

Bakalářská práce

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

PÉČE O UMÍRAJÍCÍ V DOMOVECH PRO SENIORY

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová

Autor práce: Nicola Kovářová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: Kombinovaná

Ročník: IV.

2018

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.

Datum:

Podpis studenta:

„Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Heleně Machulové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.“

Obsah

Úvod.....	5
1 Stáří a nemoci	8
1.1 Stáří a stárnutí.....	8
1.2 Nemoci spojené se stářím.....	12
2 Domovy pro seniory a jejich cílová skupina.....	14
2.1 Požadavky na sociálního pracovníka pracujícího v domovech pro seniory.....	15
2.2 Práce sociálního pracovníka v domovech pro seniory	15
2.3 Práce sociálního pracovníka s umírajícím uživatelem sociální služby	17
2.4 Práce zdravotní sestry a pracovníka přímé obslužné péče s umírajícími	18
2.4.1 Bolest	21
2.4.2 Dekubitus	23
2.4.3 Členění procesu umírání	24
2.5 Specifika komunikace s umírajícím	26
3 Rozdíly poskytované péče v domovech pro seniory a v hospicových zařízeních	29
3.1 Paliativní péče (dělení, kritéria, důležité prvky)	30
3.2 Rozdíly v poskytované péči v hospicích a v domovech pro seniory	33
ZÁVĚR.....	36
Seznam použitých zdrojů	37
Seznam zkratk	39
Seznam příloh	40
ABSTRAKT.....	41
ABSTRACT.....	42
Přílohy	43

Úvod

Téma této práce jsem si vybrala, protože je mi z profesního hlediska velmi blízké, pracuji totiž v jednom z domovů pro seniory v Českých Budějovicích jako pracovník v sociálních službách – pracovník přímé obslužné péče již od roku 2015. Vím proto jak je důležitá péče o umírající klienty v domovech pro seniory, i když by si často zasloužili péči specializovanou, poskytovanou hospicovým zařízením. Hospiců čili zařízení, kde se poskytuje paliativní péče je v České republice jen velmi málo, a každý umírající člověk nemá šanci se tam dostat. V Českých Budějovicích dokonce funguje pouze mobilní hospic, kde se zdravotní sestry starají o nemocného u něho doma. Tento typ hospicové paliativní péče však také nedokáže obsáhnout všechny nevléčitelně nemocné v Českých Budějovicích a okolí. Lidé tak nejčastěji umírají v nemocnicích, nebo v zařízeních poskytujících sociální služby, jen malé procento umírá doma, i když je to přáním většiny umírajících, zemřít ve svém přirozeném prostředí a pokud možno prožívat poslední chvíle se svou rodinou, jak to dovoluje právě paliativní péče. Proto se budu ve své práci zabývat právě jednou z těchto skupin, umírajícími v domovech pro seniory, křehkostí těchto klientů, a hlavně prací sociálního pracovníka, popř. ostatních pracovníků zapojených do péče o uživatele sociálních služeb po celou dobu jeho pobytu v domově pro seniory až po jeho úmrtí, a následnou prací s jeho rodinou, dále se budu zabývat rozdílem poskytované péče v domovech pro seniory v zařízeních, které jsou přímo určeny k poskytování specializované paliativní péče, tzv. hospiců a domácích hospiců.

Cílem této bakalářské práce je popis péče o umírající v domovech pro seniory, která je opravdu velmi náročná a vyžaduje spoustu úsilí, pečlivosti, empatie, trpělivosti a hlavně psychické odolnosti všech pečujících a popis péče se speciální hospicovou péčí, která poskytuje paliativní péči o umírající jako svůj hlavní cíl na profesionální úrovni, následné porovnání těchto dvou služeb a vyjasnění, jaké prvky paliativní péče je možné užívat v domovech pro seniory, popř., které se již užívají, anebo by bylo vhodné je zavést, ale například z personálních či kapacitních důvodů není možné je zavést, ačkoliv by to velmi výrazně pomohlo kvalitě poskytované péče v domovech pro seniory umírajícím lidem.

Na začátku této práce bych chtěla vymezit pojem stáří, a co stáří a křehkost této cílové skupiny obnáší, včetně nemocí, které jsou se stářím často spojované a u jednoho jedince se mohou i kombinovat a s tím přichází i komplikace, kterými se v této kapitole

budu také zabývat. Další kapitolou budou domovy pro seniory a jejich cílová skupina a požadavky na sociálního pracovníka pracujícího v domovech pro seniory.

Specifickou kapitolou v této práci je kapitola „Práce sociálního pracovníka s umírajícím uživatelem sociálních služeb v domovech pro seniory“, kde se budu přímo zabývat prací sociálního pracovníka. Zpočátku prací, která je nezbytná pro každého uživatele sociálních služeb, poté se budu blíže zabývat specifiky práce s uživatelem umírajícím až po uživatele v terminálním stádiu života, až úmrtím a konečnou následnou prací s jeho rodinnými příslušníky. Neméně důležitou podkapitolou této kapitoly bude kapitola věnovaná pracovníkům přímé obslužné péče a zdravotním sestřím, kteří odvádějí velmi důležitou práci přímo u lůžka nevyлéčitelně nemocného seniora. K této kapitole patří dvě další podkapitoly, které nejsou žádné zdravotní sestře ani pracovníkům přímé obslužné péče cizí, a to „Bolest“ a „Dekubitus“, které tvoří velké komplikace v jejich práci a musejí se s nimi denně potýkat, hlavně u nevyлéčitelně nemocných. Kapitola s názvem Bolest, se věnuje nepříjemným faktům spojeným s bolestí, jejím měřením a léčením. Kapitola nazvaná Dekubitus, souvisí s ošetrovatelskou péčí o nevyлéčitelně nemocné až umírající klienty, protože je spojena s imobilitou a celkovým zhoršením zdravotního stavu (tím i pružnosti a citlivosti kůže) člověka, a také způsobuje mnoho již zmiňované bolesti, diskomfort a je samozřejmě místem, kam se může dostat infekce, která může způsobit až smrt, nebo výrazně zhoršit celkový zdravotní stav jedince.

Stěžejní kapitolou mé práce je poslední a také nejdelší kapitola nazvaná „Rozdíly poskytované péče v domovech pro seniory a v hospicových zařízeních“. Obě zařízení dnes poskytují péči nevyлéčitelně nemocným starým lidem, (a to hlavně proto, že specializovaná hospicová zařízení nejsou všem dostupná) existují však jisté rozdíly v této péči, i když je dnes znát, že domovy pro seniory začínají zavádět prvky specializované paliativní péče, některé však zatím přísluší pouze hospicovým zařízením, což podrobně popíši a srovnám v této kapitole.

Srovnání péče o umírající v domovech pro seniory a v hospicových zařízeních bude začínat podrobným popisem paliativní péče a dále se budu věnovat hlavně specializované paliativní péči v hospicích a jejich péči o umírající. Poté dojde na základě tohoto popisu ke srovnání rozdílů s domovy pro seniory a následnému doporučení ke zkvalitnění poskytovaných služeb.

Tato práce se opírá hlavně o Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb, dále o knihu Ladislava Kabelky s názvem „Geriatrická paliativní péče“, knihu Martina Kupky

„Psychosociální aspekty paliativní péče“, knihu Richarda Rokyta a kolektivu s názvem „Bolest a jak s ní zacházet“ a také nezanedbatelný zdroj, o který se má práce opírá, jsou knihy Jany Mlýnkové „Pečovatelství 1. díl“ a „Péče o staré občany“.

1 Stáří a nemoci

1.1 Stáří a stárnutí

Stáří je nevyhnutelná část v životě každého člověka, a také naprosto přirozená část života.

Podle Světové zdravotnické organizace, se tato část života dělí na:

- ranné stáří = 60 – 74 let
- vlastní stáří = 75 – 89 let
- dlouhověkost = 90 let a více

Dále můžeme stáří rozdělit také na stáří kalendářní a biologické. Kalendářní stáří není ničím ovlivnitelné, je dané naším věkem už od narození, ale stáří biologické ovlivnit můžeme, je totiž podmíněno naším životním stylem, zdravím (fyzickým i psychickým) a vitalitou.¹

Stárnutí je naprosto přirozený celoživotní proces týkající se všeho živého na naší planetě. Dochází při něm k opotřebování organismu, a také dochází k výrazným změnám v jeho funkcích. Tyto změny jsou u každého člověka individuální, tzn., že každý člověk stárne jinou rychlostí, záleží to hlavně na zdravotním stavu, psychickém zdraví, životním stylu (závislosti jako je např. alkohol, cigarety, nebo dokonce v některých případech i drogová minulost, chronické choroby, stres, nezdravá strava, tzv. přecházení nemocí či jejich ignorování, vrcholové sportování), genetických dispozicích a také na prostředí, kde vyrůstáme a kde a s kým nadále žijeme. „Změny tkání a buněk související se stárnutím zpravidla začínají ve 30 letech života člověka. Stáří je vyvrcholením stárnutí a představuje závěrečnou kapitolu života jedince“²

Věda, která se zabývá stářím a stárnutím se nazývá gerontologie. Sleduje všechny změny dějící se ve stáří, jako je např. zhoršená paměť a jiné kognitivní a emoční změny způsobené stárnutím celého organismu. „Na počátku období stáří bývá ještě velmi silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečný pro druhé, později vystupuje do popředí spíše potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí v okruhu blízkých osob. Zejména v pozdějším stáří jsou lidé mnohdy méně zaujati událostmi okolního světa a jsou soustředěnější na sebe a své problémy. Osud druhých lidí je jim

¹ Srov. MLÝNKOVÁ, J., *Péče o staré občany*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 14, ISBN 978-80-247-3872-7.

² MLÝNKOVÁ, J., *Péče o staré občany*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 13, ISBN 978-80-247-3872-7.

často vzdálený, jejich vlastní přecitlivělost může být naopak vystupňována až v převládající hypochondrii.“³

Můžeme tedy sledovat, že se lidé v průběhu stárnutí, stejně jako celý život nejen emočně mění a mění se tak i jejich osobnost, tím i jejich potřeby.

Změny ve stáří se dělí na biologické, psychické a sociální.

Biologické změny, jsou změny týkající se celého organismu člověka, ke změnám dochází např. v pohybovém aparátu, nervovém systému, trávicím systému, vylučovacím systému, kardiovaskulárním systému, respiračním systému, smyslovém vnímání atd. V oblasti smyslového vnímání dochází nejčastěji k postižení zraku a sluchu. Změny zraku se mohou týkat např. vzniku šedého zákalu, projevujícím se zvýšenou zrakovou ostrostí. Ke zhoršení sluchu dochází hlavně u seniorů, kteří v mládí pracovali ve velmi hlučném prostředí, jako je např. práce ve fabrikách, anebo se do této kategorie spadají např. i hudebníci. Změny v nervovém systému se u seniorů mohou projevat tím, že potřebují více času na vstřebání některých informací. Vylučovací systém ve vyšším věku začíná být oslabenější, zejména, protože klesá schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč. Někteří senioři mají naopak problém s udržení moči a postupně dochází k její inkontinenci.

Psychické změny se s rostoucím věkem mohou objevovat u každého seniora, mění se hlavně osobnostní rysy a vlastnosti seniora. Zhoršená je také schopnost přizpůsobovat se novým věcem. Objevovat se může dále emoční labilita, úzkost či strach, depresivní nálady, ve stáří totiž dochází k velmi bolestivým ztrátám svých nejbližších (životní partner, sourozenec, kamarádi atd.) a mohou tak pociťovat nepříjemné pocity samoty a odloučení od okolního světa.

Sociální změny souvisejí hlavně s odchodem do důchodu, kdy senior svůj nový status může těžko snášet a cítit se po odchodu z práce méněcenný. Role se mění i se zhoršením zdravotního stavu, kdy si senior sám neobstará stravu, jeho snížená hybnost mu nedovoluje se vzdalovat ze svého domova, anebo se začnou objevovat nemoci, a když už nestačí pomoc rodiny ani pečovatelské služby, musí se senior vyrovnávat s další novou rolí, a to s rolí uživatele sociálních služeb, která může být pro něho velmi frustrující, z důvodů náhlého přestěhování a pocitů osamělosti ze ztráty svého přirozeného prostředí (např. sídliště, kde se seniorky pravidelně setkávají před paneláky

³ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie 2. Aktualizované vydání*, Praha: GRADA Publishing 2006, str. 207, ISBN 978-80-247-1284-0.

na lavičce a povídají si) a vstup do zpočátku neznámého prostředí. Mění se také jeho ekonomická situace, má méně peněz než dříve.⁴

Změny, které se ve stáří dějí, mají velký vliv na potřeby seniorů.

