

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO  
PRAHA**

bakalářské kombinované studium  
2009 – 2012

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Jana Bártová

Stáří, umírání a smrt – pomoc a péče o seniory  
v Psychiatrické léčebně Kosmonosy

**Praha 2012**  
**Vedoucí Mgr. Martina Strnadová**

**JAN AMOS KOMENSKÝ COMENIUS UNIVERSITY  
PRAGUE**

Bachelor Combined Studies

2009 - 2012

**BACHELOR THESIS**

Jana Bártová

Aging, dying and death – assistance and care of the elderly  
in the Psychiatric Hospital Kosmonosy

**Prague 2012**  
**The Bachelor Thesis Work Supervisor:**  
**Mgr. Martina Strnadová**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Mladé Boleslavi 29. 2. 2012

*Jana Bártová*

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Martině Strnadové za odborné vedení, podnětné připomínky a spolupráci při zhotovení této práce. Dále děkuji paní ředitelce Ing. Daně Kolářové, MBA, za umožnění zpracování mého tématu a odbornou pomoc. Poděkování patří rovněž mé rodině za její psychickou podporu.

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou stáří, umírání, smrti a potřebné péče o tyto nemocné. Vypovídá jak o vlivu pečujících na umírající, tak i v opačném smyslu; jak tento druh péče ovlivňuje psychiku pečujících osob.

Dále ukazuje, jak je důležité, aby si každý člověk tyto otázky kladl, uvědomoval a především k nim dokázal zaujmout přiměřený postoj. V závěru je popsáno, v čem spočívá léčebná síla péče v Psychiatrické léčebně Kosmonosy.

## **Klíčové pojmy**

paliativní péče, péče, pomoc, psychiatrická péče, smrt, strach, umírání, stáří, úzkost

## **Annotation**

This thesis deals with the issues of aging, dying, death and necessary care of these patients. It testifies about the influence of caregivers on the dying as well as, on the other hand, how much this type of care impacts on the feelings of the caregivers.

It shows further how it is important that everyone should ask these questions, be aware of them and, above all, could take an adequate attitude towards them. In conclusion, a description is given of what the therapeutic power of the care provided in the Psychiatric Hospital Komsnonosy consists in.

## **Key words**

paliative care, care, help, psychiatric care, death, fear, dying, old age, anxiety

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>Smrt</b> .....	<b>9</b>
1.1 Smrt a umírání v dějinách lidstva.....	10
1.2 Umírání v dnešní době.....	12
1.3 Emocionální prožívání při procesu umírání.....	14
<b>2. Pojem smrti</b> .....	<b>17</b>
2.1 Příčiny tabuizace smrti.....	17
2.2 Postoj a vyrovnání se smrtí a umíráním.....	21
2.2.1 Důstojné umírání.....	22
2.2.2 Práva umírajících v ústavních základních právech.....	23
2.3 Jak pomáhá víra.....	23
2.4 Ztráta blízké osoby.....	24
<b>3. Stáří a rodinné vazby</b> .....	<b>26</b>
3.1 Příprava na stáří.....	26
3.2 Senioři a rodinné vazby.....	27
3.3 Poskytovaná institucionální péče.....	30
3.3.1 Paliativní péče.....	32
3.4 Pacient ve stáří.....	34
3.5 Fáze smíření s nemocí.....	34
<b>4. Psychiatrická léčebna Kosmonosy</b> .....	<b>36</b>
4.1 Historie léčebny.....	36
4.2 Kvalita poskytované péče.....	37
4.2.1 Péče o chronicky duševně nemocné.....	38
<b>5. Léčebné složky v Psychiatrické léčebně Kosmonosy</b> .....	<b>40</b>
5.1 Personální zajištění.....	40
5.2 Fenomén stáří.....	41
5.3 Duševní porucha.....	42
5.4 Geriatrickí pacienti.....	42
5.5 Komunikace s pacienty s demencí.....	59
5.6 Co ovlivňuje potřeby psychicky nemocného seniora.....	59
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>61</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ</b> .....	<b>64</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>67</b>

# ÚVOD

*Motto:*

*Veliká láska, láska bez výhrad, láska celého člověka  
k celému člověku nemůže pominout léty ani smrtí.*

*(T. G. Masaryk)*

Tato práce představuje základní informaci o různých životních situacích ve stáří, které by člověk měl znát. Má ukázat, jak je důležité čelit problémům a odpovědnosti při poskytování pomoci starým, nemocným, umírajícím, ale i pacientům s duševní poruchou. Hledá nejvhodnější způsob pomoci lidem, kteří ji od společnosti potřebují. Jde především o poskytování citové podpory od příbuzných, přátel, ale i zdravotníků.



## SMRT (EXITUS LETALIS)

*„Smrti se nebojí, smrt není zlá, smrt je jen kus života těžkého,  
co strašné je, to umírání je“*

*Jiří Wolker*

Každý, kdo se setkal tváří v tvář s těžkou, mnohdy nevyléčitelnou nemocí ví, že existuje smrt. Smrt bohužel patří k životu. Ze všech živých bytostí si pouze člověk uvědomuje, že není nesmrtelný. Je však naopak jediný, který oplakává své mrtvé, pohřbívá je a chodí zapalovat svíce. Projevuje tím tak úctu mrtvým. V problematice smrti a umírání se nám zdá mnoho nepochopitelného. Setkáváme se s obecnými pravdami o umírání a smrti, aniž bychom je uváděli do svého osobního života. Příkladem je pravda, že „člověk je smrtelný“. Na smrti je spravedlivé to, že „platí úplně pro všechny stejně“. Jak pro chudé, tak i bohaté. Podobně je tomu s konstatováním typu „Smrt je hodinou pravdy - pro každého. Bude jí i pro mne.“ (Křivohlavý, 2002, s. 153)

Každý jedinec, který se narodil, určitě nesčetněkrát přemýšlel o tom, že jednou musí naopak zemřít. Je jedno, zda uvažuje o své vlastní či o smrti někoho blízkého. Umírání a smrt jsou zakódovány hluboko v každém z nás. Zabývá se jimi vědní obor nazývaný thanatologie (řecky: thanatos = smrt).

Umírání lze považovat za základní, inherentní a bohužel i definitivní veličinu lidského života s nesmírně silným emočním nábojem. Technicko-medicínsky bývá definováno jako postupné a nevratné selhávání základních životních funkcí orgánů s následkem smrti. „Smrt člověka je dána smrtí jeho mozku. Vyplněním listu o prohlídce mrtvého prohlížejícím lékařem je úředním potvrzením smrti. Konstatovat smrt člověka a stanovit dobu smrti může pouze lékař“. (Soudní lékařství, 1999, s. 23) O umírání a smrti je však nutno

uvažovat i z hlediska filozofického, psychologického, sociálního a etického. (Haškovcová, 2002) Každému, kdo spatří světlo světa, je tímto aktem současně a neodvolatelně předurčena smrt. Smrt je údělem každého člověka. Tak jako narození, i smrt byla a je součástí lidského života. Lidé se kdysi smrti tolik nebáli, neutíkali před ní, nesmlouvali s ní a ani proti ní nebojovali. Dnes je tomu jinak. V budoucnosti nás obojí čeká a nemine. (Haškovcová, 2002) Smrt a umírání není nic, co můžeme ze svého života odstranit. Smrt lze zjednodušeně vnímat jako ohraničenou úsečku, kterou má každý vyměřenou jinak. Nikdo z nás jí neunikne. Patří neoddělitelně k lidské existenci. Je psáno: „Prach jsi a v prach se obrátíš“ (Genesis 3, 19), neboť v materiálním světě nic netrvá věčně, vše pomíjí a zaniká. Otázkou života a smrti se lidé zabývají od pradávna. Závěr lidského života bývá velmi individuální. Odborníci se shodují, že každý umírá „vlastní smrtí.“

Odchody ze života po celá staletí provázely v různých kulturách různé rituály. Řadíme ji stále mezi jednu z nejstarších, nejtěžších a nejzákladnějších otázek, které si klademe po celý život. Lidé tento fakt často opomíjejí. Zvláště pak v dnešní době, kdy společnost musí řešit „mnohem důležitější“ problémy, např. otázky ekonomické a sociální.

## **1. 1 Smrt a umírání v dějinách lidstva**

V dějinách ale i různých kulturách můžeme sledovat zřetelné rozdíly v přijímání nevyhnutelnosti smrti. V dávných dobách i jiných civilizacích byl postoj k umírání odlišný. Důležitost těchto rozdílů se vyvstává v porovnání se situací člověka, čelícího smrti dnešních sociálních a kulturních podmínkách. Je známo, že se lidé v dřívějších dobách dožívali převážně nízkého věku. Příčin bývalo mnoho. Často to bývala dětská úmrtnost, neléčitelné infekce, epidemie, hladomor a zranění. Toto všechno mohutně přispívalo ke snižování šancí dožít se dospělosti a stáří. Celé generace tak byly srozměny se smrtí. (Haškovcová, 2007) Jednotlivci se v průběhu svého života učili umírat nejenom tím, že pozorovali smrt ve svém okolí, ale také tím, že pomáhali těm, kterým

dohořívala jejich svíčka. Smrt i umírání bývalo vnímáno na stejné úrovni jako narození nového člověka. Obojí se odehrávalo obvykle v rodině, mezi blízkými. Jiní umírali na bojištích, mnozí o hladu a zimě, ve špíně a v osamění, aniž by se jim dostalo jakékoli pomoci. Smrt byla všudypřítomná a viditelná. Nedá se samozřejmě s určitostí říci, že se lidé v minulosti smrti nebáli. Můžeme však věřit, že se jí báli jinak než dnes. Zkušenosti ukazují, že umírající často odcházejí v době, kdy jsou sami. Snad je to tak po ně lehčí, odloučit se od světa a od milovaných osob.

To znamená rozloučit se vším, co jim bylo milé a také se všemi, koho měli rádi. Relativní útěchou jim byla všeobecně sdílená víra v život po smrti. Věřili, že po smrti nebudou žádné útrapy, bolesti ani nemoci. (Haškovcová 2007)

Po smrti blízkého lidé mysleli na spásu jeho duše a její pobyt na nebesích a vytvářeli si příběhy o nebi a pekle. Proto také nechávali za své zemřelé konat zádušní mše. Lidé se často odvolávali na Boha. Používali často starozákonní výrok „Bůh dal, Bůh vzal.“ Nemoc i smrt jsou v Bibli popsány jako porušení řádu, související s lidskou odcizeností Bohu, nebo jako trest Boží. (Bible, 2001) Na otázku jak, kde a kdy se vzala nemoc, bolest, zlo a smrt, postihující i lidi dobré, však bohužel v Bibli odpověď nenajdeme. (Kutnohorská, 2007) Klíčovým textem je tu Kniha Job, která nechává otázku beznadějně otevřenou. Prostý smrtelník nemůže proniknout v úradek Boží a sám pokus o to je rouháním. Proto například Židé svou modlitbu pronášenou nad zemřelým (kadiš) vlastně vůbec nevztahují k němu samému, ale týká se naopak pozůstalých, kteří tu slavnostně deklarují neochvějnost své víry v Hospodina, přestože dopustil, aby jejich blízký zemřel. Mnozí však tuto víru ztratili za holocaustu. Takovou hrůzu nemohla už Kniha Job vysvětlit ani přinést útěchu. Úplně jiný postoj ke smrti měli muslimové, když bylo jejich náboženství ještě mladé. Stali se nepřekonatelnými a hrůzu budícími bojovníky právě pro své okázalé pohrdání smrtí, po níž je čekal už jen nevýslovný a věčný ráj. Staří Germáni tu měli svou Valhalu jako celkem veselé místo k posmrtnému životu, ke vstupu bylo ovšem třeba splnit určité podmínky. Hinduisté si pomáhali vírou v převtělování duší, které je úplným popřením existence skutečné smrti.

