběstačnosti. Středem pozornosti klienta v tomto věkovém rozmezí bývá především vlastní zdraví a kompetence potřebné k udržení soběstačnosti. Ve druhé polovině 80. let dochází k diferenciaci úrovně rozumových schopností starších klientů, míra jejich úbytku se nejčastěji projeví v méně obvyklých situacích. Pocit životní pohody je udržován na přijatelné úrovni především díky smíření s mnoha ztrátami a zátěžemi. Velkým problémem pozdního stáří bývá sociální izolovanost a z ní vyplývající osamělost. Pokles soběstačnosti vede k zvýšení závislosti na jiných lidech a leckdy i k vynucené změně života. Umístění do instituce představuje specifickou zátěž, jejíž zvládnání určitou dobu trvá. Život v domově důchodců bývá nejčastěji prožíván ambivalentně. Očekávání

smrti a představa umírání je velmi významným tématem pozdního stáří, i když jde nejčastěji o strach z dlouhodobého a subjektivně neúčelného utrpení. Hledání smyslu smrti je stejně náročné jako hledání smyslu života. Ve stáří pro klienta potřeba spirituálního směřování velmi často narůstá. Starým lidem víra poskytuje návod, jak zvládat různé zátěže, je jim oporou a rámcem pro interpretaci významu jejich životních zkušeností i základem sebehodnocení. Může přispět k vyrovnanému postoji k vlastním problémům stáří (10,24).

Potřeby klientů pozdního stáří odrážejí proměnu jejich fyzického i psychického stavu, úbytek soběstačnosti i sociálních kontaktů. Tito klienti zpravidla usilují o udržení stávajících fyzických i psychických funkcí, ale na další rozvoj už v naprosté většině rezignují. Potřeba stimulace je v pozdním stáří relativně nízká, ale i přesto mohou někteří klienti strádat jejím nedostatkem. Velkou subjektivní hodnotu mívá aktivita, která eliminuje nepříjemné pocity klienta. Pochopitelně ještě více je u klienta stupňována potřeba bezpečí a jistoty. Potřeba sociálního kontaktu a citové vazby má rovněž pro klienta velký význam. Starší senioři jsou hodně závislí na vztazích s nejbližšími lidmi. Požitek intimity může být opět rázu prožití posledních chvil se svými blízkými i spirituální sdílení. Obava z rozplynutí a ztráty vlastní identity v rámci anonymizace (např. díky umístění do instituce, kterou je léčebna dlouhodobě nemocných, domov důchodců...) nebo ztráty veškerých kontaktů a vazeb může být u takového klienta velmi silná. Potřeba autonomie existuje i v pozdním stáří. Klient chce rozhodovat alespoň o tom, co je pro něj zvládnutelné a dostupné. Pro klienta je důležitá i symbolická autonomie (např. možnost určit si, kdy bude klient vstávat, kdy a co bude jíst,...). Potřeba akceptace a uznání se u klienta projevuje tendencí vymáhat pozornost nebo snahou udělat něco, co by bylo někomu užitečné, a eliminovat tak narůstající pocit vlastní zbytečnosti. Potřeba být užitečný se leckdy může projevovat u klienta velmi bizarním způsobem (např. schováváním zbytků jídla a obnošeného šatstva pro potomky) (24).

1.2.3 Bio-psycho-sociální potřeby nesoběstačných klientů se závažným onemocněním a umírajících

Pokud mluvíme o klientech s poruchou soběstačnosti, která je velmi těžká nebo mu nedovolí pohyb, stává se z klienta těžce nemocný člověk a má téměř stejné psychické problémy jako klienti s nevléčitelnou nemocí. Takoví klienti často ztrácí svůj původní smysl života. Najít za této, obecně velice obtížné situace nový přijatelný smysl vlastního bytí není snadné. V. Frankl považuje i utrpení za smysluplné, protože klientovi pomůže ujasnit význam skutečných hodnot. Utrpení může podpořit jeho citlivost a někdy mu může pomoci, aby se stal kvalitnější osobností. Nemoc způsobující snížení soběstačnosti mění pohled člověka na svět i na sebe sama. Dovolí klientovi pochopit i jiné dimenze života, kterým by dříve nebyl schopen rozumět a nebo by o ně ani nestál. I ve zvládnání choroby a utrpení s ní spojeného se může potvrdit kvalita lidské osobnosti, přestože je často poslední projev jeho sebepotvrzení. Ale toto bývá časté u klientů nevléčitelně nemocných a u kterých je nesoběstačnost doprovodným příznakem choroby (23).

Na otázku, kdy je nejvhodnější s klientem začít mluvit o smrti, odpovídá E.Kübler – Rossová takto: „Neotvírejte před pacientem tento problém sami od sebe. Vyčkejte, až sám nastolí téma smrti a umírání. Bude-li hovořit o bolesti, hovořte o jeho bolesti. Jestliže vyjádří strach ze smrti, usedněte, vyslechněte ho a zeptejte se ho, z čeho konkrétně má obavy. Pokud si chce vyřídit nějaké záležitosti ohledně pohřbu, nebo sepsat poslední vůli ještě dlouho před tím, než se přiblíží smrti, nezkoušejte ho od toho zrazovat, ale sežeňte mu právníka a pomozte mu uspořádat jeho záležitosti.“ (Svatošová, s. 18, 20).

Co je pro naši generaci tabu, to bylo pro generaci našich prababiček naprosto normální součástí života. Většina lidí umírala doma, jen výjimečně v nemocnici. Dnes je tomu přesně naopak. Buďme ale objektivní. Obojí má své výhody i nevýhody a záleží na nás, zda si z obojího dokážeme vybrat to dobré. Vneseme-li do domácí péče víc odbornosti a do nemocniční péče zapojíme rodinu a přátele nemocného, přiblížíme se o velký kus k vytčenému cíli. A co nelze uskutečnit, ani doma ani v nemocnici, to se jistě podaří v hospicích (20).

Je důležité vědět, že psychický komfort umírajícímu klientovi v domácí péči sotva můžeme zajistit bez aktivní spolupráce s jeho rodinou a přáteli. Odbornost znamená sice hodně, ale není to všechno. I když se budeme sebevíc snažit klienta doprovázet posledním úsekem života, nemůžeme mu nahradit toho, který s nemocným krácel dlouhá léta společně životem. „Skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně“ (s. 19, 20). Objeví-li se lékař nebo sestra na scéně až v předposledním nebo posledním dějství klientova celoživotního scénáře, může s ním ujít už jen ten zbývající malý úsek. Ale i to může znamenat velmi mnoho, zvláště pro člověka, který nám říká, že opravdu už nikoho na tom světě nemá. A my zjistíme, že to je pravda. Sestra je mnohdy tou jedinou bytostí, kterou nemocný pustí do svých myšlenek. Někdy je sestra tou, která naslouchá, je nemocnému oporou a průvodcem. Pomáhá mu, aby se sám v tom velkém zmatku a zoufalství našel, aby našel své místo a svůj smysl. (1,11,20).

Na povolání se připravujeme často i mnohaletým studiem. Na manželství se stejně zodpovědně připravují jen někteří. Když se to napoprvé nevydaří, zkusí to na druhý pokus. Na smrt bychom se měli včas a velmi pečlivě připravit. Tam totiž žádný opravný termín jako u zkoušky, anebo druhý pokus jako v manželství nepřichází v úvahu. Výjimkou nejsou ani lidé, kteří přežili klinickou smrt, protože se o definitivní smrt nejednalo. „Všichni budeme umírat bez generálky, rovnou naostro“ (Svatošová, s. 19, 20). Umění je, vžít se do kůže klienta, abychom mu mohli být co největší oporou. Dokud to člověk sám nezažije, možná si ani dost dobře neuvědomí, co všechno nesoběstačný umírající klient ztrácí. Může to být jméno, postavení, životní jistota, soukromí, stud, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost aktivity atd. K tomu všemu naopak přibyla bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření a mnoho dalšího ne příjemného. Proto má takovýhle klient právo reagovat na novou situaci i agresí, úzkostí, depresí, zmateností, poruchami chování apod. Nepřipravené okolí obvykle reaguje na takové klientovy projevy negativně; to jeho agresivitu dále stupňuje, vzniká bludný kruh a nikomu to neprospívá. Zato dobře připravené okolí zvládne vzniklou situaci mnohem lépe a může být nesoběstačnému klientovi v době umírání obrovskou oporou a pomocí. Proto většina hospiců nabízí srozumitelné přednášky a praktické semináře pro veřejnost (20).

Priorita potřeb se v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku byly prvořadě potřeby biologické, v závěrečné fázi velmi často nabývají nedůležitosti potřeby spirituální. Jsou-li uspokojeny všechny čtyři okruhy potřeb nemocného, nikdy nepožádá o eutanázii. Ani ho nic takového nenapadne. Naopak, setkáme-li se s nemocným, který o eutanázii zauvažuje, vždycky bychom měli hledat příčinu a snažit se ji odstranit. Zcela jistě některé potřeby nemocného nejsou uspokojeny. Může to být nezládnutá bolest, ale může to být i spousta příčin jiných. Pokud jde o eutanázii, mají k ní v hospici postoj vyhraněný: pomáhat v umírání ano, pomáhat k smrti ne (20,45).

Do potřeb biologických u nesoběstačného klienta se závažným onemocněním nebo umírajícího patří vše, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje přijímat potravu, někdy i zvláštním způsobem upravenou. Pak se potřebuje co možná nejpřirozenějším způsobem, pokud možno bez cévek a bez klystýrů, zbavit produktů vlastního metabolismu. Současně se musí každé své buňce postarat o nějakou tu molekulu kyslíku, což není vždycky jednoduché, zvláště když nemoc postihla dýchací ústrojí nebo srdce. Někdy je potřeba rychle se zbavit celého nemocného orgánu a pro jistotu se pojistit ještě dalšími prostředky, jako je ozařování, chemoterapie, hormonální léčba apod. A protože co se nepoužívá, to zakrní, je nutno v rámci možností nemocné tělo nutit i k aktivitě, jinak předčasně zchátrá nebo se proleží. O většinu biologických potřeb, včetně tišení bolestí, bývá dobře a odborně postaráno v nemocnici, ale nemusí tomu tak být vždycky. Například podmínky pro nerušený spánek může mít klient mnohem lepší doma (20).

Psychologickými potřebami respektujeme lidskou důstojnost, a to naprosto nezávisle na stavu tělesné schránky. „Člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku (Svatošová, s.22, 20). Je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno ho chápat a respektovat vždy, tím spíše v období, kdy svůj specifický úkol završuje. Klient potřebuje se svým okolím komunikovat a my často zapomínáme, že více než naše slova mluví naše mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči, ale i naše oblečení atd. Jde o mimoslovní komunikaci. Každý potřebuje pocit bezpečí. I proto je důležité klientovi nikdy nelhat, tj. neříkat něco, co by člověk musel později odvolávat. Vymstilo by se to, nemocný by k takovému člověku ztratil důvěru právě ve chvíli, kdy ji nejvíc bude potřebovat. Zklame-li ho tímto způsobem věhlasný lékař, je to

smutné. Zklame-li ho však manželka, která mu kdysi slibovala lásku, úctu a věrnost, zasáhne ho to mnohem víc. Další zásadou je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet a jen tehdy, kdy to chce slyšet (10,20).

Člověk je tvor společenský, a tak jako izolovaně nežije, izolovaně ani nestůně a neumírá. Nemocný většinou stojí o návštěvy a potřebuje je. Ne ale vždy a ne všechny. Měl by mít právo návštěvy si sám usměřňovat a my bychom ho v tom měli plně respektovat. Nejsilnější vazby jsou obvykle s rodinou, ale nejen s ní. Nesoběstačný klient možná musel přerušit nedokončenou práci, nedostavěl dům, nevystačí s nemocenskou - a tisíce dalších problémů, na které je lékařská věda krátká, se honí jeho hlavou (20).

1.2.3.1 Spirituální potřeby nesoběstačných klientů se závažným onemocněním a umírajících

Až do nedávné doby byly spirituální potřeby klientů více méně tabu. „Není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí, včetně zdravotníků domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb věřících. Skoro bych řekla, že je tomu naopak. Ne, že by věřící své duchovní potřeby neměl. Má je, ale ví, co má dělat a obvykle se podle toho dovede zařídit. Horší je to s lidmi, kteří z víry nežijí. Právě v průběhu vážné nemoci se začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu života - vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl“ (Svatošová, s. 23-24, 20).

Někteří z klientů nemají vůbec žádný vztah k žádnému náboženství, přesto mají své spirituální potřeby. Chtějí uzavřít svůj život, touží po spočinutí a bezpečí. Nejrozšířenější podoby spirituality jsou křesťanská, islámská, buddhistická, židovská atd. Rozmanité jsou i duchovní systémy náležející k různým etnickým skupinám (např. indiánské, sibiřských národů atd.) (1,11,20).

Obecná představa příbuzných těžce nemocného bývá taková, že těžce nemocný potřebuje především lékařskou péči - a to i v situacích, kdy už léčit prakticky nelze (postava lékaře v bílém plášti je i dnes mnohdy vnímána téměř kulticky). Dále buď rozptýlení ("aby na to všechno nemyslel"), nebo klid až izolaci. Okolí klienta zpravidla

nevnímá, že by měl v závěru svého života ještě nějaké úkoly, které má naplnit. Spirituální hodnoty jsou širším pojmem než náboženské úkony. Není to tedy nutně jenom vztah k biblickému Bohu, ale ke všemu, co nás přesahuje. Spirituální hodnoty jsou obtížně sdělitelné a druhému do značné míry nepřístupné hloubky bytí a životních jistot člověka, které během života hledá a opírá se o ně. Tyto hodnoty mají tendenci přesahovat vše, co běžný lidský život obsahuje. Proto jsou mnohdy nazývány hodnotami transcendentními. Pro někoho jsou tyto hlubiny spíš něčím (hlubiny duše, osud, apod.), pro jiného jsou místem setkání s někým (s tím, koho tuší, ale neumí ho nazvat; s nejhlubším tajemstvím; s Bohem). Zcela obecnou spirituální hodnotou, která otevírá cestu k hodnotám dalším, je skutečná láska, ve které člověk vychází sám ze sebe za hranice svého egoismu a nezištně se otevírá a dává druhým. Zvláště v situaci těžké nemoci nebo blízkosti smrti jsou tyto hloubky více či méně odkrývány a zaměstnávají myšlení člověka. Schopnost o nich mluvit se u jednotlivých klientů velmi liší. U někoho je tato schopnost téměř neznatelná, což ovšem neznamená, že by tyto hodnoty nebyly v jeho životě přítomny. V každém případě se ale spirituální a existenciální otázky týkají celku života, nejen stavu těžké nemoci a bývají spojeny s jeho posuzováním (1,11,43).

Při posuzování průběhu života hrají u takového klienta roli tři časové oblasti: minulost, přítomnost a budoucnost. Z těchto tří perspektiv se může kvalita života jevit nemocnému a těm, kdo se o něho starají, poněkud odlišně. Při ošetřování nebo lidském doprovázení těžce nemocného vnímá jeho okolí zpravidla silně přítomnost a budoucnost - zda se uzdraví, jaká je prognóza průběhu nemoci. Minulost je většinou příliš nezajímá. Na rozdíl od přítomnosti je nepřístupná a aktivitou okolí nemocného není měnitelná. Úhel pohledu těžce nemocného je jiný. Pro něho není mnohdy tak důležitý objektivní stav, důležitější je subjektivní prožívání. Těžká nemoc zvýrazňuje oblast prožívání a mnohdy vede k větší introspekci, takže se nemocný dívá více do sebe sama než kolem sebe. Není to způsobeno jen tím, že má víc času na to, aby vnímal, jak se cítí, a věnoval se svému prožívání. V perspektivě trvalé nemoci nebo blízké smrti mívá člověk pro stav svého nitra víc pochopení a přikládá mu více důležitosti, než tomu bylo ve fázi zdraví. Bylo by tedy nerozumné a necitlivé klientovi v tom bránit nebo jeho prožívání bagatelizovat. Mnohem lepší je snažit se mu porozumět. Pokud se zdá, že se klient až

příliš propadá do svého nitra, může mu pomoci spíše citlivé uvedení dalších témat k přemýšlení a k upoutání zájmu, než snaha odvracet ho od pohledu do nitra (1,11,43).

Pohled do minulosti může být klientovi zdrojem uspokojení z naplnění života, pokud ho hodnotí převážně kladně. Těší se tím co prožil a vykonal, uplynulý život vnímá jako bohatý a někdy jako klidně se uzavírající. Na opačném pólu stojí takový pohled do minulosti, který je zdrojem úzkostí a výčitek pro selhání a viny, které ve svém životě klient vidí. Mnohdy klient ospravedlňuje, co se mu v životě nepovedlo. Toto hodnocení a prožívání je výzvou ke smíření s tím, že život byl takový a ne jiný, ke smíření se sebou samotným, s vlastní nedokonalostí a ohraničeností, s bližními, případně s Bohem, pokud k němu má nemocný vztah, cítí se mu být dlužen, nebo ho obviňuje za nedovršený či nenaplněný život. Určitá uzavřenost minulosti, do které už nelze aktivně vstupovat a něco v ní měnit, a odstup od řady událostí a prožitků otevírá pole, v němž se mohou výrazněji rýsovat spirituální hodnoty. Od akutních starostí a povrchních hodnocení se klient dostává k hloubce významu a smyslu toho, co prožil, objevuje vazby a souvislosti, kterých si v průběhu života všímal málo nebo vůbec ne (1,11,43).

Přítomnost je většinou naplňována především bojem s nemocí a jejími důsledky a úsilím snášet nebo překonávat těžkosti způsobené jak nemocí, získanou nesoběstačností, tak léčbou. Zejména tam, kde jsou síly klienta velmi omezeny, je přítomnost místem, kde je spíš hledán smysl prožívaného, než velký životní výkon. Hledání a objevování smyslu toho, co klient prožívá, a to i ve stavu se špatnou zdravotní prognózou, je opět cestou k odkrývání, přijímání a nacházení spirituálních hodnot. Smysl prožívaného a spirituální hodnoty musí ovšem nacházet osobně, nemůžeme mu je jen zvnějšku doporučit, natož vnutit. To neznamená, že mu nemůže nikdo pomoci. Pomoc ale nemá být indoktrinací, přesvědčováním o smyslu toho, co sám prožívá jako obtížné, zdánlivým spiritualizováním bolestných elementů života. Spočívá spíš ve věrném doprovázení nemocného na cestě, kde se mu smysl i hodnoty objevují a on je rozpoznává. Tak lze také prožít základní spirituální hodnotu, která otevírá cestu k hodnotám dalším, totiž lásku (1,11,43).

Těžce nemocnému nesoběstačnému klientovi se budoucnost může jevit jako nebezpečná nebo nepříjemně tajemná oblast. Anulování budoucnosti, jakýsi stav bez pohledu kupředu, může snadno vést k popření smyslu a hodnoty dosavadního života případně k propadnutí skepsi. Všechna křesťanská vyznání počítají se životem za hranicí smrti. Spojují ho se vzkříšením Ježíše Krista, ale nepopisují konkrétními obrazy. Většinou se má zato, že věřící křesťan hledí na smrt bez obav, protože počítá s budoucností u Boha, kdežto ten, kdo tuto víru nemá, se propadá do temnoty. Je to ale nevhodné zjednodušení. Je pravdou, že řada těžce nemocných věřících se dívá za hranicí smrti s důvěrou a opravdu se těší k Bohu, ale jsou i jiní, kteří prožívají před smrtí krize, časy temnoty, a o svou víru musí úporně bojovat. Řada klientů si vytváří obrazy toho, co je čeká za hranicí smrti. Ty někdy počítají s tématy křesťanské víry, jindy se týkají jen setkání se zesnulými příbuznými. Jde o pokusy vyjádřit to, co těžce nemocný tuší, ale pro vyjádření nemá odpovídající nástroje. Není dobré se pozastavovat nad někdy až dětinskou naivitou těchto konstrukcí, je lépe v nich vidět spirituální jádro: nemocný je více a více přesvědčen o tom, že celek života a světa není omezen jen na to, co zde na zemi dělá a co poznává. Zdá se, jakoby viděl dál a začínal chápat to, co mu v aktivní části života unikalo (11,43).

Spirituální hodnoty, jejich podpora a komunikace, nesoběstačným klientům umožňují prožít smysluplně, užitečně a někdy i výslovně šťastně ty fáze života, které jsou jinak bolestné a mnozí pochybují vůbec o jejich smyslu. Proto pro ně mějme pochopení a to i tehdy, když je vůbec nesdílíme nebo je nesdílíme v podobě, ve které je chápe a prožívá nemocný. V oslabení nemocí potřebuje většina lidí pomoc a podporu. Klient se potřebuje vyrovnat se strachy jak o sebe (jak zvládne bezmocnost, bolesti, samotnou smrt), tak o bližní (životní partner, děti, kdokoliv, kdo je na klienta jakkoliv odkázán) (43).

Pro všechny klienty domácí péče s poruchou soběstačnosti je důležitá jejich víra a duchovní hodnoty, které jsou trvalé a přesahují aktuální život. Stejně tak církevní společenství dává klientovi roli v sociální skupině. Návštěva bohoslužeb, biblické hodiny, sledování např. křesťanské televize a jiné aktivity v rámci církevního společenství nabízejí klientovi známé a srozumitelné podněty a jsou smyslem klientova

života. Církevní společenství je významnou součástí sociální identity. Poskytuje klientovi určitou sociální roli, kterou stáří ani chronická nemoc neznehodnocuje. Spirituální sounáležitost s ostatními farníky má trochu jiný charakter než běžný kontakt, tento vztah je užší a privilegovanější. Vyvolení, bratři a sestry, a mnohá jiná oslovení, jsou si vzájemně bližšími právě sdílením této zkušenosti. Nenaplněnost této spirituální potřeby se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk tím trpí, a to tak, že si někdy i zoufá. Je potřeba mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně (20,24).

Žádný těžce nemocný by neměl být ponechán jen svým vlastním myšlenkám, pochybnostem a obavám bez možnosti mluvit o nich s někým, komu důvěřuje. Právě tak by neměl být bez posily víry, naděje a odhodlání život dobře dokončit a dovršit, kterou mu mohou ve větší nebo menší míře zajistit druzí lidé. Není dobré ihned přesouvat tuto pomoc na odborníky v oboru spirituality (kněze, pastoračního pracovníka, psychologa). Setkání s nimi má být sice klientovi na jeho žádost vždy umožněno případně nabídnuto, je-li pro něho akceptovatelné, ale to neznamená, že nemá poskytnout určitou pomoc kdokoliv z okolí nemocného, kdo je toho schopen a od něhož takovýto klient pomoc žádá nebo očekává (1,11,43).

Lze říci, že pro poskytnutí základní pomoci ve spirituální oblasti je do jisté míry vybaven každý zralý člověk. Především může téměř každý poskytnout příležitost k chápajícímu rozhovoru. V něm se nemusí klient dozvědět nové informace, ale ujasňuje si v něm své otázky, pochyby a zkušenosti ze spirituální oblasti a aktivuje jejich přítomnost ve svých úvahách i ve svém prožívání. Klientovi je třeba poskytnout prostor pro introspekci, pro různé fáze prožívání a pro jiné postoje a názory, než jsou naše vlastní. Je mu tedy třeba dovolit, aby byl sám sebou a připustit změny a zvraty v jeho náladách a také třeba v náboženských postojích. Okolní lidé, kteří chtějí klientovi pomoci by mu neměli vnucovat jejich vlastní rozpoložení, prožívání a hodnocení situace. Nikdy mu nesmí bránit v cestě do větších hloubek jeho nitra i vztahů, i když změny jeho nálad mnohdy komplikují a znepříjemňují už tak náročnou situaci. V řadě situací může intervence psychiatra nebo psychologa klientovi umožnit, aby se mohl se svými existenciálními a spirituálními tématy účinně zabývat a vypořádat, aby mohl i tuto oblast života užívat, a tak lépe zvládal svou životní situaci. A konečně může

pomoc spočívat ve zprostředkování výslovné a kvalifikované duchovní pomoci knězem, jáhnem, kazatelem nebo jinými souvěrci. Pro ty, kteří o tuto pomoc žádají a chtějí jí využít, případně těm, kdo sice nežádají, ale k takovéto pomoci přivolí, to znamená zpravidla značný přínos a oporu (1,11,43).

Více než 80% populace umírá ve věku nad 60 let. Děje se tak většinou v nějaké instituci, nejčastěji v nemocnici. O smrti a umírání se dnes příliš často nemluví, lidé se nechtějí otázkou smrti zabývat. Toto téma je v našich sociokulturních podmínkách tabuizováno. Problém sám však popřením nezmizí, ale začne se projevovat jinak. Je potřeba si uvědomit, že fázemi dle E.K. Rossové neprochází klient sám, ale i jeho rodina. Elisabeth Kübler-Rossová popsala psychickou odezvu na příchod a rozvoj nevléčitelné nemoci. Tato křivka je dnes považována za klasickou. Pouze určité formy onemocnění mají charakter dramatický a akutní. Obvykle se patologické stavy vyvíjejí plíživě a jsou doprovázeny řadou symptomů, které signalizují nemocnému, že je třeba vyhledat lékaře. Stadium výskytu těchto indiferentních symptomů nazýváme stadiem nulitním. Potvrzení nevléčitelné nemoci lékařem, samotný rozvoj nemoci a reakci klienta na tento fakt charakterizuje autorka jako šok, v kterém si nejčastěji lidé kladou otázky: Proč se to stálo, proč právě mě a právě teď? Všechny tyto otázky vedou k jedinému, totiž popření faktu nevléčitelné nemoci. Vnitřně se lidé přesvědčují o tom, že verdikt nevléčitelné nemoci je omylem, který se určitě nějak vysvětlí. Postupně dochází ke stažení se do izolace a lidé si přejí být sami a vyrovnat se s osudem. Po tomto útlumovém období následuje náročné výbušné období zloby a hněvu. Vzhledem k tomu, že se nevléčitelně nemocní cítí spoutáni časem snaží se svou vnitřně prožívanou krizi zastírat pestrou paletou přání stylu: Třeba se ještě dožiji léta - toto období je nazýváno obdobím smlouvání. Neodvratnost přicházející smrti doprovázená postupným zjevným útlumem fyzických i psychických sil je doprovázena stadiem smutku a deprese. Závěrem procesu prožitků doprovázejících umírání je obvykle přijetí pravdy o nemoci a osudu a dojde u klienta k akceptaci těchto faktů. Akceptace je však často doprovázena rezignací a zoufalstvím. V ojedinělých případech nebo těsně před fyzickou smrtí dochází k důstojnému klidu a fázi smíření (41).