Tyto potřeby nejlépe definuje Maslowova hierarchie potřeb, která nám říká, že základní potřebou jsou potřeby fyziologické (biologické) a ty musí být naplněny přednostně. Dále následují potřeby jistoty a bezpečí, potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty a nakonec až potřeby seberealizace, později dalšími autory po potřebě uznání a sebeúcty doplněny potřeby kognitivní a potřeby estetické, v této doplněné verzi platí stejná pravidla jako u původní verze Maslowovy hierarchie potřeb. V těchto pravidlech platí, že hodnota vyšší by neměla být naplněna, pokud nejsou naplněny potřeby nižší, což platí i v našem případě u seniorů. Relativně zdravý (popř. s nemocí, která ho v ničem nelimituje) senior, žijící doma může dosahovat až na všechny již zmíněné potřeby a naplňovat je, tento senior zvládá péči o sebe a své bydlení naprosto sám, udržuje si dobré vztahy s rodinou a přáteli a usiluje o potřebu seberealizace, např. hledáním sebe sama ve víře atd. S přibývajícím omezeními, nemocemi psychickými i fyzickými, vlivem mezilidských vztahů životě seniora se potřeby různě mění, a většinou začínají od vyšších potřeb ustupovat. Např. seniorka, která dříve potřebovala mít vždy uklizený pokoj či byt a mít vždy upravené vlasy, může o tyto potřeby vlivem vývoje nemoci ztratit zájem, a její omezená hybnost ji může limitovat, až na pomoc rodiny, pečovatelské služby, anebo dokonce pobytového zařízení jako je i domov pro seniory, kde může v prvních dnech po nástupu do zařízení do popředí vsunout potřeby biologické, jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky. Dále u imobilních klientů se však nemusí ztratit např. potřeby lásky, anebo potřeby estetické (v případě potřeby lásky může jít o touhu po pravidelných návštěvách rodiny, u potřeb estetických může jít o potřebu poslouchat vážné hudby, anebo zavěšení uměleckého díla v blízkosti lůžka), dovoluje-li to zdravotní stav.⁵

Potřeby individuálního charakteru seniora se v domovech pro seniory řeší formou individuálního plánování s klíčovým pracovníkem.

U umírajících lidí se také mění jejich potřeby, ale podle vážnosti a rychlosti postupujícího onemocnění či fáze procesu umírání, dokud nedojde člověk do terminálního stádia života, kde už jde spousta věcí z okolního dění mimo zájem

⁴ Srov. MLÝNKOVÁ, J., *Péče o staré občany*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 21-26, ISBN 978-80-247-3872-7.

⁵ Srov. MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 169-170, ISBN 978-80-247-3148-3.

umírajícího, potřeba blízkosti rodiny se však neztrácí, přetrvává dále, zvyšuje se pocit strachu.

Protože, umírání vyvolává u člověka změny v jeho emocionálním stavu a v myšlení. Přemýšlí více o tom co je nutné před smrtí vykonat, rekapituluje vlastní život a přeje si trávit poslední chvílky života s rodinou. Pocit strachu se týká hlavně bolestivého a osamělého konce života, může se objevit i strach ze selhání, nezvládnutí celé situace, která ho čeká, z projevení se jako slaboch a bezmocnosti a ztracením nadvlády nad vlastním tělem.⁶

„Velká pozornost je věnována zejména potřebám duchovním, které v terminálním stádiu často vystupují do popředí.“⁷

Spirituální potřeby umírajících se týkají hlavně otázek ohledně smrti (co se po ní bude dít, bude bolestivá atd.), smyslu života, pocitů vlastní hodnoty (zda prožil svůj život správně) a samoty. Lidé umírající potřebují pomoci s odpověďmi na tyto otázky, někteří hledají odpovědi ve víře a náboženství, jiní si přejí popovídat spíše s rodinou nebo ošetřujícím personálem v zařízení, kde bydlí. Nejdůležitější spirituální potřebou je otázka po smyslu života, kdy ošetřující personál, anebo rodina se snaží např. najít smysl života uživatele v maličkostech jako je jejich návštěva, blížící se oslava jeho narozenin (nebo jiná důležitá událost v rodině uživatele, narození vnoučete, které se již očekává, svatba vnoučat nebo pravnoučat atd.), nebo personál může v televizi pravidelně pouštět oblíbený seriál. Potřeby religiózního charakteru se řeší návštěvou duchovního u lůžka umírajícího.⁸ Duchovní může poskytnout rozhovory, modlitby, udělení náboženských svátostí aj. S religiózními potřebami může pomoci i rodina a ošetřující personál např. umožněním pouštění televizních náboženských pořadů, bohoslužeb, rodina může také zapůjčit růženec či sošky a obrazy s náboženskou tematikou nebo kříže dle náboženství umírajícího, k lepšímu naplnění duchovních potřeb umírajícího, je možné taky, aby se rodina s umírajícím pomodlila, když si to bude přát, anebo se u lůžka sešli rodinní příslušníci a duchovní na pokoji umírajícího modlitbu pronesli společně.

Duchovní potřeby umírajícího je možné řešit také návštěvou psychologa, který pomůže s ujasněním otázek a svých nedorušených problémů (týkající se rodinných vztahů nebo nevyřešených záležitostí v životě) umírajícího pomocí psychoterapie (nebo

⁶ Srov. KRUPKA, M., *Psychosociální aspekty paliativní péče*, Praha: GRADA Publishing 2014, str. 98, ISBN 978-80-247-4650-0.

⁷ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie 2. Aktualizované vydání*, Praha: GRADA Publishing 2006, str. 215, ISBN 978-80-247-1284-0.

⁸ Srov. BUŽGOVÁ, R., *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života*, Praha: GRADA Publishing 2015, str. 85 - 87, ISBN 978-80-247-5402-4.

i pomocí regrese, hypnózy, kineziologie atd.). Už jen jeho přítomnost a možnost být psychologem vyslechnut může klientovi velmi pomoci.⁹

Umírající klient si stále ponechává potřebu vlastní autonomie, která se věkem neztrácí, stále přetrvává. Potřebuje mít stále možnost rozhodovat o své vlastní osobě i o péči o svou osobu. Každý senior má právo na udržení si své soběstačnosti, která je podle jeho zdravotního stavu možná.¹⁰

1.2 Nemoci spojené se stářím

„Stáří a nemoci jsou pokládány za synonyma. Je to podivné, protože nemoci postihují lidi všech věkových kategorií, nejsou „výsadou“ stáří. Bylo by však neuvážené, že staří lidé nestůňou. Vždyť lidé se obávají stáří mj. právě proto, že hrozí příchod vážných a strasti přinášejících nemocí.“¹¹

Staří lidé mají oslabený imunitní systém, a tak jsou pro ně nemoci velmi devastující, i chřipka může křehkému seniorovi přinést vážné zdravotní komplikace, které je potřeba řešit a nepodceňovat.

Se stářím se pojí mnoho nejrůznějších druhů nemocí. U všech starých lidí postupem času dochází k fyziologickým, degenerativním změnám a výraznému zhoršení kognitivních funkcí, těmito změnami se dopodrobna zabývá vědní obor geriatric. Geriatric se věnuje interdisciplinárnímu přístupu k diagnostice, léčbě a rehabilitaci chorob ve stáří. Léčba seniorů je specifická a stále více zastoupená ve všech lékařských oborech. Cílem geriatric je posilování nezávislosti, a pokud je to možné zlepšení, anebo udržení současné soběstačnosti starších nemocných.¹²

Mezi nejčastější nemoci postihující staré lidi patří kardiovaskulární nemoci, rakovina, artrózy všech kloubů (včetně všech chorob postihujících pohybový aparát), přiměřené věku částečné zhoršení zraku a sluchu (nebo v některých případech jeho úplná ztráta), diabetes mellitus, hypertenze, a nemoci postihující nervový systém. Mezi časté se dají započítat také psychiatrické nemoci, jako jsou Alzheimerova choroba, stařecká demence úzkostné poruchy, nebo také deprese, mezi jejíž příčiny můžou patřit

⁹ Srov. MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 272-273, ISBN 978-80-247-3148-3.

¹⁰ Srov. BUŽGOVÁ, R., *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života*, Praha: GRADA Publishing 2015, str. 90, ISBN 978-80-247-5402-4.

¹¹ HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*, Panorama, Praha 1990, str. 246, ISBN 80-7038-158-2.

¹² Srov. MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 90, ISBN 978-80-247-3148-3.

například „akutní ztráta, např. úmrtí v rodině (patologická reakce delší než 6 měsíců), tělesné nebo kognitivní funkční ztráty; chronická bolest: u geriatrických pacientů často spojena s depresivními příznaky; neurotický podíl: dystymie (chronická depresivita) nebo porucha osobnosti: těžká životní traumata, zejména v dětství, vadné zpracování aktuální zátěže, prožitá bezmoc (dnešní geriatrickí pacienti patří k válečné generaci); organický podíl: organické funkční poruchy nebo nemoci, léky (v geriatrii často multimorbidita a multimedikace), přičemž souvislost by měla být časově co nejbližší.“¹³ Při multimedikaci, demenci či jiné psychiatrické nemoci se mohou často objevovat také halucinace.

Se stářím se pojí dlouhodobost jakékoliv léčby a velice špatné hojení poranění všech druhů a vstřebávání léků je už také o dost pomalejší než u jedinců v produktivním věku. Dochází tzv. odlišnostem klinického stavu a průběhu nemoci, dochází k mikrosymptomatologii, což znamená, že příznaky nemoci mohou být špatně vyjádřeny (např. u onemocnění zánětlivého typu může chybět zvýšená tělesná teplota, nebo je jen lehce zvýšena). Nedostatek příznaků způsobuje že, příznaky nejsou přítomny, nemoc může probíhat skrytě, avšak může dojít k velmi náhlému zhoršení zdravotního stavu, které si vyžaduje hospitalizaci v nemocnici. Nespecifické příznaky jsou např. nechutenství, mírně zvýšená tělesná teplota, únava, ospalost, nezájem o okolní dění atd., také velmi komplikuje jakoukoliv léčbu, protože se tyto příznaky objevují u mnoha nemocí. Také prudké nebo náhlé zhoršení probíhajících chorob je častým problémem seniorů. Objevují se nadále netypické reakce na některé předepsané léky tzv. nežádoucí účinky, které vyžadují díky své komplikaci v léčbě nemoci brzkou změnu medikace seniora.¹⁴

Staří lidé mívají i více nemocí najednou a to také může způsobovat zdravotní komplikace. Více nemocí u jednoho uživatele se nazývá polymorbidita. „Tento termín znamená, že dotyčný jedinec trpí více nemocemi (poly = mnoho, morbus = nemoc, choroba). Senior trpí např. ischemickou chorobou srdeční, dále je při tom diabetes mellitus, osteoporóza, či jiné onemocnění kostí a kloubů. Může docházet k tzv. řetězení chorob. To znamená, že jedno onemocnění vyvolává další nemoc.“¹⁵

¹³SCHULER, M., OSTER, P., *Geriatric od A do Z pro sestry*, Praha: GRADA Publishing 2010, str. 84, ISBN 978-80-247-3013-4.

¹⁴Srov. MLÝNKOVÁ, J., *Péče o staré občany*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 16, ISBN 978-80-247-3872-7.

¹⁵ MLÝNKOVÁ, J., *Péče o staré občany*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 15, ISBN 978-80-247-3872-7.