Staří Řekové a Římané museli naopak vystačit s podsvětím, které, jak se zdá, nepřinášelo žádné přesvědčivé rozkoše. Bylo místem spíše pochmurným, jakousi říší stínů. Přesto se ke smrti stavěli stoicky. Tu je možno odkázat například na smrt Sokrata nebo Seneky. Absolutní prioritu, jako u všech starých národů, měla totiž čest a pověst. To byl prostředek nesmrtelnosti, neboť čest a činy zemřelého přežívaly ve vzpomínkách a vyprávěních i po celá staletí a stala se příkladem chování i morálním měřítkem pro následující generace.

## 1.2 Umírání v dnešní době

V dnešní době je tomu právě naopak než v minulosti. Společnost se snaží za každou cenu, někdy i nepřijatelnou a trýznivou, uchovat naživu i člověka v jednoznačně beznadějném stavu. Žijeme totiž ve světě, kde vládne technika, a to do té míry, že víru v její všemocnost a samospasitelnost můžeme považovat za nové náboženství svého druhu. Pošetile se domníváme, že nám vždy a všude usnadňuje život. Lékaři tak pomocí vyspělých technologií prodlužují základní životní funkce i přesto, že to mnohdy není ve prospěch pacienta a jeho důstojnosti. Jde o mentalitu „vítězné medicíny“, která každou smrt považuje jen za jakési selhání moderních technologií. Ocitne-li se dále neřešitelný pacient mimo rámec působnosti těchto technologií, je svým způsobem zavržen. Přivádí totiž takto orientované zdravotníky do rozpaků. Je živoucí připomínkou jejich „neúspěchu“. Neumějí s ním zacházet ani komunikovat. Přesmyk do paliativní sféry - tedy do příznaky zmírňující chronické péče „technicky“ dále neřešitelných pacientů – může tak znamenat propad do substandardní péče. Z „velké“ medicíny do medicíny minimalistické. Pacientovi se v řadě případů náhle nedostane ani základního ošetření a humánního přístupu alespoň na běžné úrovni (nutrice, hydratace, polohování, zejména účinné tlumení bolesti a v neposlední řadě vlídné slovo). Takový nemocný už není zajímavý, jen obtížný, a do jisté míry vypadává ze systému, který je nastaven odlišně. Medicínská věda raději vymýšlí zachraňující než paliativní postupy. Je to nevděčná, nemedializovatelná a lékařsky neprestížní oblast. Navíc zapomínáme, že umírání může být

dlouhotrvající a komplikovaný proces, který nemá jen tělesný rozměr. Tyto přehnané snahy nám jen ztěžují poslední fáze života. Každý člověk má nejen právo, ale i mravní a lidskou povinnost zaujmout stanovisko ke svému budoucímu umírání a ke své vzdálené, ale neodvratné smrti. V dnešní době se o smrti a umírání mnoho nehovoří. Vypadá to, jako kdyby se s tím nikdo z nás nesetkal a ani nesetká. Jak již bylo poznamenáno, smrt je daní ze života a nelze se jí zříci ani obejít. Lidé se v dnešní uspěchané době snaží podnikat všechno možné, aby zbrzdili proces vlastního stárnutí a následného umírání. Nic bohužel netrvá věčně. Věc Makropulos či elixír mládí jsou jen výplodem lidské fantazie, jeden ze způsobů, jak se vyrovnat se smrtí, forma psychoterapie. Je nutné si uvědomit, že všechny naše myšlenky, nápady, představy někde začínají, ale i končí. V průběhu svého života bychom se měli naučit odpoutávat se, neboť jednou musíme opustit všechno, co na tomto světě existuje. Umírání není v žádném případě jednoduché. V dnešním světě neustále narůstá počet osob, které se z důvodu vysokého věku nebo zdravotního stavu nejsou schopny sami o sebe postarat. Bývají tak odkázány na pomoc svých blízkých, či sociálních systémů, v našich poměrech často substituovaných systémem zdravotní péče.

V 80. letech minulého století se odborníci po celém světě shodovali v tom, že končí éra specializovaných obřích domovů důchodců. (Haškovcová, 1990) Tato koncepce vycházela z toho, že starý člověk ztrácející praktickou soběstačnost patří vždycky do nějaké instituce. (Haškovcová, 1990) Umístění seniora do zařízení s trvalým pobytem je ze strany rodinných příslušníků často chápáno jako poslední východisko. Mnohé rodiny to vnímaly jako své selhání. V dnešní moderní technické společnosti, která v krátké době několika málo generací zcela převrátila naše myšlení a hodnoty, je náš život na rozdíl od dob minulých daleko rušnější, individualističtější i povrchnější. Máme sklon nestarat se příliš o své bližní. Jsme tedy lhostejnější k účasti na životě slabých, starých nebo nemocných.

Dnes tak lidé povětšinou umírají v nemocnicích, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v psychiatrických léčebnách či hospicích. Člověk s nevyléčitelnou nemocí a hrozbou blížící se smrti nepotřebuje, aby mu někdo jeho situaci vysvětlil, ale potřebuje, aby nezůstal na své poslední cestě zcela osamocený. Aby ho někdo chápal, aby mu někdo dělal společníka, aby mu někdo v těžké chvíli stál po boku. Tato touha je mnohdy silnější, než bolest, která tyto terminální stavy provází. Výše zmiňovaná zařízení ale nemohou ve většině případů nahradit domov s velkým „D“. Považuji za velmi důležité, ne-li nejdůležitější, dát umírajícímu přirozenou lásku a pohazení. To vnímám jako nejvyšší hodnotu. Pokud to okolnosti dovolí, držet jeho ruku ve své dlani. Stát v jeho blízkosti, přesto že nás to stojí mnoho sil. Jedním z důvodů je, že umírání se netýká jen umírajícího. Věřím, že když toto všechno pochopíme, tak se i my jednou dočkáme toho, že nezůstaneme na své poslední cestě opuštěni. Měli bychom dobře zvážit, jak využít tento poměrně krátký časový úsek života, který strávíme ve své tělesné schránce. Pro každou lidskou bytost je velice důležité, jak bude zacházet se svým propůjčeným tělem. Strach je příčinou toho, že se lidé bojí zabývat se vlastní smrtelností. Žijeme ve světě, kde ignorujeme smrt svou, ale i svých blízkých (Kutnohorská, 2007). Lidé si už od pradávna uvědomovali, že život není nekonečný. V průběhu života jim to různé životní ztráty opakovaně připomínali. Nikdo z nás neví, kdy a za jakých okolností nastane jeho konec. Když se včas seznámíme s dnešními poznatky o procesu umírání, pak se můžeme zbavit alespoň části svého strachu. Až najde náš čas, budeme si lépe vědomi toho, co se s námi děje. (Jakoby, 2005)

### **1.3 Emocionální prožívání při procesu umírání**

Umírání je považováno za poslední fázi lidského života. Mezi emocionální pocity umírajícího jedince, kterému už z lékařského hlediska není pomoci, nejčastěji patří: úzkost, hněv, vztek, strach, agrese, deprese, ale především bezmoc a hluboký smutek. Většinou pochází jako konečné vyústění závažného onemocnění. Tyto stavy se mezi sebou v průběhu dne

či daného období střídají. Velice dobře zpracovala koncepci Americká lékařka Elisabeth Kübler – Rossová, která popsala pět základních fází umírání.(Svatošová, 1999)

Reakce na smrtelné onemocnění probíhají následovně:

- 1) **Negace** - v této fázi pacient prožívá šok s popíráním skutečnosti. Brání se myšlenkou: „Pro mne to neplatí, to není možné“ atd. Důležité je navázání kontaktu s nemocným a snaha získat si jeho důvěru, která je podmínkou účinné spolupráce.
- 2) **Agrese** - v této fázi je reakcí na konečný verdikt hněv a vzpoura, pokládání otázek typu „proč zrovna já, vždyť jsem byl zdravý“ atd. Důležité je nepřesvědčovat ho proti jeho vůli a nechat ho, aby vyjádřil své emoce. Musíme nemocnému neustále dávat najevo, že není sám, že jsme tu pro něho.
- 3) **Smlouvání** – v této fázi se pacient snaží se smrtí vyjednávat, Hledá zázračný medikament, vzdálená zahraniční pracoviště, nadpřirozené síly, absurdní obsahy nekonečného počtu pochybných webových stránek, „zaručená“ sdělení jiných laiků a zejména šarlatány všech „alternativních“ modalit. V této době je velmi sugestibilní - i při vysoké inteligenci a vzdělání je schopen uvěřit téměř čemukoli. Za iracionální postupy je schopen zaplatit jakoukoli sumu. Ani zdravotník nemusí být výjimkou. Od lékařů a rodiny to vyžaduje značnou trpělivost a pochopení.
- 4) **Deprese** – v této fázi prožívá pacient smutek a strach z toho, co musí nevyhnutelně přijít. Plně si uvědomuje veškeré ztráty. Přípravuje se na

konečné rozloučení se světem. Potřebuje mít jistotu, že je mu někdo na blízku, kdo ho má rád, kdo ho vyslyší a neopustí.

- 5) **Smíření** – v této fázi pacient dojde konečného klidu, usmíření a odevzdání se osudu. Boj je u konce a na řadu přichází loučení a uspořádání posledních věcí člověka. V této fázi většinou potřebuje větší pomoc rodina než pacient sám.

Znalost těchto fází je podstatná pro poskytnutí účinné pomoci smrtelně nemocnému. Zmíněné fáze nemusejí vždy přicházet v tomto pořadí a některá může i chybět. V každém případě by mělo být hlavním, ne-li jediným cílem léčby, aby pacient trpěl co nejméně, aby necítil pokud možno bolest, netrpěl strachem a hlavně nezůstával na všechno sám. Nemocný musí bezpečně poznat, že kromě lékařské pomoci se mu dostane i pomoci psychologické a především lidské. Dar života si každý z nás uvědomuje, až ve chvíli, kdy umírá a konec již není daleko. (Jakoby, 2005)



## 2. POJEM SMRTI

Smrt je jedna z nevysvětlitelných záhad, od které nemáme klíč, která přináší mnoho otázek, na něž nikdo nemá dobrou odpověď.

### 2.1 Příčiny tabuizace smrti

Smrt je všude kolem nás. Podle některých představ je nezbytná k tomu, abychom si uvědomovali vzácnost a neopakovatelnost svého bytí. To je ovšem poněkud idealistický a účelový koncept. Smrt je objektivní. Je biologicky programována tím, že průběžná sebeobnova organismu během života nikdy nedosahuje sta procent. Chyby a změny se načítají, i když přesné mechanismy dost dobře neznáme. Respektive nejsme s to je uchopit systémově, známe jen některé dílčí detaily. Víme však s jistotou, že individuální smrt je podmínkou výměny generací, přičemž bez střídání generací by byla evoluce zcela nemožná. Nikdy bychom se nedostali přes vývojové stadium bakterií. Existujeme tedy jen díky smrti. Na jiné úrovni se obdobný proces, ale jinými mechanismy, odehrává ve sféře vymírání celých druhů. To je další podmínka evoluce. 99,9 % druhů, jež kdy obývaly Zemi, vymřelo. Co se lidí týče, vystřídalo se jich na Zemi minimálně 80, možná 90 miliard (Raup, 1995). Je nepředstavitelné, že bychom tu byli všichni najednou, všichni mladí, zdraví a krásní i nekonečně plodní a neznající stáří. Bez smrti by svět buď vůbec nevznikl, nebo zkolaboval.