Zejména starší klienti nemají tak velkou potřebu smrt popírat. Nárůst potřeby mluvit o smrti signalizuje, že je pro klienta toto téma aktuální. Senioři zpravidla mluví o smrti určitého člověka, o okolnostech, za nichž zemřel apod. Na jedné straně prožívají pocit uspokojení, že oni jsou stále ještě na živu, na druhé straně jim smrt člověka téhož věku připomíná blízkost vlastního konce života (20,24).

Postoj k vlastní smrti bývá zpravidla emotivní, ale nejde o obavy a úzkost, ale o strach z utrpení, které může umírání přinášet. Dost často je i proces umírání spojen s postupnými ztrátami na různé úrovni. Skutečné biologické smrti může předcházet smrt sociální. Klient, který je dlouhodobě hospitalizován a je ve vážném stavu, ztrácí většinu sociálních rolí i kontaktů. Někdy je za takových okolností považován za mrtvého ještě dříve, než skutečně zemře. Staří klienti nereagují na závažné zhoršení zdravotního stavu signalizující konec života tak bouřlivě jako příslušníci mladších generací. Nejčastější reakcí je smutek, popřípadě apatie a rezignace ve vztahu k očekávané smrti. Mnohem vzácněji se objevuje hostilita, či agresivita, která je aktivní obrannou reakcí (24).

Potřeby zejména starých klientů se v bezprostřední blízkosti smrti mění. Potřeba citové jistoty a bezpečí může být velmi silná, což je pochopitelné vzhledem k aktuálnosti stavu klienta, ve kterém se nachází a předpokládá, že dlouho už tady na zemi nebude. Tento klient potřebuje vyjádřit své pocity, potvrdit si svůj vztah s blízkými lidmi. Potřebuje, aby mu někdo naslouchal. V těsné blízkosti smrti mívá klient někdy potřebu ještě něco sdělit, někomu něco dát. Někdy má také tato potřeba regresivní podobu, kdy takový klient touží po pohlazení, tělesné blízkosti. Oproti tomu potřeba stimulace bývá snížena. Starý a nemocný klient mnohé podněty ani nevnímá. V tomto stavu dochází k dalšímu zúžení zájmů a redukci schopnosti koncentrace pozornosti. Představa smrti zákonitě zahrnuje perspektivní ztrátu vlastní identity, rozklad těla a zmizení z tohoto světa. Většina starých klientů nemá ze smrti strach, někdy si to dokonce přejí, ale některé z jejích aspektů mohou prožívat úzkostně. Důležitá je potřeba zachování sebeúcty, kterou může saturovat přijatelný způsob jednání se starým a nemocným klientem, respekt k jeho osobnosti a ohled na jeho jakkoliv vyjádřená přání. Takovýto klient nezapomíná na uspokojení potřeby otevřené budoucnosti, která přesahuje jeho fyzické existence. Umírající klient se někdy potřebuje

vyjádřit k budoucnosti, která se ho už osobně netýká, ale vztahuje se k jemu blízkým lidem (20,24).

1.3 Komplexní domácí péče, Home Care, Home Help a jejich indukce

V domácí péči je možnost setkat se s výkony příslušející do kategorie zdravotní péče. Pro tyto výkony je užíván mezinárodně přijatý anglický termín Home (domácí) Care (péče), ale i s výkony sociální pomoci - Home (domácí) Help (pomoc) (40).

Komplexní domácí péče je integrovanou formou péče a pomoci poskytovanou klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí. Nedílnou součástí komplexní domácí péče je domácí zdravotní péče, která je, dle znění platných zákonných norem, zvláštní formou ambulantní péče poskytovanou klientovi na základě indikace ošetřujícím lékařem. Další součástí komplexní domácí péče je sociální péče a pomoc poskytovaná agenturami domácí péče na základě aktuální sociální diagnózy klienta. Určitý podíl na poskytování zdravotní, ale i sociální péče a pomoci, má laická veřejnost, ať už se jedná o samotného klienta v oblasti sebek péče a nebo účast rodinných příslušníků, blízkých, či dobrovolníků na poskytování laické péče a pomoci. V rámci komplexní domácí péče jsou tedy poskytovány variabilní formy adresné zdravotní a sociální péče i laické pomoci (40,39).

Domácí zdravotní péče je indukována formou zdravotní péče. O jejím obsahu, rozsahu i frekvenci rozhoduje ošetřující lékař klienta. Ošetřujícím lékařem klienta je pro účel indukce domácí péče praktický lékař, nebo ošetřující lékař za hospitalizace klienta, a to maximálně po dobu 14 dnů po ukončení jeho hospitalizace. V současnosti je už možná i indukce domácí péče ošetřujícím lékařem po provedení výkonu jednodenní péče (Same Day Surgery, Ona Day Surgery, atd.) (39).

Domácí péče je určena každému člověku a jeho blízkým v takové životní situaci, kdy dojde ke změně zdravotního stavu, kterou již nelze zvládnout laickou péčí a je nutné na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře zahájit poskytování odborné zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí. Pak taky všem, kteří se ocitli v takové zdravotní situaci, kdy nestačí laická péče všem klientům po operačním zákroku, u kterých není nutný další pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Dětem, u nichž dochází

v domácím prostředí ke zjevně rychlejší rekonvalescenci. A umírajícím, kteří chtějí zůstat až do posledního okamžiku ve svém prostředí a obklopeni svou rodinou (29).

Pokud byla domácí péče ordinována ošetřujícím lékařem a má charakter zdravotní péče, ordinované výkony se hradí ze zdravotního pojištění a sociální péče prostřednictvím sociálních referátů okresních úřadů. Nadstandardní služby jsou hrazeny podle posudku ošetřujícího lékaře klienta. Jinak nadstandardní péče jako manikúra, pedikúra, kadeřnické služby aj. jsou klientovi poskytnuty za přímou úhradu (40,38).

O stupni pomoci a tedy i rozsahu následné sociální péče a pomoci poskytované v rámci domácí péče rozhoduje na základě sociálního šetření pověřený sociální pracovník státní správy, či samosprávy ve spolupráci s ošetřujícím lékařem klienta a agenturou domácí péče. Domácí péče plynule navazuje, nahrazuje nebo doplňuje následující formy péče pomoci. Mezi tyto formy péče pomoci patří péče léčebná poskytovaná praktickým lékařem pro dospělé, lékařem pro děti a dorost, ambulantními lékaři specialisty v mimoústavních formách zdravotní péče, ošetřujícími lékaři ve zdravotnických zařízeních lůžkového typu a v odborných stacionářích. Další formou pomoci a péče je paliativní péče poskytovaná v hospicích. Odborná péče a pomoc zprostředkovaná ústavy sociální péče a pomoc sociální ve formě realitní a osobní asistence. (40,39).

1.3.1 Definice, předmět a cíl oboru domácí péče. Princip subsidiarity.

Domácí péče může být definována jako individuální integrovaná forma zdravotní a sociální péče klientovi v jeho vlastním prostředí. Je poskytována multidisciplinárním týmem na bázi interdisciplinární spolupráce (40).

Domácí péčí dle ministerstva zdravotnictví je zdravotní péče poskytovaná klientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Komplexní koncepce domácí péče je uvedena v příloze 8 Metodická opatření – Komplexní domácí péče (37).

Předmět a cíle oboru – Domácí péče se v první řadě zaměřuje na podporu tzv. svépomoci. Komplexní domácí péče je zaměřena na podporu zdraví, prevencí nemocí, léčbu nemocí a rehabilitaci. V rámci domácí péče je poskytována péče léčebná, léčebně preventivní, ošetrovatelská, rehabilitační, psychoterapeutická, včetně sociální péče a pomoci. Mimo tyto formy péče a pomoci plní specifické úkoly integrace klienta do vlastního sociálního prostředí v oblasti systému zdravotní i sociální péče (40,39,37).

Cílem domácí péče je optimalizace zdravotního a sociálního stavu klienta, a tím zlepšení individuální úrovně kvality života. Je nutné zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoci klientům, kterým je tato péče poskytována na základě doporučení příslušným lékařem, a to v jejich vlastním sociálním prostředí. Dalším cílem domácí péče je eliminace vzniku nozokomiálních nákaz. Nozokomiální nákazy vznikají v příčinné souvislosti s pobytem klientů ve zdravotnickém zařízení. Finanční náklady, které jsou spojeny s léčbou nozokomiálních nákaz jsou natolik vysoké, že cílem všech moderních systémů zdravotní péče je minimalizovat pobyt klientů ve zdravotnických zařízeních (40,28).

Základním principem při poskytování domácí péče je princip subsidiarity (pomoc k svépomoci). Klient domácí péče má stejná práva obsažená v dokumentu Práva pacienta, vydaná Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví v roce 1992. A právě tato práva (viz příloha 9 Etický kodex práv pacientů) jsou doplněna o již zmiňovaný princip subsidiarity. Moderní koncepce systémů zdravotní i sociální péče obsahují tento princip subsidiarity. Péče a pomoc je poskytována v první linii kontaktu klienta se systémem zdravotní i sociální péče. Klient i jeho blízcí jsou členy týmu, který plní individuální a průběžně aktualizovaný plán péče a pomoci. Pokud se to týká sociální péče s principem subsidiarity, tak zjednodušeně řečeno, všechny sociální instituce jsou tu pro člověka, ne on pro ně. Pokud si člověk nemůže pomoci sám, měla by mu pomoci rodina. Pokud ta nemůže, tak charita, obec, nadace. aj. A pokud jsou všechny možnosti vyčerpané, přichází na řadu stát (23,30).

1.3.2 Základní znaky komplexní domácí péče

Komplexní domácí péče je zaměřena na podporu zdraví, prevenci nemocí, léčbu nemocí a rehabilitaci. Domácí péče je od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotní i sociální péče v České republice. Je alternativou k hospitalizaci pro statisíce klientů ročně, kteří na základě svého přání a doporučení ošetřujícího lékaře zvolí léčbu v dobře známém domácím prostředí. Jedná se o vysoce kvalifikovanou formu péče poskytovanou agenturami domácí péče, zřizovanou státní správou, zdravotnickými zařízeními, privátními lékaři i humanitárními organizacemi, která díky svému rozsahu a kvalitě umožňuje zkrátit pobyt klientů v nemocnicích na nezbytně nutnou dobu. Domácí péče se v první řadě zaměřuje na podporu tzv. svépomoci. Plně respektuje lidská práva a podporuje klienta ve všech jeho aktivitách (29).

Rozsah a působnost domácí péče je definována v platném znění právních norem upravujících poskytování zdravotní i sociální péče. Domácí péče je určena lidem v takové životní situaci, kdy dojde ke změně zdravotního stavu a sociální situace, kterou již nelze zvládnout laickou péčí, a je nutné zahájit poskytování odborné zdravotní a sociální péče ve vlastním sociálním prostředí. Takovýto člověk se stává klientem agentury domácí péče. V domácím prostředí mohou být ošetřováni lidé, kteří k tomu mají podmínky, mezi které patří schopnost přebývat sami nebo s někým, kdo jim dělá společnost. Jejich zdravotní stav musí být stabilizovaný. Rodina by měla s agenturou domácí péče spolupracovat. Mnohdy je domácí péče pomocí, která dodá jistotu ostatním členům rodiny. Další podmínkou domácí péče je klientela lidí, kteří nevyžadují péči ve větším rozsahu jak 3x denně 60 minutovou návštěvu sestry příslušné agentury domácí péče. Domácí péče je poskytována všem věkovým, indikačním i diagnostickým skupinám klientů, je určena stejně tak dětem, lidem v produktivním věku a seniorům. Specifickou skupinou jsou děti, u kterých dochází v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi klientů v domácí péči k zjevně rychlejší rekonvalescenci. Nárok na poskytování domácí péče má každý občan České republiky, jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí klienta rozhodne o poskytování domácí péče. Na základě rozhodnutí ošetřujících lékařů je poskytována domácí péče každoročně statisícům

klientů všech věkových, indikačních i diagnostických skupin. Obvykle se jedná o ty klienty, kteří by bez existence domácí péče byli hospitalizováni. Vývoj domácí péče v České republice zaznamenal úspěchy díky svému akcentu na lidskost, kvalitu a efektivitu péče. Zprvu opatrný postoj klientů a jejich ošetřujících lékařů byl vystřídán respektem a začleněním systému domácí péče mezi plnohodnotné formy zdravotní péče. Obdobná situace se opakovala i v systému sociální péče, kde činnost agentur domácí péče až po letech dosáhla svého vysokého ohodnocení, a ovlivnila tak zlepšení podmínek pro sociálně potřebné klienty. Pojem - domácí péče - se stal novým heslem v koncepcích zdravotní i sociální péče. Mohlo by se zdát, že informace o systému domácí péče jsou všeobecně známé. Domácí péče je však živý, stále se vyvíjející organismus, který se přizpůsobuje poznatkům vědy a výzkumu. Adaptuje se na změny postoje společnosti ke kvalitě života jedince i požadavkům na dostupnost, efektivitu a kvalitu péče ze strany ošetřujících lékařů i zdravotních pojišťoven. Jen za rok 2005 bylo v rámci domácí péče kvalitně ošetřeno více než čtvrt miliónu klientů. Meziroční nárůst počtu klientů se v domácí péči historicky pohybuje od 13% do 24%. Domácí péče je 5 až 10 x levnější než odborná péče určená pro stejné diagnostické skupiny klientů, kteří jsou zbytečně hospitalizováni, a proto je její rozvoj všude ve světě podporován nejen klienty a jejich blízkými, ale i zdravotními pojišťovnami, či úřady odpovědnými za koncepci a úhrady v systému zdravotní péče. Domácí péče usiluje o to, aby k hospitalizaci klienta, nebo jeho umístění do ústavu sociální péče, docházelo jen tehdy, když je to nezbytně nutné. Platné právní normy ukládají poskytovatelům domácí péče takovou podmínku v úrovni vzdělání a rozsahu odborné praxe, která je opravňuje k získání tzv. Osvědčení pro samostatný výkon povolání. Tato kritéria rozsahu odborné praxe jsou nejpřísnější v celém systému zdravotní péče. Ve velké většině nestátních agentur domácí péče je péče poskytována 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Maximální rozsah frekvence domácí péče, která je hrazena z fondu veřejného zdravotního pojištění, je stanoven na 3 x 1 hodinu odborné péče denně. Jedná se o dostatečný časový rozsah odborné péče, ve kterém mohou poskytovatelé domácí péče bezpečně zvládat i velice náročné zdravotní stavy klientů. Za určitých podmínek je možné rozšířit frekvenci domácí péče až na 5 hodin denně (40,39,29) .

V domácí péči má klient také svého stálého manažera péče. Jedná se o sestru, rehabilitačního pracovníka či jiného člena týmu, který odpovídá za kvalitu a dostupnost domácí péče. Tento pracovník je ve stálém kontaktu s klientem a dle indikace ošetřujícího lékaře odpovídá za harmonogram a organizační zajištění poskytované domácí péče. V pravidelných, předem dohodnutých intervalech, předává ošetřujícímu lékaři informace o celkovém stavu klienta a současně aktuálně signalizuje potřebné změny v rozsahu indikace výkonů domácí péče. Domácí péče je poskytována současně rodinnými příslušníky klienta i samotným klientem, kteří plní určitý předem dohodnutý rozsah domácí péče a pomoci. Jedná se tedy o zvláštní formu zdravotní, ošetrovatelské a rehabilitační péče, která je poskytovaná kvalifikovanými pracovníky s dlouhodobou praxí v místě klientova domova. Těmito pracovníky jsou lékaři, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, psychologové, logopedi, sociální pracovníci, dobrovolníci a mnoho jiných. Pracovníci domácí péče docházejí za klientem domů a pečují o něj na základě indikace lékaře podobným způsobem jako při hospitalizaci (provádějí přibližně stejné spektrum ošetrovatelských a rehabilitačních výkonů). Na základě doporučení ošetřujícího lékaře může být klientovi dle aktuálního zdravotního stavu poskytnuta domácí péče v rozsahu základní zdravotní a sociální péče jako je zajištění osobní hygieny, prevence a léčba proleženin, příjem tekutin a stravy, zábaly, obklady, transport, doprovod, úprava domácího prostředí. Dále odborná zdravotní a sociální péče formou sledování vitálních funkcí, hodnocení aktuálního tělesného a duševního stavu, odběr biologického materiálu, funkční i laboratorní vyšetření na speciálních přístrojích, podávání předepsaných léků, převazy a ošetření ran, aplikace léčebných kúr, zavádění sond a katétrů, aplikace nitrosvalových injekcí, aplikace inzulínu, infuzí, ošetření pomocí přístrojů, kyslíková terapie, inhalační terapie rehabilitační péče, kondiční cvičení, odborná pohybová aktivizace klientů, dechová cvičení, podávání odborných informací, edukace klienta, preventivní prohlídky, sociální diagnostika atd. Agentury domácí péče poskytují i specializovanou zdravotní a sociální péči za pomoci aplikace diagnostických přístrojů a metod, radiologický servis, podpůrnou psychoterapii, spirituální péči, odborný monitoring u dlouhodobě a chronicky nemocných klientů, odborné poradenství v oblasti životního stylu, zdravotního pojištění, dietního režimu,

sociální péče atd. Další službou, kterou jednotlivá střediska nabízejí, je zapůjčení kompenzačních pomůcek. Ve vyspělých zemích je domácí zdravotní péče (neboli Home Care) považována za systém zdravotní péče, který udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci. Léčení v nemocnici či v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN) se omezuje pouze na případy, kdy léčba doma není možná (40,9).

1.3.3 Výhody domácí péče při uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb klienta

Domácí péče respektuje v plném rozsahu integritu klienta s jeho vlastním sociálním prostředím i jeho individuálním vnímáním kvality života. Proto je každý klient posuzován z bio-psycho-sociálního hlediska a při poskytování domácí péče je vždy aplikován holistický (celostní) přístup. Každý klient v období nemoci nebo porušené soběstačnosti má změněný psychický stav, který se odráží na jeho zdraví, na spolupráci s agenturou domácí péče i na rodině. Porovnání nabízí příloha 7 Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka. Vědeckými studiemi je prokázáno, že psychická pohoda člověka, která je v domácí péči bezprostředně ovlivněna příznivým vlivem domácího prostředí, přítomností bytostí blízkých, má přímý vliv na stav imunitního (obraného) systému člověka a hraje nezastupitelnou úlohu v procesu uzdravování nebo zmírnění negativního vlivu doprovodných psychických symptomů téměř u všech forem onemocnění. Tímto vylučuje u klienta také hospitalismus (souhrn duševních příznaků objevujících se následkem dlouhodobého pobytu v nemocnici). Snižuje náklady na léčbu a zdravotní péči, mimo jiné i díky rychlejšímu uzdravení. Domácí prostředí vytváří vhodné sociální prostředí pro klienta, které přispívá k urychlení jeho procesu uzdravování. Role klienta a jeho blízkých v procesu poskytování domácí péče je nezastupitelná. V rámci domácí péče jsou klient i jeho blízcí řádnými členy týmu se společným cílem, kterým je zlepšení kvality života klienta i jeho blízkých. Domácí péče umožňuje také trvalou podporu rodiny klienta. I toto je nezastupitelné pozitivum systému domácí péče (4,12,21,23,26,34,40,47).

Dříve byla nemocnice místem, kam se chodilo umírat. Tento pocit často u starších lidí přetrvává. Domácí péče tímto nabízí naději a podporu poskytovanou doma. Zvláště starší lidé chtějí stonat doma. Tyto obavy vychází také z toho, jak se

člověk dostává k lékaři a jak do nemocnice. Zjišťuje se, že jen 2% nemocných lidí přichází do nemocnice přímo (např. po autohavárii), kdežto v 98% případů jsou pacienti posíláni do nemocnice ošetřujícím lékařem. Zatímco k ošetřujícímu lékaři (do ambulance) přichází pacient relativně dobrovolně, s určitým postojem a pojetím kooperace s lékařem, do nemocnice přichází obvykle díky rozhodnutí autority a na toto rozhodnutí má jen malý vliv. Do nemocnice a do role nemocničního pacienta - trpělivého, poslušného a relativně pasivního nemocničního pacienta - je prostě zmanipulován. Výhodou domácí péče oproti hospitalizaci je už samotné upuštění od hospitalizace nebo její zkrácení a možnost stonat nebo dostonávat v domácím prostředí. Domácí péče pomáhá předcházet podnětové deprivaci (následek nedostatku určitých podnětů), která bývá viděna u klientů pod obrazem podnětově chudého stereotypu, kdy se klienti v nemocnici dívají např. několik týdnů na strop. Domácí péče také poskytuje služby tam, kde hospitalizace by byla ryze sociální, a tím ulehčí práci zdravotnickým institucím, klientovi i jeho rodině. Brání traumatizaci klientů odloučením od rodiny a domácího prostředí. Nemění se u něj psychika v důsledku změny prostředí, nedochází ke změně klientovy role, sestra domácí péče se věnuje po čas návštěvy jen jemu, komunikuje s jeho rodinou, klient má se sestrou bližší vztah, více touží po informacích a aktivní spolupráci v péči o své zdraví. Klient nemá omezený styk s vnějším okolím, nemusí se řídit domácím řádem příslušného zdravotnického zařízení, není plně závislý celý den na ošetřujícím personálu, ale jeho podporou se stává rodina, přátelé, dobrovolníci. Klient pocítuje nižší psychické napětí jako při hospitalizaci. Se sestrou agentury domácí péče a na základě doporučení ošetřujícího lékaře plánuje klient téměř vše v domácích podmínkách. Dalším pozitivem domácí péče je naprostá eliminace nozokomiálních nákaz (4,12,21,23,26) .

Domácí péče klientovi umožňuje zajištění plnohodnotného života bez stresů a s maximální možností respektovat ho jako člověka s individuálními potřebami. Permanentně je mu zajištěn láskyplný přístup pečujících. Další velikou výhodou domácího prostředí je možnost kdykoli přijímat návštěvy a vést s nimi i osobní rozhovory (omezeny jsou pouze aktuálním zdravotním stavem). Klient může žít navzdory své nemoci velmi aktivní společenský život (48).

1.3.4 Rozsah poskytování sociální péče v rámci domácí péče (home help)

Sociální péče je v domácí péči zastoupena pečovatelskou službou. Pečovatelskou službu poskytují, organizují a zajišťují orgány státní správy i samosprávy pro těžce zdravotně postižené občany, kteří nejsou schopni si sami obstarat nutné práce v domácnosti a další životní potřeby, nebo kteří pro nepříznivý stav potřebují ošetření jinou osobou nebo další osobní péči, pokud jim potřebnou péči nemohou poskytovat rodinní příslušníci. Pečovatelská služba je dle dikce platných právních norem poskytována za plnou, nebo částečnou úhradu klientem s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům klienta a jeho rodinných příslušníků. Státní správa i samospráva pro poskytování pečovatelské služby používá svá vlastní zařízení, nebo každoročně vyčlení v rozpočtu příslušný objem finančních prostředků pro zařízení, která pečovatelskou službu zajistí smluvně. Jedním z těchto zařízení mohou být i agentury domácí péče, které po uzavření písemné dohody se státní správou či samosprávou poskytují komplexní (tzn. zdravotní i sociální) péči klientům s těžkým zdravotním postižením. Sociální potřebnost klienta stanoví sociální pracovník, který také určí, v jakém rozsahu bude pečovatelská služba poskytována. Současně uvede i výši spoluúčasti klienta na úhradě pečovatelské služby, která je stanovena platnou právní normou. Pečovatelská služba představuje pomoc zejména klientům, kteří se řadí do role seniorů. Umožňuje jim udržet si alespoň část vlastní autonomie a žít navyklým způsobem života v soukromí vlastního bytu. Za těchto okolností, kdy je tento klient již významnějším způsobem limitován (zejména pohybově) a v důsledku toho i ve větší míře izolován, plní pečovatelské mimoděk i jiné funkce. Stávají se významným zdrojem sociálního kontaktu, přispívají k vytvoření určitého denního režimu (přicházejí většinou ve stejnou hodinu) a poskytují starému klientovi psychickou oporu (často jen tím, že se o něj starají). Klienti mnohdy chápou jejich roli šířeji, nejen jako profesionální pomoc, ale i jako projev osobního zájmu. Často do pečovatele promítají svou potřebu osobního vztahu, který jim chybí. Vzhledem k tomu není zvláště udivující, že pečovatel má v životě osamělých a sociálně izolovaných klientů velký význam, i když jejich očekávání jsou leckdy nesplnitelná a nereálná. Vztah k pečovateli poměrně snadno nabývá méně přiměřené, emočně vyhraněnější, popřípadě i ambivalentní

podoby (zahrnuje protikladné, pozitivní i negativní city). Zejména klient v období stáří se na pečovatele nadměrně fixuje, pečovatel se stal součástí jeho života a má pro něho větší osobní hodnotu, než jakou by měl reálně mít. Zaujímá roli osobně významného jedince v situaci, kdy takový člověk chybí nebo není v žádoucí míře dostupný. Tito staří klienti zaujmají snadněji k pečovateli negativní, někdy až otevřeně konfliktní postoj, který je také nepřiměřený situaci a většinou i reálnému chování pečovatelů. Pečovatel se může stát objektem odražení negativních emocí v situaci, kdy tento klient nějakým způsobem strádá a nedokáže své pocity zvládnout ani ventilovat jinak. V rámci domácí péče jsou u sociálně potřebných klientů nejčastěji prováděny následující úkony pečovatelské služby: jednoduché ošetrovatelské úkony, celková hygiena, ošetření nohou - pedikúra, masáž, zástřih a úprava vlasů, dopomoc při oblékání, přesunu na vozík, WC, lůžko, donáška léků, jídla a pití, příprava a uvaření snídaně, svačiny, oběda, večeře, dopomoc při podávání jídla a pití, hygiena prostředí, práce spojené s udržováním chodu domácnosti, praní, žehlení a drobné opravy prádla, doprovod na vyšetření, nákupy, nutné pochůzky. Úkony pečovatelské služby, kterými jsou zabezpečovány nezbytné životní potřeby sociálně potřebným klientům, jako je celková koupel včetně mytí vlasů, se poskytují bezplatně, tedy bez spoluúčasti klienta na úhradě (24,34,40,47).

Sociální pracovník v domácí péči může klientovi nabídnout emocionální podporu a verbalizuje jeho pocity. Mnohdy jsou nápomocni pouhou přítomností a tichým nasloucháním (zejména u umírajících klientů). Zajišťují i kognitivní podporu, kde jako profesionál má sociální pracovník přehled o možných druzích a formách pomoci, takže se může stát koordinátorem péče o klienta. No a konečně může sociální pracovník nabídnout i praktickou pomoc. Např. za handicapovaného klienta může vyřídit pochůzky po institucích, či pomoci s naplánováním a realizací oslavy klientových narozenin aj. (36).

