

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Oddělení praxe

## Bakalářská práce

# APLIKACE PRVKŮ PALIATIVNÍ PÉČE U SENIORŮ S DEMENCÍ V PODMÍNKÁCH DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM V BŘEVNICI

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová  
Autor práce: Marie Prášková, DiS.  
Studijní obor: Sociální a charitativní práce  
Ročník: 3

2017

### **Bakalářská práce v nezkrácené podobě**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Dne: .....2017

Podpis: .....

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Heleně Machulové za cenné rady, připomínky a metodické vedení mé práce. Také chci poděkovat všem svým kolegyním z Domova se zvláštním režimem v Břevnici za jejich obětavou práci a obyvatelům za to, že nás učí být lepšími lidmi. V neposlední řadě děkuji svému manželovi i dětem za jejich podporu a trpělivost.

# OBSAH

Úvod .....	6
<b>1 Vymezení pojmů stárnutí a stáří .....</b>	<b>7</b>
1.1 Stáří .....	7
1.2 Stárnutí .....	8
1.2.1 Změny fyzických funkcí .....	8
1.2.2 Změny psychických funkcí .....	9
1.2.3 Změny sociálního postavení .....	10
1.3 Psychické poruchy stárnutí .....	10
<b>2 Demence .....</b>	<b>12</b>
2.1 Demence Alzheimerova typu .....	12
2.2 Syndrom demence a riziko ohrožení kvality života .....	13
2.3 Charakteristika terminální fáze demence .....	14
2.4 Péče o osoby s demencí v ČR .....	14
<b>3 Paliativní péče .....</b>	<b>16</b>
3.1 Vymezení pojmu .....	16
3.2 Formy paliativní péče .....	17
3.3 Paliativní péče u osob s demencí .....	17
3.4 Organizace paliativní péče – dle doporučení Výboru ministrů Rady Evropy .....	18
3.5 Paliativní péče v České republice .....	19
3.5.1 České Standardy paliativní péče .....	20
3.5.2 Situace paliativní péče v ČR .....	21
<b>4 Paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení sociálních služeb pro seniory s demencí .....</b>	<b>22</b>
4.1 Úkol sociálních služeb .....	23
4.2 Klienti pobytových sociálních služeb pro seniory s demencí .....	23
4.3 Personální zajištění .....	24
4.4 Začátek paliativní péče .....	25

<b>5</b>	<b>Popis prvků paliativní péče v práci se seniory s demencí v Domově se zvláštním režimem Břevnice</b> .....	26
5.1	Představení pracoviště.....	26
5.1.1	Metody práce a vykonávané činnosti.....	27
5.1.2	Personální zajištění .....	27
5.1.3	Prostorové podmínky a vybavení .....	28
5.2	Zhodnocení předpokladů pro poskytování paliativní péče v Domově se zvláštním režimem Břevnice .....	28
5.3	Srovnání vybraných prvků Standardů paliativní péče s péčí o umírající v Domově.....	30
5.3.1	Péče o tělesný stav .....	31
5.3.2	Psychologické a psychiatrické aspekty péče .....	32
5.3.3	Sociální aspekty péče.....	34
5.3.4	Existenciální, spirituální a náboženské aspekty péče .....	35
5.3.5	Doprovázení při umírání .....	36
5.4	Shrnutí limitujících podmínek.....	37
	<b>Závěr</b> .....	39
	<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	40
	<b>Abstrakt</b> .....	45
	<b>Abstract</b> .....	46

## ÚVOD

Před rokem jsem nastoupila do zařízení pro seniory s demencí, kde obyvatelé s personálem vytvářejí poměrně malé společenství. Jako sociální pracovník se zde často setkávám se smrtí; střídám se s ostatním personálem u lůžka umírajícího. Kladu si otázku, zda děláme vše, co můžeme, pro zajištění důstojného odchodu ze života; zda můžeme udělat ještě něco pro to, abychom našim obyvatelům ulehčili čas, který jim zbývá.

Doprovázení při umírání a paliativní péče nejsou v našem zařízení něco nového, spíše něco, co se těžko metodicky nastavuje a u čeho se nelehko hledají body, kterých se můžeme držet. V našem zařízení máme přes závažný zdravotní stav našich obyvatel nízkou úmrtnost. V posledních čtyřech letech zemřeli čtyři obyvatelé každý rok<sup>1</sup>. Umírání tedy pro nás není každodenní zkušeností, zajetou rutinou. Spíše je výzvou a často ho provází nejistota, zda jsme pro našeho klienta udělali to nejlepší. To, že jsme zařízení pro seniory s demencí, tuto situaci neulehčuje. Onemocnění demencí ztěžuje komunikaci, péči, porozumění potřebám nemocného, klade vysoké nároky na personál. Ve své bakalářské práci se proto věnuji problematice doprovázení seniorů s demencí. Cílem mé práce je popsat, jaké jsou možnosti aplikace prvků paliativní péče v podmínkách zařízení sociálních služeb pro seniory s demencí. Konkrétně se zaměřuji na identifikaci a popis těchto prvků ve stávající praxi domova se zvláštním režimem, kde pracuji. Při této identifikaci a popisu mi pomáhá porovnání dané praxe zařízení s vybranými aspekty Standardů paliativní péče.

Úvodní část mé práce pojednává o problematice stáří a stárnutí, které představuje závěrečnou část života každého člověka a nevyhnutelně směřuje ke smrti. Do přirozeného procesu stárnutí může zasáhnout onemocnění demencí, které zásadním způsobem ovlivňuje prožívání a život nemocného seniora i jeho blízkých. Nejčastější formou demence představuje Alzheimerova choroba, jež zkracuje život člověka, který je v konečných fázích tohoto onemocnění odkázán na péči a pomoc druhých lidí. Popsaná specifika stáří a demence ukazují na vhodnost zavedení paliativní péče do zařízení sociálních služeb pro seniory, a především pro seniory s demencí. Další kapitola se věnuje této paliativní péči. Vymezuji pojem paliativní péče, opírám se především o doporučení Výboru ministrů Rady Evropy a o český dokument Standardy

---

<sup>1</sup> Domov pro seniory Havlíčkův Brod, IS Cygnus.

paliativní péče. Soustředím se na oblasti, které se týkají obecné paliativní péče v nespecializovaném zařízení a možných dílčích prvků ze specializované péče.

V závěrečné části své práce představuji Domov se zvláštním režimem v Břevnici, zhodnocuji předpoklady pro poskytování paliativní péči na tomto pracovišti a srovnávám vybrané prvky Standardů paliativní péče se zavedenou praxí tohoto zařízení.

## 1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Ve své práci vycházím ze zkušeností s cílovou skupinou seniorů s demencí. V první kapitole se tedy obecně věnuji problematice stárnutí a změnám, které toto životní období přináší.

Otázce stáří, stárnutí i následné smrti, se věnuje mnoho autorů. Jedná se o fenomény, které jsou popsány z různých pohledů odborníky, jsou ale opakovaně ztvárňovány i umělecky. Jsou to životní témata, která se dotýkají každého, a přes obecně popsaná kritéria prochází každý člověk svou jedinečnou zkušeností a osobním prožitkem. Stárnutí jako celoživotní proces čeká každého z nás a stáří většinou patří k životnímu období, jehož se obáváme. Fyzické, psychické i sociální změny, které s sebou stáří přináší, mají pro člověka spíše negativní důsledky a jednoznačně spějí k umírání a smrti.

### 1.1 Stáří

Vymezit období stáří není jednoduché. Každý člověk stárne svým jedinečným způsobem, svou roli hraje genetická výbava, životní styl, ale i osobní historie a prostředí, ve kterém žije. Vlastní stáří si člověk začíná uvědomovat většinou v souvislosti se změnami, které začnou výrazně zasahovat do různých oblastí jeho života.

O starších lidech se obecně mluví jako o seniorech, není ale jednoznačně daná věková hranice, kdy se člověk seniorem stává. *Většinou je za seniora považován člověk po překročení šedesátého až šedesátého pátého roku života.*<sup>2</sup> Senioři tvoří početnou část společnosti. Tato skupina je velmi rozmanitá a i mezi seniory jsou nemalé věkové

---

<sup>2</sup> SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*, s. 20.

rozdíly. Vágnerová uvádí, že *současná seniorská populace zahrnuje generace s různými historickými zkušenostmi, důležitý mezník představuje především prožitek války a poválečného období. Odlišná zkušenost ovlivňuje samotné stárnutí i potřeby a zájmy seniorů.*<sup>3</sup>

Počátek a periodizace stáří nejsou jasně stanovené a různí autoři ho vymezují odlišně. Nejčastěji se uvádí rozdělení podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization) na rané stáří (60 – 74 let), vlastní stáří (75 – 89 let) a dlouhověkost (90 let a více). Pro statistické hodnocení délky lidského života se používá rozlišení kalendářního a biologického věku. Zatímco kalendářní věk je jasně dán (řídí se podle roku narození), biologický věk ukazuje na míru opotřebení organismu a nelze ho přesně stanovit. Současnou realitou je nárůst počtu osob nad 65 let, demografické stárnutí populace a prodlužující se střední délka života.<sup>4</sup> Problém pro zdravotní politiku i celou společnost představuje i nárůst počtu seniorů s onemocněním demencí.<sup>5</sup>

## **1.2 Stárnutí**

*V obecném smyslu člověk stárne od okamžiku svého narození.*<sup>6</sup> Určitou část lidského života se jedná o rozvoj a růst, pak se ale význam stárnutí mění – dochází k úbytku a nevídaným změnám, zejména ve fyzické oblasti.<sup>7</sup>

Obecně můžeme charakterizovat typické znaky stárnutí, ty ale mohou být v případě konkrétního jedince značně rozdílné. Stárnutí zahrnuje změny ve struktuře a funkcích organismu, které způsobují větší zranitelnost i snížení schopností a výkonnosti jedince a které vrcholí v terminálním stádiu a ve smrti.<sup>8</sup> V literatuře se tyto změny nejčastěji rozlišují v oblasti fyzické, psychické a sociální.

### **1.2.1 Změny fyzických funkcí**

Změny fyzických funkcí jsou spojené s úbytkem funkčnosti organismu, zhoršením smyslů, nárůstem chorob a celkovou křehkostí člověka. Výrazně snižují soběstačnost seniora, který se postupně stává stále více odkázaným na pomoc druhých.

---

<sup>3</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*, s. 310.

<sup>4</sup> Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*, s. 174.

<sup>5</sup> Srov. HOLMEROVÁ, I. *Sociální služby*, 2016, roč. 18, č. 2., s. 11.

<sup>6</sup> SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*, s. 19.

<sup>7</sup> Srov. Tamtéž, s. 20-21.

<sup>8</sup> Srov. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, s. 202.

- Výrazné jsou změny v pohybovém aparátu – ubývá kostní a svalové hmoty, klesá svalová síla a pohyby jsou pomalejší, kosti křehčí.
- Zhoršují se funkce orgánů jednotlivých systémů. Postupně dochází ke změnám v srdečně - cévním systému, trávicím a vylučovacím systému, změny zasahují i do systému dýchacího, reprodukčního a nervového.
- Ve stáří se snižuje imunita a zvyšuje pravděpodobnost onemocnění, která mohou mít zároveň i odlišný průběh a nevýrazné příznaky.
- Onemocnění jsou provázena zdravotními problémy jako imobilita (porucha hybnosti), instabilita (nejistota při pohybu) a inkontinence (neschopnost udržet moč, stolici).<sup>9</sup>

### 1.2.2 Změny psychických funkcí

Psychické a fyzické stárnutí se navzájem ovlivňují, přes tento vzájemný vztah ale mnoho autorů mluví o relativní autonomii psychických funkcí. Stárnutí psychických funkcí je u každého jedinečné, stejně jako se ve svém začátku mohou podstatně lišit sestupné vývojové změny - involuce.<sup>10</sup>

- Dochází ke zpomalení duševní činnosti, změny jsou v poznávacích schopnostech (vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení).
- Je snížena schopnost adaptace na nové podmínky a situace.
- Objevují se negativní emoce, strach a úzkost, přecitlivělost na podněty z okolí, pocit neužitečnosti.
- Dochází ale i k pozitivním změnám a osobnostnímu růstu. Senior hledá odpovědi na otázky po smyslu života, umírání a smrti. Dochází k přehodnocování vlastního života, změně hodnot, potřeb a cílů.<sup>11</sup>

<sup>9</sup> Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*, s. 176-177.