Jiný pohled je ovšem ten individuální, tedy týká-li se smrt mne nebo mých blízkých. Pro každého jedince je smrt velice osobní otázkou.

Proto si mnoho lidí klade otázky:

- Proč lidé umírají?
- Je smrt skutečně konečnou záležitostí?
- Je smrt věcí dobrou, nebo špatnou?
- Má vůbec lidský život smysl, končí-li smrtí?

(<<http://hospic.webpark.cz/smrt.htm>>)

Na tyto otázky si málokdo umí odpovědět sám. Ku pomoci tu máme filozofii a náboženství. Postoj ke smrti si vytváří každý jedinec po celý život. Vlastní smrt závisí na mnoha psychologických a sociologických faktorech. Jelikož většinu hodnot přebírá jedinec od svého okolí, bude se i kultura a společnost, v níž žije, podílet na utváření vztahu k umírání a smrti. Tyto hodnoty je nutné naplňovat skrze uvědomování si rozměru lidství, tedy hodnoty života až do jeho konce. Hodnoty života v útrapách bolestí a nemoci a hodnoty života, který nelze žít jinak než ve stínu smrti. Pro spousta lidí je smrt považována za tabu a nechtějí se touto otázkou příliš zabývat. Snižování celkové úmrtnosti a prodlužování lidského života způsobilo, že více než 80 % populace umírá ve věku nad 60 let. Přáním každého člověka je zemřít v důstojnosti. Však i my, kteří jsme mladí, budeme jednou staří a nemocní a také budeme potřebovat pomoc druhého člověka. Nebuďme tedy lhostejní a pomáhejme. Naučme se vážit si starých lidí. Nemocný člověk, jeho blízcí i lékaři se bojí o smrti otevřeně mluvit. Smrt znamená pro současnou společnost strach z neznáma. Smíření s myšlenkou, že umřu, však usnadní i umírání. Současný člověk se setkává s umíráním a smrtí zdánlivě každý den a je na ni zvyklý. Bohužel si neuvědomuje, že se jedná o smrt hranou, virtuální, která se vyskytuje na televizních obrazovkách, v novinách, knihách, počítačových hrách apod. Naproti tomu setkání se skutečným koncem života se často nevidí. Chybí nám zkušenost našich předků, žijících v tradiční předindustriální společnosti (před 18. stoletím), kteří podobu smrti důvěrně znali už od útlého dětství. Lidé v té době umírali doma, což patřilo k přirozené součásti života. Každý věděl, co může a co má dělat. Dnes, kdy jsou umírající odsunuti převážně do nemocnic, je pro nás smrt mystériem. Máme z ní strach a hrůzu. Lidé dosud nepochopili dar života. Nikdo z nás není schopen a ani mocen toho, aby přiměl lidské bytosti pochopit, co je v plnohodnotném lidském životě nejpotřebnější. Umírající i jejich rodiny potřebují vědět, že mají někde „otevřené dveře“. Pokud si to umírající přeje a rodina to může zabezpečit, měli bychom umožnit umírání v domácím prostředí. Tím nelze říci, že takové umírání je vždy příjemnější. Těmto lidem je nutné zabezpečit důstojné

podmínky, snažit se o komunikaci nebo zajistit přítomnost kněze či ošetřující osoby. Pokud nemohou být vytvořeny takové podmínky v rodině, je namísto především hospic včetně případně mobilního. Teprve na dalších místech stojí nemocnice a léčebny dlouhodobě nemocných jako méně žádoucí varianty. Lidský život naplňují vztahy - rodinné, partnerské, přátelské, zkrátka mezilidské. Teprve s blížící se smrtí si někteří lidé uvědomují pravé hodnoty života. Nebývají to hodnoty materiální, ale většinou prožitkové - láska, přátelství, příroda apod. Všechno, co nás v životě potká, je pomíjivé. Seznámíme-li se s dnešními poznatky o procesu umírání, budeme lépe připraveni. Až udeří naše hodina, budeme lépe reflektovat a zvládat to, co se s námi děje. (Jakoby, 2005)

V současnosti je smrt zpravidla konečným stadiem nějakého patologického procesu. Někdy bývá také označována jako „lékařská smrt“, tedy smrt v důsledku definované nemoci. Většinou se odehraje v nějaké instituci, nejčastěji v nemocnici či hospici. Avšak nikdo by neměl zemřít dřív psychicky než fyzicky, což může takovou institucionalizaci smrti provázet.

Podle Elizabeth Kübler-Rossové je umírání v širším slova smyslu především proces, kdy nevléčitelně nemocný člověk v relativně dlouhém čase žije pod Damoklovým mečem hrozící a nakonec nastavší smrti. Autorka je dnes považována za průkopnici výzkumu umírání. (Jakoby,2005) Následkem její odvahy a rozhodnosti, se kterou se zasadila o práva a potřeby umírajících, se dnes můžeme svobodně rozhodnout, zda chceme umřít doma, v nemocnici, domově důchodců či hospici.

*„Ničeho se člověk nebojí tolik jako smrti, tedy toho, že přestane existovat se všemi důsledky. Stejně, ne-li více, se bojí umírání. Pojetí smrti je synonymem terminálního stavu, kdy dochází k postupnému selhávání důležitých životních funkcí, tkání a orgánů, jehož důsledkem je smrt.“ (Haškovcová, 1997)*

Rychlost smrti bývá různá. Rozlišujeme smrt: náhlou, rychlou a pomalou.

– Pojem náhlá smrt bývá nejčastěji spojována s tragickou událostí, jako je např. úraz. Při tragických nehodách a náhlých úmrtí nemá člověk většinou dostatek času, aby mohl o smrti uvažovat.

– Pojem rychlá smrt označuje nejčastěji nemoc, která je příčinou brzkého skonu, to je například infarkt myokardu. Ve většině případů má člověk ale dostatek času, aby mohl o smrti uvažovat.

– Pojem pomalá smrt je asi úplně nejhorší. Dochází k ní v relativně dlouhém čase a ohlašuje se nejrůznějšími obtížemi. To znamená, že umírající strádá. Strach z umírání je u mnoha nemocných spojen s obavami z bolesti, bezmoci, závislosti a ztráty důstojnosti. Tyto obavy pak bývají silnější, než strach z okamžiku samotné smrti. Citový vztah ke smrti je obvykle vyjádřen strachem a úzkostí. Umírající se musí smířit se smrtí stejně, jako jeho blízcí.

Smrt také můžeme rozdělit podle toho, v jakém věku přichází. Rozlišujeme tak smrt předčasnou a přiměřenou.

Jako přirozená je většinou označována smrt „sešlostí věkem“ nebo vyčerpáním sil při dlouhodobé nemoci. Postoj k vlastní smrti se během života jedince mění. Obecně lze říci, že strach ze smrti vrcholí u čtyřicátníků a padesátníků, kdežto s pokročilejším věkem naopak ubývá. Žádoucí délka zbývajících života bývá často ovlivněna touhou dožít se nějaké osobně významné události (až syn dostaví dům nebo až vnučka odpromuje či se bude vdávat apod.). Čím je život těžší a naděje na zlepšení méně reálná, tím bývá strach ze smrti menší. Hledání smyslu smrti je stejně náročné jako hledání smyslu života. Dost často je proces umírání spojen s postupujícími ztrátami na více úrovních. (Vágnerová, 2002)

Skutečné biologické smrti může předcházet tzv. smrt sociální. Člověk, který je dlouhodobě hospitalizován a je ve vážném stavu, ztrácí většinu sociálních rolí i kontaktů. Sociálním umíráním lze označit stavy, kdy člověk sice žije, ale je odtržen od všeho důležitého a nelze jej vrátit do kontextu společnosti. Důsledkem pak bývá touha zemřít, která je v protikladu k touze žít. Zbývá jen strach ze způsobu umírání. Je pravda, že někteří lidé umírají klidně a jiní neklidně. To závisí na tom, do jaké míry se smrti bojí, či nebojí. K sociální smrti lze říci: „I na konec života je vhodné se připravovat“. Za nerozumné považuji, patří-li umírání a smrt stále ještě mezi tabu. Právě na smrt, přesněji na problémy, jež mohou být s koncem života spojeny, se věnuje ve vědě velká pozornost. Zvláště v poslední době se objevují různé kurzy přípravy na stáří. (Sociální práce s umírajícími, 2010) Aby umírání nebylo plně trýzně, pomáhá nám především medicínská věda. Odborníci se shodují v tom, že každý vážně nemocný by měl mít alespoň jednoho člověka, se kterým bude podle potřeby vhodně hovořit a který bude respektovat jeho oprávněný nárok na tzv. otevřenou komunikaci. (Haškovcová, 2002)

## **2.2 Postoj a vyrovnání se se smrtí a umíráním**

Téma smrti a umírání je v naší společnosti stále opomíjeno. Jak jsem již zmínila, smrt patří neodděleně do našeho života. Na mnoha branách hřbitovů, lze najít toto *memento mori*: „Co jste vy, byli jsme i my a co jsme my, budete i vy.“ Představuje to velkou a nezvratnou pravdu o naší vlastní smrtelnosti, podanou aforistickým, ale dokonale výstižným způsobem. Většina z nás má strach o vlastní rodinu a blízké. Přemýšlí o tom, jak to bez jeho nepřítomnosti zvládnou. Má obavy z toho, že nestihne dokončit započaté dílo a že jeho životní poslání nebylo naplněno. Obává se samotné nemoci, která mění postupně jeho tělesnou schránku. Bojí se ztráty identity. Obává se naprosté prázdnoty, ztráty smyslu svého života a znehodnocení svého dosavadního díla. Každý člověk, ale nemusí zaujímat pouze negativní postoj ke své smrti ani ke

smrti osoby blízké. Toto všechno pochopit v dnešní postmoderní době považují pro mnoho lidí za velice obtížné.

### **2.2.1 Důstojné umírání**

I když jsou osoby v konečném stádiu nemoci často fyzicky závislé na poskytované péči, je třeba respektovat jejich práva, která vyplývají ze základních práv a svobod a dalších mezinárodních dokumentů. Tato kapitola poukazuje na nejdůležitější dokumenty, které se týkají konkrétně člověka nevléčitelně nemocného a umírajícího a jeho práv. Jedním z dokumentů je Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“ tzv. Charta práv umírajících byla přijata 25. června 1999 většinou hlasů Parlamentního shromáždění Rady Evropy. Parlamentní shromáždění vyjadřuje podporu paliativní péči a uznává ji za zákonný nárok člověka. Zahrnuje tedy lidskou důstojnost, respekt k autonomii a k sebeurčení každého, včetně respektu k vyjádření se předem, které však nemůže obsahovat i žádost o zabití. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob vede k umožnění důstojného umírání a je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Hned ve druhém bodě vyvstává myšlenka pokroku lékařských metod a možnosti prodlužování života, kde na druhé straně stojí kvalita života umírajícího, jeho utrpení a osamělost. Je třeba vždy zohledňovat a nastavit správnou hranici mezi udržováním člověka na životě a mezi jeho pocity osamělosti a utrpení. Na nastavení této správné hranice pracují právě tyto druhy dokumentů, jako „Charta práv umírajících“, které chrání pacientovu důstojnost a dávají všem lidem, kteří s tímto druhem pacientů pracují, na vědomí, že ne vždy jejich cíl práce, je správný například prodlužování života za každou cenu není jediným cílem medicínské praxe.