1.3.5 Formy domácí péče a jejich příklady

Akutní domácí péče (domácí hospitalizace) – její součástí je specializovaná péče určená klientům v pooperačním a poúrazovém stavu. Tato forma domácí péče je vhodná také pro klienty s kardiovaskulárním a neurologickým onemocněním včetně imunodeficitů. Specifickou skupinou jsou děti, u kterých dochází v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi klientů v domácí péči k zjevně rychlejší rekonvalescenci. Tato forma domácí péče je poskytována v rozsahu dnů nebo týdnů. Příkladem domácí hospitalizace v pooperační péči je jednodenní nebo též ambulantní chirurgie (anglicky Outpatient Surgery, Day Surgery nebo One Day Surgery). Tímto se rozumí plánovaná chirurgická léčba nahrazující pooperační péči na nemocničním lůžku péčí na lůžku vlastním, domácím. Nejde o novou léčebnou metodu. Rozdíly jsou pouze v organizaci pooperační péče. Nemocný na své cestě k uzdravení neprojde nemocničním oddělením a není tak vystaven riziku nemocniční nákazy. Není přitom důležité, zda proceduru provádí klasická nemocnice, poliklinika v našem pojetí, anebo k tomu účelu zvlášť vybudované zařízení. Dobře organizovaná domácí péče, která na jednodenní chirurgii plyně navazuje, přináší klientům rychlejší uzdravení, šetří nepochybně náklady na zdravotní péči, ale klienty také rychleji aktivuje a umožňuje jim rychlejší návrat do zaměstnání, což zároveň šetří prostředky vázané na výplatu nemocenského zabezpečení. Vysoká odborná kvalita sester, rehabilitačních pracovníků a lékařů, ale i dobrá a cílená instrukce klientů a jejich blízkých jsou zásadním předpokladem domácí hospitalizace, která se samozřejmě musí vyrovnat adekvátní péči v nemocnici (23,40).

Další formou domácí péče je poúrazová péče, která zahrnuje poúrazové stavy klientů, u nichž je zachováno vědomí a nehrozí závažné komplikace a lze je bezpečně ošetřovat v domácí péči. U klientů je prováděna zejména léčba bolesti, polohování, zajištění dietního, pitného a hygienického režimu, odborné ošetření ran a poranění, průběžná rehabilitace. Agentury domácí péče disponují speciálními pomůckami, které umožní i dlouhodobé pobyty klientů po úrazech v jejich vlastním sociálním prostředí (23,40).

Oproti tomu dlouhodobá domácí péče je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Obvykle se jedná o klienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, klienty s plným i částečným ochrnutím, nebo o klienty se závažným duševním onemocněním, s imunodeficitem (porucha imunitního systému, projevující se sníženou odolností proti infekcím), či chronickou bolestí. Tato forma domácí péče obsahuje aktivity zdravotního i sociálního charakteru. Jedná se o tzv. integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče, která je poskytována v rozsahu měsíců i několika let. U této formy dlouhodobé péče jsou řešeny problémy klienta jako stomie, plicní onemocnění klienta s inhalátorem nebo manipulace klienta s kyslíkem, aplikace inzulínu, zajištění peritoneální dialýzy, hydratace infuzemi, neurologická onemocnění a degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy. Patří sem péče o klienty po ictu, s Parkinsonovou, Alzheimerovou chorobou, sklerózou multiplex, péče o paraplegiky, kvadruplegiky a další. Dále dlouhodobá domácí péče pečuje o klienty s onkologickým onemocněním, kde se stará o zvládání bolesti, snášení chemoterapie a zvládání jejich nežádoucích účinků, ošetřování onkologicky nemocných. Co se týče klientů s psychickými onemocněními, tak i zde dlouhodobá domácí péče zahajuje monitoring stavu takových klientů s psychickým onemocněním i podávání léků, aktivizace, resocializaci, předávání informací a zajištění edukace pro jejich blízké je nedílnou součástí domácí péče. Pokud je domácí péče poskytována ve správném rozsahu a kvalitě, nedochází ke zbytečné dekompenzaci stavu klientů s psychickým onemocněním (26,39,40).

Preventivní domácí péče je určena všem skupinám klientů, u nichž doporučí ošetřující lékař v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Pracovníci domácí péče provádí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav klienta a případné změny ihned signalizují ošetřujícímu lékaři. Tato forma domácí péče je poskytována v takové frekvenci týdně nebo měsíčně, kterou na základě celkového stavu klienta určí ošetřující lékař. Preventivní domácí péče je vhodná zejména pro terciární prevenci, která je zaměřena na zábranu komplikacím u již

probíhajícího onemocnění. Její součástí je například pravidelná kontrola celkového stavu a měření fyziologických hodnot u klientů (plně, či částečně závislých na pomoci druhé osoby) s kardiovaskulárním onemocněním, odběry biologického materiálu u klientů s metabolickým onemocněním, kontrola stupně resocializace a kompenzace stavu u klientů s psychickým onemocněním. V rámci komunity je možné využít systém domácí péče i pro sekundární prevenci - tzn. odkrývání raných stadií chorob prostřednictvím vyhledávacích testů (screeningu). Primární prevence je nedílnou součástí občanských aktivit jednotlivých členů týmu agentur domácí péče, kteří ve svém volném čase velice často přednáší o preventivních programech v oblasti infekčních onemocnění, prevenci AIDS, o problematice plánovaného rodičovství, využití volného času - kvality života, partnerských vztahů, závislostí a roli klienta i jeho blízkých v péči o své zdraví (26,39,40).

Nepostradatelnou formou domácí péče je také domácí hospicová péče. Zahrnuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stadiu života. Terminální stadium života, umírání, je netěžší fází lidského života. Umírání má několik stadií a je spojeno s řadou symptomů, které ovlivňují kvalitu života klienta i jeho blízkých. Pro klienta se domácí hospicová péče jeví jako ideální (10,39,45).

Dle Světové zdravotnické organizace (SZO, WHO) je domácí a hospicová péče centrálně řízený program paliativní péče - cíleně zaměřený na zmírnění symptomů nemoci u terminálně nemocných, kterým bylo prognosticky určeno pravděpodobné přežití v maximálním rozsahu do šesti měsíců. Filosofii hospicové péče je úcta k životu a umožnění maximální kvality života umírajícímu člověku poskytováním péče a podpory umírajícím a jejich rodinám. Život má být žit tak plně a bez zbytečného utrpení, jak jen to je možné. Smrt je vnímána jako nedílná součást života každého jedince. Hospicová péče smrt ani neoddaluje, ani neurychluje (41).

V hospicích a i v celém systému domácí péče je nepostradatelnou formou pomoc dobrovolníků. Měli by se rekrutovat např. z řad širšího příbuzenstva, sousedů, spolupracovníků či bývalých spolužáků klienta nebo jeho rodiny. Žádný odborník nemůže nahradit v oblasti vztahů - matku, otce, syna, dceru, či přítele umírajícího a naše společnost by si měla uvědomit, že je nutné vytvářet podmínky nejen pro lepší

život, ale i pro důstojné umírání. Například adekvátní finanční příspěvek, či materiální pomoc od státní správy, či samosprávy určené pro rodinného příslušníka, který na čas opustí své zaměstnání a poskytuje péči umírajícímu členu rodiny, či osobě blízké, může významně ovlivnit počet rodinných příslušníků a blízkých, kteří se rozhodnou na čas poskytovat laickou hospicovou péči. Ve skutečně kvalitní hospicové péči je nutné vycházet z principu subsidiarity (pomoci k svépomoci), tak aby intervence přicházející ze strany profesionálních poskytovatelů hospicové péče byly ve většině případů jen doplňkem přirozené domácí hospicové péče laické (41).

Domácí hospicová péče laická je poskytována umírajícím všech věkových skupin u kterých nevyžaduje jejich psychosomatický a sociální stav odbornou péči, služby či pomoc. Je určena umírajícím, kteří mají takové sociální podmínky, které dovolují poskytování domácí hospicové péče laické bez ohrožení, či snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých. Domácí hospicová péče laická je základním pilířem hospicové péče jako celku. Pomáhá umírajícímu, jeho rodině a blízkým překonávat společně nejtěžší úsek cesty lidským životem v prostředí osobním, důvěrně známém, blízkém a bezpečném. Je poskytována tzv. pečovatelem (člen rodiny, příbuzný, popřípadě dobrovolník). Součástí domácí hospicové péče - laické je rodinná péče, péče a pomoc blízkých, sousedská výpomoc, péče dobrovolníků, cílená sociální a materiální pomoc státní správy a samosprávy (41,45).

Domácí hospicová péče - odborná je integrovanou formou zdravotní, sociální a laické péče poskytovanou umírajícím v jejich vlastním sociálním prostředí. Doplnuje, či nahrazuje domácí hospicovou péči laickou. Je určena umírajícím plně, či částečně závislým na pomoci druhé osoby a jejich blízkým, kteří mají takové sociální podmínky, a zázemí, které dovolují poskytování domácí hospicové péče odborné bez ohrožení, nebo snížení kvality života umírajícího a jeho blízkých. Domácí hospicová péče – odborná má stejná kritéria jako domácí péče obecně. Je dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Je poskytována multidisciplinárním týmem složeným dle aktuálních potřeb umírajícího a také i jeho blízkých. Tým zahrnuje odborné pracovníky lékaře, sestry, rehabilitační pracovníky, sociálního pracovníka, psychologa i duchovního a odborně připravené dobrovolníky. Pomáhá umírajícímu, popřípadě jeho blízkým v rámci

paliativní péče, zmírnit příznaky doprovázející umírání. U osamělých klientů nahrazuje prostřednictvím odborně připravených dobrovolníků rodinné příslušníky, či blízké. Domácí hospicová péče odborná je ordinována ošetřujícím lékařem klienta, nebo odborným lékařem po hospitalizaci klienta. Rozsah ordinovaných intervencí je obměňován ošetřujícím lékařem klienta dle aktuálního stavu klienta a jeho potřeb. Maximální časový rozsah domácí hospicové péče odborné hrazené ze zdravotního pojištění je limitován v České republice na 3x denně 1 hodinu odborné péče po období, které určuje ošetřující lékař klienta. V případech zvláštní žádosti agentury domácí péče a ošetřujícího lékaře, po rozhodnutí revizního pracovníka zdravotní pojišťovny je možné rozšířit tento časový limit na takový časový rozsah, který je bezpodmínečně nutný pro zajištění maximální kvality odborné péče v poslední fázi života klienta (33,46).

Péče o umírající je velice náročná disciplína pro všechny členy týmu. Zúčastňují se jí velice intenzivně jak praktičtí lékaři, tak i celý tým domácí péče, včetně dobrovolníků. U klienta je dle situace ve vlastním sociálním prostředí, rodině a potřebě odborné péče poskytována několikrát denně, nebo kontinuálně. Posláním domácí hospicové péče je v první řadě zmírnit fyzické i psychické utrpení umírajícího i jeho blízkých, snaha o eliminaci smrti sociální. K tomuto účelu je v případě souhlasu klienta aplikována řada moderních metod pro tlumení bolesti jak farmakologických, tak i psychologických. Obtíže spojené s příjmem tekutin a živin jsou obvykle řešeny zajištěním intravenózní hydratace nebo aplikací výživy nazogastrickou sondou. Přívod kyslíku je klientům zajištěn prostřednictvím oxygenoterapie. Efekt domácí péče u umírajících netkví prioritně v ušetřených prostředcích na zdravotní péči, ale v polidštění těch nejtěžších chvil v životě každého člověka. Domácí hospicová péče má, oproti hospicové péči i svá omezení. Jakým je omezení prostorové (více generací žije v malém bytě), odborné (pokud v místě bydliště není žádná agentura domácí péče, znamená při každém zhoršení stavu návrat do nemocnice) nebo může rodinné zázemí chybět úplně (10,20,39,45,48).

Domácí péče ad hoc – jednorázová domácí péče. U této formy domácí péče se jedná o mimořádné, alternativní využití domácí péče pro provedení jednorázových

výkonů sester z ordinací praktických lékařů nebo jiných ošetřujících lékařů, tedy v rozsahu odbornosti 911 – sestra v návštěvní službě. Jedná se o odborné výkony, jako je např. jednorázová aplikace injekce, odběr biologického materiálu ad hoc bez zavádění domácí péče. Tato forma domácí péče je indikována v těch případech, kdy z důvodu provozních (ordinace ošetřujícího lékaře) nelze zajistit návštěvní službu sester v rodinách u klientů, jejichž stav si vyžaduje okamžité poskytnutí odborné péče a pomoci (39).

3.6 Dominující diagnózy u klientů v domácí péči

Z údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky vyplývá, že klienti nad 65 let tvoří kolem 80% celkové klientely agentur domácí péče. Z toho 3/4 tvoří chronicky nemocnění klienti a zbývající 1/4 klienti s akutním onemocněním (16).

Dominující diagnostické skupiny v domácí péči jsou následující. Diabetes mellitus s komplikacemi - stavy po amputaci končetiny, selhávání ledvin, postižení nervů, slepota, kožní defekty, bércové vředy. Podle potřeby je kladen důraz na rehabilitaci nebo nácvik pohybu na vozíku, léčbu diabetických vředů převážně dolních končetin, při slepotě je někdy třeba trvalé ústavní umístění klienta, pokud žije sám. Dalšími jsou stavy po cévních mozkových příhodách – jde o postižení mozkových cév s následným omezením pohyblivosti horních nebo dolních končetin nebo obou, někdy kompletní (hemiplegií), nebo částečnou (hemiparézou), s poruchou řeči (afázií) a tím i zhoršenou komunikací s postiženým. Onemocnění bývá provázeno i inkontinencí (neschopností udržet moč, někdy i stolici), která má různé stupně postižení. Ani včasná léčba a rehabilitace nezaručují uzdravení, mnoho klientů zůstává odkázáno na pomoc druhých. Kromě toho se příhody často opakují a tím prognózu zhoršují. Dalšími diagnózami jsou hypertenze, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, ateroskleróza, maligní nebo benigní karcinomy, úrazy, stavy po zlomeninách krčku stehenní kosti řešené operativně i konzervativně a s nimi spojená dlouhodobá rehabilitace. Tady kompletní uzdravení záleží na celkovém stavu klienta. Stavy po náhradě kyčelního kloubu (endoprotéze) pro artrózu kolenního kloubu (gonartrózu), artrózu kyčelního kloubu (coxartrózu), která vede k nepohyblivosti kloubu, tím ke

zhoršení pohyblivosti a klienta trápí bolestmi. Osteoporóza páteře („řídnutí“ kostí, obratlů). I tito klienti trpí bolestmi v kloubech, páteři, výrazným omezením pohybu. Při některých revmatologických chorobách dochází i k deformacím drobných kloubů rukou, nepohyblivosti, omezení soběstačnosti při jídle, při provádění hygieny apod. Klienti s handicapem by bez pomoci agentury domácí péče mohli být zbytečně hospitalizováni. Stejně jako lidé s demencí, kdy tito klienti ztrácejí schopnosti orientace, sebeobsluhy, nepoznávají své blízké aj. Další klientelu domácí péče zaujímají lidé s psychickým onemocněním, Parkinsonovou chorobou, roztroušená sklerózou, Výjimkou nejsou ani lidé s respirační onemocněním a postižením nervů (21,40).

Všichni tito klienti a mnoho jiných se mohou poradit o možnosti využití a pomoci domácí péče se svým ošetřujícím lékařem, který jim může zajistit péči v jejich regionu. Pro ilustraci jsou uvedeny v příloze 10 Kontakty na agentury domácí péče v Jihomoravském a Jihočeském kraji (21,40).

1.4 Oblastní charita Znojmo

Prostředníkem, zajišťujícím komplexní domácí péči na Znojemsku, je Oblastní charita Znojmo. Jde o církevně právní osobu zřízenou ze zákona o církvích evidovaných podle zákona 3/2002 Sb. a registrovanou u Ministerstva kultury ČR dne 30. 10. 1996. Působí v oblasti zdravotní, sociální a humanitární. Spolu s dalšími sedmi oblastními charitami a diecézními středisky je součástí Diecézní charity Brno (34,47).

Domácí péče na Znojemsku je rozdělena na Charitní ošetrovatelskou službu (CHOS) a Charitní pečovatelskou službu (CHPS) – mezi její speciální nabídku patří doprava vozidlem charit. Specialitou je služba Osobní asistence (OA), která je poskytována zejména ve vlastním domácím prostředí uživatelů, ale je možné ji využít i při pobytu mimo domácí prostředí. Osobní asistenci je možné poskytovat i dětem se zdravotním postižením a to při docházce do mateřské či základní školy nebo i při dalších aktivitách. Osobní asistence je uživatelům poskytována 7 dní v týdnu včetně svátků, v případě potřeby i v nočních hodinách. Posláním služby Osobní asistence je

pomoci osobám s těžkým zdravotním postižením a seniorům zajistit jejich soběstačnost, umožnit jim setrvání v jejich vlastním domácím prostředí, žít samostatný, nezávislý život a zachovat jejich vlastní životní styl. Cíl představuje pomoc klientům zvládnout prostřednictvím osobního asistenta ty úkony, které by dělali sami, kdyby jim v tom nebránilo zdravotní postižení nebo problémy související se stářím. Cílovou skupinu zahrnují lidé, jejichž schopnost realizovat samostatně každodenní úkony je omezena vzhledem ke zdravotnímu postižení nebo jinému znevýhodnění. Jedná se o lidi se zdravotním postižením (s tělesným, mentálním, smyslovým i psychickým postižením), děti s postižením, seniory. Nabízenými službami Osobní asistence jsou - pomoc při osobní hygieně, oblékání, podávání stravy, pomoc při dopravě, přesunech, polohování, vstávání a ukládání, doprovody a pomoc při zajištění chodu domácnosti - příprava jídla, úklid, nákupy, péče o prádlo. Bez povšimnutí nezůstává ani pomoc při komunikaci, zájmových aktivitách, při studiu a zaměstnání (34,47).

Mimo ošetrovatelské a pečovatelské domácí péče nabízí lidem s poruchou soběstačnosti tyto možnosti: Osobní asistence – nabízí pomoc osobám se zdravotním postižením při zvládnání jejich běžných každodenních úkonů. Denní stacionář sv. Damiána – poskytuje denní péči osobám s mentálním a tělesným postižením. Ateliér Samuel – umožňuje zdokonalení pracovních schopností a dovedností osobám se zdravotním postižením a také nalezení jejich vhodného pracovního uplatnění. Chráněné dílny – nabízejí řádné zaměstnání lidem se zdravotním znevýhodněním. Sociální poradenství – nabízí sociální poradenství a pomoc lidem v obtížných životních situacích. Poradna pro osoby se zdravotním postižením – nabízí poradenství a pomoc osobám se zdravotním postižením. Edukační centrum – pořádá odborné konference, semináře, kurzy pro zdravotní sestry, pečovatelky a laickou veřejnost (34,47).

Dobrovolná činnost je také viditelnou známkou pomoci. V průběhu roku se dobrovolníci soustředí na různé práce potřebné v jejich okolí, a to podle jejich vlastního uvážení. Např. akce pro děti, maminky, pomoc starým a nemocným lidem, přednášky, poutní zájezdy, volnočasové aktivity, vánoční besídky aj. Dobrovolníci pomáhají také při organizaci a zajišťování větších celookresních akcí, jako např. Tříkrálová sbírka, sbírky obnošeného šatstva, adopce na dálku... (34)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

Cílem práce je porovnat uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb u klientů v domácím prostředí oproti zdravotnickým zařízením.

2.2. Hypotézy

H1: Předpokládáme, že biologické potřeby jsou lépe saturovány v domácí péči jak při hospitalizaci.

H2: Předpokládáme, že psychologické potřeby jsou lépe saturovány v domácí péči jak při hospitalizaci.

H3: Předpokládáme, že sociální potřeby jsou lépe saturovány v domácí péči jak při hospitalizaci

3. Metodika

3.1. Metodika práce

Pro výzkumné účely práce jsem zvolila kvantitativní metodu dotazování pomocí dotazníku. Dotazník byl složen ze 39 otázek, které porovnávaly míru uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb u klientů v domácím prostředí a zdravotnických zařízeních. Pro znázornění výsledků v dotazníku jsem použila přehledné sloupcové grafy. Konkrétní podoba dotazníku viz příloha 11.

Agentura domácí péče bude v další výzkumné části používána pod zkratkou ADP.

3.2. Výzkumný soubor

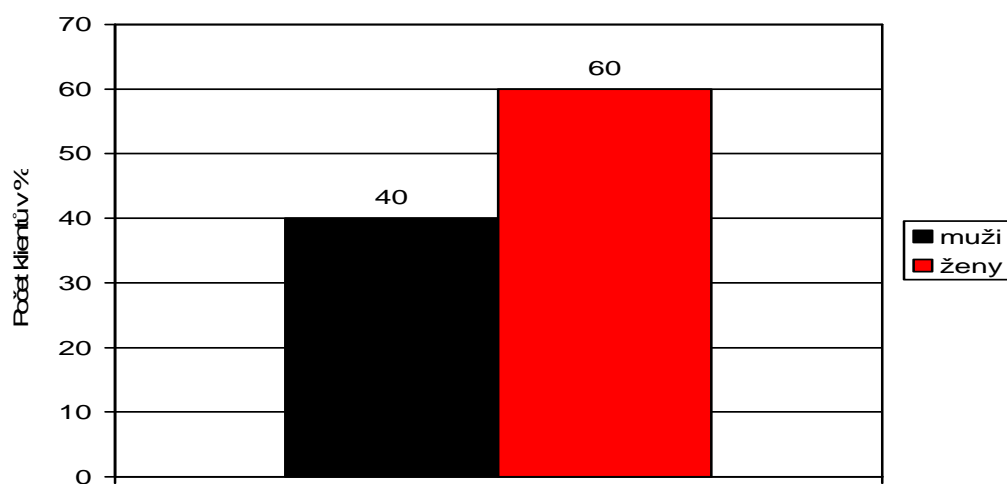
Výzkumný soubor tvořili klienti s poruchou soběstačnosti v domácí péči, kteří byli v posledních dvou letech hospitalizováni. Všechno byli klienti z okolí Znojma a Moravského Krumlova, kde působí Charitní ošetřovatelská a pečovatelská služba Znojmo.

Osobně jsem s klienty vyplnila 103 dotazníků. K výzkumu bylo nakonec použito 100 dotazníků, což představovalo 100%.

4 Výsledky

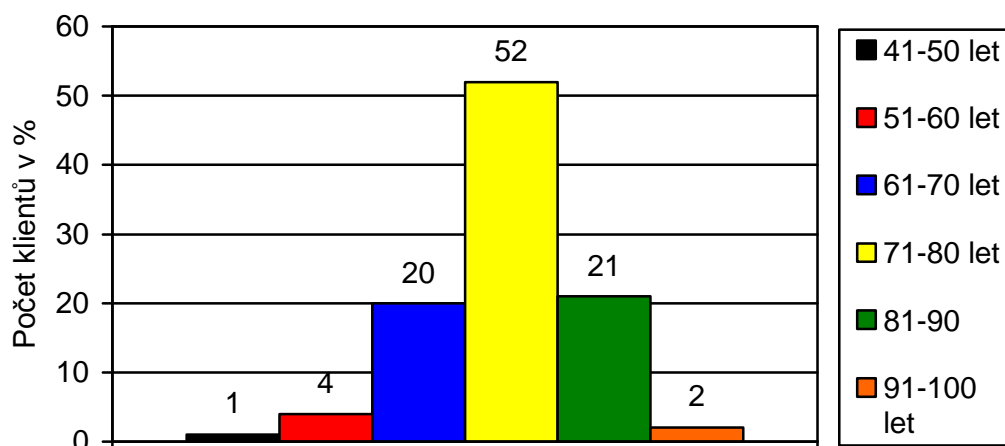
4.1 Výsledky dotazníku klientů s poruchou soběstačnosti v domácí péči

Graf 1 Pohlaví respondentů



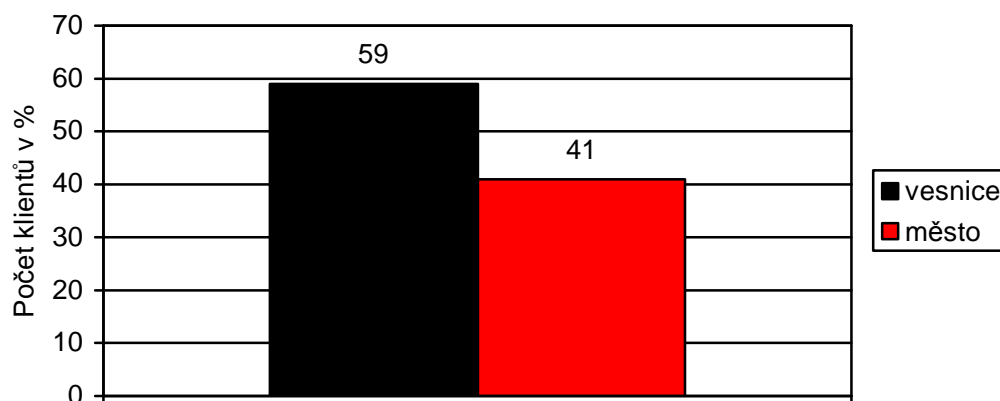
Ve výzkumném souboru bylo z celkového počtu 100 respondentů (100%) 40 dotazovaných (40%) mužů a 60 (60%) žen.

Graf 2 Věk respondentů



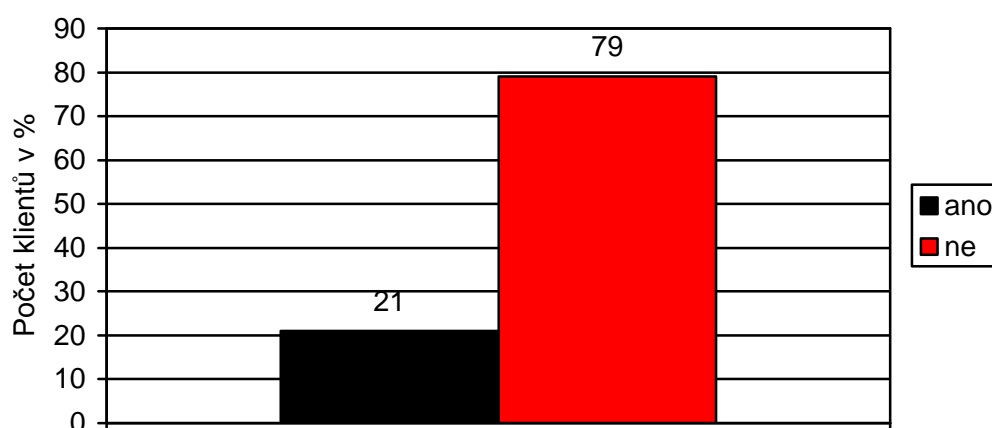
Ve výzkumném souboru bylo z celkového počtu 100 respondentů (100 %) 1 dotazovaný (1 %) ve věku 41-50 let, 4 (4%) ve věku 51-60 let, ve skupině 61-70 bylo respondentů 20 (20 %), ve věku 71-80 let 52 (52%) a 20 (20%) v rozmezí 81-90 let, 2 (2%) respondenti patřili do věkové hranice 91-100 let.