<sup>10</sup> Srov. JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie: určeno pro zdravotní sestry pracovníě zaměřené na nemocné osoby vyššího věku*, s. 13.

<sup>11</sup> Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*, s. 176-177.

### 1.2.3 Změny sociálního postavení

Sociální stárnutí je spojeno se společenskou situací, úzce například souvisí s odchodem do důchodu, který pro člověka představuje zásadní změnu. Šiklová zdůrazňuje, že důležitý je přístup k vlastnímu stárnutí, podstatné je i subjektivní vnímání vlastních potřeb a proměn sociálních rolí.<sup>12</sup>

- Zánik dlouhodobých pracovních vztahů a přátelství.
- Změna finanční situace, hledání nového uplatnění i způsobu využívání volného času.
- Vzhledem ke změnám ve fyzické oblasti dochází k narůstající závislosti na pomoci druhých a riziku sociální izolace.<sup>13</sup>

Přes všechny uvedené změny bychom ale neměli vnímat stáří jenom z pohledu ztráty. Říčan přibývajících léta popisuje jako cestu, na které sice přicházíme o některé možnosti, úkoly a příležitosti, ale také objevujeme nové.<sup>14</sup> Stáří přináší životní zkušenosti, může být obdobím smysluplné aktivity, nese v sobě i další možnosti a výzvy. Významný je duchovní aspekt stárnutí. Lukasová mluví o tom, že stáří má v sobě něco pozoruhodného, totiž šanci duchovní expanze, kterou předchozí stádia života v té míře neměla. Čím více je člověk v tělesném a duševním prostoru omezen, tím více nabývá na významu duchovní život.<sup>15</sup> Podobně mluví i Marie Svatošová, která se věnuje doprovázení umírajících. Zdůrazňuje důležitost procesu tohoto doprovázení, umírání z jejího pohledu můžeme také vnímat jako příležitost k přehodnocení dosavadního žebříčku hodnot, k nápravě vztahů.<sup>16</sup>

### 1.3 Psychické poruchy stárnutí

Kromě přirozených a očekávaných změn v souvislosti se stářím se ale stále častěji setkáváme se znaky patologického stárnutí, jež jsou způsobeny psychickými poruchami stárnutí, jako jsou demence, deprese, deliria a závislosti na návykových látkách.

Mezi časté psychické poruchy ve stáří patří deprese a poruchy nálad, které bývají provázeny úzkostí, smutkem, změnou chování, ztrátou sebekontroly a ztrátou chuti do

---

<sup>12</sup> ŠIKLOVÁ, J. *Deník staré paní*, s. 75 – 76.

<sup>13</sup> Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*, s. 176.

<sup>14</sup> Srov. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*, s. 350.

<sup>15</sup> Srov. LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl*, s. 81 – 83.

<sup>16</sup> Srov. SVATAŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 33.

života. Příčin rozvoje deprese je celá řada, většinou zde figuruje chronický stres, negativní životní události a strukturální změny mozku.<sup>17</sup>

*Delirium je závažnou neuropsychiatrickou komplikací nemocí ve stáří, především u hospitalizovaných osob a často komplikuje již přítomnou demenci.*<sup>18</sup> Jedná se o úpadek poznávacích funkcí, který se projevuje změnou pozornosti, orientace, vnímání a myšlení.<sup>19</sup> Delirium je často zaměňováno za demenci, jeho trvání je však mnohem kratší a průběh více kolísavý.

Závislosti jsou u seniorů málo zmapované a obecně se tento typ psychických poruch přičítá mladšímu věku. Problematika zneužívání návykových látek se týká především nevhodného užití nebo zneužití běžné medikace, závislosti na psychoaktivních lécích a na alkoholu.<sup>20</sup>

Demence jsou nejčastější psychickou poruchou stáří. *Jde o celkovou poruchu intelektu, která se projevuje v paměti, v komunikaci, při praktických činnostech, v učení, řešení problémů, v abstraktním myšlení.*<sup>21</sup> Demence postupně mění chování a prožívání člověka, který žije ve specifickém světě, kterému jeho okolí nerozumí. Vzhledem k náročnosti péče jsou tito seniori často klienty zdravotnických zařízení, nebo zařízení sociálních služeb.

---

<sup>17</sup> Srov. JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ I.; BORZOVÁ C. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*, s. 137-138.

<sup>18</sup> Tamtéž, s. 141.

<sup>19</sup> Srov. NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*, s. 178.

<sup>20</sup> Srov. JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ I.; BORZOVÁ C. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*, s. 146-148.

<sup>21</sup> NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*, s. 178.

## 2 DEMENCE

Vytkla jsem si za cíl popsat možnosti paliativní péče v podmínkách zařízení sociálních služeb u seniorů s demencí. Ve druhé kapitole se proto zaměřuji na problematiku onemocnění demence a dopad tohoto onemocnění na život seniora. Upozorňuji na nárůst počtu osob s demencí a zdůrazňuji i naléhavost této problematiky v celospolečenském měřítku.

Demence představují pestrou skupinu závažných psychických onemocnění, při kterých dochází především k významnému poškození kognitivních funkcí. Demence představuje syndrom - soubor příznaků, které se postupem času zhoršují a rozšiřují, v pokročilém stadiu vedou k úplné degradaci a úpadku osobnosti.<sup>22</sup> Změny se postupně promítají do ostatních psychických funkcí a odráží se i ve fyzické oblasti. V pokročilé fázi demence není již člověk schopen sebeobsluhy, trpí inkontinencí a stává se závislým na poskytované péči. *Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.*<sup>23</sup>

### 2.1 Demence Alzheimerova typu

Nejčastějším typem demence je Alzheimerova choroba, která je primárně degenerativním onemocněním mozku. Počty nemocných mají tendenci k nárůstu, a tento typ demence se tak stává jedním z nejzávažnějších problémů celosvětového rozsahu.<sup>24</sup> *Alzheimerova nemoc je zodpovědná zhruba za dvě třetiny případů demence.*<sup>25</sup> Tento typ demence má pozvolný začátek a rozvíjí se v průběhu několika let. Úbytek kognitivních funkcí se promítá do celé osobnosti a do aktivit člověka. V oblasti kognitivní, v chování, emotivitě, vnímání i v ostatních kvalitách dochází k poruchám kvantitativním i kvalitativním. *Občasné zapomínání se stupňuje, až po „totální“ ztrátu paměti. Člověk si nemůže vybavit jednoduchá slova, není schopen samostatného úsudku. Nejprve ztrácí přehled o čase, pak o prostoru a nakonec o sobě. Dochází ke ztrátě soudnosti a společensky nepřijatelnému chování, které budí pozornost a často i opovržení.*<sup>26</sup> Tyto změny se vyvíjejí pomalu a onemocnění lze rozdělit do tří stádií dle postupujících změn a ztráty soběstačnosti.

---

<sup>22</sup> Srov. OREL, M. *Psychopatologie*, s. 93.

<sup>23</sup> SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*, s. 62.

<sup>24</sup> Srov. OREL, M. *Psychopatologie*, s. 94.

<sup>25</sup> HOLMEROVÁ, I. *Sociální služby*, 2016, roč. 18, č. 2., s. 11.

<sup>26</sup> HAŠOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, s. 263.

V počátečním stádiu je ještě zachována soběstačnost, dochází k poruše učení se novým informacím, člověk často ztrácí předměty a zapomíná dělat běžné úkony. Ve středním stádiu se prohlubuje deficit paměti. Nemocný již potřebuje dohled, protože je dezorientovaný, nepamatuje si, kde bydlí, jména blízkých apod. V těžkém stádiu je pacient nesoběstačný a dochází k téměř úplné ztrátě paměti, díky níž nepoznává ani blízké osoby. Toto stádium přechází do terminálního stádia a končí smrtí. Příčinou smrti může být samotné onemocnění nebo pacienti umírají na přidružené komplikace.<sup>27</sup>

## **2.2 Syndrom demence a riziko ohrožení kvality života**

Syndrom demence výrazně ovlivňuje život člověka a zásadně snižuje jeho kvalitu. Tuto kvalitu není snadné definovat, protože se neomezuje pouze na stav biopsychosociální pohody, i když je její součástí. Jedná se i o subjektivní pojem, který každý vnímá odlišně. Mezi klíčové aspekty patří především sociální vztahy, mobilita, materiální status, schopnost porozumět okolnímu světu či možnost nezávislého smysluplného života. Důležité je soustředit se na člověka, nikoliv jenom na nemoc a na přítomnost zůstávajících kladných aspektů života.<sup>28</sup> U člověka s demencí je obtížnější identifikovat jeho prožívání a potřeby více než u běžných seniorů.

Demence představuje zvláštní formu zranitelnosti člověka ve vysokém věku. Andreas Kruse uvádí, že *rozhodující význam pro tělesné a duševní blaho má ve všech fázích demence vnímání souvislosti*.<sup>29</sup> Člověk v pokročilé fázi demence již omezeně komunikuje a verbální komunikace je nahrazena mimikou a gesty, z kterých lze vyvodit aktuální rozpoložení člověka. I přesto může tento člověk zažít otevřenou, citlivou a koncentrovanou pozornost a komunikaci. Znamená to, že je nutné orientovat se především na aktuální potřeby a schopnosti člověka s demencí a přijmout jeho odlišnost.<sup>30</sup> Pečující by se tak měli zaměřit především na to, jak se senior s demencí cítí, ne na to, jak se chová.

Ve své práci nepojednávám o konceptech, které patří k přiměřené péči o lidi s demencí, jako např. Psychobiografický model péče Erwina Böhma, validace, práce se vzpomínkami, kinestetická mobilizace, bazální stimulace či vhodná úprava prostředí

---

<sup>27</sup> Srov. OREL, M. *Psychopatologie*, s. 94.

<sup>28</sup> Srov. BRZÁKOVÁ, K. *Geriatrická problematika v pastorální péči*, s. 67-68.

<sup>29</sup> KRUSE, A. *Lensqualität bei Demenz?* In: MESSERLI, H.; MEICHTRY, B. *Stacionární péče o osoby s demencí ve Švýcarsku*, s. 39.

<sup>30</sup> Srov. Tamtéž, s. 39.

a denního režimu. Zaměřila jsem se na paliativní péči, která může uvedené koncepty zahrnout, protože jejím cílem je kvalita života, kterou tyto koncepty přinášejí.

### **2.3 Charakteristika terminální fáze demence**

V terminální fázi demence vyhasíná schopnost verbální komunikace a následné nonverbální sdílení je velmi individualizované a podmíněné dlouhodobou znalostí člověka. Dochází ke ztrátě mobility, naprosté nesoběstačnosti a senior již nepoznává své blízké, nebo je poznává, ale nedokáže je pojmenovat. Zatímco v předcházejících stádiích se nemocným často nedostává adekvátní diagnostiky, v této fázi dochází k paradoxnímu opaku. Bezmocný člověk s demencí se stává předmětem zdravotnické péče, jsou na něm často prováděny výkony, které nejenže nevedou ke zlepšení kvality jeho života, ale naopak přinášejí stres a utrpení.