(<http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>)

Umírající mají především právo na důstojné zacházení a řádnou péči. Významnou roli zde hraje léčba bolesti spolu s léčbou dalších specifických příznaků provázejících umírání.

### **2.2.2 Práva umírajících v ústavních základních právech**

Lidská práva a důstojnost těžce nemocných a umírajících jsou též přirozeně zakotvena v Listině základních práv a svobod. Byla republikována usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb. a je deklarací základních lidských práv a svobod, které jsou odvozeny z přirozeného práva.

Pro tuto práci je důležité, že obsahuje články, které úzce souvisí s nejdůležitějšími právy člověka nevyлéčitelně nemocného a umírajícího. Článek 6 mluví o právu každého na život a nikdo nesmí být života zbaven. Článek 7 hovoří o nedotknutelnosti osoby, článek 8 o osobní svobodě, článek 10 zdůrazňuje lidskou důstojnost a článek 31 ochranu zdraví.

(<<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>)

Jak je již naznačeno v úvodu této kapitoly, pojem lidské důstojnosti se objevuje v každém ze zmíněných dokumentů. Důležitý je respekt k osobnosti pacienta, citlivý přístup, empatická komunikace s pacientem i jeho rodinou. I když je smrtelná nemoc zlem pro každého, pro spoustu pacientů se stane „výzvou a příležitostí“ zamyslet se nad

### **2.3 Jak pomáhá víra**

V dřívějších dobách jednoznačně a univerzálně, dnes spíše výběrově, zejména v relativně výrazně ateistickém Česku, pomáhalo a pomáhá vyrovnat se smrti náboženství. Víra v konečné rozřešení, smíření, spasení a posmrtný život zmírňuje psychické trauma ze ztráty někoho blízkého či z vidiny vlastní smrti. Role víry je v životě člověka nepostradatelná a přitom se nemusí jednat přímo o náboženství. Víra v posmrtný život člověka posiluje a zmírňuje jeho strach. Často bývá toto téma zlehčováno, ale kdo z nás může odpovědně říci, že po smrti již nic není? Snad každý člověk někdy myslí na svou vlastní smrt. Představuje si, jaké to asi bude, až zemře. Víra dává člověku alespoň naději, že smrtí jeho existence nekončí, a napomáhá tak snižovat strach. Přispívá k tomu

prožívání pozitivních emocí, jako je radost, důvěra, láska, pokora a smíření. Víra v dnešní době není bohužel moc podporována. Přesto jsme se někdy doslechli, že někteří lidé přežili klinickou smrt. Tito lidé pak popisují své zážitky z „druhé břehu.“ Autorka sama měla možnost podívat se smrti z blízka do očí a odvolávat se k Bohu, ačkoli není věřící. Tuto potřebu v sobě objevila, až ve chvíli, když se její tatínek zmítal mezi životem a smrtí. Velice dobře si vybavuje zážitky, prosby a touhy, které jí provázely v tomto hrozném období.

Umírání a smrt má obrovský vliv na psychiku a zdravotní stav člověka. V moderní době se donedávna touto problematikou téměř nikdo nezabýval. Jediným logickým vysvětlením je masivní popírání smrti. Bohužel popírání vlastní smrtelnosti a zranitelnosti je stále běžné. Člověk se tím chrání před bolestí a zármutkem. Dnes se tomu věnují profesionálové z mnoha oborů (lékařství, psychiatrie, psychologie, antropologie, filozofie a teologie). Mnoho z nás umírá v relativní samotě, tedy mimo rodinu. Je to dáno tím, že v dnešní době žije převážná část starých lidí osaměle. Mohou k tomu mít různé důvody. Například se nechtějí stěhovat za svými potomky, nemají prostředky na domov důchodců, chtějí umřít doma a podobně. A tak se nejčastěji umírá v institucích, ať nemocí, úrazem či stářím.

## **2.4 Ztráta blízké osoby**

Ztráta blízké osoby je vždy psychicky náročná a bolestná událost. Přesto ji časem obvykle překonáme. Z úmrtí někoho blízkého se může vyvinout závažné psychické trauma, které narušuje proces truchlení a někdy ho prodlužuje. Velmi komplexní definici zármutku nabídla například Soukupová. (2006, s. 18) „*Úmrtí blízkého člověka je pro pozůstalé zátěžovou situací, klade nároky na jeho psychiku, odráží se v jeho tělesném stavu, zasahuje do sociálních vztahů a většinou aktualizuje jeho duchovní sféry, zejména otázky osobní víry a smyslu života*“. Ztráta blízké osoby pohlí v jednom okamžiku naši existenci. (Soukupová, 2006) Podstatou přitom bývá



rozloučení se zemřelou osobou. Při truchlení člověk vzpomíná na zemřelého a znovu si k němu vytváří citový vztah. Truchlení je proces dlouhodobý, který může trvat někdy rok i déle. Provází ho smutek a deprese. Tyto stavy by neměly trvat příliš dlouho. „Depresivní příznaky déle než po roce od události se již považují za chorobné a vyžadují léčbu. Nároky na jeho psychiku, odráží se v jeho tělesném stavu, zasahuje jeho duchovní sféry, zejména otázky osobní víry a smyslu života“.

### 3. STÁŘÍ A RODINNÉ VZTAHY

*„Komukoliv přispěti můžeš, prospívej rád, možno-li i celému světu.*

*Bylo již dávno řečeno, že sloužiti a prospívati je vlastností povah vznešených“*

*(J. A. Komenský)*

#### 3.1 Příprava na stáří

Příprava na stáří by se měla stát běžnou součástí života každého z nás. O kvalitě života ve stáří se rozhoduje mnohem dřív, než se tato etapa pro nás stane realitou. S přípravou na stáří je vhodné začít již ve středním věku. Osobnost starého člověka je založena na jednotě tělesné konstituce a utváření v jeho společenských vztazích podobně jako u mladého člověka, ale daleko naléhavěji. Stáří je mnohdy spojováno s nutným úpadkem, ztrátou zaměstnání, nicneděláním a pouhým čekáním na smrt. Většina seniorů si však plně uvědomuje možnosti svých výkonů, akceptuje i eventualitu smrti a přijímá ji beze strachu. Přípravě stáří je ovšem nutné věnovat velkou pozornost i na celosvětové úrovni. Stárnutí populace je v posledních letech trendem ve všech vyspělých zemích světa a Česká republika netvoří výjimku. Důležité je informovat veřejnost a překonat pasivní přístup lidí ke stáří. Informace jsou pro rozvoj stárnoucí populace důležité. Lidé mají právo stárnout důstojně a v bezpečí. Vždyť jsou to právě oni, kdo nám předává své zkušenosti, moudrost a určitý nadhled.

Podle Světové zdravotnické organizace se rozlišuje období stárnutí (60-74 let), stáří (od 75-89 let) a stařeckosti (nad 90 let). (Malíková, 2010) Obecně existuje trend prodlužování očekávané délky života. Zatím co na začátku 20. století činil ve vyspělých zemích průměrný věk kolem 40 let, dnes je to téměř dvojnásobek. Lidé tak spoléhají na moderní medicínu, která umožňuje

prodloužení lidského života. Psychologické aspekty procesu stárnutí a období stáří studuje speciální psychologická disciplína gerontopsychologie.

### **3.2 Senioři a rodinné vazby**

Důležitou úlohu ve stáří hraje rodina. Podle Šelnera (2004) se v současné společnosti z rodinných vztahů vytrácí závislost na prarodičích, neboli omezují se vzájemné kontakty. Pro mladou generaci se stávají senioři přítěží, neboť jsou pomalí, péče o ně je drahá atd.

Starý člověk trpívá zvýšenou únavou, poruchami spánku, ale především smutku. Senioři často bilancují svůj život. Je to přirozené a normální. Ve vzpomínkách se často vracejí k tomu, co pro ně bylo v životě důležité, ať už zlého či dobrého. V každém případě se nechtějí zapojit do problémů současného světa, ale rádi tak ve svých vzpomínkách utíkají do toho světa svého. Staří lidé bývají často v neznámém prostředí nejistí až úzkostní. Ústřední roli ve vnímání starého člověka hraje rodina.

V minulosti bylo samozřejmostí, že pod jednou střechou žilo pohromadě několik generací. Dříve žili prarodiče, rodiče i děti v jednom domě či v jedné dědině. Řemesla nebo hospodářství se tak předávala z pokolení na pokolení a zároveň s nimi i zkušenosti. Hlavní rolí seniorů bývala rada a pomoc při předávání svých životních zkušeností dětem. Byli pamětí komunity. Prarodiče měli v tomto systému své pevné místo. Dokázali dobře poradit, jelikož znali techniku, kterou už nedokázali sami ovládat. Prarodiče byli pojímáni v rodinách jako vzácný klenot. V minulosti bývalo stáří spojováno s moudrostí a úctou. Senioři sehrávali důležitou roli při výchově dětí. Toto všechno se od základu změnilo. Členové rodiny už nebydlí pohromadě, bývají pracovně nebo jinak časově vytíženi. Mezigenerační vztahy tak dostávají zcela jinou hodnotu. Mladí lidé se začali stěhovat z rodné obce za prací. Po profesní stránce si dnes nemá co říci otec se synem, natož pak děda s vnukem. Z toho vyplývá, že nám chybí schopnost vcítit se do problémů života seniorů, chápat je, mít o ně zájem a respektovat je.

Stáří není již vnímáno jako období životní moudrosti, což do značné míry ovlivňuje vztahy v rodině. Starý člověk se tak ocitá v nové situaci, pokud nemá nějakou oblíbenou činnost, která by naplnila jeho čas, ocitá se na vedlejší koleji.

Haškovcová k této otázce uvádí „..., že rodina ztratila svůj výrobní pospolitý charakter“ a „..., že děti a mladí lidé mají mít úctu ke starším“.

„Ale kdy, kde a za jakých okolností se dítě a mladí setkávají se starým člověkem? Co vědí o stáří? A chtějí vůbec něco vědět? Jsou přece tolik zaměstnání sami sebou, mají množství problémů i pseudoprotblémů, jiných zájmů a hlavně málo času i trpělivosti. Tak to viděli už u svých rodičů. Mohou tedy mít vůbec schopnost naslouchat staré, někdy i těžce nemocné babičce či dědovi, mohou s nimi umět hovořit, když je to během života neučíme?“ (Haškovcová, 1990) Lidé v produktivním věku nejsou ochotni přemýšlet o svém stáří a myšlenky na stáří vytěsňují. Starý člověk už není tedy ten, který zabezpečuje rodinu, ale naopak je ten, který potřebuje jejich pomoc a péči. Pomoc starým rodičům a péče o ně patřila vždy k jednomu ze základních kamenů výchovy. Dle Šelnera, (2004) býval vztah rodinných příslušníků mezi sebou vždy považován za generační symbiózu. Zodpovědnost dětí v dnešní době už není považována za samozřejmost. Stáří bohužel provázají různé zdravotní problémy. Zdraví bývá většinou považováno za nejvyšší hodnotou, zejména pak u starších lidí. Nelze ale říci, že kvalita života a štěstí jsou vázány pouze na jejich zdravotní stav. V případě, že bychom připustili, že kvalita života a štěstí závisí pouze na stavu zdravotním, potom bychom si protiřečili v tom, že v nemoci není prostor pro kvalitní život. Rodina se dnes o starého a nemocného člověka může postarat jen částečně. Zkušenosti ukazují, že úloha v péči o své staré a nemocné členy rodiny je nenahraditelná. Dnes jsou staří a nemocní lidé pro společnost jakoby „příítěží“. V současnosti se nemění pouze struktura či funkce rodiny, ale i nastavení a uspořádání rodinných rolí i hodnot.