Graf 3 Bytová situace respondentů



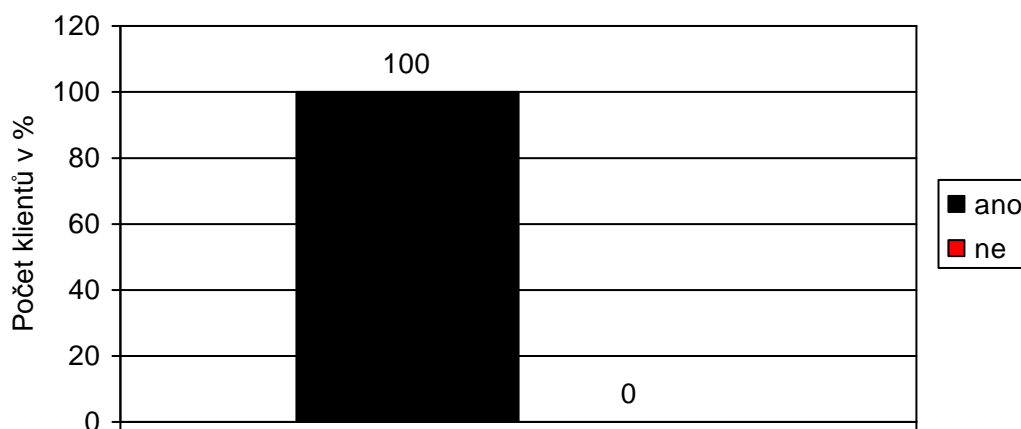
Na otázku týkající se místa, kde tázání bydlí, uvedlo 59 (59%) respondentů vesnici a 41 (41) město.

Graf 4 Samostatné bydlení respondentů



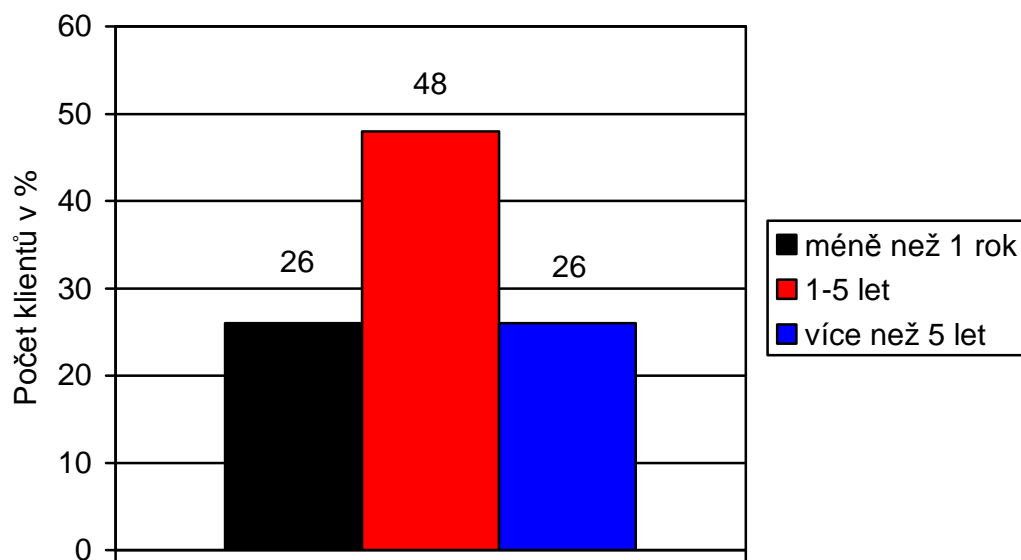
U otázky, zda respondent bydlí v bytě sám/sama, odpovědělo 21 (21%) ano a 79 (79%) ne.

Graf 5 Hospitalizace respondentů za poslední dva roky



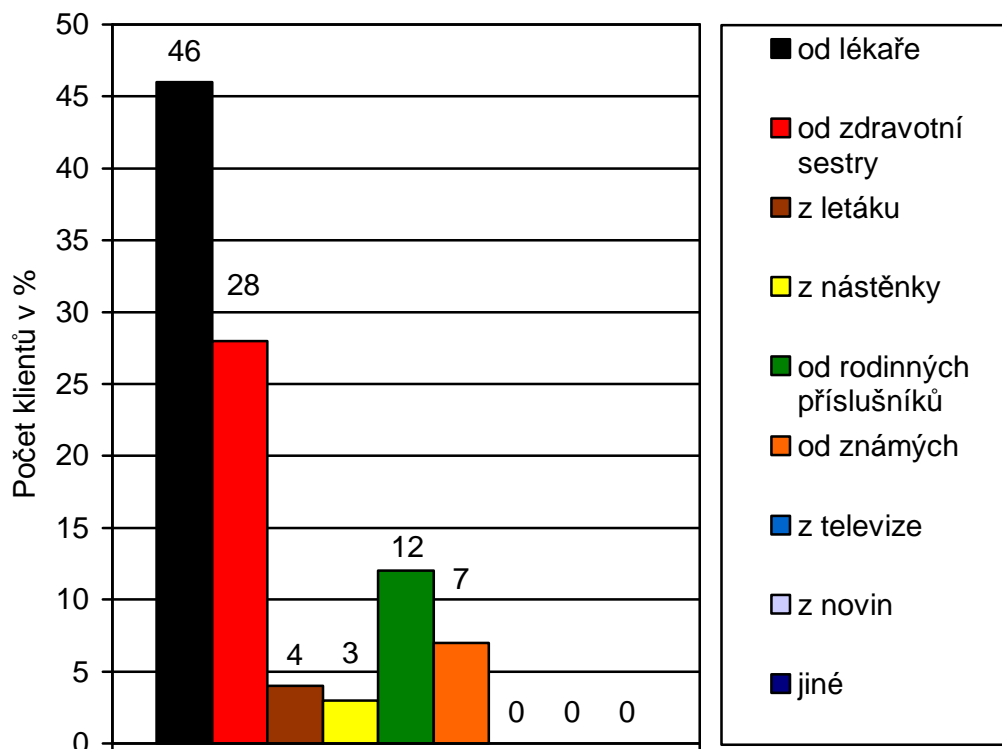
Všech 100 (100%) respondentů bylo v posledních dvou letech hospitalizováno. Nikdo (0%) nebyl nehospitalizován.

Graf 6 Délka spolupráce respondentů s ADP



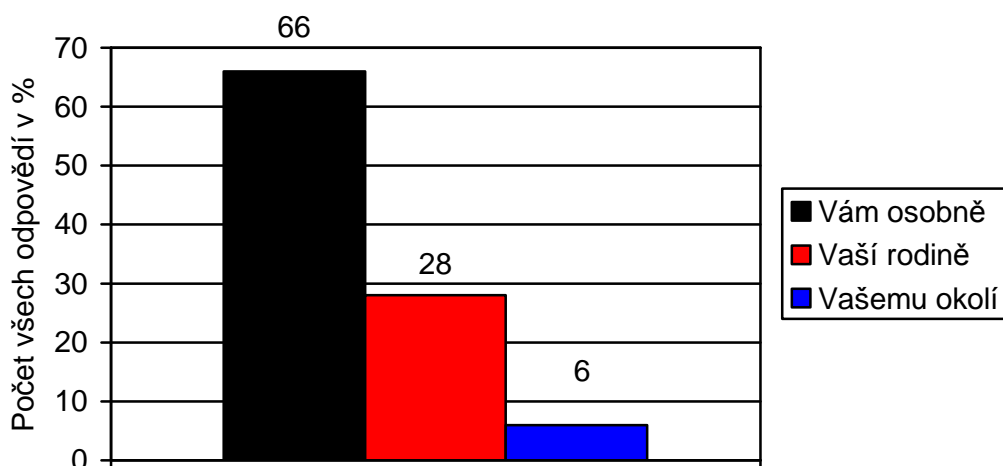
Zaměstnanci ADP navštěvují 26 (26%) respondentů méně než 1 rok, 48 (48%) je ADP navštěvováno v rozmezí 1-5 let a 26 (26%) respondentů více než 5 let.

Graf 7 První zdroje informací respondentů o ADP



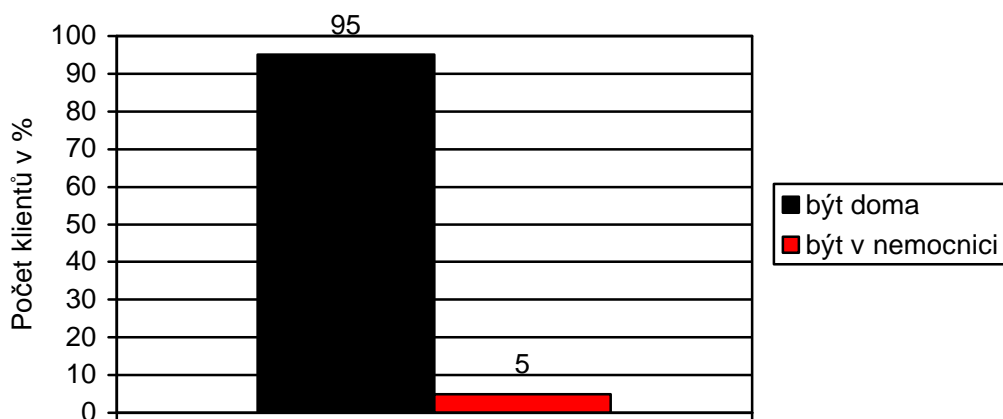
Respondenti se o existenci ADP dozvídali nejčastěji od lékaře, a to 46 (46%) dotazovaných, dále od zdravotní sestry 28 (28%) respondentů, od rodinných příslušníků 12 (12%) respondentů, 7 (7%) od známých, 4 (4%) z letáku a 3 (3%) byli o ADP informováno nástěnkou v nemocnici. Televize (0%), noviny (0%) ani jiné (0%) klienty o ADP neinformovaly.

Graf 8 Způsob pomoci ADP



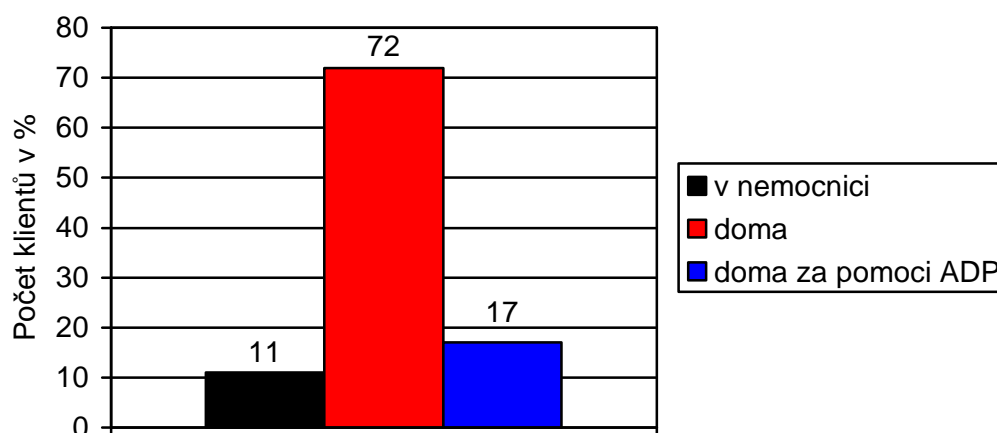
U otázky, zda ADP pomáhá respondentovi i jeho sociálnímu okolí, mohli dotazovaní označit více odpovědí. Odpovědí od 100 respondentů bylo 152 (100%). ADP pomáhá osobně 100 respondentům (66% všech odpovědí), rodině pomáhá ADP u 43 dotazovaných (28% všech odpovědí) a 9-ti respondentům (6% všech odpovědí) pomáhá ADP i jeho okolí.

Graf 9 Priorita respondenta v současném stavu



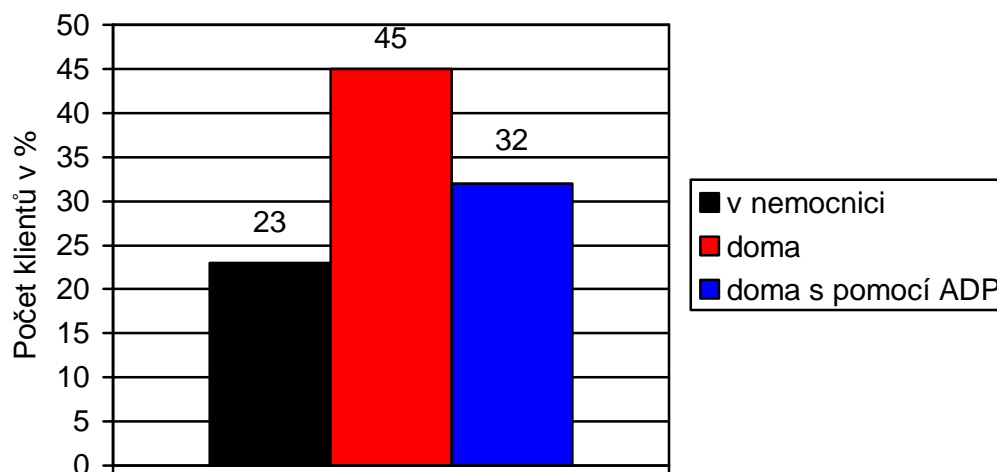
Pro 95 (95%) respondentů je předností jejich současném stavu být doma, 5 (5%) by upřednostňovalo pobyt v nemocnici.

Graf 10 Větší chuť k jídlu



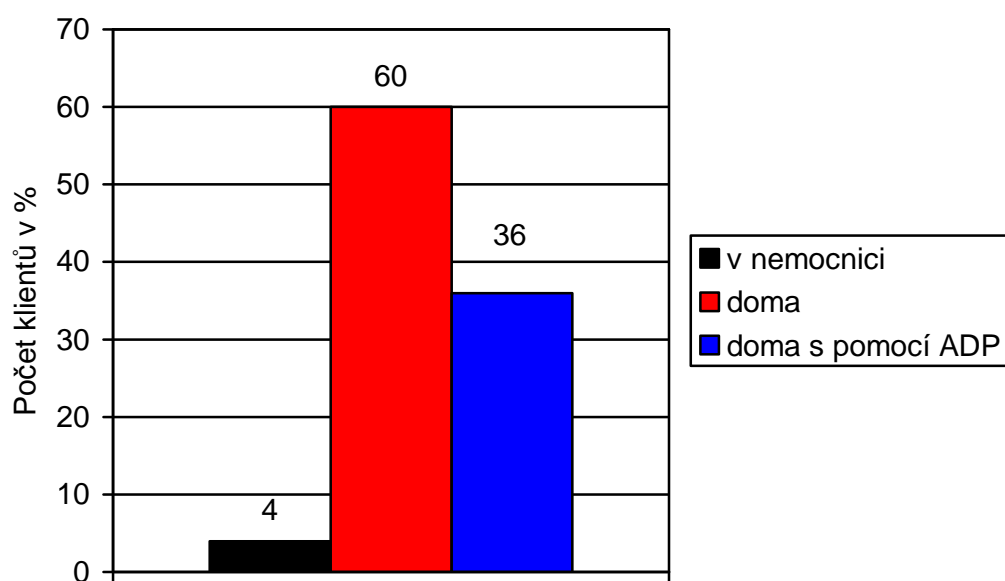
Dotazovaní respondenti uvedli, že lépe jim chutná doma. Potvrdilo to 72 (72%) respondentů, 17-ti (17%) respondentům chutná více doma za pomoci ADP a 11-ti (11%) v nemocnici.

Graf 11 Větší pocit čistoty



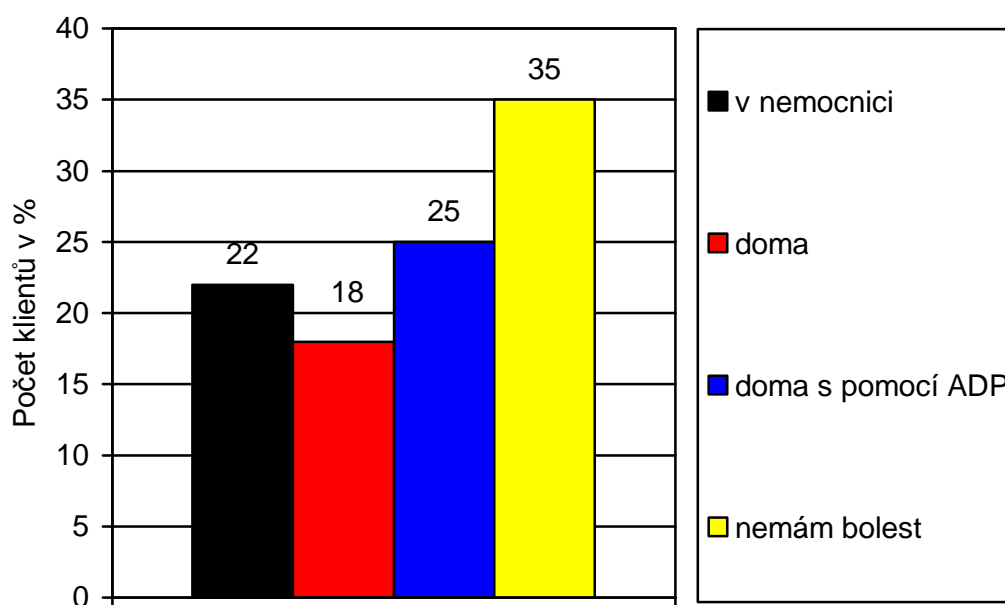
Na otázku, kde se respondenti cítí více v čistotě, odpovědělo 45 (45%) z nich, že se cítí více v čistotě doma, 32 (32%) doma s pomocí ADP a 23 (23%) v nemocnici.

Graf 12 Bezpečnější pohyb



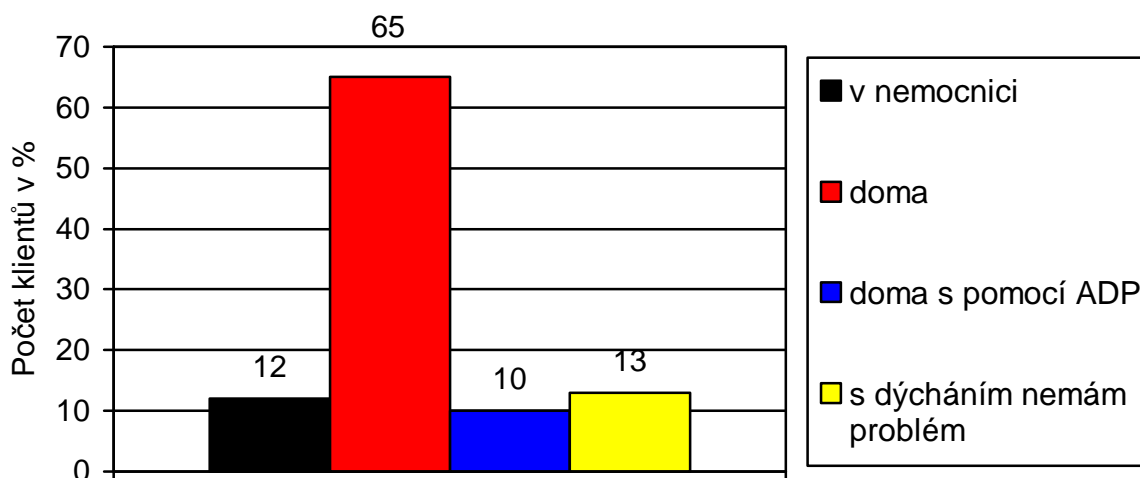
Na otázku, kde se respondent pohybuje (chodí) bezpečněji, odpovědělo 60 (60%) dotazovaných, že doma, 36 (36%) doma s pomocí ADP a pro 4 (4%) respondenty je pohyb snadnější v nemocnici.

Graf 13 Menší chronická bolest



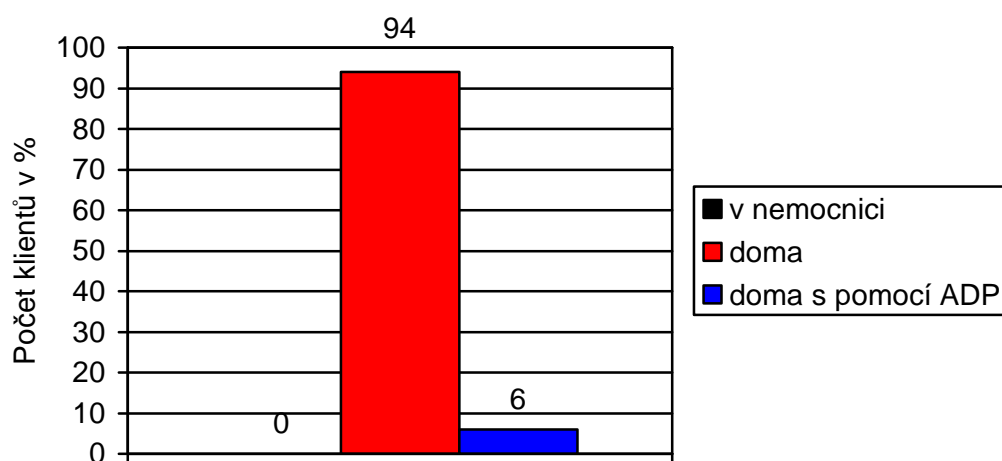
Na otázku, kde pociťuje respondent menší chronickou bolest, odpovědělo 25 (25%) dotazovaných, že pociťuje menší chronickou bolest doma s pomocí ADP, 18 (18%) respondentů bolest zvládá doma bez ADP, 22 (22%) pociťuje menší bolest v nemocnici a 35 (35%) respondentů chronickou bolest nepociťuje.

Graf 14 Lepší dýchání



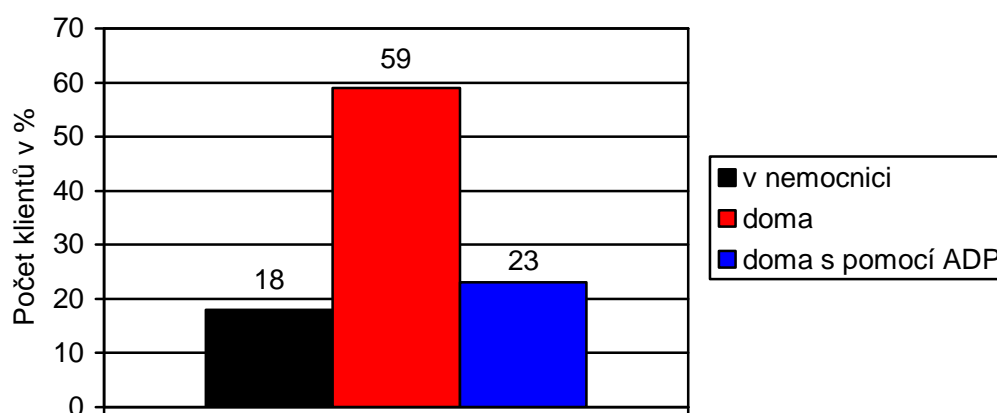
Na otázku, kde se respondenti lépe dýchá, odpovědělo 65 (65%) dotazovaných, že doma, 13 (13%) respondentů s dýcháním nemá problém, u 12-ti (12%) respondentů je dýchání lepší v nemocnici a 10-ti (10%) se dýchá lépe doma s pomocí ADP.

Graf 15 Lepší spánek



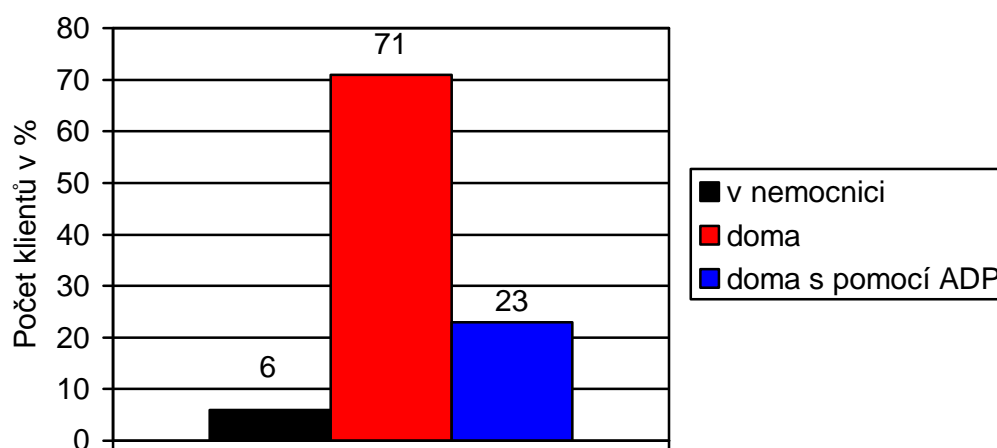
Žádnému (0%) respondentovi se nespí lépe v nemocnici, 6-ti (6%) zlepšuje spánek pomoc ADP a 94 (94%) dotazovaných spí nejlépe doma.