Tato fáze trvá zpravidla několik týdnů a vyžaduje empatickou ošetrovatelskou péči. I přes vymizení verbální složky komunikace umí senior grimasou vyjádřit, co je mu libé, příjemné. Velmi důležité je pojmenování této fáze. Mělo by dojít ke společnému rozhodnutí lékaře, ošetrovatelského týmu i rodinných příslušníků, že se jedná o terminální fázi, a následně by měl být zvolen paliativní postup. Důležité je v tomto rozhodnutí nadále vytrvat a zajistit, aby byl senior uchráněn před zbytečnými zdravotnickými výkony, transporty či hospitalizací.<sup>31</sup>

### **2.4 Péče o osoby s demencí v ČR**

Populace v ČR stárne. Podle prognózy Českého statistického úřadu budou v roce 2050 tvořit senioři zhruba třetinu celé české populace. Se stoupajícím počtem seniorů a prodlužujícím se věkem dožití lze předpokládat i nárůst množství osob s demencí, jejich počet bude dle odhadů tvořit třetinu seniorů.<sup>32</sup>

Podle Zprávy o stavu demence, kterou v prosinci 2015 vydala Česká alzheimerovská společnost, žilo na začátku roku 2015 v ČR zhruba 153 000 lidí s demencí a jejich počet stále stoupá.<sup>33</sup> Z tohoto dokumentu také vyplývá, že zatímco některé státy mají k dispozici již druhou generaci strategických dokumentů pro boj s demencí, my jsme teprve na začátku, a to i přes to, že je zde dost odborníků

---

<sup>31</sup> Srov. JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ I.; BORZOVÁ C. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*, s. 130-133.

<sup>32</sup> Srov. *Politika přípravy na stárnutí v České republice*. [on-line]

<sup>33</sup> Srov. *Zpráva o stavu demence 2015*. [on-line]

a nevládních organizací, které se dlouhodobě věnují péči lidem s demencí. V roce 2014 nicméně přijala vláda ČR Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR. Jiným strategickým dokumentem je pak Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 – 2019.<sup>34</sup>

Uvedené dokumenty mluví o důležitosti včasné diagnostiky, zdůrazňují potřebu vzájemné spolupráce mezi obcemi i odbornou veřejností, mluví o zvýšení povědomí o demenci u široké veřejnosti. *Základní filozofií je snaha podporovat osoby trpící demencí v první fázi co nejdéle v domácím prostředí. Nabídka pobytových sociálních služeb přichází jako poslední možnost ve chvíli, kdy již potřebu péče není možné zajistit kombinací domácí péče, terénních a ambulantních služeb.*<sup>35</sup>

Z odhadů České alzheimerovské společnosti vyplývá, že zdravotnictví pomáhá pouze každému čtvrtému člověku s demencí; další čtvrtina těchto lidí je v pobytových zařízeních sociálních služeb a o zhruba 100 tisíc se starají neformální pečovatelé.<sup>36</sup> Podle výzkumu publikovaného v roce 2013 představují lidé s demencí v domovech pro seniory cca 70 % obyvatel, v domovech se zvláštním režimem více než 90 %.<sup>37</sup> V pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory je tedy výrazné procento lidí trpících demencí v různém stádiu. Úkolem těchto služeb je zajistit jim kvalifikovanou péči, umožnit odpovídající kvalitu života a důstojné zacházení tak, jak je to jen v podmínkách služby možné. Alzheimerova choroba je diagnózou směřující ke smrti, proto je důležitou součástí péče i strategie přístupu k umírajícím v těchto zařízeních, kterou představuje paliativní péče.

---

<sup>34</sup> Srov. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 – 2019. [on-line]

<sup>35</sup> HOLMEROVÁ, I.; HORECKÝ J.; HANUŠ P. *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku*, s. 16.

<sup>36</sup> Srov. *Zpráva o stavu demence 2015*. [on-line]

<sup>37</sup> Srov. VAŇKOVÁ, H. *Geriatric a Gerontologie*. [on-line], s. 111-113.

### 3 PALIATIVNÍ PÉČE

Z předcházející kapitoly věnované problematice demence vyplývá, že se jedná ve své podstatě o progresivní terminální onemocnění. Při péči o seniory s demencí je proto potřebné postupovat v duchu paliativní péče, která je zacílená na kvalitu života. V následující části své práce vymezují paliativní péči, specifikují paliativní léčbu u člověka s demencí, citují klíčové dokumenty a zaměřují se především na ty aspekty, které lze aplikovat v podmínkách zařízení sociálních služeb. Závěr kapitoly věnují popisu toho, jak nejistou pozici má paliativní péče v rámci zdravotnictví České republiky.

#### 3.1 Vymezení pojmu

Paliativní péče představuje komplexní systém pomoci pro umírajícího a jeho rodinu, v jehož centru stojí člověk a kvalita jeho života. V případě, kdy je třeba vysvětlit, co vlastně paliativní péče znamená, se nejčastěji odkazuje na definici, kterou zveřejnila Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2002:

*Paliativní péče je přístupem, který zlepšuje kvalitu života pacienta a jeho rodiny, kteří jsou konfrontováni s problémy, které sebou přináší život ohrožující onemocnění. To se děje skrze odvracení a zmírňování stavů utrpení tím, že jsou bolesti a jiné problémy (ať už jsou tělesného, psychosociálního nebo spirituálního druhu) včas zajištěny, korektně vyšetřeny a léčeny.<sup>38</sup>*

*Cílem paliativní péče je zachování lidské důstojnosti, zmírnění tělesného i duševního strádání v poslední etapě života a podpora blízkých.<sup>39</sup> Paliativní péče se nesnaží o urychlení smrti ani o její oddálení. V centru pozornosti stojí člověk, jeho potřeby a snaha o co nejvyšší kvalitu jeho života.*

Paliativní péče je vhodná pro všechny pacienty od okamžiku stanovení diagnózy závažné nevléčitelné choroby. Neexistuje žádný předem určený časový bod v průběhu onemocnění, který by představoval okamžik přechodu z kurativní (tj. léčba směřující

---

<sup>38</sup> *Definice paliativní péče.* [online]

<sup>39</sup> FIRTHOVÁ, P.; LUFFOVÁ, G.; OLIVIERE, D. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*, s. 21.

k vyléčení pacienta) na paliativní péči. Tento přechod je spíše postupný a cíl léčby se postupně přesouvá stále více od prodloužení života k zachování jeho kvality.<sup>40</sup>

### **3.2 Formy paliativní péče**

Paliativní péče se týká všech umírajících a nevyлéčitelně nemocných; měla by být dostupná v domácím prostředí. Na zajištění této péče se podílí kromě rodiny také mobilní hospice a střediska domácí péče. Může být také poskytována v pobytových zařízeních, například v domovech pro seniory, nemocnicích či hospicích.<sup>41</sup> Paliativní péči lze dle složitosti nabízených služeb rozlišit na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče by měla být poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností v každém zdravotnickém zařízení. Jejím základem je sledování a zhodnocení stavu nemocného, účelnosti aktivní léčby a zajištění péče, která udrží co nejlepší kvalitu pacientova života.<sup>42</sup> Jedná se například o léčbu symptomů, respekt k pacientově autonomii, otevřenou a empatickou komunikaci s pacientem a jeho rodinou, dovednost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.<sup>43</sup>

Specializovaná paliativní péče je profesionální péče poskytovaná v zařízeních, která jsou zaměřená na paliativní péči jako na svoji hlavní činnost. Jejimi nositeli je tým odborníků, který tvoří lékař, sestry, sociální pracovník, pastorační pracovník, psycholog, dobrovolníci aj. Péče má dvě organizační formy – paliativní péče v hospicích (lůžkové hospice, mobilní domácí hospice) a paliativní péče v nemocničním prostředí (oddělení paliativní péče, ambulance paliativní péče).

### **3.3 Paliativní péče u osob s demencí**

Tím, že demenci jako nemoc uznáme za smrtelnou, pokládáme základní kámen k zacházení s budoucími problémy a dáváme impuls k poskytnutí adekvátní paliativní péče. Ta může být poskytována jak v domácím prostředí, tak v zařízení sociálních služeb – všude tam, kde se na ní může podílet zdravotnický personál. Vztahuje se na

---

<sup>40</sup> Srov. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. [on-line]

<sup>41</sup> Srov. KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*, s. 15-16.

<sup>42</sup> NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*, s. 186.

<sup>43</sup> Srov. SKÁLA, B.; SLÁMA, O.; VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*, s. 4.

všechny prvky léčby a péče, včetně léčby psychických symptomů demence, směřuje k maximalizaci tělesného a duševního blaha.

Důležitá je spolupráce s rodinou a blízkými, kteří by se měli spolu s nemocným podílet na rozhodování a stanovení cílů péče. Z toho vyplývá, že by se ideálně mělo s paliativní péčí začít, jakmile je stanovena diagnóza, kdy pacient ještě vnímá souvislosti a je možné zjistit jeho preference a potřeby. Člověk s demencí o sobě přestane v pokračujících fázích demence rozhodovat, je velmi zranitelný a je obzvláště nutně pečlivě zvažovat případné hospitalizace a předcházet zatěžujícím způsobům péče. V případě potřeby by se mělo nemocnému dostat jak farmakologické, tak nefarmakologické optimální léčby symptomů. Pro jejich rozeznání je důležité člověka s demencí sledovat, znát jeho zvyklosti, mít nastavené nástroje ke sledování bolesti či změn chování. Nezávisle na rozsahu postižení si jsou osoby s demencí za určitých okolností vědomy svého stavu a potřebují emocionální podporu. Tu potřebují i rodinní příslušníci, kteří by měli mít příležitost se v co nejvyšší míře zapojit do péče o svého blízkého.<sup>44</sup>

### ***3.4 Organizace paliativní péče – dle doporučení Výboru ministrů Rady Evropy***

Bližší specifikaci paliativní péče a jejímu významu se věnuje dokument Organizace paliativní péče. Jedná se o klíčový mezinárodní materiál, který vychází z Charty práv umírajících a staví na zkušenosti Velké Británie a dalších evropských zemí. Východiskem je přesvědčení, že úcta k umírajícím vyžaduje především poskytování patřičné péče ve vhodném prostředí, které jim umožní důstojně zemřít.

Jednou z hlavních zásad paliativní péče je, že by měla být dostupná všem pacientům a každý zdravotník by měl znát její základní zásady.

Jako doplněk definice stanovené Světovou zdravotnickou organizací jsou uváděny tyto hlavní zásady, podle nichž paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů,
- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces,
- obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta,

---

<sup>44</sup> Srov. MESSERLI, H.; MEICHTRY, B. *Stacionární péče o osoby s demencí ve Švýcarsku*, s. 42-44.

- nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co nejaktivněji až do smrti a rodinám zvládat období pacientovy nemoci i období zármutku,
- využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku,
- usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci,
- je použitelná v raném stádiu nemoci spolu s řadou jiných terapií, jejichž cílem je prodloužení života a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu zvládnutí klinických komplikací.<sup>45</sup>

Dokument rozlišuje mezi specializovanými a nesespecializovanými zařízeními. Většina paliativní péče je poskytována v nesespecializovaných zařízeních. Tato zařízení, jako např. zařízení pro seniory, vyhledává větší množství pacientů s potřebou paliativní péče, ačkoliv se na ni tato zařízení nesespecializují. Pokud ne všichni, tak alespoň někteří zdravotníci z těchto zařízení by měli mít možnost se vzdělávat a nabývat znalostí z oboru paliativní péče. Také se předpokládá, že by měli navázat blízké profesionální vztahy se specializovanými poskytovateli paliativní péče. Cílem je zaručit, aby pacientům byla kdykoli k dispozici odborná úroveň paliativní péče odpovídající jejich individuálním požadavkům.<sup>46</sup>

### **3.5 Paliativní péče v České republice**

Vývoj paliativní péče v České republice byl oproti vyspělým zemím o několik desetiletí výrazně opožděn. V posledních letech je kvalitně poskytována především v lůžkových a mobilních hospicích, protože v jiných zařízeních pro ni nejsou vytvořeny dostatečné organizační, zákonné a ekonomické podmínky. Je důležité zdůraznit její význam nejenom pro umírající a jejich rodiny, ale i pro celou společnost. Dobře nastavená síť paliativní péče je nejen efektivnějším modelem v rámci systému zdravotně - sociální péče, ale zároveň přináší zásadní eticko - morální poselství pro celou společnost, a především výchovu nastupujících generací.<sup>47</sup>

<sup>45</sup> Srov. *O organizaci paliativní péče*, s. 22.