Starší lidé nejsou tolik obratní a objem jejich svalové hmoty se zmenšuje, proto je u starých lidí velká četnost pádů. V případě pádu v pobytových zařízeních je potřeba, aby zdravotní sestra uživatele vyšetřila a vypsala tzv. protokol o pádu, a dále se rozhodla podle závažnosti zranění. Zranění způsobená starému člověku se hůře hojí, a ve spojení s klidem na lůžku (např. v nemocničním zařízení) se pojí také se vznikem dekubitů, které jsou sami o sobě velkou komplikací pro zdraví starého člověka. Při zranění nebo i ve vzniklém dekubitu je stálá možnost infekce z vnějšího prostředí. Otevřená rána je vždy velikou komplikací pro starého člověka. Bakterie, které se nacházejí všude kolem nás, mu mohou ublížit (např. MRSA – zlatý stafylokok) a nadále bránit léčení rány. Takovému člověku, který je dlouho upoután na lůžko hrozí, že se stane imobilním a mnohdy už ani rehabilitace člověku zpět k mobilitě nepomůže (záleží na závažnosti zdravotního stavu, či následků zranění). Imobilní člověk se stává plně závislý na pomoci druhé osoby, pokud není možné aby, se o něho starala vlastní rodina, je zapotřebí sociálního šetření ze strany některého z poskytovatelů sociálních služeb, dle vážnosti od pečovatelské služby až po domovy pro seniory či hospice atd., kde se jim dostane péče, kterou potřebují.

2 Domovy pro seniory a jejich cílová skupina

Domovy pro seniory jsou speciální pobytová zařízení poskytující sociální služby, ubytování, stravování, služby prádelny, sociální aktivizace (které mohou zahrnovat ergoterapii, canisterapii, vaření, trénování paměti, zpívání, atd.) dopomoc či pomoc při běžných denních činnostech, ošetrovatelskou a základní zdravotnickou péči. Hlavním cílem všech domovů pro seniory je udržet a podporovat seniory v jejich současné soběstačnosti, a pokud to bude možné jeho soběstačnost zvýšit v co nejvíce denních úkonech, jako je péče o vlastní osobu, zahrnující osobní hygienu, použití WC (případně spolupráce při výměně pomůcek pro inkontinenci, pomoc při užití WC křesla, anebo podání podložní mísy, popřípadě močové lahve a jejich výměna a dezinfekce), pokud je to možné samostatně se najíst u stolu s použitím příboru a napít samostatně z hrnku (v nejvyšší možné míře jeho soběstačnosti, personál domova pro seniory může také poskytnout stravu, když to není možné stravu sám uživateli podá, to samé platí s podáním tekutin, tekutiny mohou být podány také brčkem) obléct a svléct si oblečení nebo aspoň obléct část těla (s případnou dopomocí ošetrovatelského personálu) a

zachovat při všech těchto úkolech jeho důstojnost a přihlížet k individualitě každého seniora. Cílovou skupinou, pro kterou je toto zařízení určeno jsou senioři, kteří se o sebe sami doma postarat nezvládají (důvodem může být například zhoršená mobilita, závažné nemoci komplikující život, stařecká demence, neschopnost zajistit si jídlo a další důležité věci, ohrožení sociálním vyloučením, atd.). Je všeobecně známo, že senior, je osoba starší 65 let věku. Seniorům bydlícím v domovech pro seniory se říká uživatelé sociálních služeb (dále jen uživatelé).¹⁶

2.1 Požadavky na sociálního pracovníka pracujícího v domovech pro seniory

Základním požadavkem pro výkon povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, vzdělání dle zákona 108/2006 Sb., bezúhonnost a povinnost dále se vzdělávat, na předem naplánovaných školeních. Důležité je, aby sociální pracovník znal zákon o sociálních službách, dokázal se v něm orientovat a využít ho ve své praxi. Základní požadavky na sociálního pracovníka jsou důvěryhodnost, diskrétnost, profesionalita, spolehlivost, komunikativnost a musí primárně dbát na zachování lidské důstojnosti a práv uživatelů.

Nezbytným požadavkem na sociálního pracovníka pracujícího s umírajícími je empatie, trpělivost, nehodnotící přístup, odolnost při stresové situaci a komunikativnost, a to ne jenom s úřady, uživateli, ale také s jeho rodinnými příslušníky. Musí být vždy ochotný poskytnout jim sociální poradenství a pomoci řešit problémy uživatele a nabídnout to nejlepší řešení.¹⁷

2.2 Práce sociálního pracovníka v domovech pro seniory

Práce sociálního pracovníka v domovech pro seniory začíná s každým uživatelem sociálních služeb téměř stejně. Začíná už přijetím uživatelovy podané žádosti o poskytování sociální služby, pokračuje sociálním šetřením v přirozeném prostředí uživatele (může se jednat například i o nemocnici či jiná léčebná zařízení, kde se uživatel může momentálně nacházet), zařazením do pořadníku žadatelů o přijetí do

¹⁶Srov. zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v úplném znění platném kke dni 9.10. 2017, § 35, § 49.

¹⁷ Srov. zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v úplném znění platném ke dni 9.10. 2017, § 110, § 111.

zařízení, a poté případným přijetím do zařízení. Během sociálního šetření poskytuje sociální pracovník základní informace o poskytovaných službách, jako jsou např. platby za poskytované služby, možnosti stravování atd. „Naším cílem při sociálním šetření je zejména poznání potřeb zájemce o službu – člověka, zjištění jeho očekávání, získání informací o tom, jak se dostal do nepříznivé sociální situace a jak tuto situaci vidí svými očima, zároveň ale podáváme informace o naší službě, poskytujeme sociální poradenství apod. Musíme také zjišťovat, jestli tento zájemce spadá do okruhu osob, pro které je naše služba určena (cílová skupina). V závěru musí být zřejmé, jestli požadavky a cíle zájemce o službu bude možné realizovat prostřednictvím naší sociální služby.“¹⁸

Sociální pracovník je prvním pracovníkem, který je s uživatelem v kontaktu, zjišťuje jeho zájem o poskytované služby zařízením, představy o nich a reálná přání, které se v zařízení spolu s personálem budou snažit naplnit, nebo se mu aspoň přiblížit. Po uvedení uživatele do jeho nového pokoje a vybavení pokoje jeho osobními věcmi, sociální pracovník představí uživateli jeho klíčového pracovníka, který bude hlavní osobou v plnění přání uživatele v zařízení (sestaví s ním tzv. individuální plán), na kterém se bude podílet celé zařízení. Individuální plán se po celou dobu pobytu uživatele v zařízení mění, například dle zdravotního stavu, nebo na jeho vlastní přání.

Po založení osobního spisu uživatele, sleduje sociální pracovník probíhající adaptaci uživatele v zařízení a zjišťuje jeho spokojenost v zařízení, se zdravotní i ošetrovatelskou péčí, stravou a ubytováním. Může také vyřizovat případné stížnosti klienta, týkající se poskytovaných služeb. Osobní spis každého uživatele, ve kterém jsou všechny důležité dokumenty, u některých klientů i občanský průkaz a formuláře včetně smlouvy o přijetí do zařízení a hospodaření s financemi či s finančními depozity ve prospěch uživatele, přebírání a odesílání pošty za uživatele obstarává po celou dobu pobytu klienta v zařízení také stejný sociální pracovník.¹⁹ Práce sociálního pracovníka i všech ostatních pracovníků v domovech pro seniory, se nachází v metodice práce, kterou má každé zařízení poskytující tyto sociální služby zpracované dle vlastních pravidel.

¹⁸ CHLOUPKOVÁ, S., *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*, Praha: GRADA Publishing 2013, str. 57, ISBN 978-80-247-4678-4.

¹⁹ Srov. zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v úplném znění platném ke dni 9.10. 2017 § 110, § 111.

2.3 Práce sociálního pracovníka s umírajícím uživatelem sociální služby

S uživatelem umírajícím, nebo v terminálním stádiu života tato práce sociálního pracovníka nadále zůstává. Sociální pracovník a klíčový pracovník musí být s rodinou v neustálém kontaktu. Rodina sociálnímu pracovníkovi i pracovníkům přímé obslužné péče může pomoci zkvalitnit poslední dny života uživatele např. poskytnutím informací o uživateli, co mu dělalo v životě radost a co mu bylo příjemné (rodina může přinést CD přehrávač s jeho oblíbenou hudbou či mluveným slovem, televizi, nebo také mohou zkusit uživateli podat jeho oblíbené jídlo, což už je prací pracovníka přímé obslužné péče). Klíčový pracovník může díky těmto informacím také vytvořit nový individuální plán, kterým se bude řídit celé zařízení.

Sociální pracovník a pracovníci na odděleních jako jsou zdravotní sestry, staniční sestry, rehabilitační pracovníci a pracovníci přímé obslužné péče či nepedagogičtí pracovníci, starající se o sociální aktivizaci uživatelů, tj. vyplnění jejich volného času (nebo ergoterapeuti, arteterapeuti, muzikoterapeuti atd., a pokud si to přejí dobrovolníci trávící čas s uživateli např. čtením jejich oblíbených knih, vyprávěním si spolu, zpíváním atd.) spolu musejí spolupracovat, i když jejich práce v zařízení se v mnohém liší.

Jednou do týdne se v zařízeních poskytujících sociální služby koná tzv. porada neboli setkání celého pečujícího personálu – pracovníků přímé obslužné péče, zdravotních sester, nepedagogických pracovníků, fyzioterapeutů a sociálních pracovníků popř. se porady může účastnit i lékař určený pro dané zařízení a diskutují nad uživateli v zařízení, anebo o péči, či změně v péči o umírajícího klienta.²⁰

Sociální pracovník se také věnuje nejen podpoře umírajícího klienta, ale i jeho rodiny, kterým po úmrtí poskytují následné poradenství a pomáhají s důležitými postupy spojenými s úmrtím uživatele. „Provádí sociální poradenství pozůstalým. Předává jim dokument s návody a postupy při vyřizování pohřbu a s dalšími formalitami po úmrtí klienta. (...) Předává protokolárně proti podpisu pozůstalým cennosti klienta na základě předloženého dokladu o dědickém řízení, které je opravňuje k převzetí. Účastní se finančního vyrovnání plateb úhrad pozůstalým za poskytované služby zemřelému klientovi proti podpisu na základě předloženého dokladu z dědického řízení. Uzavírá osobní spis klienta, kompletuje ho podle předpisů a připravuje

²⁰ Srov. SCHULER, M., OSTER, P., *Geriatric od A do Z pro sestry*, Praha: GRADA Publishing 2010, str. 122-123, ISBN 978-80-247-3013-4.

k archivaci.“²¹Bude-li to zapotřebí, sociální pracovník rodině doporučí následnou péči o pozůstalé, „služby pro pozůstalé mohou nabízet podporu nebo poradenství, poskytované buď na základě odborné poradenské kvalifikace, nebo osobami nazývanými porůznu poradci pro pozůstalé, spříznění pozůstalých nebo podpůrci.“²² U nás nabízí s odbornou kvalifikační služby pro pozůstalé např. Modrá pomněnka, která poskytuje „poradenství a pomoc rodinám pečujícím o umírající pacienty včetně návštěv u nich doma, v nemocnici či kdekoli jinde, poradenství a psychosociální péče o blízké pacientů na konci života v hospici, hezké, i netradiční poslední rozloučení v hospici či kdekoli jinde dle přání pozůstalých, pomoc při zařizování posledního rozloučení, psychosociální péči o pozůstalé, pomoc pozůstalým přímo na místě úmrtí – při autonehodě, úmrtí doma apod., pomoc rodičům dětí zemřelých před porodem nebo v jeho průběhu, odborné fyzioterapeutické služby – především pro pečující o těžce nemocné, specializované sociální poradenství i pro pracovníky obcí, domovů pro seniory, zdravotnická zařízení apod., osvětové přednášky pro odbornou i laickou veřejnost.“²³

Je vhodné již před umístěním klienta do zařízení s rodinou dohodnout, jakou pohřební službu si budou pro uživatele přát, aby tím nebyli, pozůstalí zbytečně zatěžováni v době smutku a truchlení nad úmrtím blízké osoby.