Rodinu tvoří vždy určitý počet osob. Průběh stáří významně ovlivňuje míra společenské izolovanosti člověka – tedy zda má partnera, přátele, neignorující děti a vnoučata. Kdybychom se zeptali lidí kolem nás, kdo

z rodinných příslušníků se nejčastěji stará o staré a nemocné ve své rodině, většina z nich by odpověděla, že jsou to ženy. Ochota rodinných příslušníků pečovat o staré a nemocné neklesá, ale při měnící se sociální struktuře rodiny (zaměstnanost žen, život typu „single“, vysoká rozvodovost) se rozhodně mění možnosti rodin v poskytování péče. V našich podmínkách má stále rodina nedostatečnou podporu státu. Pečující člen rodiny není doceněn jak po stránce ekonomické, tak morální. Biologické stárnutí postihuje celý organismus a přináší s sebou omezení i zážitky různého typu a stupně nepříjemnosti. Většinou jde o osamělost, izolaci a nesoběstačnost. Vyskytuje se zhoršení paměti, problémy s příjmem potravy, s vyměšováním, spánkem či dýcháním, chronická bolest zejména pohybového aparátu, zhoršená stabilita, omezení hybnosti a možnosti sebezpeče. Z řečeného vyplývá, že přítomnost takového člena rodiny představuje v mnoha směrech velmi náročnou situaci, na niž není připravena věcně ani psychologicky. Rodinu to ovlivňuje ve všech jejích činnostech, zvyklostech a rituálech. Pečující rodiny zažívají negativní změny v mezilidských vztazích, finančních a bytových poměrech, které v průběhu péče nastávají. Mnohé rodiny dělají, co mohou, aby dostaly svému úkolu. Snaží se dávat tolik tepla a pomoci, kolik jen lze. (Erikson, 1999) Jsou si vědomy, že starý, nemocný, nesoběstačný člověk je prakticky zcela odkázán na vnější pomoc. Odpovědnost i možnosti rodiny mívají samozřejmě proměnlivé hranice. K vysokému stupni angažovanosti vedou především postoje etické, náboženské, citové, kulturní i vyplývající z obyčejné vděčnosti.

Pokud však jejich snaha a možnosti z jakýchkoli důvodů nestačí, jsou tu organizace typu hospiců, aby ochránily ty, kteří jsou nejvíce potřební. Seniori žijí často ve vzpomínkách, hodnotí svůj uplynulý život a více či méně se úspěšně vyrovnávají s faktem blížící se smrti.

Můžeme se ptát:

- v čem by měl být zvláštní přístup ve vztahu k seniorům
- jak můžeme vyjádřit více laskavosti a kultivované pozornosti, než jsme

obvykle schopni poskytnout

- co může učinit společnost pro ulehčení posledního stádia životního cyklu starých lidí

### **3.3 Poskytovaná institucionální péče**

V souvislosti se stárnutím populace již dnes dochází ke změnám ve struktuře potřeby péče. Do budoucna je tak možné očekávat rostoucí poptávku po zdravotní a sociální péči pro seniory. Demografické posuny jsou nejen výzvou pro zdravotnictví a sociální péči, ale také pro celé spektrum dalších organizací. Senioři si zaslouží kvalitní služby stejně, jako mladší věkové skupiny občanů. Dlouhodobá péče se netýká jen seniorů, kterých bývá nejvíce, ale i mladších jedinců s těžkým poškozením tělesným i mentálním, vrozeným i získaným. Těmto lidem nepostačí náhradní pseudosociální péče poskytovaná v rámci zdravotnictví jakýmsi zbytkovým způsobem, totiž z holé nutnosti dané nemožností přiměřeného umístění. Tito nemocní mají právo na skutečně kvalifikovanou zdravotně sociální péči. Toto závažné selhávání je výsledkem chronicky nedostatečné součinnosti systémů zdravotní a sociální péče. Můžeme jen doufat v pokrok, který má přinést připravovaný zákon o dlouhodobé péči, výsledek prvního známého případu, kdy oba systémy mezi sebou vůbec komunikují.

V některých státech Evropy bývá problematika zajišťování kvality sociálních služeb dlouhodobým předmětem veřejné debaty a věci politickou. Zejména stárnutí populace je považováno za jednu z nejdiskutovanějších otázek jak z hlediska ekonomického, tak i sociálního. Česká republika se nyní vyrovnává s nedostatkem finančních prostředků, takže namísto zlepšování kvality péče o seniory bojují veřejné rozpočty spíše jen o přežití. (Bruthansová, Červenková, 2000) Spolu s nimi bojují o přežití i dlouhodobě nemocní, slabí, nesoběstační a také užitečná zařízení typu mobilních hospiců a jiné progresivní prvky zdravotně sociální péče.

V ČR lze považovat za jeden z nejzávažnějších problémů kapacitu zařízení poskytujících dlouhodobou péči, která by skutečně odpovídala potřebám a zdravotnímu stavu seniorů.

Sociální péči o staré lidi nabízejí domovy s pečovatelskou službou a domovy důchodců. Důležité je rozlišení těchto dvou zařízení, neboť poskytují rozdílný rozsah služeb. Také jsou odlišně přizpůsobeny míře soběstačnosti starých osob, které do nich přicházejí. Dále je potřeba rozlišovat, za jakých okolností starý mnohdy těžce nemocný člověk do těchto zařízení odchází. Zda z vlastního svobodného rozhodnutí, nebo zda je donucen okolnostmi.

Domy s pečovatelskou službou slouží mnohdy jako mezistupeň bydlení, tj. bydlení ve vlastním bytě, který je přizpůsoben zvýšeným nárokům seniora v oblasti sociálních a částečně i zdravotních služeb, ale se zachováním soukromí i zabezpečením osobní péče. Jestliže přichází ne zcela zdravý senior do takového zařízení, může mu být opravdu jen výjimečně poskytnuta stejně kvalitní péče, jakou by mu mohla věnovat milující rodina. V souhrnu tedy můžeme rozlišit dvě hlavní formy péče: péči rodinnou, tedy neformální péči v domácím prostředí, a péči obecně institucionální. Institucionalizace znamená přesun starého, neflexibilního a na svých starých věcech lpícího člověka z důvěrně známého prostředí do nemocnice, domova důchodců, sanatoria, léčebny pro dlouhodobě nemocné, někdy i léčebny psychiatrické a v nejlepším případě do hospice. Ve všech zmiňovaných zařízeních vyžaduje osobní péče od pečující osoby vytrvalost, pravidelnost, obětavost, empatii a především odpovědnost. Osobní péče o starého a nemocného člověka je třeba poskytována trpělivě a hlavně kontinuálně. Pečovatel musí mít neustále na paměti, že na jeho péči je starý člověk zcela odkázán a nikdy nesmí tuto závislost nezneužít. Tento neustálý pocit odpovědnosti je významným momentem působícím na pečující osobu.

### 3.3.1 Paliativní péče

*„Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky“*

*(Profesor Hutchinson)*

V neposlední řadě je velice důležitá paliativní péče. Cílem není prodlužování života, ale jeho kvalita. To je zásadní rozdíl proti ideologii „vítězné medicíny“. Až příliš mnoho nemocných trpí nepochopením či nerespektováním tohoto zásadního myšlenkového skoku.

Obsahem je integrovaná komplexní péče, která se snaží zmírňovat všechny aspekty utrpení nemocného. Utrpení musí být odlišováno od bolesti a ostatních symptomů. Z nich utrpení sice vychází, ale představuje mnohem komplexnější a nadřazený pojem. Utrpení je zážitek, duševní stav. Právě utrpení vyřazuje nemocného z aktivit, vztahů a výkonů uznávaných společností, prací počínaje a změnami v rodinném životě konče. V této fázi se dostává nemocný do situace prosebníka, tj. žádá o pomoc, je závislý a často se ocitá v podřízené roli. Děje se tak bez ohledu na to, jaké společenské postavení měl, než onemocněl. (Vorlíček, 2004) Vážné onemocnění a umírání tak může vést k pocitům společenské degradace a ztráty významu. Odtud se vyvozuje teze o rovnosti ve smrti: *Nahý jsem přišel na svět, nahý odejdu. Bůh dal, Bůh vzal, budiž jeho jméno pochváleno. (Job 1, 21)*

Paliativní péče se snaží poskytnout emocionální podporu, která je rozhodující složkou v péči o starého, nemocného či již umírajícího člověka. V rámci institucionální péče je takový přístup náročný, někdy i reálně nemožný. Paliace vyžaduje především přítomnost blízkých, dodání duchovních sil a potlačení bolesti. Nedostatečná léčba bolesti a jiných tělesných příznaků vede ke zhoršení utrpení včetně fyzických projevů úzkosti a deprese a tím prohloubení sociálních, kulturních a duchovních problémů. (Vorlíček, 2004) Paliativní péče je zaměřena na uspokojování jednotlivých



konkrétních, krátkodobých a přísně individualizovaných potřeb nemocných bez ohledu na primární diagnózu a ovšem i potřeb jejich rodinných příslušníků v tomto specifickém období. Zajištění takové péče je velice obtížné po stránce provozní, ale i technické. Péči o nemocné zajišťují především sestry, ale nezbytná je spolupráce lékařů a dalších zdravotnických pracovníků, kteří tvoří multidisciplinární tým. Je to práce velice náročná pro všechny odborníky různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a snaží se nejúčinněji řešit problémy nemocného. (Vorlíček, tab. 1. 3. s. 27, 2004)

**Tabulka 1.3** *paliativní péče, složení multidisciplinárního týmu*

lékaři různých specializací
zdravotní sestry
dietní sestra
sociální pracovník
rehabilitační pracovník
psycholog
psychiatr
duchovní
další pracovníci dle potřeby
členové rodiny
přátelé
dobrovolníci

Paliativní medicína je moderní a rychle se rozvíjející obor. Nabízí nemocným a umírajícím i jejich blízkým účinnou pomoc. Také jisté prostředky a možnosti tam, kde běžné léčebné postupy, síly a schopnosti nejbližšího okolí selhávají. Paliativní péče nemůže pomoci ani uspokojit úplně všechny jejich potřeby. Nemůže zachránit zdraví ani život. Poskytuje se vždy s tímto vědomím, souhlasem pacienta a ve shodě s jeho přáním.

### 3.4 Pacient ve stáří

K pochopení seniorské problematiky patří stárnutí populace. Senioři, tak bývají ohroženi nejen vyšším výskytem chorob, zdravotní ztrátou soběstačnosti, osamělosti, ale také ponižováním. Zvláštním jevem ve stáří bývá především osamělost.

Ve většině případů bývá pacient svéprávný, svébytný, který disponuje vlastní vůlí a rozumem. Když toto selže a pacient je dezorientovaný, neschopný vlastního rozhodnutí, je důležité vyhledat odbornou pomoc (tj. konzultaci s lékařem a následné umístění v příslušných léčebných zařízeních).