<sup>46</sup> Srov. *Tamtéž*, s. 26 - 27.

<sup>47</sup> Srov. *Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011 – 2015*, s. 1-2. [online]

### 3.5.1 České Standardy paliativní péče

Při zavádění paliativní péče je možné se opřít o Standardy paliativní péče vydané Českou společností paliativní medicíny, které vychází z několika zahraničních standardů, ze zkušeností českých paliativních odborníků a navazují na dosud vydané české standardy.<sup>48</sup>

Klíčovou osobou je ošetřující lékař, který pacienta o jeho stavu informuje a je zodpovědný za navržení plánu paliativní péče, na jehož tvorbě se podílí i pacient (u pacientů s výraznými změnami kognitivních funkcí je třeba pečlivě posoudit způsobilost k rozhodování).<sup>49</sup>

Plán paliativní péče je realizován multiprofesním týmem, jehož základními členy jsou lékař, sestra a sociální pracovník. Dalšími důležitými členy týmu pro hodnocení potřeb pacienta a realizaci paliativní péče mají být psycholog a duchovní; součástí týmu se může stát i fyzioterapeut, ergoterapeut a nutriční specialista. V rámci obecné paliativní péče ošetřující lékař podle potřeby spolupracuje s příslušnými lékaři specialisty, indikuje potřebnou ošetrovatelskou péči a spolupracuje se sociálním pracovníkem, psychologem, popř. jinými specialisty. Na plánu péče se podílí také proškolení dobrovolníci.

Standardy dále zdůrazňují, že:

- paliativní péče je poskytována v prostředí a místě, která v maximální míře odpovídají pacientovým přáním a potřebám,
- členům týmu je poskytována systematická podpora ke zvládnutí emoční zátěže plynoucí z péče o pacienty s nevléčitelným onemocněním a jsou podporováni v kontinuálním vzdělávání.<sup>50</sup>

Standardy dále rozvádějí aspekty péče v následujících oblastech: tělesný stav, psychologické a psychiatrické aspekty, sociální péče, existenciální/spirituální aspekty, kulturní aspekty. Dokument v jednotlivých bodech rozlišuje specifika péče v obecné i specializované paliativní péči. Dále se věnuje péči o umírajícího pacienta a etickým/právním aspektům péče.<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup> *Standardy paliativní péče*. [online]

<sup>49</sup> Srov. Tamtéž, s. 9.

<sup>50</sup> Srov. Tamtéž, s. 10.

<sup>51</sup> Srov. Tamtéž, s. 11 - 14.

Tento materiál nabízí důležité opěrné body pro aplikaci paliativní péče do zařízení sociálních služeb. Zdůrazňuje nezastupitelnou roli lékaře, který se stává koordinátorem této péče. V podmínkách sociální služby bývá ale lékař docházejícím externistou, který musí úzce spolupracovat s ošetrovatelským a pečovatelským týmem zařízení. Důležitou roli zde hrají všeobecné sestry a pečovatelky, které jsou s umírajícími v každodenním kontaktu. V kapitole 5.3 dále srovnávám vybrané prvky paliativní péče popsané v tomto dokumentu s praxí Domova se zvláštním režimem v Břevnici.

### 3.5.2 Situace paliativní péče v ČR

Světová zdravotnická organizace (WHO) považuje rozvoj kvalitní paliativní péče za jednu ze svých priorit již od začátku 90. let 20. století a vyspělé evropské země se této problematice kontinuálně věnují. Česká republika za tímto vývojem zaostávala v oblasti obecné i specializované paliativní péče, a proto byl připraven dokument Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015.<sup>52</sup> Tato koncepce však nebyla schválena, místo toho došlo ke schválení nových zdravotnických právních předpisů.

V oblasti paliativní péče se stále naráží na některé dlouhodobé problémy, na jejichž funkční řešení chybí dostatečný tlak a které přímo souvisí s rozvojem paliativní péče v ČR. Jedná se především o řešení problému dlouhodobé péče, spolupráci sociální a zdravotní složky péče, financování zdravotnických výkonů v pobytových zařízeních sociálních služeb, reformu důchodového systému.<sup>53</sup> Mezi nejzávažnější nedostatky, kterými současný stav týkající se péče o umírající v České republice trpí, je neexistence zákonné úpravy specializované paliativní péče. To také v praxi vede k tomu, že paliativní péče je dostupná pouze malému procentu těch, kteří ji skutečně potřebují, a zařízení hospicového typu mají problém s financováním své péče.<sup>54</sup>

Přes přetrvávající obtíže dochází v posledních letech k posunu a rozvoji obecné i specializované paliativní péče v České republice. V ČR poskytují komplexní paliativní péči zařízení hospicového typu. Kromě dvou krajů (Kraj Vysočina a Karlovarský kraj) je v každém kraji ČR lůžkový hospic<sup>55</sup>, rozšiřují se služby mobilních hospiců, pokračují

<sup>52</sup> Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011 – 2015, s. 7-8. [online]

<sup>53</sup> Srov. NIEDERMANN, E.; PFLUGSHAUPT, C.; RÜEGGER, H.; SCHÄR, B. *Paliativní péče – Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*, s. 62.

<sup>54</sup> Srov. Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011 – 2015, s. 12-14. [online]

<sup>55</sup> Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů. [online].

legislativní procesy a vyjednávání s pojišťovny.<sup>56</sup> Zdravotnická zařízení věnují paliativní péči větší pozornost; v roce 2016 se jich na padesát přihlásilo o granty na rozjezd paliativní péče v nemocnicích.<sup>57</sup> Sociální pobytové služby pro seniory se stále více zajímají o koncept paliativní péče, snaží se ho začlenit do své péče a důstojně doprovázet umírající a jejich blízké.<sup>58</sup>

## **4 PALIATIVNÍ PÉČE V PODMÍNKÁCH POBYTOVÉHO ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY S DEMENCÍ**

V předchozí části své práce jsem popsala specifika demence a náročnost péče o seniory s demencí, kteří tvoří podstatnou část klientů sociálních služeb. Z předchozí kapitoly vyplývá, že paliativní péče by měla být součástí práce se seniory s demencí, protože přináší zkvalitnění jejich života. V následující kapitole chci popsat možnosti paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení sociálních služeb u této cílové skupiny.

V péči a doprovázení seniorů hrají pobytové sociální služby výraznou roli. Staří lidé ztrácejí svou soběstačnost a stávají se závislými na pomoci ostatních, výrazné je to u seniorů s diagnózou demence. V péči o ně je obzvláště potřeba komplexní týmové spolupráce, která vyžaduje kontinuitu, dobrou koordinaci a aktivní přístup, neboť tyto senioři již často nesignalizují svoje potřeby. Důležitá je propojenost zdravotníků s pečujícími rodinami i propojení zdravotních a sociálních služeb, které má v ČR stále své rezervy.<sup>59</sup>

V zařízeních sociální péče je lékařská péče většinou zajišťována praktickými lékaři. V situaci, kdy klienti vstupují do závěru života, je kvalita lékařské a ošetrovatelské péče velmi kolísavá. Stejně tak existují mezi jednotlivými zařízeními velké rozdíly v poskytování komplexní psychologické a sociální péče.<sup>60</sup>

---

<sup>56</sup> KABELKA L., *Tisková zpráva ČSPM k vyhodnocení projektu Mobilní specializované paliativní péče*. [online]

<sup>57</sup> PEŘINA J., *Historie a současnost paliativní péče v Česku*. [online]

<sup>58</sup> Srov. ŠOUREK, D. *Sociální služby*, 2016, roč. 18, č. 2., s. 21.

<sup>59</sup> Srov. KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*, s. 34-35.

<sup>60</sup> SLÁMA O., KABELKA, L., ŠPINKOVÁ, M. *Paliativní péče v ČR v roce 2013*. [online]

## **4.1 Úkol sociálních služeb**

Poskytování sociálních služeb v zařízeních pro seniory upravuje zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. Tento zákon uvádí, že úkolem sociálních služeb je napomáhat osobám řešit jejich nepříznivou sociální situaci. Jako důvody zapříčínující tuto situaci jsou na prvním místě uváděny věk a nepříznivý zdravotní stav. Pobytová zařízení pro seniory spadají do služeb sociální péče, které mají napomáhat zajistit osobám jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Jejich cílem je umožnit osobám v co nejvyšší možné míře zapojit se do běžného života a zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.<sup>61</sup>

U seniorů, jejichž zdravotní stav se zhoršuje a život spěje ke svému konci, je již obtížné mluvit o soběstačnosti nebo o zapojování do běžného života. Pokud navíc starý člověk trpí demencí, je obzvláště těžké vnímat jeho přání a naplňovat cíle služby. Důstojné zacházení se tak zobrazuje v důstojném doprovázení v umírání. Měřítkem kvality služby se v pobytovém zařízení stává úroveň paliativní péče.

## **4.2 Klienti pobytových sociálních služeb pro seniory s demencí**

*Kvalitní zdravotní péče v naší republice možná přidala seniorům léta života, avšak jejich křehkost způsobená vysokým věkem zvýšila nároky na každodenní péči. Zdravotní stav uživatelů, kteří byli a jsou v současné době do sociálních pobytových služeb pro seniory přijímáni, bývá obvykle velmi těžký a nezřídka je jejich pobyt v novém domově otázkou jen několika málo měsíců či dokonce dnů.<sup>62</sup> Přesto však nepřicházejí do sociálních služeb zemřít, ale klienti i jejich rodiny očekávají, že zde prožijí ještě část svého života. Seniori s diagnózou demence, především Alzheimerovy choroby, jsou nejčastěji klienty služby domova se zvláštním režimem. Zákon o sociálních službách klade důraz na individualitu a důstojnost člověka, jeho začlenění do sociálního prostředí, ochranu jeho práv. U člověka s pokročilou demencí musí mít personál tyto zásady neustále na paměti a reflektovat je ve své práci, protože u tohoto klienta dochází k výraznému omezení komunikace a člověk ztrácí schopnost vyjadřovat svá přání a potřeby.*

---

<sup>61</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

<sup>62</sup> NIEDERMANN, E.; PFLUGSHAUPT, C.; RÜEGGER, H.; SCHÄR B. *Paliativní péče – Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*, s. 53.

Lidé v pokročilých fázích demence jsou nesmírně křehcí, mohou trpět bolestí či jinými obtížemi, které nedokážou vyjádřit. Je velmi důležité, aby personál projevům bolesti porozuměl a soustředil se na náznaky komunikace, která ještě existuje.<sup>63</sup>

### 4.3 Personální zajištění

V pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory patří ke stálému pracovnímu týmu sociální pracovníci, všeobecné sestry a pracovníci v sociálních službách. S ohledem na velikost zařízení a rozsah služeb zde také mohou pracovat fyzioterapeuti, ergoterapeuti, nutriční terapeuti aj. Lékaři a specialisté do zařízení dojíždí za svými pacienty.

Na rozdíl od zařízení specializované paliativní péče nepatří zpravidla v zařízení sociálních služeb do pracovního týmu psycholog, psychoterapeut nebo pastorační asistent. Také je zde nedostatečné zajištění zdravotní, a především lékařské péče (lékař není stabilně přítomen).<sup>64</sup> Za zdravotní stav tak nese odpovědnost zdravotnický personál ve službě. Často se jedná o jednu všeobecnou sestru, která např. musí rozhodnout o nutnosti hospitalizace klienta.