Graf 16 Snazší vyprazdňování moči



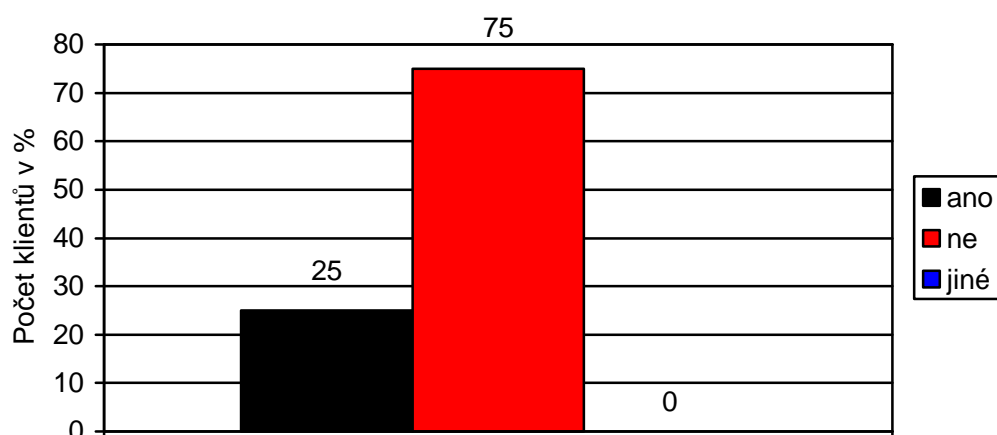
U 59-ti (59%) respondentů probíhá snazší vyprazdňování moči doma, 23 (23%) respondentům pomáhá s vyprazdňováním ADP a 18 (18%) dotazovaných upřednostňuje vyprazdňování v nemocnici

Graf 17 Snazší vyprazdňování stolice



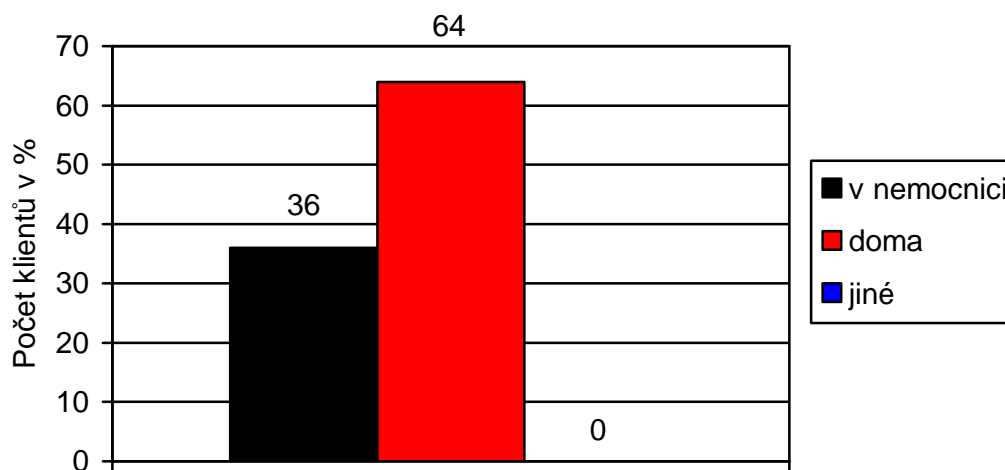
Na otázku, kde nemají respondenti problémy s vyprazdňováním stolice, odpovědělo 71 (71%), že má bezproblémové vyprazdňování stolice doma, 23 (23%) doma s pomocí ADP a u 6-ti (6%) dotazovaných je vyprazdňování stolice lepší v nemocnici.

Graf 18 Aktivní sexuální život



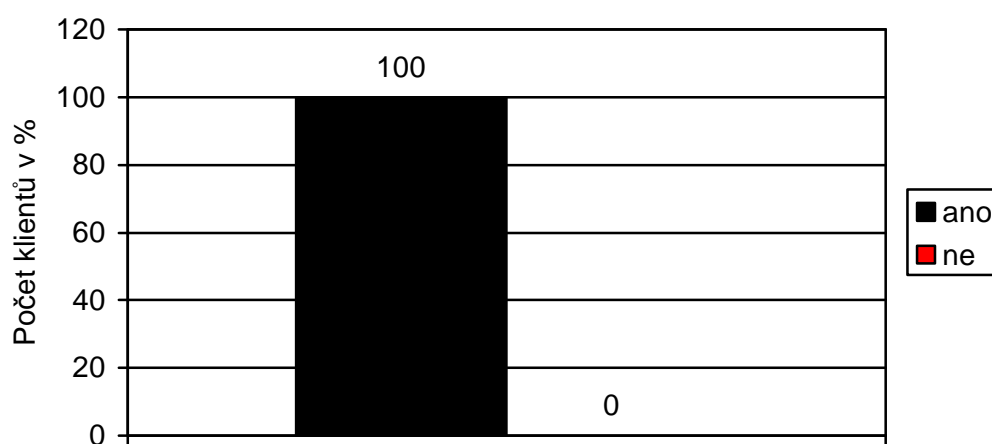
Aktivním sexuálním životem nežije 75 (75%) dotazovaných a 25 (25%) ano. K jiné nabídce se žádný (0%) respondent nevyjádřil.

Graf 19 Subjektivní zlepšením zdravotního stavu



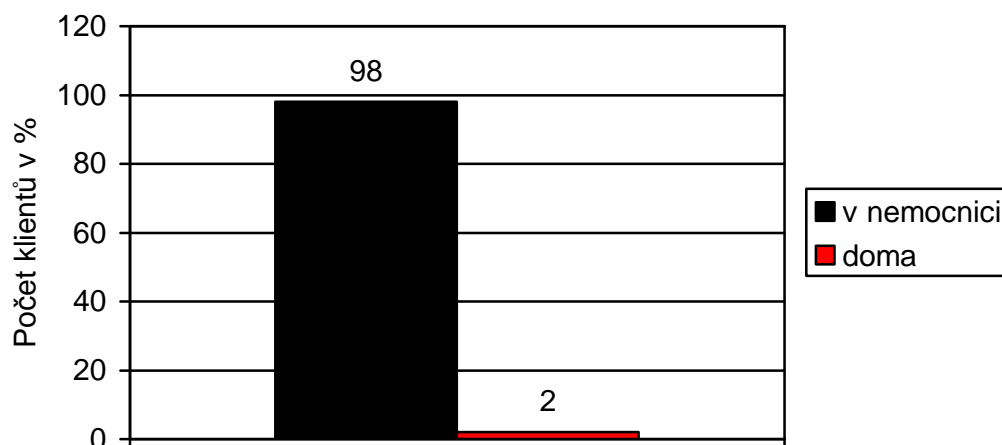
Doma dochází dle vlastní zkušenosti u 64 (64%) respondentů ke snadnějšímu zlepšení zdravotního stavu, 36 (36%) respondentů považuje za lepší nemocniční prostředí a jiné možnosti nikdo (0%) nevybral.

Graf 20 Psychická podpora ADP



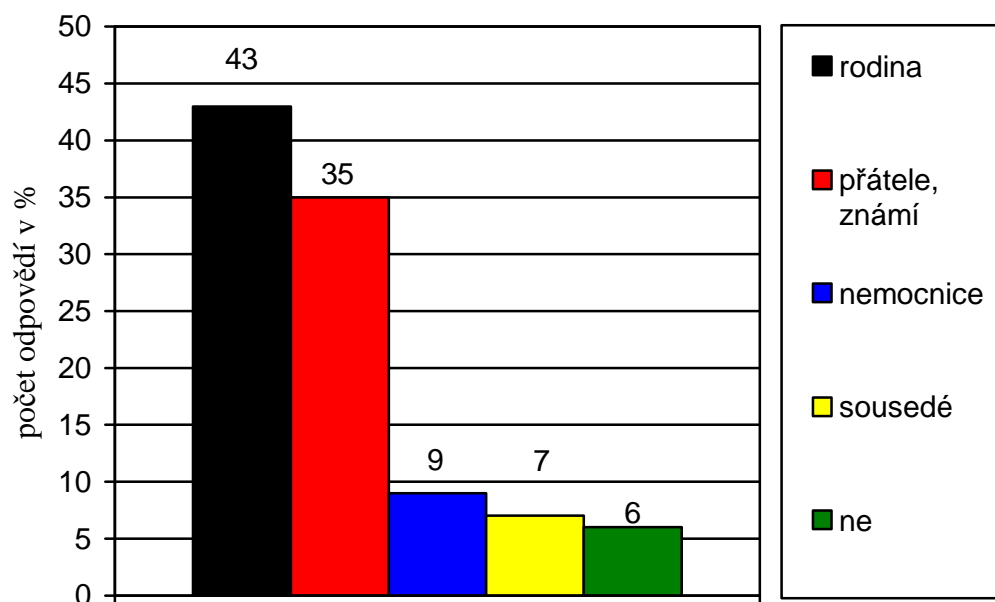
Všech 100 (100%) respondentů uvádí, že jim jsou pracovníci ADP psychickou podporou. Žádný (0%) respondent neuvedl možnost ne.

Graf 21 Psychické napětí respondenta



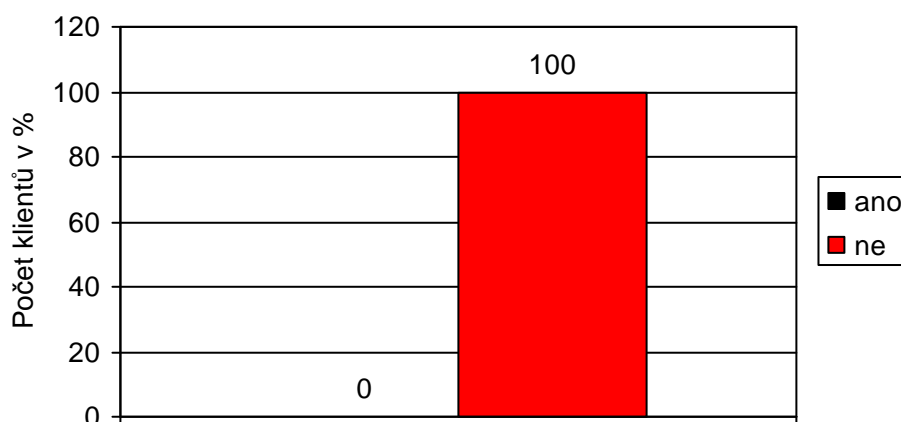
Doma pociťuje větší psychické napětí (neklid) 2 (2%) dotazovaných respondentů a v nemocnici 98 (98%).

Graf 22 Jiná pomoc pro respondenta



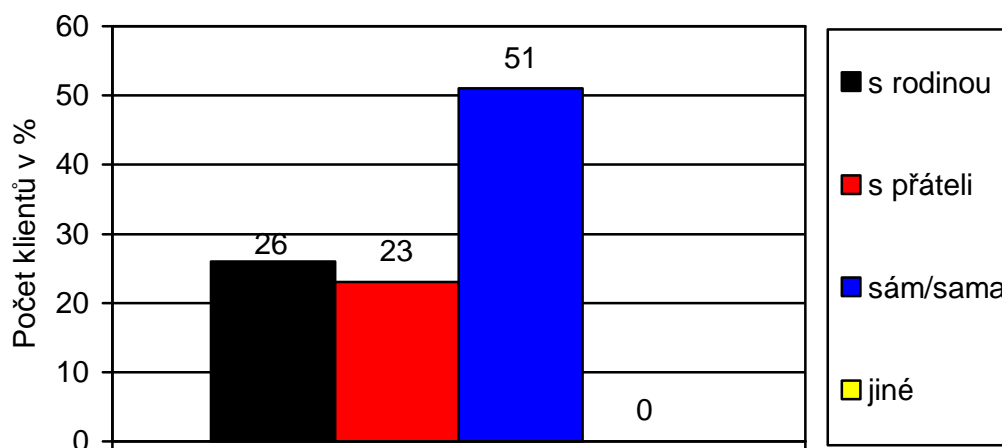
Respondenti měli možnost více odpovědí u otázky, zda se na jejich péči podílí ještě někdo jiný než ADP. Dotazovaných respondentů bylo 100 a dali dohromady 166 (100%) odpovědí. O 77 respondentů (44 % odpovědí) se stará rodina, o 57 (35% odpovědí) přátelé a známí, o 13 (9% odpovědí) nemocnice, o 10 (7% odpovědí) sousedé a o 9 (6% odpovědí) respondentů se nestará nikdo jiný.

Graf 23 Život respondenta bez pomoci ADP



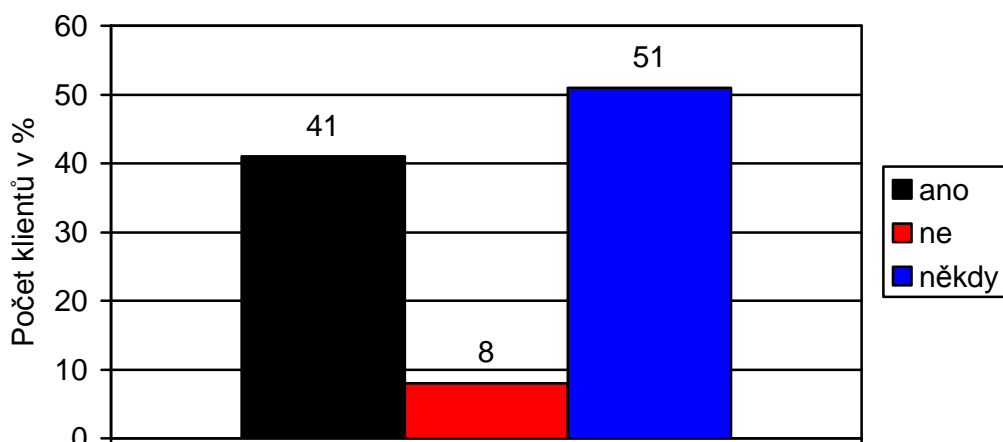
Ze 100 (100%) dotazovaných respondentů si nedovede představit život bez pomoci ADP, nikdo (0%) ano.

Graf 24 Nejvíce stráveného času



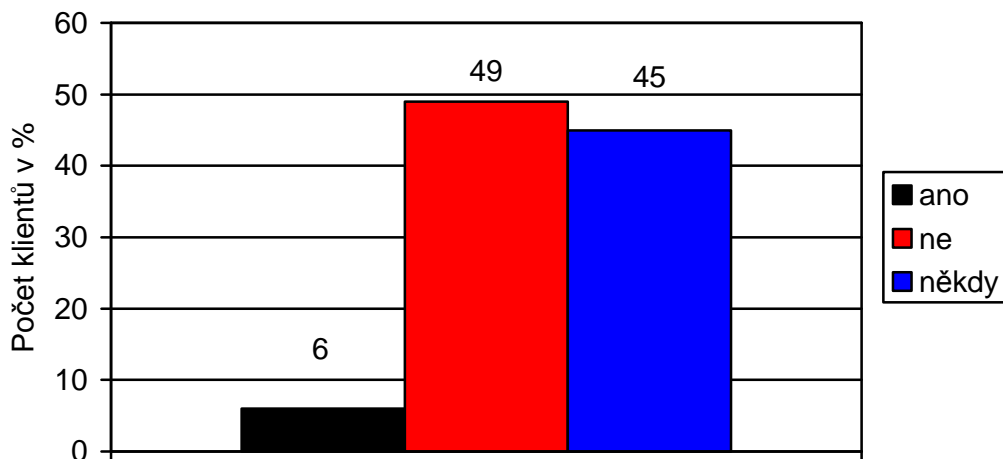
Samo tráví čas 51 (51%) respondentů, 26 (26%) s rodinou, 23 (23%) dotazovaných bývá nejčastěji s přáteli. Jinou možnost si nikdo (0%) nevybral.

Graf 25 Pocit osamělosti při hospitalizaci



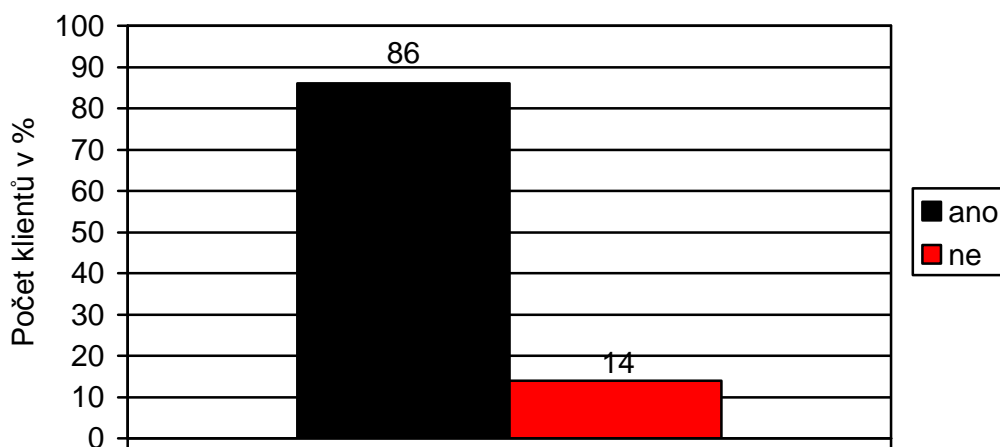
V průběhu hospitalizace se 41 (41%) respondentů cítilo osamělých, 8 (8%) dotazovaných ne a zbývajících 51 respondentů se při hospitalizaci cítilo osamělých jen někdy.

Graf 26 Pocit samoty doma



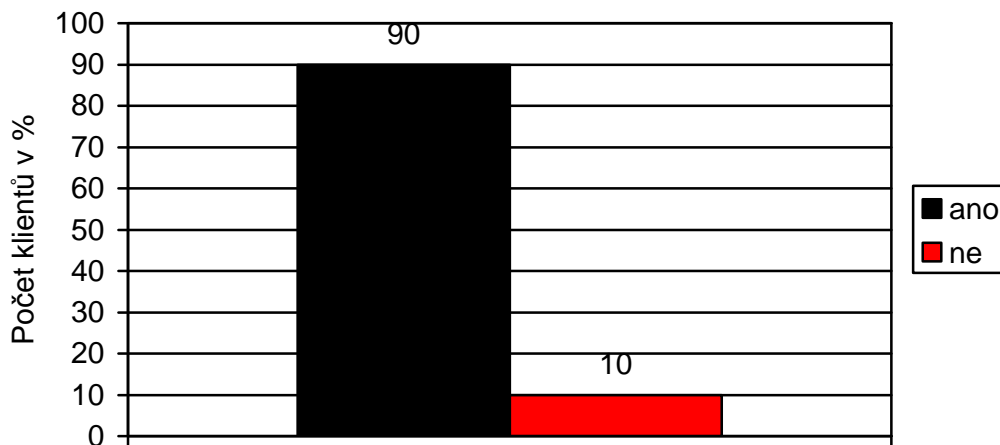
Ve svém domácím prostředí se 49 (49%) dotazovaných necítí sám/sama, 45 (45%) respondentů trpí doma někdy pocitem samoty a zbylých 6 (6%) dotazovaných respondentů se cítí doma samo.

Graf 27 Kontakt se svou rodinou



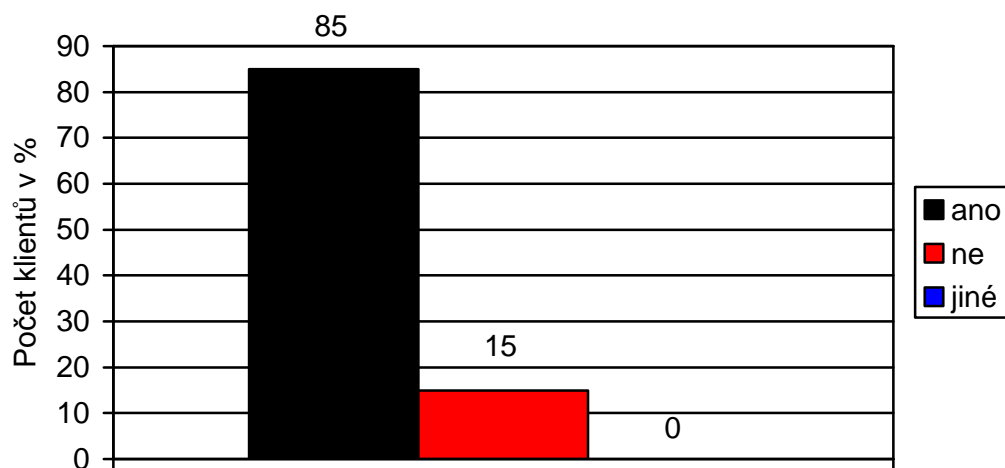
Ze 100 (100%) respondentů je v kontaktu se svou rodinou 86 (86%) a zbývajících 14 (14%) v kontaktu se svou rodinou není.

Graf 28 Chápající osoby v okolí respondenta



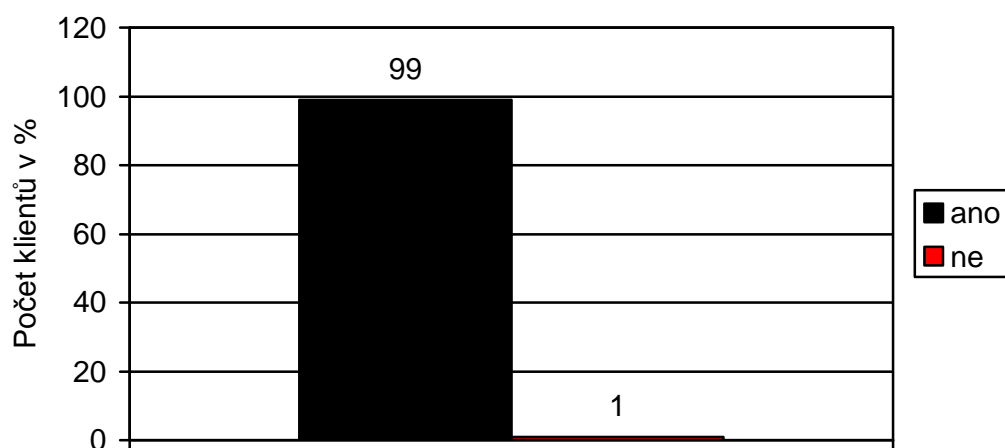
Na otázku, zda má respondent ve svém okolí osobu/osoby, se kterými si rozumí, odpovědělo 90 (90%) respondentů kladně a zbylých 10 (10%) dotazovaných takové lidi ve svém okolí nemá.

Graf 29 Rozvoj schopností díky ADP



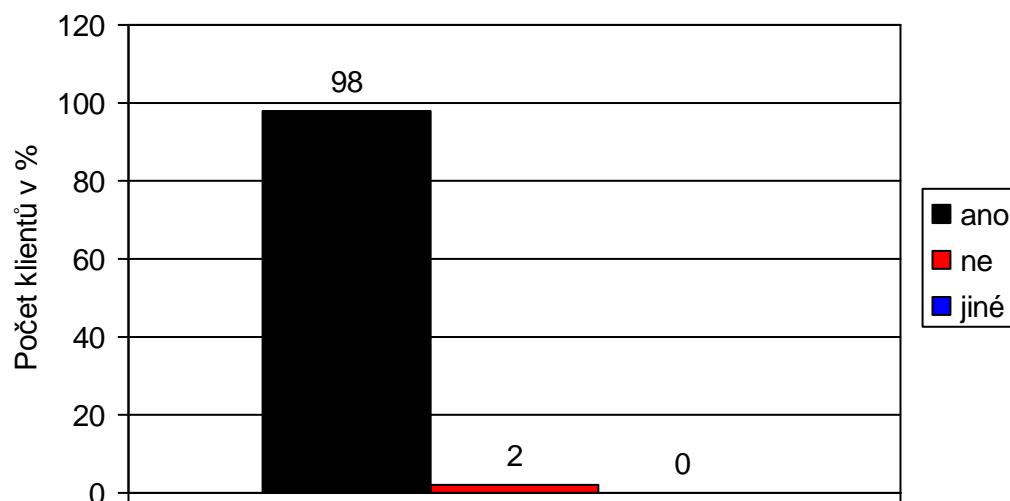
Pro 85 (85%) respondentů je ADP důležitá pro rozvoj jeho schopností, u 15-ti (15%) tomu tak není.

Graf 30 Pocit seberealizace respondenta ADP



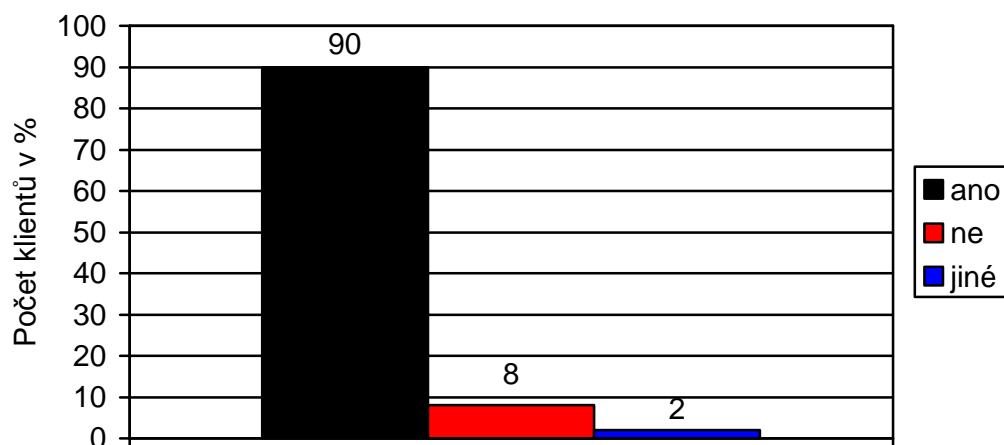
Ze 100 dotazovaných respondentů se cítí 99 (99%) z nich samo sebou, zbývající 1 (1%) ne.

Graf 31 Pomoc ADP při seberealizaci respondenta



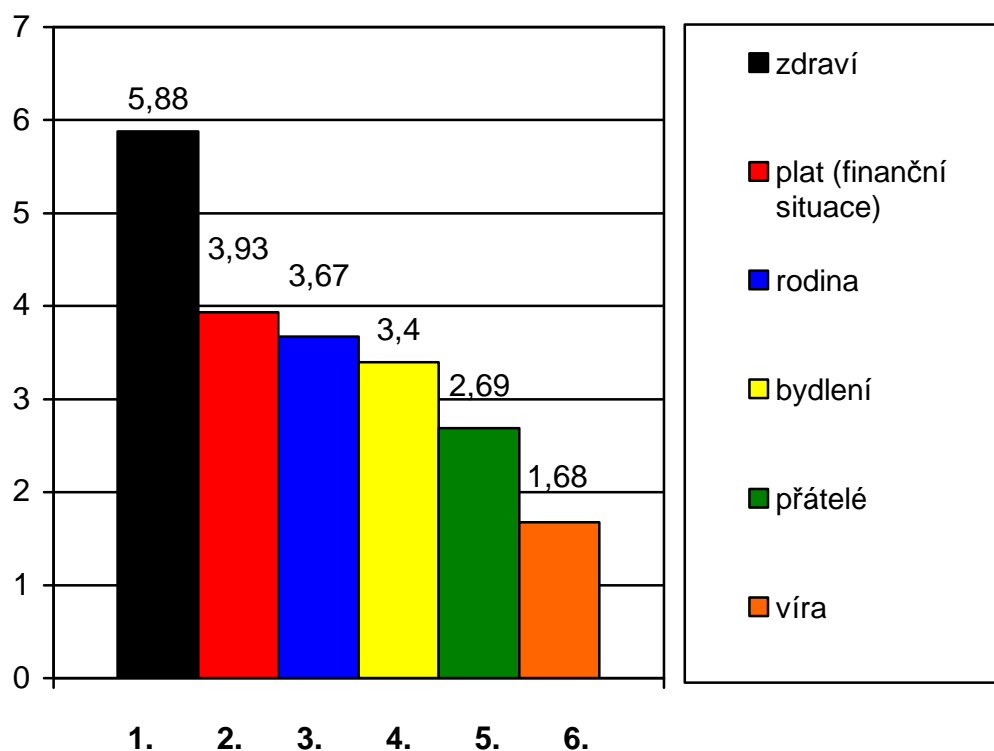
Ze 100 (100%) dotazovaných respondentů udává 98 (98%), že jim ADP pomáhá zůstat sama sebou, pro zbývajících 2 (2%) dotazované tomu tak není. Jinou odpověď si žádný (0%) dotazovaný respondent nevybral.