Tak či onak, základem a východiskem všech pečujících aktivit je v každém případě sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života.

### 3.5 Fáze smíření s nemocí

*„Nemoc ponižuje. Vždycky, byť se lidé okolo vás budou nevím jak snažit. Vždycky mezi nimi a vámi bariéra... Nemůžete dělat úplně obyčejné, vlastně banální věci. Na život se jakoby dívat přes plot“.*

*(V. Preclík – výtvarník a spisovatel)*

Nemoc je komplex procesů probíhajících v postiženém organismu. Jde nejen o proces základní, ale také o procesy a reakce obranné, regulační, adaptační, které mohou být nakonec rozhodující. (Marek, 2001)

Fáze smíření se smrtelnou chorobou je důležitá, protože člověk začíná proti ní nejprve bojovat, což ho stojí mnoho sil a působí mu velké utrpení. Někteří lidé se s nemocí nesmíří nikdy, což může mít za následek zhoršení obtíží a depresivní stavy. Nemocný člověk hledá někoho, kdo by mu pomohl. Někdy stačí i psychická podpora od nejbližšího okolí a rodinných příslušníků, aby došlo ke zlepšení. Pro zdravé lidi je však kontakt s nemocnými velmi náročný,

a to z mnoha důvodů. Je pro ně připomínkou jejich vlastní zranitelnosti a ohrožení existence.

Je také třeba dávat pozor, jak jednáme s nemocným, aby se jeho zdravotní stav nezhoršil. Ohroženou skupinou se tak stávají především senioři. Ke stáří mohou patřit i neurotické projevy při organických poruchách mozku. Ty se projevují zejména poruchami paměti, orientace, stability, motoriky, řeči a nálad, což je pro postiženého, který je schopen si úbytek sil uvědomovat, silně neurotizující a deprimující. V tomto smyslu jsou na tom paradoxně „lépe“ nemocní s Alzheimerovou chorobou, kteří rychle ztrácejí náhled na svou nemohoucnost. Necítí se nemocní ani při totální nesoběstačnosti. Jejich choroba spolu s ostatními mozkovými funkcemi milosrdně vyřazuje i sebekritickou reflexi. Zjednodušeně lze říci, že u organických (rozumějme: většinou cévních) poruch trpí pacient, kdežto v případě podstatně častější Alzheimerovy nemoci těžce trpí okolí. (Pfizer, 1998) Takto postižení potřebují velmi specializovanou péči a často končí v ústavním zařízení psychiatrického typu.

## 4. PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA KOSMONOSY

*„Člověk je tvor snadno zranitelný. Když vám lidé přestanou věnovat pozornost, když vás již nerozptyluje nic zajímavého, když vás příliš unavuje práce, když změny vašeho zdravotního stavu jsou příliš veliké, začíná být život těžký“.*

*(Sue Atkinsonová)*

Je velice dobré, že existují instituce, jako je např. psychiatrická léčebna Kosmonosy. Nabízejí pomoc pacientům, kteří v životě selhávají, ať je to dáno tíživými životními podmínkami a událostmi, nebo primárním onemocněním mozku, tedy duševní chorobou. Zvláště nelehkým úkolem je poskytovat kvalitní péči těm, kteří trpí stařeckou demencí. Tu je třeba zmírnit jejich duševní a případně i tělesné utrpení, ale zachovat především pacientovu důstojnost a spojení s neméně trpícími rodinnými příslušníky.

### 4.1 Historie léčebny

Na severní hranici Mladé Boleslavi navazuje městečko Kosmonosy, v jehož katastru se nalézají po pražských Kateřinkách nejstarší psychiatrická léčebna v českých zemích. Psychiatrická léčebna Kosmonosy byla založena v roce 1869, kdy byli do ústavního ošetřování přijati první pacienti. Od tohoto roku funguje nepřetržitě dodnes. Za dobu své existence prošla léčebna, jakož i celý obor psychiatrie, celou řadou změn.

Dnes je Psychiatrická léčebna Kosmonosy zdravotnické zařízení s šesti sty lůžky a pěti sty padesáti zaměstnanci. Poskytuje jak hospitalizační, tak ambulantní psychiatrickou péči dospělým pacientům v celém spektru psychiatrických diagnóz. Klademe také důraz na zvláštní terapeutické aktivity pacientů, ať už jde o muzikoterapii, arteterapii a pracovní terapii. Nemocní zde

mají k dispozici dílnu s hrnčířským kruhem a keramickou pecí, truhlářskou a košíkářskou dílnu, malířský ateliér, knihovnu a v posledních letech i hiporehabilitaci.

Všechny základní pomocné nezdravotnické činnosti si léčebna zajišťuje vlastními kapacitami, tj. prádelnou, dopravou, stravovacím provozem, zahradou a kotelnou. Jen rozsáhlejší stavební a investiční akce jsou zajišťovány dodavatelským způsobem v souladu s legislativními pravidly pro zadávání veřejných zakázek (Zákon č.137/2006 Sb.).

## **4.2 Kvalita poskytované péče**

Pacienti jsou u nás léčeni na šestnácti odděleních, z nichž jsou dvě umístěna na detašovaném pracovišti v Sadské. Psychiatrická léčebna má nadregionální působnost – její spádové území zahrnuje část Středočeského kraje, Semilská, Liberecka, Jablonecka a Trutnovska.

V oblasti péče o duševní zdraví tvoří psychiatrické léčebny v současné době v České republice páteř lůžkové psychiatrické péče a významným způsobem se podílejí i na výchově a vzdělávání zdravotnických pracovníků v tomto oboru včetně nadstavbových specializací (gerontopsychiatrie, návykové nemoci a sexuologie). V léčebně je kladen velký důraz na odbornou i lidskou kvalitu veškerého zdravotnického personálu, který je začleněn do systému kontinuálního vzdělávání. Díky tomu se v léčebně daří využívat poznatků a postupů moderní medicíny a zejména ošetrovatelství. Ve snaze o maximální zpřůhlednění v oblasti dodržování práv psychiatrických pacientů úzce spolupracujeme s Českou asociací pro psychické zdraví a s patientskou organizací Kolumbus. Věříme, že uvedené kroky přispívají k postupnému pochopení postavení psychiatrické péče v naší společnosti a přijetí této péče jako standardní součásti systému zdravotnictví, která se, stejně jako klasická péče v nemocnicích, může jednoho dne týkat kohokoliv. Naším cílem je nejen poskytování kvalitní lékařské a ošetrovatelské péče, ale také vytváření

vstřícného a přátelského prostředí pro rozvoj terapeutických aktivit, které posilují a zpříjemňují léčbu i urychlují a usnadňují návrat našich pacientů do každodenního života.

V dlouhodobém programu rozvoje kvality jsme si stanovili, že

- chceme poskytovat dobrou a bezpečnou péči duševně nemocným z velkého regionu v souladu s naší tradicí
- chceme všem nemocným zajistit důstojné podmínky pobytu
- chceme poskytnout vlídné zázemí a smysluplné i stimulační trávení času dlouhodobě těžce nemocných
- chceme pracovat ve vstřícném a přátelském prostředí, záleží nám na každém pacientovi a na každém zaměstnanci
- chceme se maximálně vyhnout chybám, selhání a rizikům
- chceme co největší počet nemocných vracet do života o nejvyšší dosažené kvalitě
- chceme poskytnout východiska a dávat naději

#### **Heslo naší léčebny: 3 P**

- **pomoci**
- **porozumět**
- **postarat se**

„Pomoci“ se týká obecně zdravotní péče, „porozumět“ vyjadřuje specifický aspekt práce psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů a „postarat se“ se vztahuje k následné a dlouhodobé péči o velmi chronické pacienty. ([www.plkosmonosy.cz/kvalita.html](http://www.plkosmonosy.cz/kvalita.html))

#### **4.2.1 Péče o chronicky duševně nemocné**

Péče o chronicky duševně nemocné, kteří kvůli svému zdravotnímu postižení nejsou schopni převzít plnou či žádnou odpovědnost za svůj samostatný život, je jedním z úkolů institucí, jako je naše psychiatrická léčebna. Pacientům i jejich blízkým nabízí odbornou pomoc v jejich nelehké

životní situaci a snaží se jim ukázat nové možnosti jak zvládat jejich útrapy. Tito pacienti mívají často závažné sociální problémy, které tvoří integrální součást jejich duševních poruch. Při závažném a trvalém postižení mozkových funkcí nebývá pacient často schopen se o sebe sám postarat a zvládat ani ty nejzákladnější každodenní činnosti. Znamená to mnohdy úplnou sociální izolaci. Mezilidské vztahy mu musí nahradit psychoterapeutická aktivita týmu pracovníků léčebny i spolupacientů, tedy tzv. komunita jako specifický léčebný nástroj. Takový nemocný často potřebuje i pomoc s oblékáním a osobní hygienou, ale především dohled, aby tyto činnosti vůbec vykonával, v neposlední řadě pak lékařské sledování s cílem udržet jeho chorobu na nejlepší dosažitelné úrovni bez ohledu na to, jak je tato úroveň nízká. Bylo by velkým omylem, rozšířeným zejména v kruzích zdravotních pojišťoven, domnívat se, že jde o péči sociální. Není tomu tak. Jedná o zvláštní typ péče paliativní. Potřebná řešení sociální jsou v kompetenci zdravotně-sociálních pracovníků. Provádějí základní sociální šetření a poskytují pacientům i jejich blízkým osobám sociálně-právní poradenství po celou dobu hospitalizace. Jedná se o aktivity v oblastech bydlení, finančního zajištění, zprostředkování kontaktů s úřady apod.

## **5. LÉČEBNÉ SLOŽKY V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ KOSMONOSY**

Úkolem psychiatrické léčebny je poskytování dlouhodobé léčby a rehabilitace duševně nemocným všech věkových kategorií. Léčebna vytváří podmínky pro tuto péči prostřednictvím specializovaných oddělení zajišťujících péči odborníků. Pro zlepšení v poskytování léčebných služeb prošla léčebna externím auditem Spojené akreditační komise ČR. (příloha B) Léčebná složka PL Kosmonosy se sestává z několika organizačních jednotek. (příloha A)

### **5.1 Personální zajištění**

V psychiatrickém zařízení pracují psychiatři, psychologové, střední, nižší a pomocní zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci s vysokoškolským a středoškolským vzděláním, další lékaři jiných odborností, rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a arteterapeuti, ale i nezdravotnický personál. Personální obsazení je uvedeno v tabulce (příloha C), které se řídí Organizačním řádem, kde jsou jednotlivé úseky rozpracovány na jednotlivé úvazky. (příloha D)

Aby všechny léčebné složky léčebny plnily funkci na špičkové úrovni je velice důležité vzdělání vedoucích pracovníků. Cílem manažerského vzdělání by měla být schopnost řízení a podpory týmu, posilování soudržnosti organizace, vzájemného poznávání, výměny zkušeností, vědomí vzájemné potřeby a společného prožitku. Mělo by v první řadě jít o rozvoj interní vize zaměřené na rozvoj pracovníka, nikoliv na řešení toho, co je ještě všechno potřeba stihnout. (Kebza, 2003)



## 5.2 Fenomén stáří

Autorka bakalářské práce nepracuje v léčebně jako zdravotník ani psychiatr či psycholog. Když nastoupila do léčebny jako technický pracovník, otevřel se tím pro ni zcela nový svět. Svět těchto lidí znala pouze z vyprávění. Tento svět je svět lidí, kteří se chovají nečekaně, vnímají skutečnost odlišně a jejich myšlení je přivádí k podivným závěrům. Vůbec to není tak zábavné ani humorné, jak si představovala při vyslovení slova „blázinec“. Přesto ve své práci poukazuje, jak jí léčebna pomohla pochopit problémy těchto odlišných lidí. Jsou tu například proto, že ztratili paměť, nevědí, kde jsou, co je za den, ale ani to, že je přišli navštívit jejich děti apod. Před nástupem do léčebny myslela, že bude prostě stačit vykonávat práci dle pracovní náplně. Velice brzy pochopila, že je zapotřebí nebrat svoji práci pouze jako rutinní výkon a že je zapotřebí mnohem víc. Na počátku cítila, že nemá pevnou půdu pod nohama a hledala něco, o co by se mohla opřít.