2.4 Práce zdravotní sestry a pracovníka přímé obslužné péče s umírajícími

Ošetřování seniorů je bezesporu velmi náročné po fyzické, psychické i sociální stránce. V mnoha ohledech se liší od péče o osoby ostatních věkových skupin. Péči o seniory jako profesi se nemůže věnovat každý pečovatel. Předpokladem je jakési vnitřní naladění na pečování o staré osoby, velká dávka empatie, tolerance a pochopení problémů seniorů.²⁴

Pracovníci přijatí do domova pro seniory na pozici zdravotní sestry a pracovníka přímé obslužné péče musí tento předpoklad splňovat.

²¹ MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových zařízeních*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 90, ISBN 978-80-247-3148-3.

²² FIRTHOVÁ, P., LUFFOVÁ, G., OLIVIERE, D., ed., *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*, Společnost pro odbornou literaturu, o. s., Brno 2007, str. 28, ISBN 978-80-87029-21-3.

²³ MODRAPOMNENKA.CZ, *Služby poradny*, [online], Modrá pomněnka © 2018, [cit. 18. března 2018] Dostupné na: <http://modrapomnenka.cz/>.

²⁴ Srov. MLÝNKOVÁ, J., *Péče o staré občany*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 16, ISBN 978-80-247-3872-7.

Tyto dvě profese v péči o seniory spolu velmi souvisejí a jejich spolupráce v domovech pro seniory je nezbytná, i když každá profese má jiné pravomoce a odpovědnost za své jednání a rozhodování, navzájem se potřebují a v péči o umírající je jejich práce ještě důležitější. Vzájemně si předávají nezbytně důležité informace o nevhodnější péči o uživatele a při ošetrovatelských úkonech si mohou vzájemně pomáhat (převazy, polohování, omývání těla uživatele atd.).

Práce pracovníka přímé obslužné péče s umírajícím probíhá ve dne i v noci (četnost nočních kontrol může záviset na fázi umírání uživatele). Tito pracovníci se starají hlavně o hygienu (koupání, omývání, čistota lůžka, výměna inkontinentní pomůcky atd.), individuální plánování, pomoc či dopomoc s oblékáním, s podáváním stravy a tekutin a starají se o kůži uživatele, čistotu, a aby neměl proleženiny, je-li to třeba, užívají funkčního polohování dle polohovacího záznamu, promazávání těla klienta na nejvíce ohrožených místech vzniku proleženiny. Polohování je jeden z nejdůležitějších úkonů pracovníka přímé obslužné péče. „K polohování využíváme tzv. **polohovací pomůcky**, jež usnadňují práci ošetrujícího personálu. Existují soupravy klínů, válců, kvádrů, polštářů, „návleků“ na patu, které jsou obaleny na pohmat příjemným a nedráždivým materiálem. Tento materiál je voděvzdorný, aby byla zajištěna omyvatelnost pomůcek. Navíc je paropropustný, aby se bránilo pocení a vzniku vlhkosti v místě přiložení.“²⁵ Polohovat by měli vždy dva pracovníci (přímé obslužné péče nebo zdravotní sestry), aby bylo nepolohování nejúčinnější a nejlépe provedené ve prospěch uživatele. Při práci ,kromě práce vykonávané denně je jejich náplň práce taková:

- „Podle instrukcí všeobecné nebo vrchní sestry pečuje o umírajícího, uspokojuje jeho základní potřeby a poskytuje mu psychickou podporu.

- Provádí péči o tělo zemřelého.

- Přípravuje osobní předměty zemřelého klienta k předání pozůstalým.

- Provádí úklid a desinfekci lůžka, pokoje a veškerého vybavení používaného u zemřelého klienta.“²⁶

Zdravotní sestra je v domovech pro seniory v nepřítomnosti staniční a vrchní sestry nadřízenou pracovníci pracovníků přímé obslužné péče, má také větší odpovědnost za chod oddělení a uživatele. Jedná se také o velmi psychicky náročnou

²⁵ MLÝNKOVÁ, J., *Pečovatelsví 1. díl*, 2, doplněné vydání, Praha GRADA Publishing 2016, str. 137, ISBN 978-80-271-0131-3.

²⁶ MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 96, ISBN 978-80-247-3148-3.

práci, u práce zdravotních sester velmi často záleží na jejich rozhodnutí vedoucí k zavolání lékaře, nebo ke svému vlastnímu zákroku vedoucímu k záchraně života člověka. Zdravotní sestra stejně jako pracovník přímé obslužné péče také odpovídá za správnou hygienu uživatele a jeho lůžka, navíc se však stará o zdraví svých uživatelů, vede ošetrovatelskou dokumentaci, poskytuje základní zdravotnickou péči, dle pokynů lékaře a v případě akutního stavu některého z uživatelů, poskytuje odpovídající zdravotnické ošetření (péče o dekubity, tlumení bolesti, převazy atd.) či první pomoc (resuscitace) a pomáhá při podávání stravy a tekutin, zvláště, když člověk, kterému poskytuje stravu, ji nemůže pozřít ústy a je zapotřebí kvalifikace zdravotní sestry, aby výživu podala jiným způsobem.

Forma stravy, aby byla pro uživatele snáze požitelná, může být např. mletou formou, kašovitou formou, tekutou formou (při problémech s polykáním), anebo existuje také dieta „Nic per os (nulová dieta). Pro vysoké riziko aspirace pacientovi nepodáváme žádnou potravu ústy. Musí být zaveden jiný druh výživy.“²⁷

Její práce s umírajícím uživatelem zůstává skoro stejná, se navíc do jejích pravomocí a povinností přidává:

- „Při nepřítomnosti vrchní sestry informuje příbuzné o přeložení či zhoršení zdravotního stavu klienta (bez medicínských informací). O sdělení informací provede zápis v písemném hlášení i v chorobopise klienta.
- Pečuje s citem o umírajícího klienta, naplňuje doprovázení umírajících a na vysoké etické úrovni vytváří podmínky pro důstojné umírání. Uplatňuje empatický a taktní přístup vůči příbuzným umírajícího klienta a poskytuje jim psychickou podporu.
- Přivolává lékaře k ohledání zemřelého a konstatování smrti. Podílí se na péči o tělo zemřelého podle platného ošetrovatelského postupu.
- V případě úmrtí klienta – vždy až po konstatování smrti lékařem – informuje nejrychlejším a taktním způsobem příbuzné. O informaci provede zápis do dekurzu klienta. V nepřítomnosti vrchní sestry předává proti podpisu osobní věci klienta (Příloha III., Příloha IV.) a informuje je o průběhu konce jeho života. Pro medicínské informace odkazuje na lékaře. Vytváří podmínky

²⁷SCHULER, M., OSTER, P., *Geriatric od A do Z pro sestry*, Praha: GRADA Publishing 2010, str. 285, ISBN 978-80-247-3013-4.

k důstojnému rozhovoru, předání věcí, poskytnutí informací o postupu po úmrtí klienta a k projevu emocí pozůstalých.“²⁸

Zdravotní sestra v nepřítomnosti, staniční nebo vrchní setry předává také občanský průkaz pohřební službě na základě protokolu o předání občanského průkazu pohřební službě proti podpisu (Příloha V.)

2.4.1 Bolest

Toto téma se velmi úzce váže k práci zdravotní sestry i pracovníku přímé obslužné péče, s bolestí svých klientů se totiž setkávají každý den a je pro ně velmi důležité vědět jak si s člověkem, který cítí a projevuje bolest po zdravotnické stránce poradit a nezpůsobovat mu třeba nevědomě více bolesti. Samozřejmě toto není jen práce zdravotních sester a pracovníků přímé obslužné péče ale hlavně příslušného lékaře, který musí včasné udělat rozhodnutí o tom, jak se bude bolest léčit a jak případně postupovat dále.

S nevléčitelnou či chronickou nemocí se velmi úzce pojí také nepříjemná skutečnost, a tou je bolest. Bolesti nevléčitelně nemocného jsou také velmi nepříjemné pro jeho rodinu, která trpí při pohledu na svého rodinného příslušníka a nedokáže mu nijak pomoci od jeho mnohdy neskutečné trýzně.

Základní dělení bolení bolesti je podle délky jejího trvání. Velmi důležité pro určení typu bolesti je všímání si jejích příznaků, např. bolest akutní poznáme podle zvýšeného pocení, zrychleného tepu, zrychleného dýchání, rozšíření zorniček, paralýzou střev, retencí moči, anebo hyperglykémie, oproti tomu bolest chronická se vyznačuje příznaky, jako jsou poruchy spánku, deprese, změny osobnosti, zhoršená kvalita života, sociální izolace, zácpa, nebezpečí suicidia, anebo poruchy libida.²⁹

Proto musí personál pečující o nevléčitelně nemocného umírajícího člověka, který cítí bolest, počítat s určitými změnami v jeho chování a musí s nimi umět pracovat. Objevují se často depresivní, úzkostné nálady, strach a někdy i agrese vůči personálu i vůči sobě samému.

V první řadě je pro personál nejdůležitější utrpení uživatele zmírnit, tzn., lékař podle diagnózy pacienta rozhodne o vhodné léčbě bolesti pomocí léků na tišení bolesti -

²⁸ MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 107, ISBN 978-80-247-3148-3.

²⁹ Srov. ROKYTA, R., a kolektiv, *Bolest a jak s ní zacházet*, Praha: GRADA Publishing 2009, str. 35, ISBN 978-80-247-3012-7.

analgetik. „Dnes jsou k dispozici i účinná léčiva pro dlouhodobou (chronickou) bolest nenádorového i nádorového původu. Většinou jde o silná opioidní analgetika („opiáty“) typu morfinu v lékové formě, umožňující dlouhodobé tlumení bolesti po jedné dávce (např. 12 hod. po tabletách s postupným uvolňováním analgetika, nebo až tři dny po aplikaci analgetika v náplasti). Všechna tato analgetika jsou pouze na lékařský předpis, většinou jsou plně hrazena ze zdravotního pojištění a v optimální dávce jsou dostatečně šetrná i pro seniory.

Souhrně lze konstatovat, že u starších osob jsou vhodnější šetrnější analgetika na bázi paracetamolu, případně paracetamolu se slabými opioidními analgetiky.“³⁰

Velmi důležité pro určení správné léčby bolesti je její hodnocení. Provádět ho může lékař nebo zdravotní sestra, hodnotí jej na tzv. škále bolesti (Příloha VI.). Intenzita se mění od nuly do deseti bodů, přičemž 0 = žádná bolest a 10 = ta největší možná bolest, jakou si člověk jen dokáže představit. Existují také další možnosti hodnocení bolesti např. dotazník Mc Gillovy Univerzity, který se zabývá charakterem a popisem konkrétního typu pocíťované bolesti v 15 bodech, přičemž patnáctý bod znamená mučivou a krutou bolest. Dále nám k hodnocení bolesti může pomoci také „Dotazník interference bolestí s denními aktivitami“, který v pěti bodech popisuje bolest ve vztahu ke zvládnutí denních aktivit a možnosti odpoutat se od bolesti. Pátý bod znamená, že bolest je tak silná, že člověk není schopen si od bolesti jakkoliv ulevit a najít nebolestivou polohu, může nutit svou intenzitou až k lékařské pomoci, bolest brání v této fázi všem běžným činnostem.³¹

Při hodnocení bolesti se klade také velký důraz kromě intenzity, charakteristiky (bodavá, pálivá, apod.) a projevu bolesti (které jsou měřitelné již popsány škálami bolesti), na místo bolesti, zda se jedná o bolest útrobní nebo povrchovou, podle vyzařování bolesti, tzn., že bolest není cítěna pouze na jednom místě, ale šíří se dále po těle. Okolnosti bolesti jsou také velmi důležité, např. senior může cítit bolest v kyčelním kloubu pouze při usedání a zvedání se z křesla, či postele, nebo imobilní senior může pocíťovat bolest pouze při poloze na zádech, pokud je postižen proleženinou např. v místech, kde je jeho kostrč nebo část páteře.³²

³⁰ROKYTA, R., a kolektiv, *Bolest a jak s ní zacházet*, Praha: GRADA Publishing 2009, str. 108, ISBN 978-80-247-3012-7.

³¹Srov. ROKYTA, R., a kolektiv, *Bolest a jak s ní zacházet*, Praha: GRADA Publishing 2009, str. 35-37, ISBN 978-80-247-3012-7.