Graf 32 Pomoc ADP při kontaktu respondenta s okolním



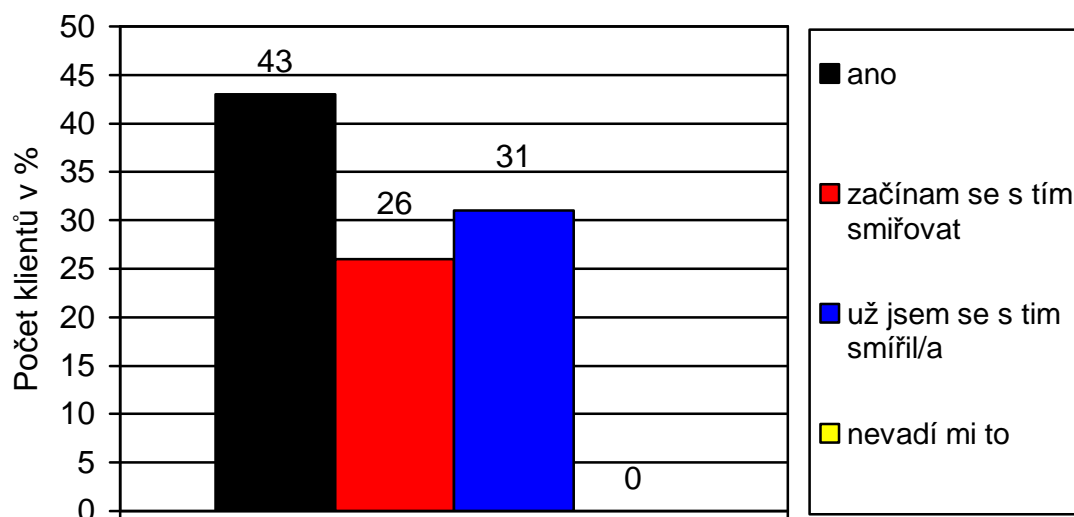
Zůstat v kontaktu s okolním světem pomáhá ADP 90-ti (90%) respondentům, u 8 (8%) dotazovaných tomu tak není a jinou odpověď si vybrali 2 (2%). Jeden respondent zvládá být v kontaktu s okolím i bez pomoci ADP a druhý nemůže chodit ven z bytu, tak je odkázaný na návštěvy sester, které ho několikrát týdně informují o tom, co se děje venku.

Graf 33 Největší trápení respondenta v poslední době



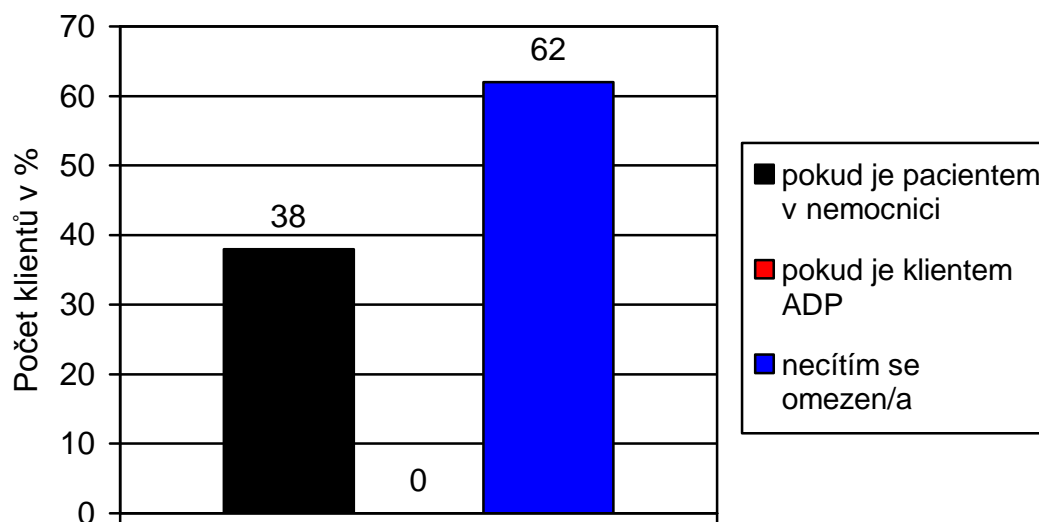
Na otázku, co Vás poslední dobou nejvíc trápí, měli respondenti určit pořadí čísla 1-6, (1 = nejméně mě trápí, 6 = nejvíce mě trápí) z nabídky zdraví, rodina, přátelé, víra, bydlení a plat (finanční situace). Respondenty nejvíce trápí zdraví, které se umístilo na prvním místě s indexem 5,88 , na 2. místě plat (finanční situace) s indexem 3,93, na 3. místě rodina s indexem 3,67, na 4. bydlení indexem 3,4, na 5. přátelé s indexem 2,69 a na 6. místě se umístila víra s indexem 1,68.

Graf 34 Omezení respondenta kvůli změně soběstačnosti



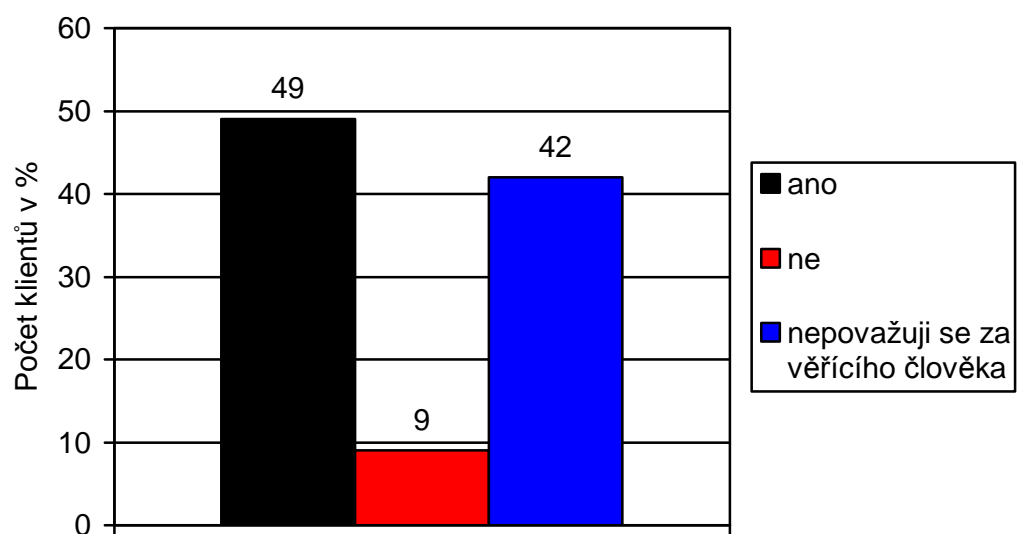
Celkem 43 (43%) respondentům vadí, že nemohou kvůli změně soběstačnosti dělat to co dřív, 20 (20%) se s tím začíná smiřovat a 31 (31%) dotazovaných je smířeno, že nemůže kvůli změně soběstačnosti dělat, to co dřív. Nevyskytl se žádný (0%) respondent, kterému by to nevadilo.

Graf 35 Omezení spirituálních potřeb respondenta



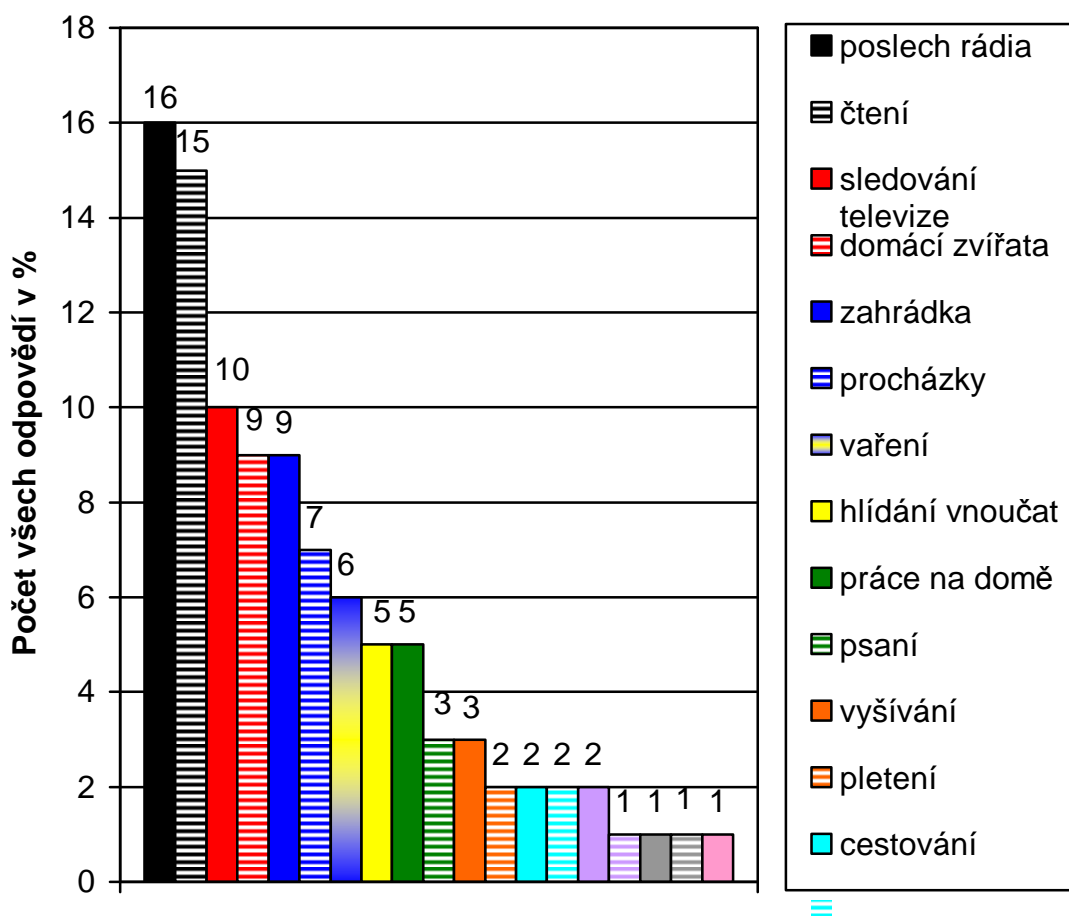
Ze 100 (100%) respondentů se cítí 38 (38%) omezeno, pokud je pacientem v nemocni, zbývajících 62 (62%) dotazovaných se ve svých spirituálních potřebách omezeno necítí. Jinou z odpovědí si žádný (0%) dotazovaný respondent nevybral.

Graf 36 Posila vírou u respondenta



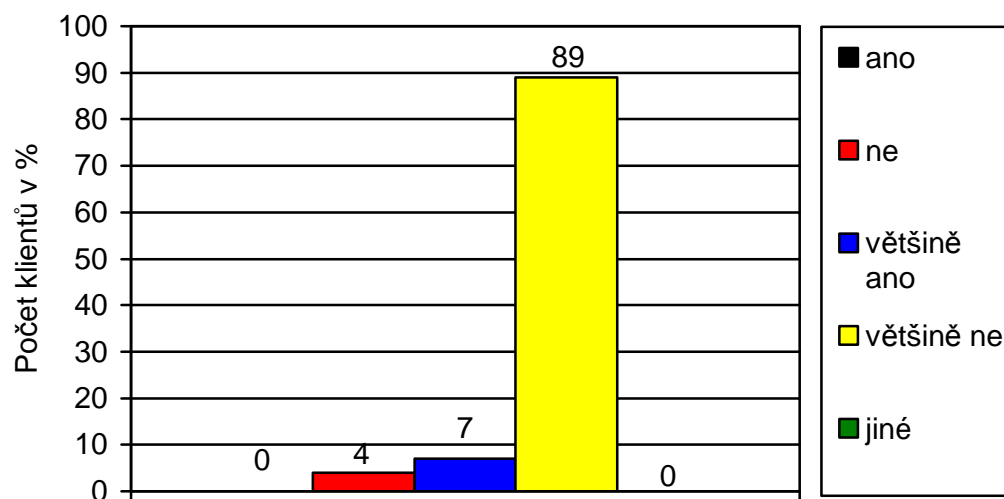
U 49-ti (49%) respondentů je jim jejich víra v současnosti posilou, 42 (42%) dotazovaných se nepovažuje za věřícího člověka a pro zbývajících 9 (9%) víra v současnosti posilou není.

Graf 37 Záliby respondenta



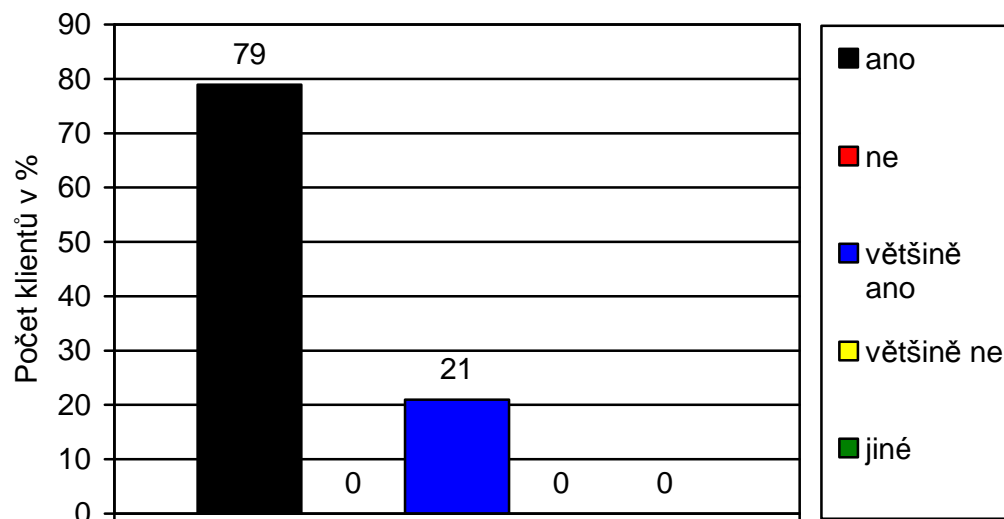
Respondenti měli v této otázce na výběr více možností. Všechny 564 odpovědi činilo 100% a z nich 88 dotazovaných (16%) označilo za svou zálibu poslech rádia, 84 (15%) čtení, 57 (10%) sledování televize, 50 (9%) domácí zvířata, 49 (9%) zahrádka, 39 (7%) procházky, 36 (6%) vaření, 31 (5%) práce na domě, 28 (5%) hlídání vnoučat, 17 (3%) psaní, 15 (3%) vyšívání, 12 (2%) pletení, 11 (2%) zpěv, 10 (2%) cestování, 8 (1%) rybolov. Zbývajících 5 respondentů (1%) uvedlo ještě za svou zálibu jízdu na kole, houbaření a včelaření. 14 dotazovaných (2%) má jiné záliby, mezi které patří šachy, práce s počítačem a internetem, rehabilitační cvičení se sestrou a myslivost.

Graf 38 Věnování se zálibám respondenta po dobu hospitalizace



Zálibám uvedeným v grafu 37 se nemohou věnovat 4 (4%) respondenti při hospitalizaci, většinou se může věnovat 7 (7%) respondentů a většinou se nemůže věnovat 89 (89%) dotazovaných. Nikdo (0%) si nevybral jiné možnosti ani nikdo (0%) se nemohl v průběhu hospitalizace věnovat všem uvedeným zálibám.

Graf 39 Věnování se zálibám respondenta doma a díky ADP



Zálibám uvedeným v grafu 37 se může věnovat 79 (79%) respondentů v domácím prostředí a díky ADP. Většinou se může věnovat 21 (21%) respondentů. Žádný (0%) respondent nevedl, že se většinou zálib věnovat nemůže ani, že nikdo (0%) se zálibám věnovat nemůže, žádný (0%) neoznačil jinou možnost odpovědi.

5 Diskuze

5.1 Diskuse k dotazníku pro zdravotní sestry

Bio-psycho-sociální potřeby jsou neustále používaným termínem nejen v ošetrovatelství, ale jsou také důležitou náplní práce agentur domácí péče. I samotní respondenti si jejich potřebnost uvědomovali a proto byli ochotni vyplnit se mnou i delší dotazník, než bývá zvykem. Dotazník, který byl pro výzkum sestaven, obsahoval 39 otázek. Otázky byly uzavřené, otevřené a polootevřené.

První tři otázky se týkaly identifikace zkoumaného vzorku. Šlo o otázky zaměřené na pohlaví, které se řídilo souhlasem respondentů k publikaci anonymních informací v dotazníku. Věk respondentů odhalil mou domněnku, že půjde převážně o klienty v rozmezí 70-80-ti let, což se také shoduje s názorem na poruchu soběstačnosti u starých lidí, uváděnou v knize vývojové psychologie Marie Vágnerové, že „soběstačnost klesá přímo úměrně věku, kdy do 74 let žije samostatně a nezávisle na cizí pomoci 84% seniorů, zatímco lidé starší 75 let jsou soběstační jen v 51%“ (Vágnerová, s. 400-401, 24). Třetí otázkou dotazníku, na bytovou situaci, jsem původně chtěla upozornit na rozdílnost potřeb u dotazovaných respondentů, kteří bydlí na vesnici a ve městě, ale toto se při vyhodnocování výsledků neprojevalo. Pro vyplňování dotazníků byla cíleně zvolena téměř poloviční klientela respondentů mužů a žen, žijících na vesnici a ve městě.

Čtvrtou otázkou jsem chtěla poukázat, že je minimum klientů domácí péče, kteří s poruchou soběstačnosti bydlí sami. Počet respondentů, kteří sami bydlí byl opravdu menší, ale zarazilo mě, že to bylo i přesto dost vysoké číslo (21% ze 100%). Často jsem byla svědkem, že za klientem chodívají na návštěvy pravidelně kamarádi nebo sousedé, kteří mu strádání bez rodiny velmi usnadňují. Zbývajících 79% respondentů bydlí převážně se svou rodinou.

Pro objektivní hodnocení uspokojování potřeb jsem se dotazovala jen klientů s poruchou soběstačnosti v domácí péči, kteří měli svou hospitalizaci v živé paměti. Nakonec jsem tento okruh zúžila na respondenty s maximální hospitalizací za poslední dva roky jejich života. Tím jsem chtěla předejít zkreslení údajů, které by zvýhodňovaly

domácí péči. Klienti, když jsem se dotazovala na otázku, zda byli v posledních dvou letech hospitalizováni, odpovědělo 100% z nich ano.

ADP působí na Znojemsku 12 let, proto jsem dotazované respondenty rozčlenila na ty, kteří s ADP mají menší nebo větší zkušenosti. Dotazovaných respondentů, kteří jsou klienty ADP méně než rok a více než 5 let bylo stejně, a to 26%. Zlatou střední linií domácího prostředí v rozmezí 1-5 let, tvořili respondenti svými 48%.

Od lékaře a zdravotní sestry získávali dotazovaní respondenti nejvíce první informace o ADP. Zarazila jsem se, že ve světě techniky se lidé o tak potřebných věcech, jako je ADP, nedozvěděli vůbec prostřednictvím televize nebo novin.

Tušila jsem, že ADP nepomáhá jen klientovi samotnému a proto jsem dotazovaným respondentům položila také otázku, zda ADP pomáhá jim osobně, jejich rodině nebo i jejich okolí, a předpokládala jsem, že jejich výběr bude složen z více kombinací. To se i potvrdilo. Všem respondentů ADP pomáhá a ještě u necelé poloviny pomáhá ADP i rodině respondenta. Tímto ADP pomůže rodině a rodina je pomocníkem ADP. Tato skutečnost je stejná jako tvrzení Bártlové z roku 2003, která ve své knize uvádí fakt, že „v současném údobí Světová zdravotnická organizace prosazuje novou strategii v péči o nemocného, která spočívá v tom, že zdůrazňuje taková opatření, při kterých by většina nemocných lidí měla být léčena a ošetřována doma. S novou filozofií se stále více do popředí dostává význam rodina“ (Bártlová, s. 92, 4).

Myslela jsem si, že každý člověk je raději doma a pokud se klientů ADP týče, tak že je to samozřejmostí. Patrně vzhledem, k sociální situaci a zhoršení zdraví, mě pět respondentů svou odpovědí utvrdilo, že jejich prioritou v současném stavu by byla hospitalizace. A nebyli to jen respondenti, kteří bydlí doma sami. Na druhou stranu jsem se divila, jakou důvěru ve mě vkládali, když mi toto byli ochotni přiznat.

V otázkách 10-18 jsem se soustředila u dotazovaných respondentů na uspokojování biologických potřeb s přihlédnutím k respondentově porušené soběstačnosti, a to v průběhu hospitalizace i v domácí péči. Byla to součást jediného cíle práce, kterým bylo: „Porovnat uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb u klientů v domácí péči oproti zdravotnickým zařízením“, stejně tak šlo o účelné zaměření na hypotézu 1: „Předpokládáme, že biologické potřeby jsou lépe saturovány v domácí péči

jak při hospitalizaci.“ Domnívala jsem se, stejně jako Svatošová, že „o většinu biologických potřeb, včetně tišení bolestí, bývá dobře a odborně postaráno v nemocnici, ale nemusí tomu tak být vždycky.“ (Svatošová, s.22, 20) A tady se mi i moje hypotéza, týkající se vybraných biologických potřeb, potvrdila. Zjistila jsem, že respondenti mají největší chuť k jídlu doma, stejně jako se jim doma lépe dýchá a spí. Pro 36 lidí z 96 je ADP výraznou oporou v pohybu doma. Je to zvláštní, že tomu tak není v nemocnici vzhledem k počtu speciálních pomůcek na jednotlivých odděleních.

Myslela jsem, že pocit čistoty v otázce 11 budou klienti pociťovat ve většině případů při hospitalizaci. Bylo tomu tak, ale jen u 23% respondentů. Zbývajícím pomáhá čistotu udržet ADP nebo to zvládají i sami bez její pomoci. Mohlo dojít ke zkreslení výsledků na toto téma, neboť v nemocnici se více dbá na čistotu, ať už jde o dezinfekci nebo sterilizaci.

Všichni dotazovaní respondenti ADP berou v případě potřeby léky od bolesti. Proto otázka 13 nevystihuje jen existenci bolesti, ale její zvládnání respondentem. Podle výzkumu chronickou bolest 35% respondentů nemá a proto mohli odpovědět, že bolest nepociťují. Toto bylo pro mě velkým povzbuzením ve výzkumu neboť dlouholetými zkušenostmi s bolestí a umíráním zjistila Svatošová, že „akutní bolest může klientovi zachránit život (např. u peritonitidy), ale bolest chronická, je-li vytrvalá a urputná, nedovolí nemocnému myslet na nic jiného. Takže naší prvořadou snahou musí být – bolest bezpodmínečně zvládnout“ (Svatošová, s.30, 20). Nezanedbatelných 22% respondentů umí tišit bolest nejlépe s pomocí nemocnice. Čtvrtině dotazovaných pomáhá od chronické bolesti ADP.

Vyprazdňování stolice bylo lepší pro 94% respondentů mimo nemocnici, zato u moči tomu tak bylo už jen u 82% respondentů. Pro zbývajících 18% respondentů bylo snazší vyprazdňování moči při hospitalizaci a vyprazdňování stolice se jevila z pohledu respondentů při hospitalizaci velmi obtížná. Snáze se při hospitalizaci vyprazdňovalo jen 6% z dotazovaných respondentů. Je to ale známý fakt při hospitalizaci, se kterým se potýká mnoho klientů a nemusí to být jen klienti ADP.

Otázky, narážející na aktivní sexuální život klientů jsem považovala za velmi intimní, ale asi jsem měla štěstí na respondenty a byla jsem i s touto otázkou nakonec

tolerována, ovšem i tady je riziko, že mohlo dojít ke zkreslení odpovědí na toto téma. Samozřejmě, že jsem nezkoumala uspokojování sexuálních potřeb v nemocnici a doma za pomoci ADP, ale ptala jsem se respondentů, zda žijí aktivním sexuálním životem. Mým záměrem nebylo respondenty zpovídat, ale prozkoumat jejich biologických potřeb co nejvíce. Tato otázka se týkala nejen pohlavního styku, ale i možnosti sebeuspokojení. Předpokládala jsem, že klienti, vzhledem k jejich věku a vysokému počtu bez partnera, aktivním sexuálním životem žít nebudou. Tato skutečnost je stejná jako tvrzení Jobánkové, že „skutečné překážky k sexuálnímu životu starších mužů a žen nejsou fyziologické, ale demografické, ty se týkají skutečnosti, že věku nad 80 let se dožívá mnohem více žen. Sociologickou překážkou je také sexualita starých lidí, která je ve společnosti tabu. Psychologickými překážkami je i vědomí starých lidí, kteří si myslí, že se to k jejich věku nehodí nebo mají strach z neúspěchu.“ (Jobánková, s. 117, 10). Proto mě nepřekvapil výsledek 18. otázky dotazníku na téma sexualita, že 75% respondentů aktivním sexuálním životem nežijí.

Po těchto všech pozitivěch i negativěch při uspokojování všech vybraných biologických potřeb respondentů, jsem jim položila otázku, zda podle jejich zkušeností dochází ke zlepšení zdravotního stavu snadněji doma nebo v nemocnici. Celkem 36-ti % respondentům se zlepšuje snáze zdravotní stav v průběhu hospitalizace, zbývajícím 64% respondentů nikoliv, což potvrzuje hypotézu 1: Předpokládáme, že biologické potřeby jsou lépe saturovány v domácím prostředí jak při hospitalizaci.

Pro všechny dotazované respondenty jsou zaměstnanci ADP psychickou podporou a tím je také potvrzena i druhá hypotéza 2: „Předpokládáme, že psychologické potřeby jsou lépe saturovány v domácí péči jak při hospitalizaci.“ Přispívá k tomu i fakt, že 98% respondentů pociťuje psychické napětí (neklid) v nemocnici.