Zatímco v evropských zemích v domovech zemře 11 – 61 % seniorů, v ČR doprovodí pracovníci domovů pouze 6 % seniorů. Většina obyvatel těchto sociálních služeb zemře totiž při hospitalizaci v nemocnici, která je již často zbytečná.<sup>65</sup> Na paliativní péči nejsou často domovy pro seniory připraveny. Chybí dostatek personálu, který v zahraničí ve velké míře doplňují dobrovolníci. Dle dokumentu hodnotícího stav paliativní péče v ČR nejsou obecně praktičtí lékaři dostatečně vzdělaní v paliativní péči a často nejsou schopni koordinovat a vést péči o nemocného v závěru života.<sup>66</sup>

Pro pečující personál je důležité naučit se v práci se seniory s demencí metodám, jak hodnotit a pozorovat bolest, jak poznat, zda se klientovi nedaří dobře či naopak je v relativním pohodlí a pohodě. Personál by měl respektovat klienta a jeho důstojnost.<sup>67</sup>

---

<sup>63</sup> Srov. JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*, s. 133.

<sup>64</sup> Srov. NIEDERMANN, E.; PFLUGSHAUPT, C.; RÜEGGER, H.; SCHÄR, B. *Paliativní péče – Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*, s. 55-56.

<sup>65</sup> FROGGATT, K. *International experience with palliative care in nursing homes*.

<sup>66</sup> Srov. SLÁMA, O.; KABELKA, L.; ŠPINKOVÁ, M., *Paliativní péče v ČR v roce 2013*, s. 3-4. [online]

<sup>67</sup> Srov. JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*, s. 133.

Klíčová pro kvalitu péče je vzájemná spolupráce a systém předávání informací, stejně jako podpora, supervize a další vzdělávání personálu v paliativní péči.

#### **4.4 Začátek paliativní péče**

Senioři přicházejí do sociálních služeb s výraznými zdravotními obtížemi; přicházejí sem, protože potřebují podporu a péči. Oni sami i jejich rodiny si často nepřipouštějí závažnost jejich zdravotního stavu. Poukázání na proces umírání, a s tím na nastavení paliativní péče, není jednoduché. Stanovení negativní prognózy patří do kompetence lékaře, který bývá v této otázce velmi opatrný, protože to ani pro něj není snadné rozhodnutí.<sup>68</sup> Úloha lékaře je zde zásadní stejně jako jeho spolupráce s rodinou i personálem zařízení. U seniorů s demencí můžeme ale s paliativní péčí začít mnohem dříve než v terminálním stádiu. Dle standardů je tato péče vhodná od okamžiku stanovení diagnózy závažné nevléčitelné choroby.<sup>69</sup>

U seniorů s demencí to tedy může znamenat, že v okamžiku diagnózy by měla souběžně s nutnou léčbou zaměřenou na symptomy nastoupit i paliativní péče. Cíle paliativní péče – zlepšení kvality života, udržení funkcí a maximalizace fyzického i duševního blaha – můžeme považovat za přiměřené v celém průběhu onemocnění demencí, důležitost stanovených cílů se pak mění v závislosti na čase.<sup>70</sup> Jedná se o naprosto klíčový moment v péči o seniory s demencí – mění se úhel pohledu na celou péči, léčebné postupy, striktní dodržování dietních omezení. V praxi zařízení sociálních služeb se to však často jeví jako problematické. Začátek paliativní léčby musí být indikován lékařem. Zatímco ale ve zdravotnických zařízeních se na tomto rozhodnutí podílí konsilium lékařů, v zařízení sociálních služeb je to rozhodnutí jediného lékaře, docházejícího externisty. Není proto neobvyklé, že se lékař tohoto kroku obává.

Z výše uvedeného vyplývá, že podmínky pro paliativní péči v zařízeních sociálních služeb nejsou optimální. Největším handicapem je právě ústřední role lékaře, který není zaměstnancem těchto zařízení. I přes personální a další limity lze však vybrat prvky paliativní péče, které lze včlenit do péče s ohledem na možnosti konkrétního zařízení sociálních služeb.

---

<sup>68</sup> NIEDERMANN, E.; PFLUGSHAUPT, C.; RÜEGGER, H.; SCHÄR, B. *Paliativní péče – Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*, s. 56.

<sup>69</sup> *Srov. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*, s. 32. [online]

<sup>70</sup> MESSERLI, H.; MEICHTRY B. *Stacionární péče o osoby s demencí ve Švýcarsku*, s. 42.

## **5 POPIS PRVKŮ PALIATIVNÍ PÉČE V PRÁCI SE SENIORY S DEMENCÍ V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM BŘEVNICE**

Ve své práci jsem dospěla k tomu, že je vhodné aplikovat prvky paliativní péče do sociálních služeb pro seniory s demencí. A to i přes to, že tato zařízení nemají pro zavádění paliativní péče optimální podmínky. V závěrečné části své práce popisují aplikaci vybraných aspektů paliativní péče ve službě Domova se zvláštním režimem v Břevnici (dále jen Domov). Nejdříve představuji toto zařízení a podmínky, ve kterých svou službu poskytuje. Po zhodnocení předpokladů pro poskytování paliativní péče se konkrétněji zaměřuji na identifikaci a popis prvků paliativní péče. K tomu, abych tyto prvky v péči o seniory identifikovala a popsala, mi slouží porovnání dané praxe se Standardy paliativní péče, které jsem představila v kapitole 3.5.1.

V Domově pracuji od května 2016 jako sociální pracovnice a vedoucí Domova a dva roky předtím jsem se částečně podílela na metodickém vedení služby jako metodik organizace.

### **5.1 Představení pracoviště**

Zřizovatelem Domova je Kraj Vysočina. Domov byl původně postaven jako obecní škola v malé obci. Roku 1986 byl tento objekt předán do správy organizace Domova důchodců Havlíčkův Brod. Původně se jednalo o domov důchodců, od roku 2007 se jedná o službu domova se zvláštním režimem. Toto zařízení je jedním ze tří pracovišť Domova pro seniory Havlíčkův Brod, jedná se o nejmenší pracoviště s prostornou zahradou a venkovským hospodářstvím, které je určeno pro seniory s demencí.<sup>71</sup>

Cílovou skupinu tvoří osoby převážně s trvalým pobytem v Kraji Vysočina, které mají z důvodu Alzheimerovy choroby nebo jiného typu demence sníženou soběstačnost v základních životních dovednostech.<sup>72</sup>

---

<sup>71</sup> Domov pro seniory Havlíčkův Brod: služba Domov se zvláštním režimem v Břevnici. [online]

<sup>72</sup> Domov pro seniory Havlíčkův Brod, *Základní prohlášení organizace*, s. 4.

### 5.1.1 Metody práce a vykonávané činnosti

Domov poskytuje sociální a zdravotní péči, nabízí základní činnosti dle zákona o sociálních službách. Zařízení spolupracuje s jinými zařízeními sociálních služeb, školskými i zdravotními zařízeními a veřejnými službami. Pravidelně sem docházejí duchovní různých církví. Důraz je kladen na individualizovanou péči a respektování potřeb každého klienta. V zařízení se pracuje v rámci konceptu Bazální stimulace a Kinestetické mobilizace, využívá se reminiscenční terapie, zavádí se prvky paliativní péče. V komunikaci a přístupu k lidem s demencí se přistupuje na základě metody Validace podle Naomi Feil. V práci s klienty se pracovníci opírají o výše uvedené koncepty, většinou se aplikují jejich prvky podle potřeby daného klienta a dovednosti pracovníka. Nejdůležitějším měřítkem je respektování osobnosti klienta a jeho důstojnosti.

Vedení Domova se dlouhodobě soustředí na poskytovanou péči, podporu pracovníků a jejich vzdělání. Domov získal jako první v Kraji Vysočina ocenění Vážka od České Alzheimerovy společnosti, které opět s vysokým hodnocením v minulém roce obhájil. V rámci vnitřních hodnotících procesů byla kvalita služby domova se zvláštním režimem vysoce hodnocena klienty, jejich rodinami, externími spolupracovníky i odcházejícími zaměstnanci.<sup>73</sup>

### 5.1.2 Personální zajištění

Personální zajištění tvoří sociální pracovníce a zároveň vedoucí Domova, staniční sestra, aktivizační pracovníce, pracovníci v sociálních službách/pečovatelky (5 úvazků) a všeobecné sestry (5 úvazků).<sup>74</sup>

Během celého dne se individuálně věnují jednotlivým obyvatelům pracovníci v přímé péči. V běžných činnostech, které byli senioři zvyklí vykonávat (jako například v pečení, vaření, práci na zahrádce, péči o květiny i zvířata), se obyvatelům věnuje aktivizační pracovníce, která dle potřeby také organizuje volnočasové aktivity a kulturní program. Zdravotní péči zajišťují všeobecné sestry a docházející lékaři – praktický lékař a psychiatr. Do Domova dochází nutriční terapeutka. Zdravotní úsek vede staniční sestra, která úzce spolupracuje se sociální pracovníci.

---

<sup>73</sup> Domov pro seniory Havlíčkův Brod, *Dotazníková šetření*. 2013 – 2016.

<sup>74</sup> Domov pro seniory Havlíčkův Brod, IS Cygnus.

Podpora a pomoc personálu je klientům poskytována v takovém rozsahu, který je potřebný vzhledem k jejich zdravotnímu stavu. Zároveň se personál snaží podporovat obyvatele v samostatnosti a aktivním životě. Vzhledem ke zdravotnímu stavu obyvatel a k nevyhovujícím prostorovým podmínkám, stěžujícím péči, je personální obsazení nedostatečné, přestože se v posledním roce podařilo u zřizovatele obhájit navýšení o jeden úvazek pečovatelky.

### **5.1.3 Prostorové podmínky a vybavení**

Kapacita Domova je 25 lůžek v 9 pokojích. Tyto pokoje jsou převážně třílůžkové, v dnešní době již neodpovídají standardu poskytování péče. Sociální zařízení (toalety) jsou tři – společná na chodbě, 24 obyvatel má k dispozici pouze jednu koupelnu. Pouze jeden pokoj je jednolůžkový s vlastním sociálním zařízením. Vedení Domova marně opakovaně žádá svého zřizovatele o snížení kapacity a upozorňuje na nutnost rekonstrukce. Posledních 13 let se ze strany zřizovatele mluví o zrušení tohoto pracoviště, ale pozitivní ohlasy z různých stran existenci zařízení podporují (články v tisku ze strany rodinných příslušníků, opakovaná návštěva manželky prezidenta republiky, velmi dobré reference od lékařů i z psychiatrické nemocnice, i přes prostorová omezení výborné výsledky při hodnotících procesech aj.). Vnitřní technické vybavení většinou odpovídá potřebám klientů i personálu, finančním a prostorovým možnostem. Domov stojí v malé vesnici, jeho nedílnou součástí je zahrada s ovocným sadem a hospodářství se zvířaty, která na vesnici patří (ovce, kozy, slepice, králíci, pes).

## **5.2 Zhodnocení předpokladů pro poskytování paliativní péče v Domově se zvláštním režimem Břevnice**

Vzhledem ke Standardům paliativní péče uvedeným v kapitole 3.5.1 jsem pro poskytování paliativní péče vymezila tři základní předpoklady nutné pro zavádění prvků paliativní péče v našem Domově.