³²Srov. MLÝNKOVÁ, J., *Péče o staré občany*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 79, ISBN 978-80-247-3872-7.

Není tak pochyby o tom, že má-li být udržení kvality života v domovech pro seniory při péči o nevyлéčitelně nemocného seniora zlepšena, anebo alespoň udržena v současné kvalitě musí být poskytována správná a hlavně účinná léčba jeho bolesti. To je základem péče o umírající v paliativní specializované péči hospicové a v péči domovů pro seniory bez výjimky a základem pro zachování důstojnosti a integrity nevyлéčitelně nemocného člověka, aby mohl dožít svůj život co nejkvalitněji a mohl se zabývat, také i jinými věcmi než jen bolestí, např. co možná nejkvalitnějším trávením času se svou rodinou a blízkými a věcmi, které ho těší.

2.4.2 Dekubitus

Dekubitus je velkým zdrojem bolesti a vyskytuje se u velkého procenta umírajících. Jak jsem již zmiňovala, dekubitus neboli proleženina, je velmi často problematická hlavně pro staré lidi trvale upoutané na lůžko (tedy i lidé umírající nebo v terminálním stádiu života jsou jí velmi ohroženi) a její léčba bývá často zdlouhavá (záleží na fázi dekubitu) a může být narušována různými infekcemi a může vést až k úplnému selhání organismu a smrti uživatele. Starý člověk totiž nemá tak pevnou a pružnou kůži jako zdravý jedinec v produktivním věku. „Dekubitus (proleženina) je místní odumrtí tkáně, kdy dochází k místnímu poškození buněk. Toto poškození je způsobeno poruchou mikrocirkulace, jejímž následkem je hypoxie tkáně vyvolaná tlakem.“³³ Je tak velmi důležitá prevence proleženin, správným a pravidelným polohováním, polohovatelné lůžko, použití antidekubitní podložky, použití polohovacích pomůcek, promazáváním kůže, zavodňováním uživatele a správnou úpravou lůžka, dále mají významnou roli v prevenci vzniku dekubitů výživy posilující imunitní systém a podporující dobré hojení ran (strava musí být hodně bohatá na vitamíny, bílkoviny, vlákninu atd.), proto se také u rizikových uživatelů, kteří mají nebo jsou ohroženi vznikem proleženin, veden zápis příjmu potravy.³⁴ O ošetřování dekubitu se může starat pouze zdravotní setra (v domovech pro seniory ji mohou pomáhat pracovníci přímé obslužné péče např. podržením postižené končetiny, nikoliv však ošetřovat inkriminované místo) a při fázi nekrotické lékař.

³³ MLÝNKOVÁ, J., *Pečovatelsví 1. díl*, 2, doplněné vydání, Praha GRADA Publishing 2016, str. 130, ISBN 978-80-271-0131-3.

³⁴ Srov. MLÝNKOVÁ, J., *Pečovatelsví 1. díl*, 2, doplněné vydání, Praha GRADA Publishing 2016, str. 136-142, ISBN 978-80-271-0131-3.

„Rozlišujeme 5 stupňů dekubitů (někdy se uvádějí 4 stupně).

1. Stupeň - erytém (překrvení) se zblednutím

Kůže je zarudlá, při mírném zatlačení prsty erytém bledne. To znamená, že došlo k poruše mikrocirkulace krve. Příznaky: mírný otok jemné zarudnutí kůže, které se hůře identifikuje u opálených lidí nebo osob s tmavou pletí a výraznou pigmentací.

2. Stupeň – neblednoucí překrvení

Kůže postiženého místa je zarudlá, při zatlačení prsty místo nebledne. Může dojít k povrchovému postižení kůže. Příznaky: lokální zarudnutí, zduření postižené části na pohmat, někdy bývá přítomen puchýř.

3. Stupeň – zvrédatění kůže

Zvrédatění prostupuje celou kůží a zasahuje na rozhraní se subkutánní fascií. Příznaky: narušená integrita kůže, rána vypadá jako hluboká oděrka.

4. Stupeň – zvrédatění subkutánní fascie

Zvrédatění se rozšířilo do podkoží, dochází k postižení svalů, které jsou oteklé, zanícené, bolestivé. Příznaky: rozpad tkáně, která připomíná hlubokou a otevřenou ránu.

5. Stupeň – nekróza svalu = odúmrť

Nekróza je doprovázena infekcí. Dekubitus kryje buď suchá nekróza, nebo rozbředlá nekrotická tkáň. Příznaky: suchá černá nekróza nebo rozbředlá nekrotická tkáň, jež hnilobně páchne, zbytky tkáně mají žlutozelenou barvu. Mezi svaly vznikají hluboké choboty („cestičky“) vyplněné hnisem.“³⁵

U rizikových seniorů ohrožených vznikem proleženin, nebo-li tzv. dekubitů se vede dokument nazvaný Hodnocení rizika vzniku dekubitů (Příloha VII.), který v pěti bodech hodnotí zda a nakolik je senior ohrožen vznikem dekubitu. Hodnotí se zde tělesný stav, duševní stav, aktivita, mobilita a inkontinence konkrétního seniora. Podle vyhodnocení bodů může být senior ohrožen nízkým rizikem vzniku dekubitu, středním rizikem, až po vysoké riziko vzniku dekubitu.

2.4.3 Členění procesu umírání

Pro práci zdravotních sester a pracovníků přímé obslužné péče je také důležité, aby dokázali rozpoznat, v jaké fázi se umírající člověk nachází, díky tomu totiž mohou poskytovat skutečně adekvátní léčbu dle instrukcí ošetřujícího lékaře, který také podle

³⁵ MLÝNKOVÁ, J., *Pečovatelsví 1. díl*, 2, doplněné vydání, Praha GRADA Publishing 2016, str. 135 - 136, ISBN 978-80-271-0131-3.

fáze určí správnou medikaci. K tomu slouží po vyhodnocení příznaků členění procesu umírání, které popisuje jak, která fáze má vypadat.

Proces umírání dělíme celkem na tři části tj. pre finem, in finem a post finem.

Pre finem je fází, kdy se člověk dozvídá, že jeho diagnóza vede pravděpodobně k blízké smrti. Toto období může trvat dny, měsíce i roky. Objevují se změny v chování nevyčísitelně nemocného seniora, jako následek vyrovnávání se s nepříjemnou situací. Elisabeth Kübler-Rossová rozlišuje ve své knize „Hovory s umírajícími“ pět fází:

1. negace - popření, odmítnutí vzít smrt na vědomí
2. agrese - vzpoura a hněv
3. smlouvání - vyjednávání s osudem
4. deprese - smutek
5. smíření a souhlas³⁶

„Tato stádia rozhodně neplatí zcela obecně. Každý člověk jimi může projít, ale také nemusí. Z jednoho stádia se může vrátit i zpátky do některého předešlého.“³⁷

Velmi časté bývají reakce agresivní a pláč ze zoufalství. Umírající bývá v šoku a hledá tzv. „viníka“, anebo stále doufá, že byla diagnóza určena mylně. Snaha o přijetí a smíření se s nepříjemnou situací se objevuje až později. Velmi důležitá je v této fázi emoční podpora, a to ne jen ze strany rodiny, ale také ze strany personálu. In finem je fáze, která se rovná terminálnímu stavu. Senioři se právě v této fázi začínají více uzavírat do vlastního nitra a vzdalovat se od okolního světa. Klesá i zájem o věci, které seniora dříve zajímaly, např. noviny, televizní pořady atd. Chce mít u sebe v posledních dnech pouze své nejbližší, někdy však chce být úplně sám a mít klid. Objevuje se také potřeba si s někým ještě pohovořit, sdělit svá poslední přání a obavy. Umírající pomalu přestává reagovat na okolní podněty a neslyší, slábne srdeční puls, klesá tělesná teplota a krevní tlak. Někteří umírající umírají v přítomnosti svých nejbližších, kteří jsou s ním někdy i celou noc vzhůru drží ho do poslední chvíle za ruku, někteří zase zemřou paradoxně, když se blízcí jen na chvíli vzdálí, jako kdyby nemohli zemřít před nimi (racionální vysvětlení pro tento jev neexistuje). Post finem je fáze, která se pojí s péčí o mrtvé tělo ošetřujícího personálu, zavoláním koronera a útěchou blízkých zemřelého.

³⁶SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a Umění doprovázet*, Ecce Homo, Praha 1995, str. 29, ISBN 80-902049-0-2.

³⁷PERA, H., WEINERT, B., *Nemocným nablízku Jak pomáhat v těžkých chvílích*, Vyšehrad 1996, str. 135-136, ISBN 80-7021-152-0.

Nastupuje žal a zármutek pozůstalých a personál domova pro seniory s nimi komunikuje s náležitou empatií a sděluje informace ohledně smrti v klidném prostředí, které jim dovolí prožít svůj žal. Personál po smrti seniora nesmí nikam pospíchat a postupovat klidně a pečlivě. Také nesmí zapomenout na otevření okna z hygienických důvodů. Je možné nechat rodinu, která je věřící aby se v místnosti po úmrtí svého blízkého za něho pomodlili v soukromí. Vše musí v této fázi probíhat taktně a s ohledem na pozůstalé, kteří prožívají smutek, vhodné je sdělit ze stran personálu rodině upřímnou soustrast. Při taktnosti této chvíle je považováno za nepřípustné, aby ze strany personálu např. na chodbě byl slyšet smích či jiné hlasité projevy rušící loučení. Dvuhodinový klid mrtvého člověka na lůžku po prohlášení koronera je nezbytností.³⁸

2.5 Specifika komunikace s umírajícím

Při práci s umírajícími uživateli v domovech pro seniory je zapotřebí velmi empatický přístup a správně zvolená komunikace. Předpokladem pro práci s umírajícím klientem není jenom obyčejná komunikace, ale také uplatnění „banalit“, na kterých je třeba vždy dbát, když s umírajícím, jeho rodinou, ale i s ostatním personálem komunikujeme a to je nezapomínat na tzv. „kouzelná slovíčka“, tedy prosím, děkuji a vždy pozdravit.³⁹

Lidé umírající jsou častokrát ovlivňováni strachem ze smrti. Netuší, co je čeká, obávají se bolesti, cítí se osamoceně, a bojí se, že jejich smrt bude probíhat osaměle a nebudou schopni důstojně tuto závěrečnou část života zvládnout. Úkolem personálu a tak i sociálního pracovníka je tento strach zmírňovat. „Jedním z důvodů strachu ze smrti je, že lidé postrádají kvalitní hodnotovou orientaci, která by jim dala smysl života.“⁴⁰ Některým uživatelům proto pomáhá, když mu zařízení umožní návštěvy kněze (nebo duchovního dle vyznání), jiní zase dávají přednost přítomnosti rodiny, která jim pomáhá od pocitů osamělosti. Díky přítomnosti rodiny má člověk pocit, že nezůstává sám a stále na něm někomu záleží. U seniorů bývá strach ze smrti trochu jiný. S blížícím se koncem svého života se začínají mnohem více obávat utrpení, nedůstojného umírání, osamocení

³⁸ Srov. KRUPKA, M., *Psychosociální aspekty paliativní péče*, Praha: GRADA Publishing 2014, str. 102-109, 31-33, ISBN 978-80-247-4650-0.

³⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně pro Radu pro rozvoj ošetrovatelství MZ ČR, Brno 2000, str. 29, ISBN 80-7013-310-4.