Aby lépe porozuměla pacientům v Psychiatrické léčebně Kosmonosy, sáhla především po literatuře. Ta jí přiblížila a umožnila pochopit způsob jejich života, jejich myšlení, jejich problémy, jejich hodnoty, ale i radosti lidí vyššího věku s duševním onemocněním.

Knihy Heleny Haškovcové „Fenomén stáří“ se stala dobrou rádkyní a průvodkyní. Autorka v ní popisuje poslední etapy života člověka ve zdraví a nemoci. Pojednává o období a přípravy na stáří i o tom, co v minulosti znamenalo být starým a jak je stáří přijímáno ve společnosti dnes. Haškovcová se zabývá také odpovědností člověka za jeho vlastní život i otázkou důstojnosti a moudrosti stáří. Shrnutí: Když starší lidé onemocní a hledají ve svém životě nějaký cíl, je dobré, aby se nám podařilo odvrátit pohledy od jejich tělesného úpadku a poklesu psychických funkcí např. chování, paměť, flexibilita, myšlení atd. (Lukavská, 2006).

### 5.3 Duševní porucha

Duševní porucha (nebo také psychická porucha) je v širším pojetí označení pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho fungování ve společnosti. Definice duševní poruchy je ale více. Mezi duševní poruchy se řadí ty z poruch, které se prvotně týkají myšlení, prožívání nebo vztahů k ostatním lidem. V minulosti se v obdobném významu užíval například termín „šílenství“. Duševní zdraví a duševní porucha jsou pojmy značně kulturně i názorově podmíněné, jejich obsah je tedy nepřesný, proměnlivý a není předmětem obecné shody. Léčba může spočívat buď v odstraňování příčin poruchy, nebo v úpravě jejích následků. K léčbě se užívají medikamenty, psychoterapie včetně úpravy životního stylu a další způsoby. (Hartl, 2004)

### 5.4 Geriatřičtí pacienti

Do léčebny v Kosmonosech jak již bylo zmíněno, jsou přijímány osoby trpící primárně duševní nemocí nebo s duševními chorobami, která podle lékařského posouzení vyžadují lůžkovou psychiatrickou péči.

Při přijetí a umístění nemocného se řídí přijímací lékař náplní činností jednotlivých oddělení a stavem volných lůžek. Zvláštní pozornost se věnuje příjmům pacientů přivezených k akutnímu převzetí záchrannou zdravotní službou, překládům pacientů z lůžkových oddělení jiných zdravotnických zařízení, zejména z jednotek intenzivní péče nebo z oddělení ARO. Vždy je nutno dodržet zásady (standard č. 20- příjem pacienta 6. změna). Úkolem lékařského příjmového vyšetření lékařem je zajistit potřebné informace pro stanovení diagnózy a stanovit další diagnostický i léčebný postup.

Ze všech léčebných složek, které léčebna poskytuje, je dobré upozornit na problematiku pacientů léčených na gerotopsychiatrických oddělení (A 13, B 3, K 22, S 11).

Léčí se zde pacienti, jejichž mozek je velmi podstatně a obvykle nevratně poškozen věkově závislými neurologickými a psychiatrickými chorobami. Za geriatrického pacienta je považována osoba starší 65 a více let, jehož onemocnění je komplikováno dalšími komorbiditami ovlivňující diagnostický proces terapie a rehabilitace. Takto nemocní lidé jsou dlouhodobě ležící a převážně odkázáni na péči druhých. Pacient, který je ohrožen zejména zhoršením či ztrátou soběstačnosti, kvantitativními poruchami vědomí a dalšími geriatrickými komplikacemi (imobilita, dehydratace apod.). Zdravotnický zájem se u takového pacienta stává komplexnější a rovnoměrněji se soustřeďuje na problematiku chorob i funkčního stavu. Tento pacient potřebuje specifický přístup (speciální geriatrický režim). Nemocní potřebují kvalitní hygienu, řešení inkontinence, dále krmení, polohování, napájení, ne vždy snadné podávání léků atd.

Na gerontopsychiatrických oddělení jsou pacienti hospitalizováni dlouhou dobu, často až do konce svého života. To neznamená, že každý nemocný nad 65 let je geriatrický pacient. V ústavním prostředí jsou zabezpečeny služby dlouhodobé péče, která je třeba poskytnout profesionálně (kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky, pracovníky sociálními, terapeuty, ale především s láskou). Je zcela zřejmé, že v péči o pacienta nelze dále oddělovat zdravotnickou a sociální část. Je zapotřebí, aby na sebe navzájem navazovaly a prolínaly se. Velký podíl na zvyšování kvality v péči o pacienta je na straně personálu, která do jisté míry nahrazuje rodinu. Od pomáhajícího personálu se vyžaduje veliká dávka empatie, schopnost navázat přátelský vztah, neztratit vytrvalost a ochotu iniciativně řešit problémy pacientů a především nevyhořet. (Kebza, 2002) Po dobu pobytu na léčebném oddělení pečují o nemocné lékař a kolektiv zdravotních sester, v čele s primární sestrou. Režim dne je přizpůsoben věku a zdravotnímu stavu pacientů na oddělení. Ten přispívá v léčení a je součástí léčby na všech zmiňovaných oddělení (doba jídla, vycházky, terapie, spánku apod.).

## **Režim dne oddělení A 13, B 3, K 22, S 11**

### **Gerontopsychiatrické oddělení muži A 13**

oddělení má kapacitu 25 lůžek

- lůžková část má 7 pokojů
- jídelnu
- společenskou místnost
- návštěvnu

- Vedoucí pracovníci:

- primář: MUDr. Radka Vycpálková
- staniční sestra: Dana Chyťalová
- zdrav. soc. pracovník: Mgr. Petra Holá, DiS

### **Gerontopsychiatrické oddělení příjmové i chronické – ženy B 3**

oddělení má kapacitu 40 lůžek

- lůžková část má 10 pokojů
- jídelnu
- denní místnost
- terapii
- sociální zařízení

- Vedoucí pracovníci:

- primář: MUDr. Jan Křen
- vrchní sestra: Pavlína Schwarzerová
- zdrav. soc. pracovník: Markéta Hrotková

### **Chronické gerontopsychiatrické oddělení – ženy K 22**

- oddělení má kapacitu 39 lůžek
- lůžková část má 7 pokojů
- 2 x jídelnu
- 2 x denní místnost
- společenskou místnost
- sociální zařízení
  
- Vedoucí pracovníci:
- primář: MUDr. Ivan Dostál
- psycholog: Mgr. Václav Jílek
- staniční sestra: Ivana Zástěrová
- zdrav. soc. pracovník: Dagmar Grolmusová

### **Chronické gerontopsychiatrické oddělení – ženy S 11**

- oddělení má kapacitu 20 lůžek
- lůžková část má 4 pokoje
- jídelnu
- denní místnost pacientek
- návštěvnu
- sociální zařízení
  
- Vedoucí pracovníci:
- primář: MUDr. Ivan Dostál
- staniční sestra: Eva Bartoníčková
- zdrav. soc. pracovník: Dagmar Grolmusová

Výše jmenovaná oddělení zajišťují odbornou léčbu především pacientům s poruchami chování a nesoběstačností při demencích.

Demenci lze charakterizovat jako těžké mozkové onemocnění, u kterého jsou především postiženy kognitivní (poznávací) funkce: paměť, schopnost orientovat se v prostředí a hodnotit události, dále funkce exekutivní (výkonné): schopnost konat běžné naučené výkony, a rozhodovat se. V extrému končí naprostou bezmocností a ztrátou spojení se světem i lidmi.

Prvními projevy demence jsou: zapomínání, bloudění, noční zmatenosti, selhávání běžných dovedností, později nepoznávání známých osob včetně rodinných příslušníků, úplný zánik funkce paměti, inkontinence, bezradnost, někdy i neklid a agrese.

Na prvním místě tu stojí jako nejčastější Alzheimerova choroba, jejíž příčina je degenerativní, a vaskulární demence, jejímž podkladem je arterioskleróza, případně spolu s hypertenzí. Dosud neexistuje žádný léčebný postup, který by dokázal zásadně změnit průběh demence, jen dočasně zmírnit.

Gerontopsychiatrická oddělení modernizujeme a doplňujeme materiálním vybavením pro zpříjemnění prostředí pacientů např. novým nábytkem, polohovacími lůžky, antidekubitními systémy, ošetrovatelskými pomůckami atd. Při jejich výběru klademe velký důraz na bezpečnost pacienta, dále samozřejmě na pohodlí, hygienu, ovladatelnost, možnost individualizace a v neposlední řadě i na vzhled. (fotografie příloha E 1, 2, 3 )

Snažíme se tím o zlidštění a zútulnění prostor ústavní péče a její přiblížení domácímu prostředí. Práce s gerontopsychiatrickými pacienty vyžaduje kromě odborných znalostí také jistou dávku trpělivosti, ohledu a empatie. Přes veškeré snahy odborníků zajišťujících odbornou péči těmto pacientům a zpříjemňování prostředí dochází přirozeně k úmrtím. Při úmrtí na oddělení se řídí ošetřující personál vnitřním předpisem. (standard č. 16) V práci je pro přehlednost zpracovaná statistika úmrtí na gerontopsychiatrických oddělení za rok 2011 po jednotlivých měsících (viz níže tabulky a grafy jsou totožné). Z tohoto pohledu patří gerontopsychiatrie k nejnáročnějším oborům medicíny.