1. Uživatel si přeje péči v prostředí Domova, na který je zvyklý; protože často již s obtížemi projevuje svou vůli, je nutná spolupráce s jeho opatrovníkem a blízkými.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> *Standardy paliativní péče*, s. 8,10. [online]

Vzhledem k tomu, že jsme s našimi obyvateli v každodenním kontaktu v malém zařízení, personál často umí posoudit jejich projevy spokojenosti či nespokojenosti a konzultovat je s jejich rodinami. Protože většina klientů žije v našem Domově již řadu let, většinou se s rodinou shodneme na tom, že je pro naše obyvatele přirozenější zůstat v případě zhoršení zdravotního stavu v péči našeho personálu, pokud není nutná hospitalizace.

2. Zařízení je schopno poskytnout klientovi takovou péči, jakou jeho stav vyžaduje (technicky, personálně).<sup>76</sup>

Při poskytování odpovídající péče je důležitým prvkem ošetřující lékař a jeho spolupráce se specialisty a personálem Domova. Polovina tohoto personálu (ze zdravotnického i sociálního úseku) prošla školením v paliativní péči, spolupracujeme s ambulancí bolesti. Určitým limitem je ale velikost personálu ve službě a především třílůžkové pokoje, kde nemá umírající a jeho rodina dostatečné soukromí. Rodiny i klienti jsou již při nástupu upozorněni na tyto naše limity. Nabídka dalších možností, kromě hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, je omezená, protože v Kraji Vysočina není lůžkový hospic. Služby nejdosažitelnější domácí hospicové péče v Havlíčkově Brodě procházejí v současnosti restrukturalizací.

3. Obyvatel a jeho blízcí byli vhodným způsobem informováni o zdravotním stavu a přiměřeně svým možnostem porozuměli jeho závažnosti a prognóze.<sup>77</sup>

Vzhledem k tomu, že do našeho Domova přicházejí senioři již s diagnózou demence, si je jejich rodina vědoma závažnosti stavu, i když si ho často nepřipouští. Většina nastupujících obyvatel je již v pokročilé fázi demence, proto nelze určit jejich míru povědomí o závažnosti vlastního zdravotního stavu. Často se však u nich objevují obavy a pocity nejistoty, které mohou odrážet jejich strach z neporozumění současné situaci i z postupné a pro ně nepochopitelné ztráty fyzických i psychických funkcí.

Domnívám se, že i přes nedostatečné personální zabezpečení a nevhodné prostorové podmínky je náš Domov vhodným pracovištěm pro aplikování alespoň některých prvků obecné paliativní péče, a to z následujících důvodů:

---

<sup>76</sup> Tamtéž.

<sup>77</sup> *Standardy paliativní péče*, s. 8. [online]

- v okolí není dostupná možnost specializované paliativní či hospicové péče,
- stávající personál Domova je dostatečně kvalifikován pro poskytování obecné paliativní péče,
- kvalita péče Domova je pozitivně hodnocena vnějším auditem i rodinami v rámci vnitřních dotazníkových šetření.

V letech 2014 – 2016 zemřeli v Domově každý rok čtyři klienti, shodně zemřeli každý rok tři obyvatelé v Domově a jeden v nemocnici.<sup>78</sup> Z naší praxe vyplývá, že ve velké většině naše obyvatele doprovázíme v závěru života, pokud lékař nedoporučí hospitalizaci. I ve stávající situaci se tedy snažíme dělat to, co je v našich podmínkách pro umírající možné.

### **5.3 Srovnání vybraných prvků Standardů paliativní péče s péčí o umírající v Domově**

V následující kapitole srovnávám praxi našeho Domova se Standardy paliativní péče, abych tak lépe identifikovala jednotlivé prvky paliativní péče v naší práci se seniory. Popsané prvky vycházejí z definice paliativní péče a z výše uvedených Standardů částečně představených v kap. 3.5.1. Všechny tyto aspekty míří k udržení klíčového pojmu paliativní péče, kterým je kvalita života.

Z definice paliativní péče je zřejmé, že individuální kvalita života se odráží v jednotlivých dimenzích života člověka. Závisí na vnitřních i vnějších podmínkách, přesto hodnota života není na těchto podmínkách závislá, protože má hodnotu sám o sobě. U každého člověka, i u seniora s demencí, je kvalita života přítomna a měla by být pečujícími podporována.<sup>79</sup>

Standardy paliativní péče jsou koncipované tak, že se vztahují k této kvalitě života v jednotlivých oblastech péče, a to v péči o tělesný stav, k aspektům psychologickým, sociálním, spirituálním a kulturním. Jejich nevýhodou ve vztahu k praxi Domova je to, že se zaměřují především na úlohu lékaře v paliativní péči. V praxi Domova je pro mě důležitější práce zdravotnického personálu i pracovníků v přímé obslužné péči. Lékař

<sup>78</sup> Domov pro seniory Havlíčkův Brod, IS Cygnus.

<sup>79</sup> NIEDERMANN, E.; PFLUGSHAUPT, C.; RÜEGGER, H.; SCHÄR, B. *Paliativní péče – Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*, s. 12.

představuje externistu, jehož úloha je nezastupitelná v indikaci léčby, ale není vždy připraven pracovat týmově.

V následujících kapitolách se budu věnovat prvkům paliativní péče, které kvalitu života konkrétně znázorňují. Tyto aspekty mi také umožní srovnání s realitou Domova.

### 5.3.1 Péče o tělesný stav

Standardy 2.1 a 2.2 uvádějí, že součástí paliativní péče jsou všechny léčebné postupy, které vedou k udržení života v přijatelné kvalitě, a že bolest a ostatní symptomy jsou pravidelně hodnoceny a léčeny.<sup>80</sup> Tato oblast je doménou lékaře ve spolupráci se zdravotnickým personálem.

standard	znění standardu	popis praxe
2.1	indikace léčby dle aktuálního klinického stavu, prognózy a přání klienta s ohledem na dopad kvality života; komplexní léčba symptomů - s využitím nefarmakologických, farmakologických i invazivních metod	V péči o klienta proškolený personál využívá prvky Bazální stimulace, validační techniky, kognitivního tréninku a reminiscence.
2.1	nutriční péče	Sledování malnutrice ve spolupráci s nutriční terapeutkou.
2.2	bolest a ostatní symptomy jsou pravidelně hodnoceny, včasné odstranění bolesti a dalších symptomů	Zdravotnický personál sleduje bolest, spolupracuje s ordinací bolesti a lékařem.

Tělesné projevy jsou pro personál nejlépe čitelné, a proto možná i nejlépe zvládnutelné, pokud má nastavenou dobrou praxi jejich zjišťování. Protože se jedná především o práci zdravotnického personálu, je zde nutný dobrý přenos informací mezi zdravotním a sociálním úsekem.

Naši klienti s demencí již mnohdy nemohou své zdravotní problémy jasně pojmenovat, proto používáme např. pozorovací nástroj pro hodnocení bolesti. Sledování malnutrice (nedostatečné výživy) se věnuje personál ve spolupráci s nutriční terapeutkou Domova. Nejdůležitějším ukazatelem fyzických obtíží je změna chování klienta, proto tým tyto změny pozoruje a diskutuje. Řešení symptomů, které nemohou být projednány s klientem, je prodiskutováno s lékařem, rodinou klienta (příp. opatrovníkem) a v pečovatelském týmu. Pečovatelský tým tvoří zdravotnický personál, staniční sestra, pečovatelky, aktivizační pracovnice a sociální pracovnice.

<sup>80</sup> *Standardy paliativní péče*, s. 11. [online]

Oblast tělesných projevů je široká, a především zdravotní ošetrovatelská péče je i dobře zdokumentovaná. Právě proto, že se v této dimenzi považujeme za odborníky, často přehlídíme potřeby jiné. Existují tak oblasti, ve kterých máme rezervy. Například bychom mohli lépe pracovat s mikčným režimem (připomínání a vodění na WC v pravidelných intervalech), který může pomoci zachovat déle kontinenci klienta a více podporovat uživatele v udržení soběstačnosti v této oblasti. Právě soběstačnost je další oblastí, ve které bychom mohli udělat krok vpřed. Personál často podléhá časovému tlaku a „dělá věci za obyvatele“, protože je to rychlejší a krátkodobě efektivnější.

### 5.3.2 Psychologické a psychiatrické aspekty péče

Psychickému stavu pacienta a jeho rodiny se věnují standardy 3.1 a 3.2, které se zaměřují především na lékaře sledujícího psychické symptomy pacienta a jeho podporu pacientovy rodiny.<sup>81</sup>

standard	znění standardu	popis praxe
3.1	lékař pravidelně hodnotí psychický stav pacienta a schopnost adaptace rodiny na jeho závažný stav	Lékař na základě doporučení zdravotnického personálu provádí přehodnocení stavu klienta.
3.1	jsou včas aplikovány farmakologické i nefarmakologické léčebné postupy	Farmakologickou léčbu indikuje lékař, nefarmakologické přístupy uplatňuje ve svém přístupu ke klientovi personál.
3.2	podpůrná komunikace s rodinou před pacientovou smrtí a bezprostředně po ní	Nejčastěji formou telefonického rozhovoru, zaslání kondolencí.

Farmakologickou léčbu klienta indikuje praktický lékař i docházející psychiatr, kteří ve spolupráci se staniční sestrou pravidelně přehodnocují zdravotní i psychický stav klientů.

V této oblasti jde především o emocionální prožívání, protože se u člověka s demencí ztrácí zábrany, mohou být jeho projevy bouřlivější a obtížněji zvládnutelné. Senior s demencí mnohdy není schopen vyjádřit své potřeby a přání. Je proto nutné se stále soustředit na jeho aktuální situaci. Pokud nejsou tato přání rozpoznána, je možné, že reaguje vyprovokovaným, nepřiměřeným chováním. V takových situacích pomáhá, pokud se ptáme na prvotní příčinu takového jednání a s ní pracujeme.<sup>82</sup>

<sup>81</sup> Tamtéž, s. 12.

<sup>82</sup> Srov. NIEDERMANN, E.; PFLUGSHAUPT, C.; RÜEGGER, H.; SCHÄR, B. *Paliativní péče – Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*, s. 20.

Důležitý je pocit bezpečí, ke kterému přispívá úprava prostředí i přístup personálu vycházející z respektu a zásad správné komunikace s člověkem s demencí. Sledujeme, že nejdůležitější pro naše klienty zůstává soustředěná blízkost druhého člověka a dostatek prostoru pro vzájemné sdílení a kontakt.

### **5.3.2.1 Nefarmakologické přístupy**

Důležité pro nastavení pocitu bezpečí u klienta je zachovávání denního rytmu a jeho podílení se na přirozených činnostech (např. příprava stolů před jídlem) takovým způsobem, který by respektoval jeho přání a zároveň ho podporoval v udržení soběstačnosti.<sup>83</sup> Nastavení programových aktivit v Domově proto respektuje každodenní rituály a zároveň vychází ze zvyklostí seniorů s demencí. Důležitou roli také hraje vlídné a domácí prostředí, ve kterém se senior orientuje. Malý prostor našeho zařízení je v tomto výhodou díky přehlednosti a možnosti rychle se zorientovat. Prostorovou omezenost budovy jsme vyvážili úpravou vnějšího prostředí zahrady a hospodářství, které nabízí mnoho podnětů i reminiscenčních prvků. Stěžejní ale je přístup personálu ke klientům, na kterém musí pracovat každý z nás.

Většina personálu je proškolená v metodě Bazální stimulace, kterou aplikuje do péče. Většina pracovníků využívá pouze některé z prvků – především ve formě vhodných doteků a stimulace pro navázání a udržení kontaktu s klientem. Velmi účinným nástrojem je Validace podle Naomi Feil, která vnímá a přijímá starého člověka v jeho celistvosti s jeho aktuálními potřebami. To, co pomáhá, je empatie, přijetí tohoto člověka a sdílení jeho reality. Pro práci s těmito lidmi i pro to, aby s nimi člověk sdílel blízkost smrti, je ale důležitá osobností zralost a přijetí vlastní smrtelnosti. Proškolením validace prošla pouze menší část našich zaměstnanců a tuto metodu v práci používají jenom někteří. To, že částečně využíváme prvků validace, je samozřejmě krok vpřed, ale zároveň nám chybí širší proškolení personálu a více odvahy tuto metodu využívat. Další výzvou je větší spolupráce s lékařem v oblasti sledování a diagnostikování deprese.