⁴⁰ BUŽGOVÁ, R., *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života*, Praha: GRADA Publishing 2015, str. 63, ISBN 978-80-247-5402-4.

při umírání a případné nesnesitelné bolesti, která se může objevit mnohem více než strach z neznámého – ze strachu ze smrti.⁴¹

Sociální pracovník tak musí při komunikaci dávat velký důraz na trpělivost, respekt a připravit si dostatek času jen pro daného uživatele, kterého ke komunikaci nesmí nutit, když se na to ze zdravotních důvodů necítí, je příliš unaven, nebo se věnuje jiné činnosti (strava, hygiena, návštěva někoho z rodiny, nebo se věnuje některé ze sociálních aktivit nabízených v zařízení, např. nepedagogický pracovník může uživateli číst knihu atd.). Při souhlasu s komunikací musí sociální pracovník zvolit vhodné oslovení uživatele, protože i umírající člověk si zaslouží důstojné oslovení. Uživatele při započetí rozhovoru oslovujeme pane, paní či nejvyšším dosaženým vysokoškolským titulem, a pokud si to uživatel nepřeje jinak, následuje jeho příjmení. Oslovovat uživatele jménem, zdrobnělou verzí jeho jména, familiárními výrazy, nebo nejrůznějšími přezdívkami, které mohou být i hanlivé je ponižující a devalvující. „Devalvace znamená snižování hodnoty seniora. Nerespektujeme jeho lidskou důstojnost, projevujeme neúctu, ponižujeme jej.“⁴²

Rozhovor se snaží vést stručný a hlavně srozumitelný, uživateli naslouchá a neupozorňuje ho na případné chyby, pomlky uprostřed věty, nebo dokonce její nedokončení či zadržávání se v řeči atd. Důležitý při komunikaci je také očí kontakt, pečující osoba či sociální pracovník, by měl sedět na židli u polohovatelného lůžka, které uvede do takové polohy, aby došlo k vyrovnání očního kontaktu do stejné roviny s uživatelem. Dává se tak najevo, že personál není postavením nad uživatelem (jsou si více rovni). Se souhlasem uživatele je možný také fyzický kontakt, např. držení za ruce, pohazení na ruce, který uživatelům často chybí a reagují na něj pozitivně.

Po zahájení rozhovoru započatém správným pozdravem uživatele sociální pracovník příliš nepřetěžuje zbytečnými informacemi. Podává stručné a srozumitelné otázky a odpovědi. Snaží se spíše o techniku aktivního naslouchání. Aktivní naslouchání je jedna ze základních komunikačních dovedností a nejdůležitější prvek rozhovoru pro personál pečující o umírajícího uživatele sociálních služeb.⁴³ „Zahrnuje více než jen vyslechnutí sdělených informací – jde o cílený aktivní postoj, při němž dáváme najevo, že chápeme a rozumíme. To samo o sobě vytváří ideální podmínky

⁴¹Srov. BUŽGOVÁ, R., *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života*, Praha: GRADA Publishing 2015, str. 63, ISBN 978-80-247-5402-4.

⁴²MLÝNKOVÁ, J., *Péče o staré občany*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 58, ISBN 978-80-247-3872-7.

⁴³Srov. BUŽGOVÁ, R., *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života*, Praha: GRADA Publishing 2015, str. 63, ISBN 978-80-247-5402-4.

k dalšímu rozhovoru a komunikátor (v tomto případě klient) má možnost svěřit se. Naslouchání je také upřímným projevem ochoty pomoci“⁴⁴

Uživatel přecházející do terminálního stádia života pomalu přestává komunikovat se svým okolím (včetně personálu domova pro seniory a kamarády z domova pro seniory), uzavírá se do sebe, pak je důležitější komunikace a spolupráce s jeho rodinnými příslušníky (kteří nikdy nepřestávají být pro seniory důležití, naopak začínají být v popředí zájmu umírajícího seniora), kterým sociální pracovník nebo zdravotní pracovník či lékař sděluje informace o jeho zdravotním stavu, pokud si to uživatel přál. K jeho rodinným příslušníkům, kteří prožívají smutek, se musí sociální i zdravotní personál chovat s úctou a empaticky. Při úmrtí uživatele, je třeba, aby zaměstnanci zařízení (zdravotní sestry nebo sociální pracovnice) telefonicky informovali rodinu uživatele a co nejšetrněji jim sdělily nepříjemnou skutečnost.

Po příchodu pozůstalých do zařízení k vyřízení posledních úkonů týkajících se odchodu jejich rodinného příslušníka, je třeba, aby personál, který s nimi bude komunikovat, se jim představil a slušně jim vyjádřil upřímnou soustrast. Personál komunikující s pozůstalými, by měl mluvit o události pomalu a srozumitelně, doporučuje se nebránit se diskusi, aby pozůstalí neměli pocit, že personál chce mít jen nepříjemnou situaci rychle za sebou.⁴⁵ Opět může personál sdělující špatnou zprávu užít techniky aktivního naslouchání pozůstalým.

Pozůstalí příbuzní však potřebují také informace o tom, jak a jejich příbuzný odešel. Chtějí vědět, zda umíral důstojně, přesvědčit se o bezbolestnosti a nevyhnutelnosti konce jeho života. Každý zdravotník (nejlépe lékař) by měl rodině zemřelého na klidném místě (jednolůžkový pokoj, sesterna atd.) tyto informace empaticky a s úctou sdělit, aby nedocházelo k nedorozumění. Pokud se takto stane, proces truchlení bude usnadněn pro všechny pozůstalé a úmrtí člena rodiny bude lépe pochopeno. Způsob podání těchto informací zdravotnickým personálem bude mít značný vliv na prožívání nepříjemné situace pozůstalých.⁴⁶

⁴⁴ MALÍKOVÁ, E., *Péče o staré občany v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: GRADA Publishing 2011, str. 224, ISBN 978-80-247-3148-3.

⁴⁵ Srov. KRUPKA, M., *Psychosociální aspekty paliativní péče*, Praha: GRADA Publishing 2014, str. 25, ISBN 978-80-247-4650-0.

⁴⁶ Srov. KRUPKA, M., *Psychosociální aspekty paliativní péče*, Praha: GRADA Publishing 2014, str. 126, ISBN 978-80-247-4650-0.

3 Rozdíly poskytované péče v domovech pro seniory a v hospicových zařízeních

Spousta seniorů dnes umírá v nemocnicích, anebo v jiných zařízeních poskytujících dlouhodobou následnou péči (LDN), anebo v zařízeních poskytujících sociální služby např. domov pro seniory. Ve všech těchto zařízeních je v České republice poskytována zdravotní, rehabilitační péče, atd. pořád se však nabízí pohled na rozdíl péče poskytované umírajícím v domovech pro seniory a specializovaným zařízením poskytujícím paliativní péči jako jsou hospice, protože v České republice je jich stále nedostatek a speciální týmy poskytující paliativní péči v nemocnicích zatím u nás neexistují.

„Je ale třeba připustit, že více než 95 % potřebných pacientů v České republice na péči v hospici nedosáhne nebo se jim jí dostane, ale až v posledních dnech života. Většina našich nemocných, zvláště v oblasti křehké geriatry, žije své nemoci doma (podpora praktického lékaře, home care, rodiny), v domovech se zvláštním režimem, ev. domovech pro seniory, také v léčebnách dlouhodobě nemocných a nemocničních zařízeních akutní péče. Především tam chybí to, co zásadně definuje paliativní péče.“⁴⁷

Paliativní péče se striktně věnuje péči o nevléčitelně nemocné jejichž nemoc už nereaguje na žádnou možnou léčbu a jejich rodinu, za cíl si klade zvýšení či udržení kvality života umírajícího jedince skrze péči profesionálního personálu, který má výborné komunikační schopnosti, a může poskytnout i duchovní útěchu, je ochoten opustit od léčby, která nemá smysl a nemá vliv na zlepšení kvality života umírajícího a správně by se paliativní péče měla uplatňovat v místě, kde si umírající přeje, a kde mu bude poskytnuta péče s přihlédnutím k jeho individualitě a specifikám tíživé nemoci, což v České republice není díky špatné dostupnosti pro všechny zájemce možné. Nemocní senioři tak často umírají v zařízeních léčby pro dlouhodobě nemocné, anebo v jiných službách.⁴⁸

⁴⁷ Kabelka, L., *Geriatrická paliativní péče*, Mladá fronta a. s., edice Postgraduální medicíny, Praha 2017, str. 20, ISBN 978-80-204-4225-3.

⁴⁸ Srov. Kabelka, L., *Geriatrická paliativní péče*, Mladá fronta a. s., edice Postgraduální medicíny, Praha 2017, str. 24-25, ISBN 978-80-204-4225-3.

3.1 Paliativní péče (dělení, kritéria, důležité prvky)

„Paliativní péče (paliare – skrýt, ulehčit, usnadnit) je komplexní, multidisciplinární péče, směřující k udržení či zvýšení kvality života s nevléčitelnou život ohrožující chorobou nebo souborem chorob. Nabízí podporu nemocným, ale i jejich blízkým. Zabývá se včasným vyhledáváním a léčbou závažných symptomů – tělesných, psychických, sociálních i spirituálních.“⁴⁹

Rozdělujeme dvě úrovně paliativní péče, obě mezi sebou mají komunikační propojení. První úroveň je obecná paliativní péče, kde je zahrnuta péče poskytovaná zdravotníky v rámci jejich odborností, kteří musí včas poznat, že se jedná o nevléčitelné onemocnění a začnou vhodnou léčbu. Takovou péči poskytují např. praktičtí lékaři, anebo specialisté (onkologové, neurologové atd.). Do obecné paliativní péče může být zařazena i pastorační péče, nebo péče dobrovolníků. Když obecná paliativní péče nestačí, musí být pacient odkázán na druhou úroveň paliativní péče, a to paliativní péči specializovanou, kterou poskytují přímo zařízení, jejichž hlavní náplní práce je paliativní péče poskytovaná odborníky.⁵⁰

Přijetí do specializovaného zařízení poskytujícího specializovanou paliativní péči je možné jen tehdy, když kurativní léčba selhává a nevede k uzdravení, jak hovoří internetová stránka www.hospice.cz. „Jediným kritériem pro přijetí klienta je zdravotní indikace a jeho svobodný informovaný souhlas. Každý hospic by měl mít formulář žádostí o přijetí, který si můžete vyzvednout přímo vy nebo ošetřující lékař nemocného v hospici (nebo telefonicky), vyplnit a pak se svým ošetřujícím lékařem v hospici prohodit. Ten rozhodne o dalším postupu. Přesný postup se bude v každém hospici lišit. (...)

V Hospici Anežky České například hodnotí několikačlenná komise čtyři kritéria indikace a naléhavosti přijetí:

- a. Postupující nemoc pacienta ohrožuje na životě
- b. Je nutná paliativní (úlevná) léčba a péče
- c. Nepotřebuje akutní ošetření nebo léčbu nemocniční

⁴⁹Kabelka, L., *Geriatrická paliativní péče*, Mladá fronta a. s., edice Postgraduální medicíny, Praha 2017, str. 20, ISBN 978-80-204-4225-3.

⁵⁰Srov. Kabelka, L., *Geriatrická paliativní péče*, Mladá fronta a. s., edice Postgraduální medicíny, Praha 2017, str. 20, ISBN 978-80-204-4225-3.

d. Domácí péče nestačí nebo není možná⁵¹

Paliativní specializovaná péče je poskytována v několika formách. První formou je lůžkový hospic, jehož podoba je bližší domovu než nemocnici, na pokojích bývá i přistýlka pro blízké nemocného a návštěvy si koriguje samotný pacient, návštěvy jsou neomezené, není proto např. nemožné provést návštěvu blízkého např. v jednu hodinu ráno. V hospicích je vybavení s jakým se v jiných službách nedisponuje, mohou to být např. polohovatelná lůžka, ošetřovatelské a hygienické pomůcky určené k jednorázovému použití, při provádění hygieny se nešetří voňavými oleji a spreji, k dispozici je pojízdná vana, mobilní dávkovače léků, hospice také mají režimová opatření týkající se lékařské, a také sesterské vizity, avšak jiné než v nemocnici, pacient se po ránu nebudí, ale koriguje si vizity sám, kdy je chce, stejně je i s hygienou, pacient se nesmí budít. Také je-li to možné, pacient snídá, obědvá i večeří kdy chce, pokud možno co chce, uvařit může rodina, anebo kuchyně příslušného hospice. Pokud si pacient přeje hovořit o svých obavách, strachu či pocitech, vždy najde někoho, kdo je ochotný s ním hovořit např. i ve dvě hodiny ráno. Objem personálu na jednoho pacienta je totiž mnohem větší než v jiných službách, důraz paliativní péče je kladen na kvalitu života umírajícího, a tak připadá na jednoho pracovníka kolem dvou pacientů. Druhou formou je stacionární hospicová péče – zahrnující denní pobyty, pacient je zde přijat ráno a odpoledne nebo k večeru odjíždí zpátky domů, doprava pacienta je zajišťována rodinnou nebo poskytujícím hospicem, pochopitelně je tato forma hospicové péče poskytována pacientům bydlícím poblíž hospice. O poskytování první či druhé formy paliativní péče rozhoduje lékař v příslušném hospici. Třetí formou je domácí hospic, realizovatelná péče je pouze ve fungujícím rodinném prostředí, rodina musí chtít pomáhat při starání se o umírajícího člena rodiny a léčba na tlumení bolesti musí být v domácím prostředí realizovatelná, pacient je ve fázi kdy hospicová ani nemocniční péče nemá smysl. Dále existuje např. speciální hospicová poradna, kde je nabízena telefonická, internetová a přímá poradna pro pacienty i jejich rodiny.⁵²

V paliativní specializované péči je kladen velký důraz na emoční stránku pacienta, na jeho vyjádření pocitů strachu, obav z neznámého, obav z bolesti v konečném stádiu jeho umírání a osamělosti při umírání, proto musí být personál

⁵¹HOSPICE.CZ, *Co dělat, když někdo potřebuje hospicovou péči?*, [online], 27. červen 2010, Copyright (c) 2005-2011 Ecce Homo, [cit. 14. března 2018] Dostupné na: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-delat-kdyz-nekdo-potrebuje-hospicovou-peci/>.