Mimo ADP se o respondenty zajímá a pečuje i rodina a kamarádi popř. známí. Pro dotazované respondenty jsou kamarádi a známí velkou psychickou oporou a často i poslední nadějí plnou pochopení a možnosti přiložit ruku k dílu v péči o ně. Našla jsem stejné tvrzení u Vágnerové, která je toho názoru, že „starší senioři mají vysokou potřebu udržení spolehlivých a jistých citových vazeb, kterým jim slouží jako zdroj

komplexní opory, ale postupně dochází k další redukci jejich sociální sítě. V rámci úbytku sil a energie, ale i potřeby nenarušení citové pohody, eliminují staří lidé mnohé kontakty a vztahy. Paralelně s touto tendencí narůstá emoční význam nejbližších lidí: příbuzných a přátel. Starší lidé na nich ulpívají jako na výlučném zdroji své jistoty a bezpečí a případnou separaci či ztrátu prožívají jako silný stres“ (Vágnerová, s. 421, 23). Je také pozoruhodné, že nemocnice svými 9% i sousedé se 7% pomáhají respondentovi téměř ve stejné míře.

Pozitivem výzkumu pro ADP byli zjištění, že všech 100% dotazovaných respondentů si nedovede představit život bez pomoci ADP. I přes účast respondentovy rodiny při našich návštěvách ohledně domácí péče, jsem zjistila od dotazovaných, že v 51% tráví nejvíce svého času o samotě. I přesto se tak respondenti nemusí cítit, neboť v mnoha případech je to pro ně nestresující a mají možnost uskutečňovat své záliby.

Rodina a přátelé jsou pro respondenta ve 25-ti % velkou oporou. Při hospitalizaci udávali respondenti, až na osm z nich, že se cítí osamělí, a to buď vždy nebo někdy. Odpověď někdy byla často od lidí, kteří žijí sami a tak mají možnost poznat nové lidi, i když jim rodinu nenahradí. Oproti tomu samotou doma netrpí 49% respondentů. Zato alarmujícím číslem je 45%, která naznačují, že i když respondent s rodinou žije, může samotou pociťovat i mezi lidmi. Vágnerová se s názorem na toto téma také shoduje, a to tím, že „v populaci starších seniorů žije v sociální izolaci minimálně 20-25% lidí. Sociální izolace ještě nemusí znamenat, že se starý člověk cítí osamělý. Osamělost a opuštěnost je subjektivní pocit, který nemusí odpovídat reálné situaci“ (Vágnerová, s. 399, 24).

Naštěstí kontakt se svou rodinou byl udržován 86-ti % respondentů, ale byla jsem svědkem, že jeden respondent byl závislý jen na pomoci ADP, kdy ani nebyl schopen sejít ze schodů svého bytu a jeho rodinu to nezajímalo. Ještě více má dotazovaných chápající osoby v okolí, ti činili výraznou skupinu 90-ti %. V mnoha případech mezi tyto chápající osoby patřili zaměstnanci ADP.

Otázkami na rozvoj respondentových schopností a pocitů být sama sebou, jsem se ptala záměrně kvůli nejvyššímu bodu Maslowovy pyramidy potřeb, kterým je jediná potřeba seberealizace. Její dosažení u respondentů bylo potvrzeno. Tím byla potvrzena

i hypotéza 2: „Předpokládáme, že psychologické potřeby jsou lépe saturovány v domácí péči jak při hospitalizaci“.

U 90-ti % pomáhá ADP komunikovat respondentovi s jeho okolím. A je pravda, že klientovy procházky se sestrou po okolí v rámci rehabilitace jsou malou pomůckou respondenta na okolí nezapomenout. Tímto zjištěním měla být potvrzena nebo vyvrácena také hypotéza 3: „Předpokládáme, že sociální potřeby jsou lépe saturovány v domácí péči jak při hospitalizaci.“ I když možnosti nemocnice jsou v tomto ohledu oproti domácímu prostředí znevýhodněny, i tak mohou sociální potřeby pomáhat uskutečňovat nabídkou celodenních návštěv, která je mnohdy pro respondenta při hospitalizaci obrovskou posilou a přispívá k uzdravení. K tomu ale ve zdravotnických zařízeních na Znojemsku nedochází, protože tyto potřeby jsou uspokojované jen v rozmezí návštěv. Je také pravda, že ADP pomáhá v otázce 8, i respondentově rodině, ale je to jen malé procento, které se snaží ADP posouvat stále více kupředu.

Respondenti udávali jako největší trápení v poslední době jejich zdravotní stav. Velmi mě překvapilo, že se respondenti zaobírají hned po jejich zdravotních problémech, stavem svých financí a pak rodinnými problémy. Co se týče financí, tak myslím, že je to dáno naší ekonomikou státu nebo nároky respondentů na jejich komfort. Jak je zřejmé, tak ani vztahy v rodině u respondentů nejsou ideální a tak se nad nimi respondenti často trápí a dosadili je na třetí nejproblémovější místo v hodnocení. Mnohdy jsem byla svědkem, že i babička sbírala neúnavně byliny své vnučce jen proto, aby měla na nové boty. Ale ta jich měla už plné botníky. Vztah seniorů k dětem a vnukům je prostě jiný. Stejně tak to tvrdí i Vágnerová, když uvádí, že „v roli prarodiče prožije člověk v současné době přibližně 25 let svého života. Tuto roli získá obvykle po 65. roce 75% lidí“ (Vágnerová, s. 392, 24). Možná proto se mnohdy respondenti – zejména starší ženy – trápí víc, než jejich vnučata a děti.. Ale co se týče bytové situace, která získala v hodnocení respondentů bramborovou medaili, tak klienty ve městě zpravidla trápil nájem a na vesnici to byla nezařízenost bytu pro člověka s poruchou soběstačnosti. Mezi nejméně problémové položky patřili kamarádi a víra respondenta. Jak vyplynulo z výzkumu, kvůli nim se dotazovaní respondenti netrápí. Za toto zjištění jsem byla moc ráda.

I přesto, že respondenti na mě působili smířeným dojemem, uvedli – oproti mému očekávání – že 43% respondentům omezení kvůli porušené soběstačnosti přímo vadí. S touto skutečností se smířilo už 31% dotazovaných respondentů a 26% by je ráda následovala, ale zatím jsou ve fázi smiřování. Vůbec nikdo z respondentů neřekl, že mu jeho porucha soběstačnosti nevadí.

Vzhledem k věkové skupině respondentů potvrzuje stejně tak i Vágnerová, že „ve stáří potřeba spirituálního směřování velmi často narůstá“ (Vágnerová, s. 428, 24). Spirituální potřeby jsou pro respondenta ve 49% posilou při zvládnání náročné zdravotní situace. Žádný z nich není v ADP omezován ve svých spirituálních potřebách, oproti 38%, kteří mají problémy s touto potřebou v nemocnici. Celkem 42% respondentů se za věřícího nepovažuje.

Mezi nejčastějšími zálibami u respondentů jasně favorizoval poslech rádia u 88 respondentů, podobně jako čtení, které označilo za svou zájmovou činnost 84 respondentů. Sledování televize, domácí zvířata a zahrádka byla také záliba takřka 50-ti dalších respondentů. Nejméně dotazovaní jezdili na kole, chytali ryby, včelařili, věnovali se myslivosti a houbařili. Vzhledem k nadpoloviční většině žen jsem byla zaskočena, že jen pro 36 z nich je vaření koníčkem. Zato povzbudivé bylo dosažení rehabilitačního cvičení se sestrou, do pozic respondentových zálib. Bez povšimnutí nemohou zůstat ani záliby, které si zvolili sami respondenti a byl to internet a práce s počítačem, jako doména starších mužů nebo hlídání vnoučat u žen. Poslední dvě otázky odhalily, že po dobu hospitalizace se 89% dotazovaných většině zálib věnovat nemohlo, ale 78% respondentů v domácí péči za pomoci ADP ano. Musím podotknout, že tady se jedná o určité zkreslení z hlediska zálib, které není možné v nemocnici vždy uskutečňovat, neboť mnoha zálibám se respondenti ani po dobu hospitalizace věnovat nemohou. Za těchto okolností nemůže být hospitalizace očividně 100% pomocí v seberealizaci respondenta a nutnost domácí péče je jasně viditelná.

6 Závěr

Osob s poruchou soběstačnosti stále více přibývá a není to jen doména starých lidí. Statistická ročenka z roku 2005 vypovídá, že „z lidí, kteří překročí 60. rok s dožije 80 let jen 18,1% žen a 11,2% mužů. Ústavní péči, ať už zdravotní či sociální, potřebuje ve vyšším věku minimálně 5% populace, většinou jde o staré ženy nad 70 let“ (Vágnerová, s. 398-400, 24). Nabídkou pomoci ADP by bylo možné dát mnoha unáhleným rozhodnutím novou naději. Nemocnice by tak měly místo pro všechny akutní případy, sestry by měly skutečně čas na uspokojování nejen nejnnutnějších potřeb u klientů, čímž by se rozhodně zkvalitnila péče v nemocnicích a chronická onemocnění by mohla být léčena doma za pomoci ADP. Domovy důchodců a jiná sociální zařízení by splňovala skutečně plně svou funkci pro lidi, kteří zůstali na světě sami nebo jim jejich kolektiv umožňuje co nejvíce nahradit stávku rodiny.

Proto bylo cílem mé bakalářské práce zmapovat uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb u klientů s poruchou soběstačnosti v domácí péči oproti zdravotnickému zařízení. Jednotlivé hypotézy rozčleňovaly cíl na tři části, které v závěru tvořily souvislý celek. První hypotéza zněla: „Předpokládáme, že biologické potřeby jsou lépe saturovány v domácí péči jak při hospitalizaci.“ Druhá hypotéza zněla: „Předpokládáme, že psychologické potřeby jsou lépe saturovány v domácí péči jak při hospitalizaci.“ A třetí hypotéza doplňovala kompletní celek cíle svým zněním: „Předpokládáme, že sociální potřeby jsou lépe saturovány v domácí péči jak při hospitalizaci.“ Hypotézy byly výzkumem potvrzeny a cíle práce splněny.

Posláním mé práce není zveřejnit výsledky v odborných časopisech pro zdravotníky, neboť výzkumnou vzorku tvořilo jen 100 respondentů z mnoha tisíc. Výsledky výzkumu by měly sloužit u čtenáře ke změně náhledu myšlení na klienty domácí péče a jejich skutečné preferované potřeby stejně jako by měla tato práce působit jako psychická podpora pracovníků ADP. Stejně tak by měla být tato práce námětem sester na podání informací hospitalizovaným klientům ohledně služeb ADP. Až při osobním setkání s Marií Svatošovou jsem zjistila, že v názvu mi chybí jedna podstatná část, a tou je složka spirituální. Že ji nestačí jen zakomponovat do psychologické složky osobnosti. Proto byla rozepsána i v teorii a zkoumána ve

výzkumné části práce, i přesto, že v názvu bakalářské práce přímo není obsažena jako čtvrtá součást potřeb klientů. Toto považuji u mé bakalářské práce za přínos pro mě.

7. Seznam použité literatury

1. ARANDA, S., O'CONNOR, M. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2005, s. 152. ISBN – 80-204-1287-5
2. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd.: Nucleus HK 2003, s. 104. ISBN 80-86225-33-X
3. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd: Nucleus HK 2005, s.108. ISBN 80-86225-63-1
4. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přepracované vyd. Brno: NCO NZO Brno 2003, s. 181. ISBN 80-7013-391-0
5. ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1.vyd. Praha: Portál 2007, s. 656, ISBN 978-80-7367-273-7
6. DOENGES, E. M., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované vyd. Praha: Grada 2001, s. 565. ISBN 80-247-0242-8
7. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatel'stvo – teorie*. Martin: Osveta 2005, s. 215. ISBN 80-8063-086-0
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatel'ství 10 – manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: NCO NZO 2004, s. 72. ISBN 80-7013-363-5
9. HRDLIČKA, M., KURIC, J. BLATNÝ, M. *Krize středního věku - úskalí a šance*. 1. vyd.: Portál 2006, s.168. ISBN 80-7367-168-9
10. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. MIKADA: NCO a NZO v Brně, Brno 2003, s. 225. ISBN 80-7013-390-2
11. KOMÁREK, S. *Spasení těla. Moc, nemoc a psychosomatika*. 1.vyd. Praha: Mladá Fronta 2005, s. 152. ISBN 80-204-1287-5
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd.: Grada Publishing 2002, s. 200. ISBN 80-247-0179-0
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál 2003, s. 279. ISBN 80-7178-774-4

14. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada 2006, s. 352. ISBN 18-247-1284-9
15. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství 1. díl*. Praha: Karolinum 2002, s.128. ISBN 80-246-0429-9
16. MIKŠOVÁ, Z., Zajíčková, M. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I – aktualizované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada 2006, s. 248. ISBN 80-247-1442-6
17. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 326. publikace: Portál, s. 156. ISBN 80-7178-184-3
18. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Přeloženo Šelcová, S., 2047. publikace Praha: Grada Publishing, a.s. 2004, s.376. ISBN 80-247-0932-5
19. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6, Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd.: IDVPZ v Brně, Brno 2001, s. 55. ISBN 80-7013-323-6
20. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. doplněné vyd. Praha: Ecce Homo 2003, s. 150. ISBN 80-902049-4-5
21. ŠAMÁNKOVÁ, E. a kol. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult - I. a 2. díl*. 1. vyd.: Karolinum 2002, s. 274. ISBN 80-246-0477-9
22. TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: IDVPZ v Brně, 2001, s. 186. ISBN 80-7013-324-8
23. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.rozšířené a přepracované vyd. Praha: Portál 2004, s. 870. ISBN 80-7178-802-3
24. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha: karolinum 2007, s. 459. ISBN 978-80-246-1318-5
25. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 2507. publikace: Grada Publishing a.s. 2006, s. 144. ISBN 80-247-1262-8
26. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf 2004, s. 506. ISBN 80-7345-009-7

Seznam internetových informačních zdrojů a časopisů:

27. *Co je pro lidský život důležité.* [on line]. c 2006, [cit.200-11-10]. Dostupné na WWW: <http://duchovno.doktorka.cz/pro-lidsky-zivot-dulezite/>
28. *Co mohu očekávat od domácí péče.* [on line]. c 2007, [cit.2007-08-24]. Dostupné na WWW: <http://www.anamneza.cz/modules/stranka.php?id=203>
29. CZECHMED. *Domácí péče jako alternativa k hospitalizaci.*[on line]. c 4.6.2006, [cit.2007-01-06]. Dostupné na WWW: <http://forum.czechmed.cz/?q=node/625>
30. *Etický kodex práv pacientů* [on line]. c 2.3.2000, [cit.2007-4-24]. Dostupné na WWW:<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1663&mode=thread&order=0>
31. GLASSER,W. *Jak uspokojujeme své potřeby?* [on line]. c 2007, [cit.2007-05-30]. Dostupné z WWW: <http://psychologie.doktorka.cz/jak-uspokojujeme-sve-potreby/>
32. HORN, *O životním stylu.* [on line]. c 2007, [cit.2007-01-07]. Dostupné na WWW: http://jobpilot.cz/content/service/jobjournal/stres/styl.html?Jobs_Session=fe3738&Jobs_Session=fe3738&
33. HOME CARE. *Informace pro pacienty.* [on line]. c 23.9.2005, [cit.2006-10-11]. Dostupné z WWW: <http://www.domacipece.cz/czech/index.html>
34. *Charitní ošetrovatelská a pečovatelská služba (CHOPS)* [on line]. c 5.10.2006, [cit.2007-02-19].Dostupné z WWW: <http://www.charita.cz/article.asp?nArticleID=300&nDepartmentID=172&nLanguageID=1>
35. *Informace.* [on line]. C 2005, [cit.2007-06-18]. Dostupné z WWW: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&type=2>
36. MACKOVÁ, M. *Sociální pracovník v domácí péči.* Sestra 2005, roč. 15, číslo 11, s. 35. ISSN 1210-0404
37. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Metodická opatření – koncepce domácí péče.* [on line]. c 10.12.2004, [cit.2007-6-20]. Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=205>
38. MISCONIOVÁ, B. *Co znamená pojem domácí péče.* [on line]. c 4.12.2000, [cit.2005-11-25]. Dostupné na WWW:

<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=1666&mode=thread&order=0>

39. MISCONIOVÁ, B., NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY. *Domácí péče a její principy*. [on line]. c 2007, [cit.2007-05-13]. Dostupné na WWW: <http://www.cs-ch.ch/Europa/adpframes.htm>

40. MISCONIOVÁ, B. *Nejčastější otázky a odpovědi*. [on line]. c 2006, [cit.2007-06-02]. Dostupné z WWW: <http://www.domaci-pece.info/domaci-pece>

41. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající? Hospicová péče*. [on line]. c 2007, [cit.2007-07-16]. Dostupné na WWW: <http://www.hospice.cz/pece.html>

42. MPSV. *Sociální služby – způsob pomoci*. [on line]. c 2006, [cit.2007-5-29]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

43. OPATRŇÝ, A. *Péče o existenciální a spirituální potřeby pacienta*. [on line]. c 2007, [cit.2007-03-21]. Dostupné na WWW:

http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=N&sel_tema=111&sel_podtema=534&sel_text=2135m

44. *Potřeby člověka*. c. 2005, [cit.2005-01-18]. <http://potreba.najevo.cz/>

45. SVATOŠOVÁ, M. *Domácí hospicová péče*. [on line]. c 29.3.2003, [cit.2006-06-18]. Dostupné na WWW:

<http://www.hospice.cz/hospice1/hledej.php?find=dom%ED+hospicov%ED&kde=1&search=>

46. VARGOVSKÁ, K. *Domácí hospicová péče*. *Sestra* 2005, roč. 15, číslo 11, s. 33-34. ISSN 1210-0404

47. VESELÁ, J. A VEDOUCÍ STŘEDISEK. *Oblastní charita Znojmo – výroční zpráva za rok 2006*. [on line]. c 2007, [cit.2007-05-30]. Dostupné z WWW: <http://www.znojmo.caritas.cz/04vyrocni/vz06.pdf>

48. WAGNEROVA, B., ELISEK, S. *Radosti a starosti s ventilátorem*. [on line]. c 12/2006, [cit.2007-7-27]. Dostupné na WWW: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=368>

49. *Základní lidské potřeby*. [on line]. c 2007, [cit.2007-08-1]. Dostupné z WWW: https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_3344.html

8. Klíčová slova

klient

porucha soběstačnosti

biologické potřeby

psychické potřeby

sociální potřeby

domácí péče

9. Přílohy

Příloha 1 Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Příloha 2 Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Příloha 3 Test ošetrovatelské zátěže

Příloha 4 Kritéria soběstačnosti

Příloha 5 Lidská bytost z hlediska holistického přístupu.

Příloha 6 Maslowův model lidských potřeb

Příloha 7 Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka

Příloha 8 Metodická opatření – Komplexní domácí péče

Příloha 9 Etický kodex práv pacientů

Příloha 10 Kontakty na Agentury domácí péče v jihomoravském a jihočeském kraji

Příloha 11 Dotazník

Příloha 1

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

(ADL-activity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti:

0-40 bodů vysoce závislý

45 - 60 bodů závislost středního stupně

65 - 95 bodů lehká závislost

96 - 100 bodů nezávislý

Příloha 2

TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (IADL - Instrumental Activity Daily Living)

1. TELEFONOVÁNÍ	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
2. TRANSPORT	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje, je-li doprovázen	5
	Vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz	0
3. NAKUPOVÁNÍ	Dojde samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	Neschopen bez podstatné pomoci	0
4. VAŘENÍ	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo ohřeje	5
	Jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. DOMÁČÍ PRÁCE	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. PRÁCE KOLEM DOMU	Provádí samostatně a pravidelně	10
	Provede pod dohledem, vyžaduje pomoc	5
	Neprovede	0
7. UŽÍVÁNÍ LÉKŮ	Samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	Léky musí být podány druhou osobou	0
8. FINANCE	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

Test IADL podle Lawtona a Brodyho hodnotí závislost a zjišťuje, zda zkoumaná osoba je schopna samostatně, s pomocí či není schopna provádět tyto činnosti.

Za každou položku je testovanému přidělen přesný počet bodů.

Maximální výše bodů: 10 – zcela samostatný, 5- potřeba pomoci, asistence.

Minimální výše bodů: 0 - neschopen

Příloha 3

TEST OŠETŘOVATELSKÉ ZÁTĚŽE

(podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

1. POHYBOVÁ SCHOPNOST	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	omezený na lůžko, zcela závislý	5
2. OSOBNÍ HYGIENA	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý	5
3. JÍDLO	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý (krmení, sonda)	4
4. INKONTINENCE MOČI	občas	5
	stále	2
	permanentní katetr	
5. INKONTINENCE STOLICE	občas	3
	stále	5
6. NÁVŠTĚVA TOALETY	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	5
	pokojevý klozet, podložní mísa	4
7. DEKUBITY	malé	1
	velké	4
8. SPOLUPRÁCE S KLIENTEM	občas obtížná	2
	bezvědomí	3
	velmi obtížná	5

Hodnocení: 0 bodů zcela soběstačný, 38 zcela závislý

Příloha 4

KRITÉRIA SOBĚSTAČNOSTI

ZAJIŠTĚNÍ VÝŽIVY

×	St.	Kritérium
	0	Člověk je zcela soběstačný, nezávislý v oblasti zajištění své výživy
	1	Člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby nebo vyžaduje užití pomocných prostředků a pomůcek, např. přípravu jídelního stolku, nakrájení masa, namazání rohlíku
	2	Člověk potřebuje pomoc, radu, dohled, např. přípravu jídla po soustech, dopomoc při dopravě do úst apod.
	3	Člověk potřebuje velkou pomoc, musí se nakrmit, dle možností spolupracuje
	4	Člověk je závislý na pomoci druhých, je schopen minimální spolupráce, výživa sondou
	5	Člověk je absolutně závislý, neprojevuje žádnou aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc, výživa je zajišťována úplně nebo částečně parenterálně

OSOBNÍ HYGIENA

×	St.	Kritérium
	0	Samostatné uspokojování potřeb hygieny
	1	Člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby, používá vlastní hygienické potřeby dle svých zvyklostí, s využitím pomocných prostředků a pomůcek sám zvládne činnosti při uspokojování potřeb hygieny
	2	Člověk potřebuje pomoc, je schopen s pomocí druhé osoby provést osobní péči na lůžku a transport do koupelny, v koupelně je téměř samostatný, potřebuje malou dopomoc
	3	Člověk potřebuje větší pomoc při osobní péči na lůžku nebo při transportu do koupelny včetně pomoci při mytí, kdy spolupracuje
	4	Člověk je závislý na pomoci druhých, potřebuje stálý dohled při úkonech osobní hygieny, je schopen minimální spolupráce
	5	Člověk není schopen uspokojit své potřeby hygieny, nevykazuje žádnou aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc

OBLÉKÁNÍ A SVLÉKÁNÍ

×	St.	Kritérium
	0	Člověk je v oblékání a svlékání oděvu zcela soběstačný, nezávislý
	1	Člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby, s využitím pomocných prostředků a pomůcek se sám obleče, minimální pomoc spočívá např. v přípravě oděvů
	2	Člověk potřebuje pomoc, radu, dohled, např. dopomoc s oblečením postižené končetiny
	3	Člověk potřebuje velkou pomoc při svlékání i oblékání, je nutná stálá přítomnost druhé osoby, aktivně spolupracuje
	4	Člověk je závislý na pomoci druhých, při svlékání i oblékání je schopen minimální spolupráce
	5	Člověk je absolutně závislý, neprojevuje žádnou aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc

POHYBLIVOST

×	St.	Kritérium
	0	Člověk se pohybuje samostatně, je nezávislý na pomoci druhých
	1	Člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby především tam, kde se nevyzná, bezpečně používá pomocných prostředků a pomůcek, se kterými je schopen samostatného pohybu
	2	Člověk potřebuje velkou pomoc druhé osoby a pomůcky např. při přesunu, s dopomocí je schopen sedět na židli, spolupracuje, na lůžku je schopen sám změnit polohu
	3	Člověk potřebuje velkou pomoc druhé osoby a pomůcky např. při přesunu, s dopomocí je schopen sedět na židli, spolupracuje, na lůžku je schopen sám změnit polohu
	4	Člověk je ve svém přesunu závislý na pomoci druhých, je upoután na lůžko, kde je schopen minimální spolupráce při změně polohy
	5	Člověk je absolutně závislý na druhých v souvislosti se změnou polohy, neprojevuje žádnou aktivní účast, potřebuje úplnou pomoc

VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČE A STOLICE

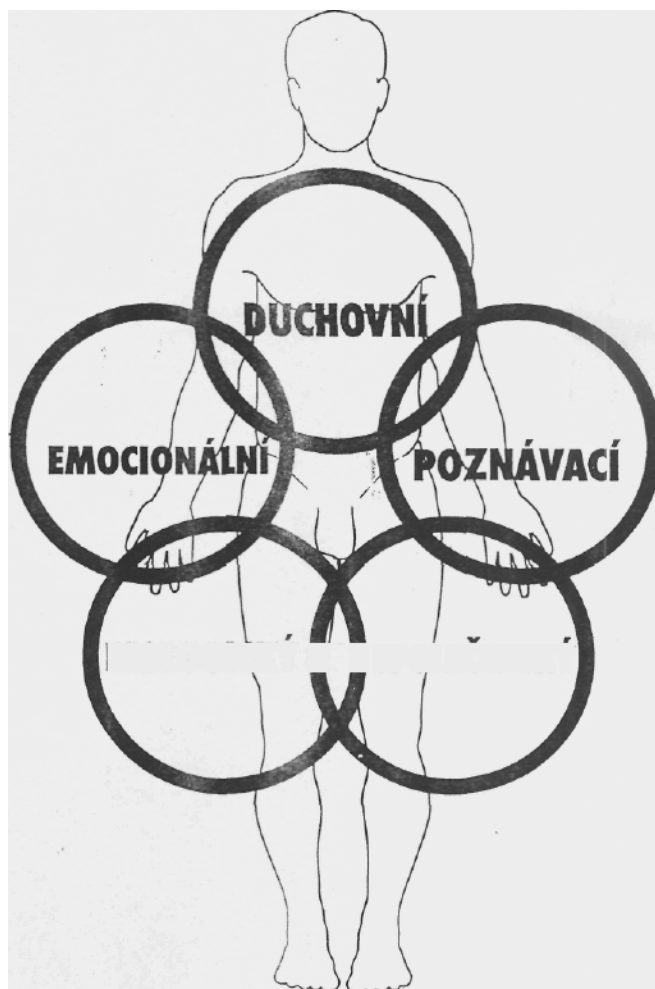
×	St.	Kritérium
	0	Člověk má zachovaný fyziologický způsob vyprazdňování moče a stolice, je nezávislý, soběstačný
	1	Člověk potřebuje minimální pomoc druhé osoby nebo používá pomůcky při vyprazdňování stolice nebo moče. Např. vyprazdňování na WC při doprovodu s dopomocí, používání pojízdného pokojového klozetu
	2	Člověk používá podložní mísu nebo močovou lahev, v jejich použití je částečně soběstačný
	3	Člověk potřebuje větší pomoc při zajištění vyprazdňování moče a stolice, objevuje se u něj občasná inkontinence moče, neudrží stolici, používá pomůcky pro inkontinentní
	4	Člověk je závislý v oblasti vyprazdňování moče a stolice na druhé osobě, má zaveden permanentní katétr, trpí inkontinencí stolice, vyžaduje stálý dohled
	5	Člověk s absolutním deficitem soběstačnosti, potřebuje úplnou pomoc při zajištění vyprazdňování moče a stolice, trpí inkontinencí moče a stolice

Pro stanovení kritérií stupnice soběstačnosti bylo využito hodnocení funkční soběstačnosti podle M. Gordonové a testování vývoje soběstačnosti (

Příloha 5

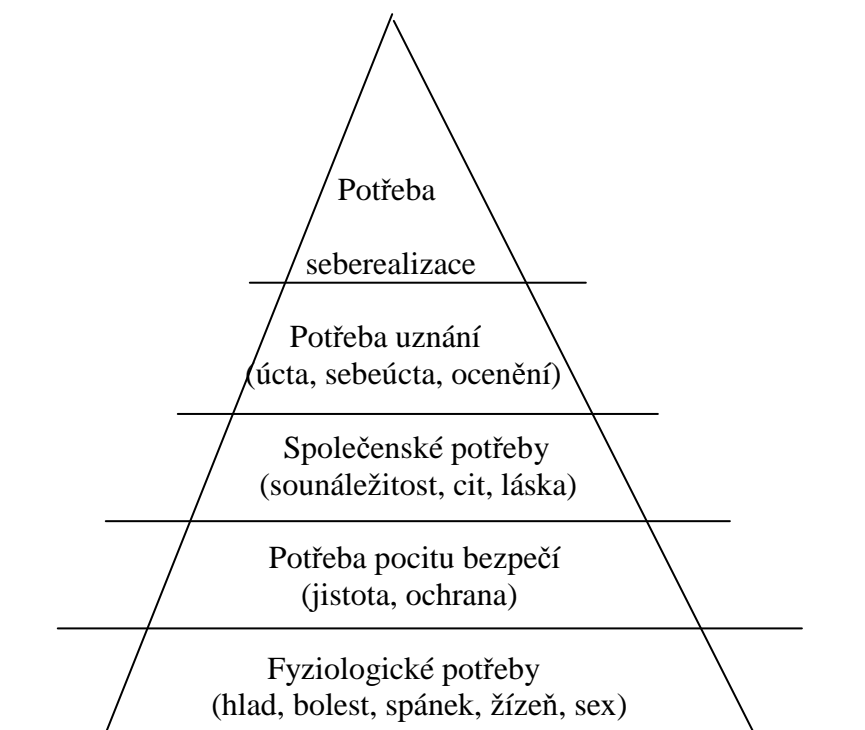
LIDSKÁ BYTOST Z HLEDISKA HOLISTICKÉHO PŘÍSTUPU

Kruhy reprezentují dynamickou interakci biologických, sociálních, kognitivních, emocionálních a duchovních potřeb, které tvoří lidskou bytost.