### **5.3.2.2 Podpora rodiny**

S rodinou klienta komunikujeme v případě zajištění věcí týkajících se klienta, informujeme ji o všech podstatných změnách, ale z pohledu paliativní péče je tato

---

<sup>83</sup> Srov. JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ I.; C. BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*, s. 91.

spolupráce nedostatečná. V případě klienta v terminálním stádiu rodinu podporujeme v návštěvě svého blízkého a snažíme se jim umožnit setrvání u lůžka umírajícího, což není z provozních důvodů možné bez omezení (třílůžkové pokoje). Po úmrtí zasíláme rodině kondolenci, někdy se účastníme pohřbu a osobně vyjádříme rodině soustrast. Nenabízíme ale systematickou pomoc či doprovázení. Pro to nám chybí personální zajištění i legislativní podpora, těžko bychom obhájili tuto činnost u zřizovatele, protože našim klientem byl zesnulý, nikoliv jeho rodina.

### 5.3.3 Sociální aspekty péče

Standard 4.1 v podstatě pokrývá základní činnosti sociální služby. Vychází ze zdravotnického prostředí, kde ošetřující lékař zprostředkovává sociální poradenství nebo péči, která je přirozeně zajištěna v zařízení sociálních služeb.

Standard	znění standardu	popis praxe
4.1	komplexní multiprofesní zhodnocení sociálních potřeb a jejich řešení	V rámci týmové spolupráce zajišťuje sociální pracovník.
4.1	zprostředkování sociálního poradenství	Základní sociální poradenství je součástí služby.

Sociální pracovníce v rámci týmové spolupráce zhodnocuje a řeší sociální potřeby obyvatel, poskytuje sociální poradenství a úzce spolupracuje s rodinou i opatrovníky. Často se podílí na finančních záležitostech obyvatel.

Kvalita života vzniká ve vztazích, je důležité identifikovat a podporovat klíčové vztahy, především setkávání s rodinou. Člověk nežije izolovaně, izolovaně ani nestůně a neumírá.<sup>84</sup> Senioři za sebou mají velké bohatství života i pestrost vztahů, které jsou často vlivem demence narušeny. Stejně tak, jak člověk ztrácí své spolupracovníky, kamarády, přátele a někdy i blízké, ztrácí i svoje postavení ve společenském životě. Se ztrátou sociálních rolí zažívá i pocit neužitečnosti a nepotřebnosti.

Potřebu kontaktu a blízkosti jsme zaznamenali u většiny našich klientů, proto se snažíme o individuální přístup a vytváření prostoru pro osobní setkání a různé formy komunikace v rámci našich možností. Nezastupitelný je pravidelný kontakt s rodinou, u většiny našich obyvatel již nelze zprostředkovávat tento kontakt telefonicky či písemnou formou. Návštěvy jsou vítány, bohužel se v našem zařízení výrazně potýkáme

<sup>84</sup> Srov. SVATAŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 20.

s nedostatkem místa, a nejsme schopni zajistit nerušené soukromí našim uživatelům ani jejich návštěvám. Důležitou úlohu v tomto ohledu hrají dobrovolníci, kteří nám ale chybí. Částečně je to dané odloučeností Domova a částečně specifíkem našich seniorů s demencí. Spolupracujeme sice s dobrovolnickým centrem, mohli bychom ale aktivněji oslovovat potenciální dobrovolníky z řad studentů, aktivních důchodců nebo církví.

### 5.3.4 Existenciální, spirituální a náboženské aspekty péče

Standard 5.1 zdůrazňuje význam spirituální dimenze u pacientů v paliativní péči a jejich rodin.

Standard	znění standardu	popis praxe
5.1	zhodnocení spirituálních potřeb	Na základě anamnézy a dřívějších zvyklostí.
5.1	zprostředkování kvalifikované pomoci v oblasti duchovní péče	Domov pravidelně spolupracuje s duchovními.

Spirituální potřeby nejsou výsadou věřících lidí, ti si naopak své potřeby uvědomují a umí s nimi pracovat. I senior, který z víry nežije, se začíná zabývat životně důležitými otázkami po smyslu vlastního života. Každý člověk tváří v tvář své konečnosti potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, že jeho život měl a má smysl.<sup>85</sup>

Tyto duchovní potřeby mají u seniorů s demencí svá specifika. Naomi Feil mluví o tom, že u seniorů, kteří ve svém životě v některých oblastech neuspěli (neřešili úkoly dané vývojem), se objevuje dřívější nástup demence jako obranný mechanismus proti stáří a smrti. Přijmutí a vyrovnání se se smrtí je totiž nejdůležitějším vývojovým úkolem, se kterým se všichni v pozdějším věku setkáme<sup>86</sup>. Pro lidi s demencí je ale tento úkol příliš těžký – mají stejnou potřebu přijmutí a smíření, ale nemohou si s ní poradit. Již nelze napravit své selhání a urovnat vztahy, člověk je lapen v emocích, které nemůže zpracovat. Potřebuje někoho, kdo mu naslouchá, kdo potvrzuje jeho emoce.<sup>87</sup> Výzvou pro personál je pomoci dát těmto emocím průchod a přispět k pokojné smrti.

V Domově se dvakrát měsíčně konají bohoslužby a senioři mají možnost rozhovoru s knězem. Kontakt s duchovními je ale limitován jejich časovými možnostmi a pracovním vytížením, s Domovem nemají uzavřený žádný právní vztah. Nepravidelně se také uskutečňují duchovní a modlitební setkání pro malé skupinky obyvatel, vedené

<sup>85</sup> Srov. Tamtéž, s. 21.

<sup>86</sup> FEIL, N. *Validácia s Naomi Feil*.

<sup>87</sup> Srov. FEIL, N. *Validácia*, s. 34 – 35.

dobrovolníci. Pokud si to klient nebo rodina přeje, nebo pokud to vyplývá z klientovy anamnézy a dosavadního chování, je pozván duchovní k zajištění duchovního zaopatření a rozhovoru. Toto zprostředkovává sociální pracovnice nebo sestra ve službě. Při doprovázení obyvatele v terminálním stádiu se u lůžka v určitých intervalech střídá personál. Pokud je umírající věřící a pokud přítomný člen personálu jeho víru sdílí (1/3 personálu je věřící), je obvyklé, že se s ním nebo nad ním pomodlí či zazpívá. Duchovní pomoc rodinám zprostředkována není. Za zemřelého se slouží v Domově mše, ke které je rodina přizvána.

Také v této oblasti by bylo zapotřebí důslednějšího využívání a širšího proškolení personálu v oblasti validace a práce v tomto konceptu. Chybí nám jiný nástroj k identifikaci spirituálních potřeb. Tyto potřeby byly dlouhodobě podceňovány a i v mentalitě pečujících je na prioritním místě důsledné zajištění biologických potřeb. Také v této oblasti je velký prostor pro činnost vhodných a vyzrálých dobrovolníků, kteří nám stále chybí. Rovněž bychom mohli důsledněji oslovovat duchovní a jáhny a častěji je zvat ke spolupráci.

### 5.3.5 Doprovázení při umírání

Standard 7.1 se věnuje péči o umírajícího a zahrnuje i respekt vůči zemřelému a jeho rodině.<sup>88</sup>

Standard	znění standardu	popis praxe
7.1	rozpoznání terminálního stavu, informování pacienta a jeho blízkých	Stanovení v týmu a v konzultaci s lékařem, informování rodiny.
7.1	zahájení péče zaměřené na mírnění dyskomfortu při umírání	V kompetenci lékaře a zdravotnického personálu.
7.2	péče o tělo zemřelého je prováděna s úctou a respektem k osobě zemřelého	Personál po ohledání těla lékařem zemřelého oblékne do předem připravených šatů.
7.3	po úmrtí je rodině poskytnuta bezprostřední pomoc a je nabídnuta systematická podpora v období truchlení	Rodině se zašle kondolence, pracovníci se účastní pohřbů.

Stanovení terminálního stavu probíhá týmově, protože většinou není přítomen lékař. S ním se poté daný stav konzultuje a po domluvě s lékařem se informuje rodina. S rodinou i klientem (pokud je to možné) se konzultuje setrvání v Domově a podmínky pro případnou hospitalizaci. Snažíme se o setrvání umírajícího v Domově a o zajištění

<sup>88</sup> *Standardy paliativní péče*, s. 15. [online]

přítomnosti rodiny. Rodina výjimečně zůstává i v noci (s ohledem na spolubydlící), ale vzhledem k třílůžkovým pokojům nemůžeme nabídnout rodině žádný komfort ani soukromí. I když se umírající jeví netečně a se zastřeným vědomím, shodují se odborníci v tom, že svou situaci vnímá a prožívá, proto by neměl zůstat sám.<sup>89</sup> Pokud u lůžka nemůže být přítomna rodina, byl zaveden systém častého kontaktu s umírajícím, protože stálou přítomnost u lůžka z provozních a personálních důvodů nejsme schopni zajistit. Snažíme se o zpříjemnění a sdílení posledních chvil umírajícího. Po úmrtí zemřelého oblékáme do šatů. V zařízení máme místnost pro zemřelé, ta je ale v nevyhovujícím stavu a je nutné ji opravit, aby poskytovala důstojné prostředí.

#### **5.4 Shrnutí limitujících podmínek**

Při zavádění paliativní péče se jedná o velmi širokou oblast možných podnětů a změn. Většina z nich míří do zdravotnické oblasti. Já jsem se v předchozí kapitole věnovala především těm aspektům, které již v sociální službě alespoň částečně naplňujeme a můžeme je dále rozvíjet. Je ale mnoho oblastí, které se nám naplnit nedaří, a z pozice sociálních služeb jsme i výrazně limitováni danými možnostmi a nastavením služby.

Limity, se kterými se potýkáme, jsem ve své práci uvedla a krátce reflektovala. Jedná se především o následující:

- personální zajištění je nastavené na běžnou péči, při zhoršování zdravotního stavu obyvatel je již nedostatečné.
- lékař není stabilně přítomen, velkou zodpovědnost nese všeobecná sestra ve službě, která musí řešit akutní zdravotní stav obyvatel.
- lékař běžně neindikuje paliativní péči.
- nespolupracujeme s psychologem či psychoterapeutem.
- spolupráce s duchovními je omezená jejich časovými možnostmi, do Domova docházejí dobrovolně.
- na péči se v dostatečné míře nepodílí náležitě edukovaní dobrovolníci.
- nespolupracujeme s žádným zařízením hospicového typu v okolí.
- podpora a péče o rodiny v období zármutku je omezená.
- třílůžkové pokoje neumožňují soukromí rodinám, umírajícím ani ostatním klientům.

---

<sup>89</sup> Srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*, s. 35.

- místnost pro zemřelé je nevyhovující.

V textu se zmiňuji o okolnostech, které lze řešit. Do této kategorie lze zahrnout například větší proškolení a využívání metody validace či důslednější podporu v udržení soběstačnosti obyvatel. Některé uvedené limity se týkají konkrétně daného pracoviště a s podporou zřizovatele by mohlo dojít ke změně (např. rekonstrukce zařízení počítající s menší lůžkovou kapacitou – jednolůžkovými pokoji, návštěvní místností, rekonstrukcí místnosti pro zemřelé apod.). Narážíme ale i na obtíže, se kterými se potýkají zařízení sociálních služeb obecně. Týká se to především finančních možností, od kterých se odvíjí personální nastavení, a nedostatku paliativního přístupu ze strany praktického lékaře klienta.