⁵² Srov. KRUPKA, M., *Psychosociální aspekty paliativní péče*, Praha: GRADA Publishing 2014, str. 28-29, 31-33, ISBN 978-80-247-4650-0.

v hospicích vždy ochoten poskytnout podporu člověku pociťujícímu obavy plynoucí z jeho zdravotního stavu. Personál posiluje jeho sebedůvěru, motivuje ke zvládnutí těžké životní situace beze strachu a umožňuje vyjádření svých emocí v soukromí a kdykoliv. Stejně důležité jsou pozitivní i negativní emoce. Pokud nevléčitelně nemocný senior cítí pozitivní emoce, je veselý, personál se s ním směje a posiluje jeho smysl pro humor, v případě negativních nálad personál nechá nevléčitelně nemocného seniora se vyplakat a vypovídat, aktivně mu naslouchá. Základem sdílení emocí v paliativní specializované péči je skutečné vyjádření pravých pocitů, které mají osvobozující funkci pro všechny nevléčitelně nemocné a hovoříme o tzv. „právu na pláč“, což je psychotherapeutický přístup, který se v každém zařízení poskytujícím specializovanou paliativní péči užívá, cílem je aby žádný pracovník ani rodina pláči nebránili, a nechali projevy emocí jen na pacientovi. Není vždy třeba ke sdílení emocí psychoterapeut či psychiatr (pokud se nejedná o pacienta s prokázanou psychiatrickou diagnózou), často stačí přítomnost zdravotního personálu, dobrovolníka, duchovních, řádových sester anebo i sociálního pracovníka.⁵³

Také autonomie pacienta je důležitým prvkem paliativní péče. Pacient musí mít stále možnost rozhodovat se, a být ošetřujícími pracovníky respektován i se svými touhami a přáními. I v oblasti informovanosti je tak důležité, aby měl pacient dostatek informací o svém zdravotním stavu, průběhu léčby, ale také o ošetrovatelském plánu.⁵⁴

Důležité pro rozpoznání, který senior potřebuje speciální paliativní geriatrickou péči, je hodnocení jeho symptomů nebo syndromů, které poskytne lékař nevléčitelně nemocného pacienta.

Geriatrická syndromologie je souborem popisných diagnóz starého člověka, spojená s riziky spojenými s jeho zdravotním stavem, jedná se o syndromy s chronickým průběhem a omezujícím pacientovu nezávislost.⁵⁵

„Geriatrické syndromy – syndrom imobility, instability, progresse frailty s nízkou možností její intervence, závislost na péči rodinných příslušníků. Přítomnost výrazné symptomové zátěže – v popředí závažnosti je syndrom celkové bolesti, dušnost, úzkost, delirium. Pozdní fáze některých onemocnění – specificky se jedná o pozdní fáze

⁵³Srov. BUŽGOVÁ, R., *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života*, Praha: GRADA Publishing 2015, str. 64-66, ISBN 978-80-247-5402-4.

⁵⁴Srov. BUŽGOVÁ, R., *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života*, Praha: GRADA Publishing 2015, str. 90-93, ISBN 978-80-247-5402-4.

⁵⁵Srov. BUŽGOVÁ, R., *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života*, Praha: GRADA Publishing 2015, str. 59, ISBN 978-80-247-5402-4.

některých onemocnění, terminální městnavé srdeční selhání, konečné fáze selhání ledvin, stavy po těžkých dokonaných mozkových příhodách či syndrom demence.“⁵⁶

Pozn. Frailty syndrom je syndrom křehkosti, který ke stárnutí nevyhnutelně patří, a postupně jím trpí snad každý senior.

3.2 Rozdíly v poskytované péči v hospicích a v domovech pro seniory

V domovech pro seniory poslední dobu dochází stále častěji ke změnám v přijímání nových uživatelů, často se přijímají hlavně lidé imobilní, chronicky, či nevléčitelně nemocní a se syndromem demence ve 3.-4. fázi, což jsou častokrát spíše klienti potřebující paliativní specializovanou péči hospiců.

Důležitými prvky v paliativní péči jsou dle předchozí kapitoly:

- možnosti přistýlky pro příbuzné umírajícího
- umírající mají jednolůžkový pokoj
- více personálu, umírajícímu je garantováno, že díky tomu nezemře sám a kdykoliv se bude moct vypovídat (důraz na emoce seniora)
- umírající si své návštěvy i denní plán koriguje sám
- přítomnost jeptišek a duchovních v zařízení
- služby následné péče pro pozůstalé

Rozdíly v těchto zařízeních jsou samozřejmě v cílové skupině, které poskytují svou specifickou péči. Domovy pro seniory přijímají jen uživatele, kteří svým věkem splňují jednu z podmínek pro přijetí do domova pro seniory, ale zároveň jsou to senioři nejen splňující věkovou podmínku přijetí, jsou to senioři, kteří jsou natolik limitovaní např. zdravotním stavem, že nedokáží žít doma sami ani s pomocí rodinných příslušníků, do domovů pro seniory se také nepřijímají lidé nevléčitelně nemocní, kteří jsou v konečném stádiu svého života, to je cílová skupina právě hospicového zařízení, v hospicovém zařízení je také, co se věku týče, větší rozpětí pacientů. Zde nezáleží na věku, ale na celkovém zdravotním stavu, který vede až k blízké smrti člověka.

⁵⁶ Srov. Kabelka, L., *Geriatrická paliativní péče*, Mladá fronta a. s., edice Postgraduální medicíny, Praha 2017, str. 57-58, ISBN 978-80-204-4225-3.

Rozdíl v paliativní péči v hospicových zařízeních a domovech pro seniory je ve vybavenosti domovů pro seniory zdravotními službami nedostatečné, a často proto musí, docházet k převezení umírajícího do nemocničního zařízení. Umírající uživatelé jsou v domovech pro seniory doma a dostává se jim tam mnohdy vynikající péče ze strany pečujícího personálu obsahující základní zdravotnickou, ošetrovatelskou, hygienickou péči, stravování a aktivity, při kterých si nacházejí přátele ve svých vrstevnících. Pak je škoda, když nemocní ukončí svůj život v nemocnici mezi cizími lidmi. Většina seniorů přitom nechce zemřít v nemocnici. Pokud nám skutečně záleží na péči nevléčitelně nemocných a křehkých geriatrických pacientů je nezbytné zavádět do zdravotnických a sociálních služeb paliativní prvky jako nezbytnou podmínku k efektivní péči a zkvalitnění zbytku života nevléčitelně nemocných a jejich blízkých. Předpokladem k integraci paliativní péče do zdravotnických i sociálních zařízení je nezbytná spolupráce především s krajskou samosprávou.⁵⁷

Další rozdíl mezi specializovanými zařízeními poskytujícími paliativní péči a domovy pro seniory, co se týče nevléčitelně nemocných umírajících seniorů, spočívá ve vybavenosti a kapacitě domova pro seniory, kde ne každý senior má jednolůžkový maximálně dvoulůžkový pokoj, jako je tomu v hospicích, vzniká tak nedostatečné soukromí seniorů, kteří nechtějí před „cizími“ lidmi sdělovat svoje emoce a přání z důvodu studu, strachu z posměchu atd. Hospicová zařízení nabízejí převážně jednolůžkové pokoje (dvoulůžkové pokoje patří lidem přijatým např. jen na týden tzv. odlehčovací hospicová péče). Rozdíl mezi domovem pro seniory a hospicem je také v personální problematice. Domovy pro seniory mají podstatně méně personálu na směně než hospic a není proto možné se dostatečně dlouho věnovat jedinému seniorovi, který se např. potřebuje vyprávět, oproti tomu hospic má vždy personál pro utišení svého pacienta, ať už jde o duchovní, pečující personál, anebo dobrovolníci. Možnost přístýlky pro rodinného příslušníka umírajícího seniora v domovech pro seniory také není, ačkoliv by přítomnost blízké osoby umírajícímu seniorovi pomohla v jeho nejtěžších chvílích a zvládnutí těchto chvíl. V hospici si také pacienti určují dobu návštěv sami, oproti domovu pro seniory, kam návštěva může přijít jen určitý čas. Jak již bylo zmíněno, specializovaná zařízení poskytující paliativní péči mají lékařské i sesterské vizity, což není v domovech pro seniory z personálních důvodů možné,

⁵⁷ Srov. Kabelka, L., *Geriatrická paliativní péče*, Mladá fronta a. s., edice Postgraduální medicíny, Praha 2017, str. 292-293, ISBN 978-80-204-4225-3.

ačkoliv by to mělo určitě velký přínos pro ošetřovatelkou péči a celkový přehled o uživatelích na celém oddělení a jejich průběhu léčby.

Určitě by bylo dobré, kdyby i v domovech pro seniory byla běžná přítomnost psychologa nebo duchovního, který by poskytoval klientům oporu v jejich těžkých situacích, a to nejen umírajícím, ale každému seniorovi, který nese s sebou svůj těžký životní příběh a trápí ho nemoci a strach z toho co ho bude čekat dál, strach z nezvládnutí umírání, ze selhání, strach z toho, že bude trpět bolestmi před smrtí, strach z průběhu své nemoci a z osamělosti během samotného umírání.

V komunikaci s umírajícím a následně po smrti i s jeho rodinou domovy pro seniory uplatňují téměř stejné postupy (např. dodržuje se sdělení pozůstalým informace o smrti jejich rodinného příslušníka v klidném místě v soukromí a klade se důraz na nechání emocí pozůstalých nechat volně vyplynout, nechat je plakat, také technika aktivního naslouchání se uplatňuje i do domova pro seniory), avšak díky menšímu počtu personálu není tolik času na komunikaci pouze s jedním klientem, dále neposkytují následnou péči pozůstalým. V domovech pro seniory je rodině zemřelého poskytnuto sociální pracovníci pouze sociální poradenství, které obsahuje informace o tom, co mají po smrti svého rodinného příslušníka dělat, kam se dostavit atd., ohledně psychické stránky pozůstalých může sociální pracovnice pouze doporučit služby následné péče o pozůstalé, anebo odkázat na pomoc psychologa, dle vážnosti psychiatra, psycholog nebo psychiatr není totiž v zařízení domovů pro seniory každý den, pouze dle potřeby dochází za klienty.

Není tedy pochyb, že kdyby docházelo k většímu zavádění paliativních prvků do domovů pro seniory, vedlo by to k velkému zkvalitnění poskytovaných služeb.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo popsání péče o umírající v domovech pro seniory, včetně popsání domova pro seniory a práce sociálního pracovníka, zdravotních sester a práce přímé obslužné péče s umírajícím seniorem, specifika komunikace s ním a porovnání této péče se specializovanou službou poskytující paliativní péči tzv. hospice.