Příloha 6

MASLOWOVA PYRAMIDA (HIERARCHIE LIDSKÝCH POTŘEB)



Příloha 7

POROVNÁNÍ PSYCHICKÉ SITUACE ZDRAVÉHO A NEMOCNÉHO ČLOVĚKA

VE STAVU ZDRAVÍ	V DOBĚ NEMOCI
Aktivita: Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě.	Pasivita: Pacient, a zvláště nemocniční pacient je předmětem péče mnohých lidí - lékařů, zdravotních sester, dalšího odborného personálu, pomocného personálu atp. Ti jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě - ne on.
Relativní nezávislost: Zdravý člověk si může do určité míry dělat, co chce - není na druhých lidech příliš závislý.	Závislost na druhých lidech: Pacient nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat, co mu druzí lidé určí - a musí to dělat tak, jak mu to oni určují.
Životní rytmus: Zdravý člověk si svůj vlastní životní rytmus do značné míry určuje (stanoví) sám. Má ho zažitý, zvykl si na něj a cítí se v něm poměrně dobře.	Životní rytmus: Pacient je postaven do situace odlišné od té, na kterou je zvyklý. Není zvyklý na životní rytmus, který je mu předkládán v nemocnici, nemá ho zažitý. V mnohém se mu zdá nepřírozený.
Sebedůvěra: Zdravý člověk podává ve svém životě poměrně dobrý výkon v činnostech, které ovládá, pro které má předpoklady (znalosti a dovednosti). To mu dává značnou sebedůvěru a kladné	Pacient musí dělat činnosti, jež neumí a neovládá. To snižuje jeho sebevědomí a jeho sebehodnocení (devaluje to jeho sebedůvěru).

sebehodnocení.	
Sociální interakce: Zdravý člověk žije v tzv. sociální síti své vlastní rodiny, mezi přáteli, známými, spolupracovníky atp., které dobře zná.	Pacient je v relativní sociální izolaci v nemocničním prostředí. Stýká se zde s poměrně neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi je mu značně omezen.
Životní prostředí: Zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova, pracoviště, společnosti atp.	Pacient je v nemocnici uzavřen do poměrně neznámého prostředí, kde je vše cizí, nové, ne tak běžné, jako bylo doma.
Zájmy: Zdravý Člověk má poměrně stabilizovaný rozsah svých vlastních, životním během ovlivněných zájmů - o práci, společenské dění atp.	Okruh zájmů pacienta se v době nemoci a zvláště v nemocnici podstatně zužuje - především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny.
Zvládnutí problémů: Zdravý člověk poměrně zvládal problémy, které mu život stavěl do cesty. Věděl, oč jde. Věděl, jak reagovat na otázky, kterému byly kladeny.	Pacient svému fyzickému i psychickému stavu moc nerozumí, ztrácí nad ním vládu a neví si s ním často rady (neví, co se s ním děje).

Příloha 8

METODICKÁ OPATŘENÍ – KOMPLEXNÍ DOMÁCÍ PÉČE

METODICKÁ OPATŘENÍ

13.

KONCEPCE DOMÁCÍ PÉČE

ZN.: VVO/30179/04

REF.: Lenka Hladíková Bc., tel. 22497 linka 2553

Ministerstvo zdravotnictví vydává metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování domácí péče

1. Klasifikace a náplň domácí péče

Koncepce domácí péče vychází z koncepce ošetrovatelství a koncepcí souvisejících oborů.

1.1. Definice domácí péče

Domácí péčí je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.

1.2. Cíle domácí péče

- Zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a pomoci pacientům, kterým je tato péče poskytovaná na základě doporučení k tomu příslušným lékařem, a to v jejich vlastním sociálním prostředí.
- Eliminovat vliv nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození na zdravotní stav pacientů.

1.3. Vymezení činnosti domácí péče

Poskytovatelé domácí péče samostatně vykonávají domácí péči, indikovanou praktickým a ošetrujícím lékařem a dále spolupracují s orgány státní správy

a samosprávy, s nevládními organizacemi a dalšími subjekty ve zdravotní a sociální sféře.

1.3.1 Právní předpisy související s poskytováním domácí péče

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách.
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZČR č. 101/2002 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou se mění vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZČR č. 49/1993, Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

1.3.2 Financování domácí péče

- Fond veřejného zdravotního pojištění a dle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění.
- Přímoú platbou pacienta (u pacientů, kteří nejsou pojištěni, nebo za výkony nehrzené ze zdravotního pojištění, nebo u pacientů, u kterých zdravotní pojišťovna nemá smluvní vztah se zdravotnickým zařízením poskytujícím domácí péči, pokud pacient vědomě a záměrně zvolil nesmluvní zařízení).
- Sponzorskými dary, z nadací, grantů apod.

2. Struktura domácí péče

2.1. Síť zařízení

Síť zařízení pro poskytování domácí péče je zajištěna podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. S ohledem na indikační skupiny pacientů v domácí péči je žádoucí zajistit nepřetržitou dostupnost 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.

2.2. Personální zajištění domácí péče

Doporučený minimální počet kvalifikovaných zdravotnických pracovníků pro zajištění nepřetržitě dostupné domácí péče je 5,0 plných pracovních úvazků ve smluvním vztahu.

2. 3. Technické a prostorové vybavení pracoviště

Technické a prostorové vybavení zařízení poskytujícího domácí péči musí splňovat požadavky pro bezpečný provoz dle platných právních předpisů¹. Dále je pracoviště vybaveno přístroji a pomůckami určenými k ošetřování a provádění výkonů v domácí péči.

Vybavení kontaktního pracoviště

Základní doporučené vybavení:

- kancelářský nábytek pro administrativní práci,
- uzamykatelná kartotéka pro zdravotnickou dokumentaci pacientů,
- uzamykatelná skříň na léčiva,
- lednička s chladícím boxem,
- pevné i mobilní telefonní linky + záznamníky,
- informační technologie, včetně záložního zdroje.

Doporučené vybavení :

- osobní automobil ve vlastnictví nebo smluvně zajištěnou dopravu.

Pomůcky a přístroje

- tonometry,
- fonendoskopy,
- teploměry,
- inj. stříkačky a jehly,
- glukometry,
- sterilizátor nebo zajištěná sterilizace,
- nůžky, peany, pinzety, emitní misky,
- irigátor, rektální rourky, cévky,
- elektroodsávačka,
- obvazový materiál sterilní, nesterilní,
- rukavice sterilní, nesterilní,
- roušky sterilní, nesterilní,
- dezinfekční prostředky,
- boxy na likvidaci kontaminovaného materiálu,
- ochranné pomůcky a oděvy pro personál (dané vnitřním předpisem příslušné dle zákona),
- brašny pro terénní pracovníky,
- sklad pomůcek pro momentální potřeby klientů (berle, zábrany, kompenzační pomůcky,
- polohovací pomůcky, stolek k lůžku, zvedáky, antidekubitní podložky a matrace,

¹) Vyhláška č. 49/1993 Sb., o věcných a technických požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

- přenosná WC, podložní mísy, přenosná vana),
- přenosné EKG.

Doporučené pomůcky:

- infúzní pumpa,
- injekční dávkovač,
- infúzní stojan,
- inhalátor,
- ambuvak,
- oxygenátor,
- biotronová lampa,
- nemocniční lůžka,
- a další dle potřeby a specifikace střediska.

Doporučené je také označení střediska – název střediska, odpovědný pracovník, návštěvní hodiny, telefonický kontakt.

2.4. Kontrola kvality poskytované péče

Kvalitní domácí péče je základním cílem současného ošetrovatelství. Kvalitu domácí péče určují ošetrovatelské standardy, které současně stanovují její měřitelná kritéria.

Součástí hodnocení domácí péče je:

- průběžné hodnocení probíhající péče,
- zpětné hodnocení poskytnuté péče na základě studia zdravotnické dokumentace a jiných písemných dokumentů.

3. Rozvoj domácí péče

3.1. Hlavní programy

Vzhledem k demografickému vývoji je nutné uspokojit komplexní potřeby obyvatelstva.

Programy domácí péče budou zaměřené na zlepšování podmínek v oblasti zajištění kvality, dostupnosti, komplexnosti a efektivity zdravotní péče se specifickým zaměřením na kvalitu života občanů.

3.2. Očekávané trendy vývoje domácí péče v budoucích letech budou zaměřeny na

- Posílení významu domácí péče v systému zdravotní i sociální péče a v povědomí veřejnosti.
- Posílení koordinace oboru s ostatními obory v systému zdravotní i sociální péče.
- Zařazení výuky o systému domácí péče do studijních a dalších vzdělávacích programů podle platných právních předpisů.

3.3. Výzkum

Výzkum v domácí péči je součástí výzkumu ve zdravotnictví. Zařízení domácí péče jsou do výzkumu zapojeny přímo nebo prostřednictvím institucí v souladu Resortním programem výzkumu a vývoje Ministerstva zdravotnictví 2004 – 2009 a Národním programem výzkumu. Výzkum v oboru je realizován na univerzitních pracovištích a v zařízeních domácí péče. Vstupem do EU bude výzkum zaměřen také na rámcové programy, které jsou spravovány Evropskou komisí na podporu výzkumu a vývoje.

3.4. Mezinárodní aktivity

Na mezinárodní úrovni jde především o výměnu informací o organizaci domácí péče, formě poskytování a rozsahu činností, ve spolupráci s jinými organizacemi.

MUDr. Milan Špaček, v. r.
náměstek ministryně

Příloha 9

ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ

Uvedená práva pacientů byla prohlášena za platná dne 25. února 1992.

Úplný text etického kodexu Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou Odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré správy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Písemný návrh etického kodexu vypracovali Helena Haškovcová a Jaroslav Šetka. Etický kodex definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Příloha 10**KONTAKTY NA AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE V JIHOMORAVSKÉM
A JIHOČESKÉM KRAJI**

název	adresa zařízení	telefon	e-mail
JIHOMORAVSKÝ			
Agentura domácí zdravotní péče s.r.o.	Bučovice, Sovětská 912, 68501	517 383 521 kl.105	adzp@quick.cz
Charita Kyjov	Kyjov, Palackého 194, 69701	518 612 765	kyjov@caritas.cz
Čermáková Petra- porodní asistentka	Boskovice, Komenského 21, 68001	516 453 024	
Česká katolická charita	Veselí nad Moravou, Masarykova 136, 69801	518 322 213	veselinm@caritas.cz
Diecezní charita Brno, oblastní charita	Břeclav, Svatoplukova 18, 69002	519 326 143	
Diecezní charita Brno, oblastní charita	ZNOJMO, Dolní Česká 313, 66902	515 261 191	
Domácí ošetřovatelská péče	Velké Bílovice, Mírová 1124, 69102	519 346 711	

HOMEDICA spol. s r.o.	Hodonín, Velkomoravská 12, 69501	518 333 168	homedica@iol.cz
AGENTURA HOME CARE ČARVAŠOVÁ	Ivančice, Boží Hora 5, 66491	546 451 035	carvasovairena@email.cz
Jitka Hrazdírová- domácí péče	JAROSLAVICE, Hrádek 46, 67127	515 275 451	
Martincová Darja	Brno, Halasovo náměstí 1, 63800	545 224 105	darja.martincova@seznam.cz
Matušková Věra	Krásensko, Krásensko 105, 68307	517 358 423	
Oblastní charita	Vyškov, náměstí Svobody 34, 68201	517 350 779	charita@vyskov.cz
Oblastní spolek ČČK Brno-venkov	Kuřim, Legionářská 273, 66434	541 211 657	
Peloušková Jana	Vyškov, V Brňanech 379, 68201	517 346 713	
Porupková Dáša	Chvalkovice na Hané 19, 68323	517 363 477	
REMEDIA CENTRUM s.r.o.	Břeclav, U nemocnice 1, 69002	519 315 183	remedia@iol.cz

Šíma Luděk	Hustopeče, Brněnská 53, 69301	602 740 686	
Tomečková Marie	Veselí nad Moravou, Masarykova 118, 69801	518 323 187	marie.zislava@worldonline.cz
Domáci oš. Péče FN u sv.Anny v Brně	Pekařská 53,Brno	543 184 095	yveta.sarapatkova@fnusa.cz
Diecezní charita Brno, oblastní charita Blansko	Komenského 19, Blansko , 67501	516 410 825	blansko@caritas.cz , chops.blansko@caritas.cz
Diecezní charita Brno-DLBsH sv. Josefa-charitní ošetř. služba	Penz.- DPS,Karlova 1742, 66619,Tišnov	549 410 779	dom.pece@dlbsh.cz
Diecezní charita Brno-CHOPS Kunštát	Radnická 472, 67972 Kunštát	737 462 180	
Sestra domácí péče	Revoluční 466, 66453 Újezd u Brna	544 224 893	matejkova.m@quick.cz

název	adresa zařízení	telefon	e-mail
BRNO			
Betanie-křesťanská pomoc	Brno, Joštova 7, 60200	542 219 719	betanie@mujbox.cz
Diecezní charita Brno	Brno, Třída kpt. Jaroše 9, 60200	545 230 467	chops@charitabrno.cz
HOŘAVOVÁ Zdeňka	SLATINSKÁ 68, BRNO, 63600	603 555 800	zdena.h@centrum.cz
Nadatio Samaritanus-sdružení samaritán	Belcrediho 8, 628 00, Brno	544 234 605	dana.cabelkova@seznam.cz
Sanus Brno-občanské sdružení	Brno, Kotlářská 51, 60200	603 428 550	sanuso@cmail.cz
TOP-Medical v.o.s.	Brno, Božetěchova 103, 61200	549 250 266	

název	adresa zařízení	telefon	e-mail
JIHOČESKÝ			
Agentura domácí péče Světlo- R. Zacharová	Římov, Straňany 62, 37324	387 988 752	zachre@volny.cz
Domácí ošetrovatelská péče ALICE	České Budějovice, Husova 20, 37001		alice@cckcb.cz
Baštýřová Hana, domácí ošetrovatelská péče	Vyšší Brod, ul. 5. května 331, 38273	380 746 369	
ČČK	Písek, Čechova 454, 39701	382 213 186	
Centrum domácí péče, DIAKONIE ČCE	Písek, Jiráskovo nábřeží 2443, 39701	382 211 454	diakoniccehc@email.cz
Domácí ošetrovatelská péče	Temelín, Temelín 1, 37301	385 734 203	
Domácí péče TŘEBONĚ	Třeboň, Riegrova 569, 37901	384 721 401	
Domácí péče ČČK o.p.s	Strakonice, Mírová 173, 38601	383 326 786	dp_strakonice@quick.cz
Domácí péče Města Soběslav	Soběslav, Mrázkova 745/III, 39201	381 522 037	

FARNÍ CHARITA Písek	Písek, Na Bakalářích 43, 39701	382 214 828	charitapisek@sendme.cz
Farní charita Vimperk	Vimperk, Krátká 125, 38501	388 416 288	markova@fch-vimperk.cz
Hana Hornátová (domácí péče)+A6	Blatná, Topičská 385, 38801	383 422 697	h.hornatova@centrum.cz
Hanusová Květoslava	Týn nad Vltavou, Všeteč 70, 37501	385 734 031	hanusova.kveta@quick.cz
Helena Caltová (ter. geriatr. sestra)	Bělčice, Závišín 21, 38743	383 492 455	
IVAS	České Budějovice, Matice školské 17, 37102	386 355 808	sestry@ivas.cz
Jana Kazdová	Tábor, Komenského 1147, 39002	381 256 622	
Jaroslava Ševčíková (Home care)	Strakonice, Heydukova 1094, 38601	383 322 213	ja.se@tiscali.cz
Komrsková Eva	Prachatice, Nemocniční 204, 38301	388 317 845	
Marie Soukupová- domácí ošetr.péče	Milevsko, Švermova 614, 39901	382 526 680	

Městská charita Č. Budějovice- charitní ošetřovatelská služba	České Budějovice, B. Němcové 53, 37001	386 461 744	cb.charita@tiscali.cz
Městské ZZ Veselí nad Lužnicí	Veselí nad Lužnicí, nám. T.G.Masaryka 25, 39181	381 581 094	
MUDr. Ludmila Bernotová- interna a home care	Milevsko, Jarlochova 1371, 39901	382 521 920	
Obec Suchdol n/L. - domácí péče	Suchdol nad Lužnicí, 9. května 700, 37806	384 781 110	
Olga Havlíčková	Tábor, Sokolovská 2369, 39003	603 904 934	
Pelikánová Marie	Lhenice, Krumlovská 118, 38402	388 321 217	
Serafinová Klára, domácí ošetřovatelská péče	Kaplice, Fantova ul. 25, 38241	608 961 966	klara.durasova@seznam.cz
Skálová Milena	Dobrá Voda u Českých Budějovic, Vrbová 18, 37316	387 200 262	skala@agnet.cz
Sobotková Ivana	Prachatice, Italská 771, 38301	388 319 492	
Svačinová Jaroslava	Prachatice, Italská 773, 38301	607 137 920	

Šabouková Marta, domácí ošetřovatel. péče	Slavonice, Mutná 14, 37881	384 497 226	
Šafránková Eva, domácí péče	Jindřichův Hradec III, U Nemocnice 380, 37701	384 376 253	safrankova@hospitaljh.cz
VALEKOVÁ Hana, domácí oš.péče	Kájov, Kájov 35, 38221	731 167 631	valekovah@mybox.cz
Věra Sádličková (Home care)	Volenice, Novosedly 98, 38716	383 399 281	
Vokáčová Kristina, agentura sester	Jindřichův Hradec II, U Nemocnice 380, 37701	384 326 979	agentura.sester@post.cz
Vošahlíková Marie	České Budějovice, Lannova tř. 12, 37001	387 316 292	

Příloha 11
DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Renata Tumpachová a jsem studentkou bakalářského studia Ošetřovatelství na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala. „Uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb u klientů s poruchou soběstačnosti v domácí péči.“ V Agentuře domácí péče ve Znojmě i ve znojenské nemocnici jsem byla na praxi a se sestřičkami navštěvovala a ošetřovala některé z Vás. Prosím Vás o pomoc při vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Vaše odpovědi prosím označte křížkem ☒ nebo napište odpověď svými slovy. Děkuji za ochotu.

1. Jste:

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let?

.....

3. Bydlíte:

- na vesnici
- ve městě

4. Bydlíte v bytě sám /sama?

- ano
- ne

5. Byl/a jste hospitalizován/a v posledních dvou letech?

- ano
- ne

6. Jak dlouho Vás navštěvují zaměstnanci Agentury domácí péče?

- méně než 1 rok
- 1-5 let
- více než 5 let

7. Z jakého zdroje jste se dozvěděl/a o agentuře domácí péče?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> od lékaře | |
| <input type="checkbox"/> od zdravotní sestry | <input type="checkbox"/> od známých |
| <input type="checkbox"/> z letáku | <input type="checkbox"/> z televize |
| <input type="checkbox"/> z nástěnky | <input type="checkbox"/> z novin |
| <input type="checkbox"/> od rodinných příslušníků | <input type="checkbox"/> jiné..... |

8. Agentura domácí péče pomáhá (možno označit více odpovědí)
- Vám osobně
 - Vaší rodině
 - Vašemu okolí
9. Ve Vašem současném stavu dáváte přednost?
- být doma
 - být v nemocnici
10. Kde Vám lépe chutná?
- v nemocnici
 - doma
 - doma za pomoci agentury domácí péče
11. Kde se cítíte více v čistotě?
- v nemocnici
 - doma
 - doma s pomocí agentury domácí péče
12. Kde se pohybujete (chodíte) bezpečněji?
- v nemocnici
 - doma
 - doma s pomocí agentury domácí péče
13. Kde pocítujete menší chronickou (trvalou) bolest?
- v nemocnici
 - doma
 - doma s pomocí agentury domácí péče
 - nemám bolest
14. Kde se Vám dýchá lépe?
- v nemocnici
 - doma
 - doma s pomocí agentury domácí péče
 - nemám problémy s dýcháním
15. Spí se vám lépe:
- v nemocnici
 - doma
 - doma s pomocí agentury domácí péče
16. Kde je pro Vás vyprazdňování moči snazší?
- v nemocnici
 - doma
 - doma za pomoci agentury domácí péče
17. Kde je pro Vás vyprazdňování stolice snazší?
- v nemocnici
 - doma
 - doma za pomoci agentury domácí péče

18. Žijete v současnosti aktivním sexuálním životem?

- ano
- ne
- jiné

19. Dle Vaší zkušenosti:

- dochází ke zlepšení zdravotního stavu snadněji doma
- dochází ke zlepšení zdravotního stavu snadněji v nemocnici

- jiné.....

20. Jsou Vám pracovníci agentury domácí péče psychickou oporou?

- ano
- ne
- jiné

21. Pociťujete větší psychické napětí (neklid):

- v nemocnici
- doma

22. Podílí se na péči o Vás ještě někdo jiný než agentura domácí péče? (možno označit více odpovědí)

- ne
- ano
 - rodina
 - přátelé, známí
 - soused/é
 - nemocnice
 - jiné

23. Dovedete si představit život bez pomoci agentury domácí péče?

- ano
- ne

24. S kým trávíte nejvíce času?

- s rodinou
- s přáteli
- sám/sama
- jiné

25. Cítil/a jste se v průběhu hospitalizace osamělý/á?

- ano
- ne
- někdy

26. Cítíte se doma sám/sama?

- ano
- ne
- někdy

27. Jste v kontaktu se svou rodinou?

- ano
- ne

28. Máte ve svém okolí osobu/osoby, se kterými si rozumíte?
- ano
 - ne
29. Pomáhá Vám agentura domácí péče rozvíjet Vaše schopnosti?
- ano
 - ne
 - jiné
30. Cítíte se jako klient domácí péče stále sám/sama sebou?
- ano
 - ne
31. Pomáhá Vám agentura domácí péče zůstat sám/sama sebou?
- ano
 - ne
 - jiné
32. Pomáhá Vám agentura domácí péče zůstat v kontaktu s okolním světem?
- ano
 - ne
 - jiné
33. Co Vás poslední dobou nejvíc trápí? (Očíslujte prosím 1-6. 1 = nejméně mě trápí, 6 = nejvíce mě trápí)
- ___ zdraví
 - ___ rodina
 - ___ přátelé
 - ___ víra
 - ___ bydlení
 - ___ plat (finanční situace)
34. Vadí Vám, že nemůžete kvůli změně soběstačnosti, dělat to, co dřív?
- ano, vadí mi to
 - začínám se s tím smířovat
 - už jsem se s tím smířil/a
 - nevadí mi to
35. Cítíte se omezen/a ve Vašich duchovních (spirituálních) potřebách:
- pokud jste pacientem v nemocnici
 - pokud jste klientem agentury domácí péče
 - necítím se omezen/a
36. Je pro Vás v současnosti Vaše víra posilou?
- ano
 - ne
 - nepovažuji se za věřícího člověka

37. Označte prosím Vaše záliby:

- čtení
- psaní
- sledování televize
- poslech rádia
- cestování
- procházky
- jízda na kole
- hlídání vnoučat
- zahrádka
- domácí zvířata
- zpěv
- houbaření
- včelaření
- rybolov
- práce na domě
- pletení
- vyšívání
- vaření

Jiné:.....

.....

.....

.....

38. Mohl/a jste se zálibám, uvedeným v otázce 35, věnovat po dobu hospitalizace?

- ano
- ne
- většinou ano
- většinou ne
- jiné

39. Můžete se zálibám, uvedeným v otázce 35, věnovat i doma díky pomoci agentury domácí péče?

- ano
- ne
- většinou ano
- většinou ne
- jiné