Domnívám se, že jsem ve své práci ukázala, že i přes tyto překážky lze hledat a nacházet cestu, jak paliativní přístup vnést do práce se seniory s demencí.

## ZÁVĚR

Ve své práci jsem se snažila popsat možnosti aplikace prvků paliativní péče do pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory s demencí. Konkrétně jsem využití těchto prvků ukázala v podmínkách sociální služby Domova se zvláštním režimem v Břevnici. Práce popisuje problematiku stárnutí a změny, které toto životní období přináší, především se věnuje onemocnění demence a dopadu této nemoci na život seniora. Onemocnění demencí je nevléčitelné, lze ho pouze zpomalit. Z tohoto důvodu je důležité optimální nastavení péče a doprovázení seniorů s demencí. K tomu napomáhá paliativní přístup, který je zacílený na kvalitu života v poslední životní fázi. Práce hledá odpověď na možnost doprovázení seniorů s demencí prostřednictvím využití prvků paliativní péče a poukazuje na to, že je vhodné tyto aspekty aplikovat do práce s klienty v zařízeních sociálních služeb.

Nejproblematictější krokem je indikace paliativní péče lékařem. Ačkoliv jsou všechny předpoklady pro to, aby byla demence od počátku jejího diagnostikování provázána s paliativní péčí, v praxi se tak neděje. V zařízeních sociálních služeb nejsou vždy vhodné provozní podmínky, prostorové dispozice či složení personálu. Přesto je možné vybrat prvky paliativní péče, které lze zahrnout do práce personálu. Paliativní péče je komplexní přístup, zahrnující mnoho aspektů. Při výběru prvků můžeme z této bohatosti vycházet. Nejdůležitějším ukazatelem zůstává zaměření na co největší kvalitu života seniora s demencí, kterou můžeme podpořit i přes nedostatečné podmínky či limity, které dané zařízení sociálních služeb má. Věřím, že se paliativní péče u seniorů s demencí stane standardem, ne něčím výjimečným.

Paliativní péče je v českém prostředí často vnímána jako výlučná záležitost lékaře, zdravotnických odborníků. Je to ale přístup, který může přinášet každý pracovník. Setkávám se s tím, že se na péči o seniora podílí hodně odborníků, někdy je jich až příliš mnoho. Přes odbornost a profesionální korektnost zapomínáme na lidský přístup. Nemyslím si, že člověk s demencí či umírající touží po odborníkovi, spíše prahne po druhém člověku, který mu nabízí svou blízkost a účast. Přála bych si, abychom při své práci nezapomínali na rozvinutí vlastního lidství v nás a viděli bohatství života i u lidí s demencí.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FEIL, N. *Validácia*. Bratislava: Terapeutika. 2013. ISBN 978-80-971766-1-7.
- FIRTHOVÁ P., LUFFOVÁ G., OLIVIERE D. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno, 2007. ISBN 978-80-87029-21-3.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HOLMEROVÁ, I., J. HORECKÝ a P. HANUŠ. *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. ISBN 978-80-906320-2-8. Str. 16.
- JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie: učební text*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-109-8.
- JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-455-5.
- KRUSE, A. Auszg aus: *Lensqualität bei Demenz?* 2013 In: MESSERLI, H. a B. MEICHTRY. *Stacionární péče o osoby s demencí ve Švýcarsku*. Přeložil V. VONDRÁČKOVÁ. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. ISBN 978-80-906320-1-1.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

- LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl*. Brno 1998. ISNB 80-85319-79-9.
- MESSERLI, H., MEICHTRY, B. *Stacionární péče o osoby s demencí ve Švýcarsku*. Přeložila Veronika VONDRÁČKOVÁ. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. ISBN 978-80-906320-1-1.
- NIEDERMANN, E., PFLUGSHAUPT, C., RÜEGGER, H., SCHÄR, B. *Paliativní péče – Úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. 1. vyd., Tábor: APSSČR, 2016, 78 s. ISBN 978-80-906320-3-5.
- NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3708-9.
- OREL, M. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem: [vývojová psychologie] : přepracované vydání*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. ISBN 9788073671242.
- SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2005. ISBN 80-86998-03-7.
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996. ISBN 80-85800-33-0.
- SUCHOMELOVÁ, V. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů, 2016. ISBN 978-80-7255-361-7.
- SVATAŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
- ŠIKLOVÁ, J. *Deník staré paní*. Praha: Kalich, 2003. ISBN 80-701-7865-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

## JINÉ ZDROJE

- FEIL, N. *Mezinárodní workshop: Validácia s Naomi Feil*. Bratislava. Terapeutika, Validation training institut. 2015-03-02.
- FROGGATT, K. *Mezinárodní seminář: Paliativní péče v domovech pro seniory*. Příspěvek: International experience with palliative care in nursing homes. Praha. Nadační fond AVAST, Domov Sue Ryder. 2016-04-26.

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném k 20. 2. 2017.

### **Periodika**

- HOLMEROVÁ, Iva. Demenece. *Sociální služby*, 2016, roč. 18, č. 2. ISSN 1803-7348.
- ŠOUREK, David. Doprovázení umírajících v pobytových zařízeních. *Sociální služby*, 2016, roč. 18, č. 2. ISSN 1803-7348.

### **Vnitřní zdroje organizace a interní dokumenty**

- Domov pro seniory Havlíčkův Brod. *Základní prohlášení organizace*, Vnitřní předpis č. 30. V aktualizaci ze dne 2015-02-19.
- Domov pro seniory Havlíčkův Brod, služba domov se zvláštním režimem. IS Cygnus: modul Dokumentace klienta/statistiky. [cit. 2017-02-21].
- Domov pro seniory Havlíčkův Brod, služba domov se zvláštním režimem. IS Cygnus: modul Zaměstnanci. cit. [cit. 2017-02-21].
- Domov pro seniory Havlíčkův Brod.
  - *Dotazníkové šetření 2016*. Ze dne 2016-12-01.
  - *Dotazníkové šetření 2015*. Ze dne 2015-12-08.
  - *Dotazníkové šetření 2014*. Ze dne 2014-11-14.
  - *Dotazníkové šetření 2013*. Ze dne 2013-11-29.

### **INTERNETOVÉ ZDROJE**

- *Definice paliativní péče* [online]. WHO. 2002 [cit. 2016-11-12]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- *Domov pro seniory Havlíčkův Brod: služba Domov se zvláštním režimem v Břevnici*. [online]. [cit. 2017-11-02]. Dostupné z: <http://www.ddhb.cz/index.php?oid=2011652>.
- *Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů*. [online]. Praha. [cit. 2017-11-02]. Dostupné na: <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.883/15.491>.

- KABELKA, Ladislav. *Tisková zpráva ČSPM k vyhodnocení pilotního projektu Mobilní specializované paliativní péče* [on-line]. Česká společnost paliativní medicíny. 26. 10. 2016 [cit. 2017-01-22]. Dostupné na: <http://www.paliativnimedicina.cz/tiskova-zprava-cspm-k-vyhodnoceni-pilotniho-projektu-mobilni-specializovane-paliativni-pece/>.
- *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 – 2019* [online]. Meziresortní a mezioborová skupina. 2015 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.seniorum.cz/uploads/document/60.pdf>.
- *O organizaci paliativní péče. Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům* [online]. Praha: Cesta domů. 2004 [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=AqG4xhuJVec%3D&tabid=1709>.
- PEŘINA, Jakub., *Historie a současnost paliativní péče v Česku* [on-line]. Informační a diskuzní portál Umírání.cz. Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 11. 11. 2016 [cit. 2017-01-22]. Dostupné na: <http://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku>.
- *Politika přípravy na stárnutí v České republice* [on-line]. MPSV. 2015 [cit. 2017-01-22]. Dostupné z: [www.mpsv.cz/files/clanky/24024/Brozura\\_starnuti\\_screen.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/24024/Brozura_starnuti_screen.pdf).
- *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě* [online]. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny. 2010 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-a-normy-eapc.pdf>.
- *Standardy paliativní péče* [online]. Česká společnost paliativní medicíny. 2013 [cit. 2016-12-03]. Dostupné z: [http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf).
- SLÁMA, Ondřej. KABELKA, Ladislav. ŠPINKOVÁ, M. *Paliativní péče v ČR v roce 2013* [online]. Česká společnost paliativní medicíny. 12. 02. 2013 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013/>.

- *Strategie rozvoje paliativní péče v ČR na období 2011 – 2015* [online]. Rada vlády pro lidská práva, 2011 [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/scripts/modules/fg/fulltxt.php?langid=1&locale=CZ&sort=rank&searchtext=strategie+paliativn%C3%AD+p%C3%A9%C4%8De>.
- VAŇKOVÁ H. Prevalence kognitivních poruch v pobytových zařízeních pro seniory. *Geriatric a Gerontologie* [on-line]. 2013, roč. 2, č. 3. [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/geriatric-gerontologie-clanek/prevalence-kognitivnich-poruch-v-pobytovych-zarizenich-pro-seniory-v-cr-narust-mezi-lety-2007-a-2013-41561?confirm\\_rules=1](http://www.prolekare.cz/geriatric-gerontologie-clanek/prevalence-kognitivnich-poruch-v-pobytovych-zarizenich-pro-seniory-v-cr-narust-mezi-lety-2007-a-2013-41561?confirm_rules=1).
- *Zpráva o stavu demence 2015* [on-line]. Česká alzheimerovská společnost. Prosinec 2015 [cit. 2017-01-22]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/002/000331.pdf>.

## ABSTRAKT

PRÁŠKOVÁ, M. *Aplikace prvků paliativní péče u seniorů s demencí v podmínkách domova se zvláštním režimem v Břevnici*. České Budějovice 2017. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Oddělení praxe. Vedoucí práce H. Machulová.

**Klíčová slova:** stáří, senior, demence, paliativní péče, doprovázení, kvalita života, zařízení sociálních služeb, standardy paliativní péče

Bakalářská práce se zabývá možností využití prvků paliativní péče u seniorů s demencí v podmínkách sociální služby, konkrétně v Domově se zvláštním režimem v Břevnici. Práce popisuje problematiku stárnutí a změny, které toto životní období přináší, především se věnuje onemocnění demence a dopadu této nemoci na život seniora. Dále představuje přístup paliativní péče, který je zacílený na kvalitu života v poslední životní fázi. Práce hledá odpověď na možnost doprovázení seniorů s demencí prostřednictvím využití prvků paliativní péče v pobytovém zařízení sociálních služeb. Poukazuje na to, že je vhodné tyto prvky do péče o seniory s demencí aplikovat, a to i přes to, že tato zařízení nemají pro zavádění paliativní péče optimální podmínky.

Možnost výběru a aplikace prvků paliativní péče u seniorů s demencí se ilustruje na službě Domova se zvláštním režimem v Břevnici. Praxe daného zařízení je porovnávána s vybranými aspekty Standardů paliativní péče.

## **ABSTRACT**

### **The application of the elements of palliative care in elderly citizens with dementia in conditions of the Special Needs Nursing Home in Břevnice**

**Keywords:** old age, senior, dementia, palliative care, accompanying, quality of life, residential care facility, standards of palliative care

The bachelor thesis deals with the possibility to use elements of palliative care in elderly citizens with dementia in conditions of social services. It describes issues of ageing and changes connected with this period of human life. Mainly it deals with dementia and its impacts on a senior's life. It also presents the approach of palliative care aiming for the quality of life in the final stage of life. The work examines the possibility of accompanying seniors with dementia through the use of elements of palliative care in residential care facilities. It points out that it is suitable to employ these elements in care of the elderly with dementia despite the fact that these facilities do not provide optimal conditions for introduction of palliative care.

The possibility of choosing and employing of palliative care elements in elderly citizens with dementia is illustrated with the service of the Special Needs Nursing Home in Břevnice. The practice of the above mentioned facility is compared with selected aspects of the Palliative Care Standards published by The Czech Association of palliative care.