V první kapitole jsem nastínila problematiku stáří, stárnutí a nemocí, které se se stářím pojí. Druhá kapitola už byla věnována konkrétně domovům pro seniory a jejich péče o umírající seniory. Pro popsání domova pro seniory jsem použila zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, kde jsou vypsány služby, které domovy pro seniory poskytují. Tento zákon jsem použila i při popsání nutných požadavků pro výkon povolání sociálního pracovníka. Dále jsem se podrobně na základě odborných knih věnovala bližšímu popisu práce s umírajícím uživatelem v domovech pro seniory, zdravotnické i ošetrovatelské péči o něho, komunikaci s ním i s jeho rodinou až do konce života umírajícího seniora a následné práci s rodinnými příslušníky po jeho smrti.

Cílem této práce bylo již popsanou péči v domovech pro seniory porovnat na základě odborných knih o specializované paliativní péči s péčí v hospicích. Při porovnání těchto dvou služeb je základní rozdíl v službách, tzn., že paliativní péče spadá pod zdravotnická zařízení, ale domovy pro seniory jsou službou sociální. Rozdíl je také v cílové skupině a poskytované péči, kde domovy pro seniory bohužel nemohou díky svému personálnímu obsazení, které nedovoluje takovou pozornost věnovat jednomu klientovi jako je to v zařízeních specializované hospicové péče. Myslím si, že důležitým prvkem, který v domovech pro seniory většinou zaveden není, je stálá přítomnost duchovních, kteří se s umírajícími modlí a poskytují jim tak útěchu v jejich nejtěžších dnech, druhým takovým prvkem, který má hospic a umírajícím velmi pomáhá je možnost přistýlky u lůžka svého blízkého a umožnění tak umírajícímu, aby v nejtěžších chvílích nebyl sám.

Důležitost specializované péče je bezpochyby velmi důležitá pro všechny občany České republiky a bylo by tak velmi dobré, kdyby byla možnost poskytnout ji více lidem, kteří ji potřebují. Avšak zavádění prvků paliativní péče do domovů pro seniory není méně důležitá, vede totiž ke zkvalitnění poskytovaných služeb zde umírajícím.

Seznam použitých zdrojů

Seznam použité literatury:

BUŽGOVÁ, R., *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života*, Praha: GRADA Publishing 2015, 168 stran, ISBN 978-80-247-5402-4

FIRTHOVÁ, P., LUFFOVÁ, G., OLIVIERE, D., ed., *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*, Společnost pro odbornou literaturu, o. s., Brno 2007, 236 stran, ISBN 978-80-87029-21-3

HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*, Panorama, Praha 1990, 416 stran, ISBN 80-7038-158-2

HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně pro Radu pro rozvoj ošetrovatelství MZ ČR, Brno 2000, 46 stran, ISBN 80-7013-310-4

CHLOUPKOVÁ, S., *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*, Praha: GRADA Publishing 2013, 119 stran, ISBN 978-80-247-4678-4

KABELKA, L., *Geriatrická paliativní péče*, Mladá fronta a. s., edice Postgraduální medicíny, Praha 2017, str. 292-293, ISBN 978-80-204-4225-3

KUPKA, M., *Psychosociální aspekty paliativní péče*, Praha: GRADA Publishing 2014, 216 stran, ISBN 978-80-247-4650-0

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie 2. Aktualizované vydání*, Praha: GRADA Publishing 2006, 368 stran, ISBN 978-80-247-1284-0

MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, Praha: GRADA Publishing 2011, 328 stran, ISBN 978-80-247-3148-3

MLÝNKOVÁ, J., *Pečovatelství 1. díl učebnice pro obor sociální činnost, 2.*, doplněné vydání, Praha GRADA Publishing 2016, 253 stran, ISBN 978-80-271-0131-3

MLÝNKOVÁ, J., *Péče o staré občany, Učebnice pro obor sociální činnost*, Praha: GRADA Publishing 2011, 192 stran, ISBN 978-80-247-3872-7

SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a Umění doprovázet, Ecce Homo*, Praha 1995, 144 stran, ISBN 80-902049-0-2

PERA, H., WEINERT, B., *Nemocným nablízku Jak pomáhat v těžkých chvílích*, Vyšehrad 1996, 200 stran, ISBN 80-7021-152-0

ROKYTA, R., a kolektiv, *Bolest a jak s ní zacházet Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*, Praha: GRADA Publishing 2009, 174 stran, ISBN 978-80-247-3012-7

SCHULER, M., OSTER, P., *Geriatricie od A do Z pro sestry*, Praha: GRADA Publishing 2010, 336 stran, ISBN 978-80-247-3013-4

Primární zdroje:

Zákon č. 108/2006 Sb. *o sociálních službách*, v úplném znění, platném ke dni 9. 10. 2017

Elektronické zdroje:

MODRAPOMNENKA.CZ, *Služby poradny*, [online], Modrá pomněnka © 2018, [cit.18. března 2018] Dostupné na: <http://modrapomnenka.cz/>

HOSPICE.CZ, *Co dělat, když někdo potřebuje hospicovou péči?*, [online], 27. červen 2010, Copyright (c) 2005-2011 Ecce Homo, Dostupné na: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-delat-kdyz-nekdo-potrebuje-hospicovou-peci/>

Seznam zkratek

aj. – a jiné

atd. – a tak dále

č. – číslo

ev. – eventuelně

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

MRSA – Mecitilin-rezistentní *Staphylococcus aureus*, Mecitilin- rezistentní zlatý stafylokok

např. – například

popř. – popřípadě

pozn. – poznámka

tj. – to je/jsou

tzn. – to znamená

tzv. – tak zvaný

Seznam příloh

Příloha I. – Žádost o zveřejnění dokumentů do bakalářské práce

Příloha II. – Soupis osobních věcí při úmrtí klienta

Příloha III. – Soupis financí a šperků při úmrtí klienta

Příloha IV. – Protokol o předání občanského průkazu pohřební službě

Příloha V. – Numerická škála bolesti

Příloha VI. – Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Příloha VII. – Práva umírajících

ABSTRAKT

Péče o umírající v domovech pro seniory

KOVÁŘOVÁ, N. Péče o umírající v domovech pro seniory. České Budějovice 2018. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce H. Machulová.

Klíčová slova: Domov pro seniory, stáří, nemoc, bolest, péče, komunikace, umírání

Práce se teoreticky zabývá umírajícími v domovech pro seniory a specifickou péčí o ně. První kapitola práce je věnována stáří, stárnutí a nemocem, které se stářím souvisejí. V další kapitole se věnují domovům pro seniory, jejich cílové skupině, práci sociálního pracovníka, také práci sociálního pracovníka s umírajícím, práci zdravotních sester a pracovníků přímé obslužné péče a problematice bolesti a tvorbě dekubitů, které brání kvalitní péči o umírající seniory. Důležitou kapitolou, která následuje, se týká komunikace s umírajícími i jejich rodinou, která vyžaduje spoustu empatie a psychické odolnosti pečujícího personálu.

Stěžejní kapitolou je poslední kapitola, která pojednává o paliativní péči a porovnává péči o umírající seniory v domovech pro seniory se specializovanými hospicovými zařízeními a případném zavádění prvků paliativní péče do domovů pro seniory.

ABSTRACT

Dying person in home for the elderly

Key words: home for elderly, old age, pain, disease, care, communication, dying

Bachelors work is aimed at dying person in homes for elderly and particularities of the care of them. First chapter is aimed at old age, ageing and the diseases which are related to old age. The next chapter is dedicated to homes for elderly, their target group, social worker profession and as well the dying person care. This chapter also deals with nurses and workers of direct attendance care and issues of pain and the creation of bedsores, that obstruct the proper elderly people care. The important chapter, which follows is regarding communication with the dying and its family, that requires lot of empathy and psychological resistance of care staff. The last chapter is the most important, because it discuss the palliative care and the comparison of the dying seniors in homes for elderly with special hospice facilities and the possible establishment of the palliative care into homes for elderly.

Přílohy

Příloha I.

Vážená paní magistro Soukupová,

prosím Vás o možnost zveřejnění následujících dokumentů do své bakalářské práce jako přílohu.

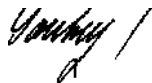
Žadané dokumenty jsou: Soupis osobních věcí při úmrtí klienta, Soupis financí a šperků při úmrtí klienta, Protokol o předání občanského průkazu pohřební službě, Práva umírajících, Numerická škála bolesti, Hodnocení rizika vzniku dekubitů.

Předem děkuji za ochotu.

S pozdravem

Nicola Kovářová

Mgr. Hana Soukupová



Centrum sociálních služeb,
Staroměstská České Budějovice,
příspěvková organizace

Staroměstská 2469/27 f 370 04
České Budějovic

SOUPIS OSOBNÍCH VĚCÍ PŘI ÚMRTÍ KLIENTA

Název	Počet kusů

Pozůstalost sepsal/a dne:
Podpis:
Podpis svědka:
Pozůstalost
Podpis:
Podpis svědka:

Pozůstalost dne:
Jméno a příjmení:
Adresa:
Číslo OP:
Vztah k zemřelému:
Podpis:

Příloha IV.

PROTOKOL O PŘEDÁNÍ OBČANSKÉHO PRŮKAZU POHŘEBNÍSLUŽBĚ

Předávající:.....

Kontaktní adresa: "

Telefon, e-mail:

Přebírající:

Kontaktní adresa:

Telefon, e-mail:

Předmět předání

Občanský průkaz od:

Jméno a příjmení zemřelého:....., r.č.:

V dne

předávající

přebírající

Příloha V.



Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice

příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27,370 04, České Budějovice

Numerická Škála bolesti

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Žádná	mírná	až	středně	silná	až	nesnesitelná	bolest			

Jméno a příjmení klienta:

Ročník narození:.....

Zhodnocení bolesti:.....

Podpis sestry, která provedla zhodnocení škály bolesti:

Příloha VI.

Centrum sociálních služeb Staroměstská Česká Budějovice, příspěvková organizace
Staroměstská 2469/27
370 04 České Budějovice

HODNOCENÍ RIZIKA VZNIKU DEKUBITU

Jméno a příjmení

Středisko:

Rodné číslo:

Nástup k pobytu:

DpS oddělení:

Datum narození:

Ukončení pobytu:

Pokoj:

1. Tělesný stav	dobrý	
	příjemný	
	špatný	
	velmi špatný	
2. Duševní stav	plně bdělý, čilý	
	apatický	
	zmatený	
	stuporózní	
3. Aktivita	samostatně chodící	
	chůze s pomocí	
	trvale v křesle	
	trvale v lůžku	
4. Mobilita	plná	
	mírně omezená	
	velmi omezená	-
	imobilní	
5. inkontinence	není přítomna	
	občasná	
	obvyklá	
	moči i stolice	
CELKEM:		

Vyhodnocení:	
méně než 12 bodů	vysoké riziko
12-13 bodů	střední riziko
14 a více bodů	nízké riziko



Centrum sociálních služeb Staroměstská České Budějovice

příspěvková organizace, Staroměstská 2469/27, 370 04 České Budějovice

Práva umírajících

Má právo, aby se s ním zacházelo jak s živým člověkem až do jeho smrti.

Má právo udržovat si naději, nechť už se zaměří na cokoliv.

Má právo na poskytování péče takovými lidmi, kteří dokážou jeho naději udržovat, nechť už se situace změní jakkoliv.

Má právo na vyjadřování svých pocitů, týkajících se blížící se smrti a to svým osobitým způsobem.

Má právo účastnit se rozhodování, které se týká péče o něho samotného.

Má právo očekávat nepřetržitý lékařský a ošetrovatelský zájem o něho samotného, i když se budou muset „léčebné“ cíle, nahradit cíly sledujícími udržování jeho pohody.

Má právo na to, aby nezemřel osamocený.

Má právo nemít bolest.

Má právo na čestné odpovědi na své otázky.

Má právo na to, aby mu nikdo nelhal.

Má právo na to, aby mu ve chvíli, kdy si uvědomí blížící si smrt, pomohla jeho rodina a pomoc byla poskytnuta i jeho příbuzným.

Má právo zemřít v klidu a důstojně.

Má právo ponechat si svoji individualitu a nebýt souzený za svá rozhodnutí, které mohou být v rozporu se stanovisky jiných.