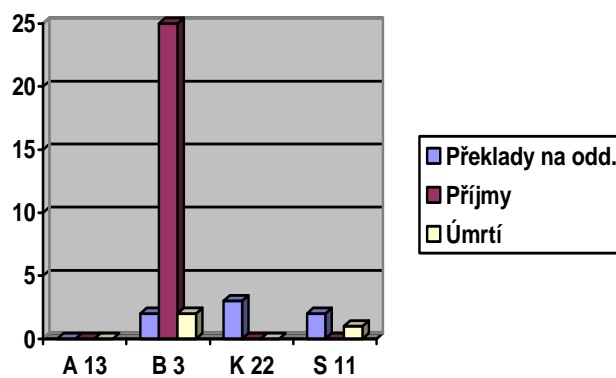
Měsíční hlášení úplné na gerontopsychiatrických oddělení

Zpracovávané období: **01. 01. 2011 – 31. 01. 2011**

**Tabulka č. 1**

<b>Oddělení</b>	<b>Překlady na odd.</b>	<b>Příjmy</b>	<b>Úmrtí</b>
<b>A 13</b>	0	0	<b>0</b>
<b>B 3</b>	2	25	<b>2</b>
<b>K 22</b>	3	0	<b>0</b>
<b>S 11</b>	2	0	<b>1</b>

**Graf č. 1**



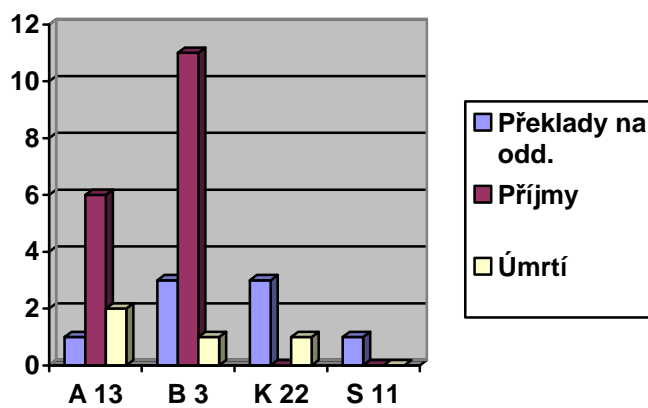
Měsíční hlášení úplné - na gerontopsychiatrických oddělení

Zpracovávané období: **01. 02. 2011 – 28. 02. 2011**

**Tabulka č. 2**

Oddělení	Překlady na odd.	Příjmy	Úmrtí
<b>A 13</b>	0	0	<b>0</b>
<b>B 3</b>	2	17	<b>2</b>
<b>K 22</b>	0	0	<b>0</b>
<b>S 11</b>	1	0	<b>1</b>

**Graf č. 2**





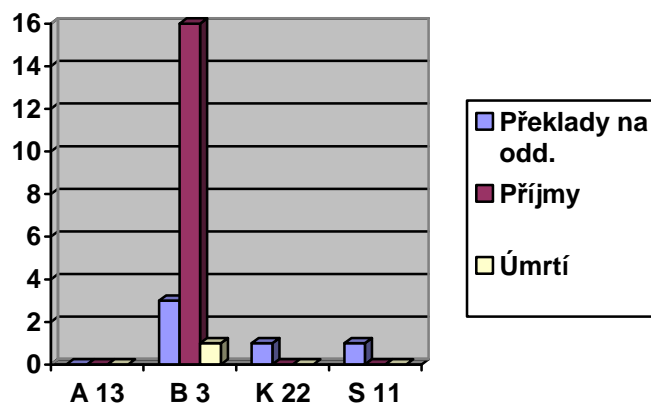
Měsíční hlášení úplné-na gerontopsychiatrických oddělení

Zpracovávané období: **01. 03. 2011 – 31. 03. 2011**

**Tabulka č. 3**

Oddělení	Překlady na odd.	Příjmy	Úmrtí
<b>A 13</b>	0	0	<b>0</b>
<b>B 3</b>	3	16	<b>1</b>
<b>K 22</b>	1	0	<b>0</b>
<b>S 11</b>	1	0	<b>0</b>

**Graf č. 3**



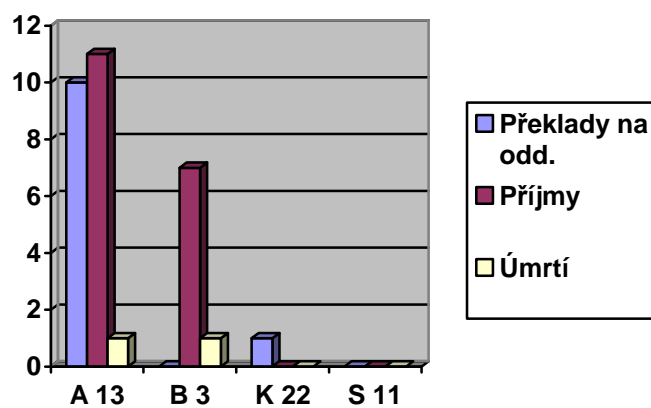
Měsíční hlášení úplné- na gerontopsychiatrických oddělení

Zpracovávané období: **01. 04. 2011 – 30. 04. 2011**

**Tabulka č. 4**

<b>Oddělení</b>	<b>Překlady na odd.</b>	<b>Příjmy</b>	<b>Úmrtí</b>
<b>A 13</b>	10	11	<b>1</b>
<b>B 3</b>	0	7	<b>1</b>
<b>K 22</b>	1	0	<b>0</b>
<b>S 11</b>	0	0	<b>0</b>

**Graf č. 4**



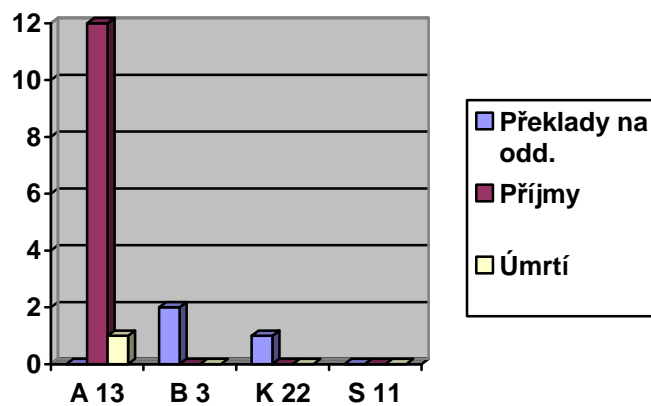
Měsíční hlášení úplné – na gerontopsychiatrických oddělení

Zpracovávané období: **01. 05. 2011 – 31. 05. 2011**

**Tabulka č. 5**

<b>Oddělení</b>	<b>Překlady na odd.</b>	<b>Příjmy</b>	<b>Úmrtí</b>
<b>A 13</b>	0	12	<b>1</b>
<b>B 3</b>	2	0	<b>0</b>
<b>K 22</b>	1	0	<b>0</b>
<b>S 11</b>	0	0	<b>0</b>

**Graf č. 5**



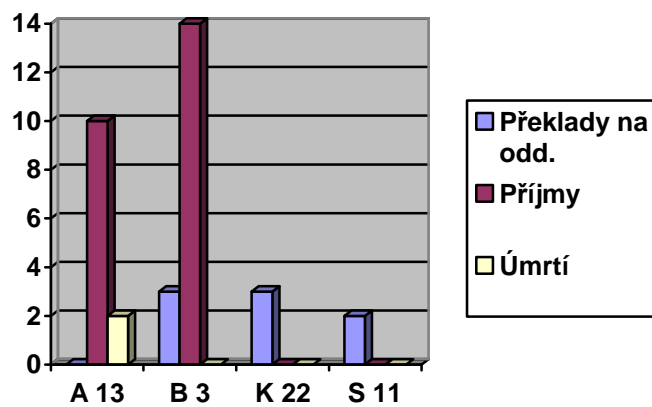
Měsíční hlášení úplné – na gerontopsychiatrických oddělení

Zpracovávané období: **01. 06. 2011 – 30. 06. 2011**

**Tabulka č. 6**

Oddělení	Překlady na odd.	Příjmy	Úmrtí
<b>A 13</b>	0	10	<b>2</b>
<b>B 3</b>	3	14	<b>0</b>
<b>K 22</b>	3	0	<b>0</b>
<b>S 11</b>	2	0	<b>0</b>

**Graf č. 6**



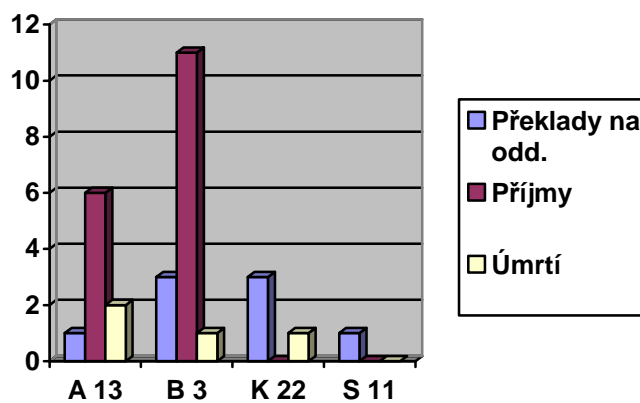
Měsíční hlášení úplné – na gerontopsychiatrických oddělení

Zpracovávané období: **01. 07. 2011 – 31. 07. 2011**

**Tabulka č. 7**

<b>Oddělení</b>	<b>Překlady na odd.</b>	<b>Příjmy</b>	<b>Úmrtí</b>
<b>A 13</b>	1	6	<b>2</b>
<b>B 3</b>	3	11	<b>1</b>
<b>K 22</b>	3	0	<b>1</b>
<b>S 11</b>	1	0	<b>0</b>

**Graf č. 7**



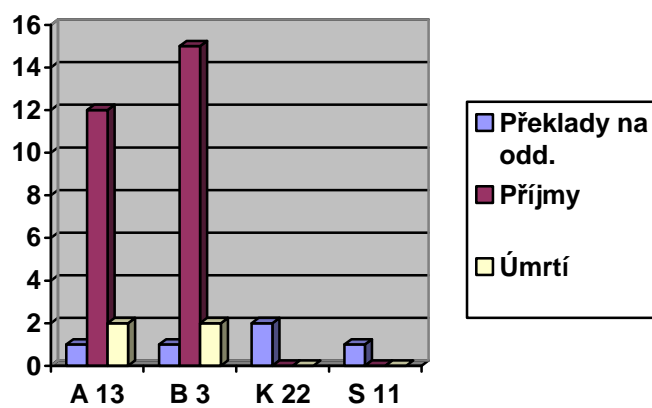
Měsíční hlášení úplné – na gerontopsychiatrických oddělení

Zpracovávané období: **01. 08. 2011 – 31. 08. 2011**

**Tabulka č. 8**

<b>Oddělení</b>	<b>Překlady na odd.</b>	<b>Příjmy</b>	<b>Úmrtí</b>
<b>A 13</b>	1	12	<b>2</b>
<b>B 3</b>	1	15	<b>2</b>
<b>K 22</b>	2	0	<b>0</b>
<b>S 11</b>	1	0	<b>0</b>

**Graf č. 8**



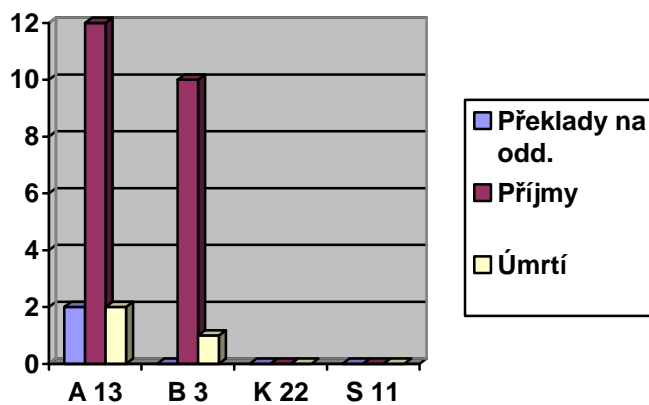
Měsíční hlášení úplné- na gerontopsychiatrických oddělení

Zpracovávané období: **01. 09. 2011 – 30. 09. 2011**

**Tabulka č. 9**

<b>Oddělení</b>	<b>Překlady na odd.</b>	<b>Příjmy</b>	<b>Úmrtí</b>
<b>A 13</b>	12	12	<b>2</b>
<b>B 3</b>	1	10	<b>1</b>
<b>K 22</b>	0	0	<b>0</b>
<b>S 11</b>	0	0	<b>0</b>

**Graf č. 9**



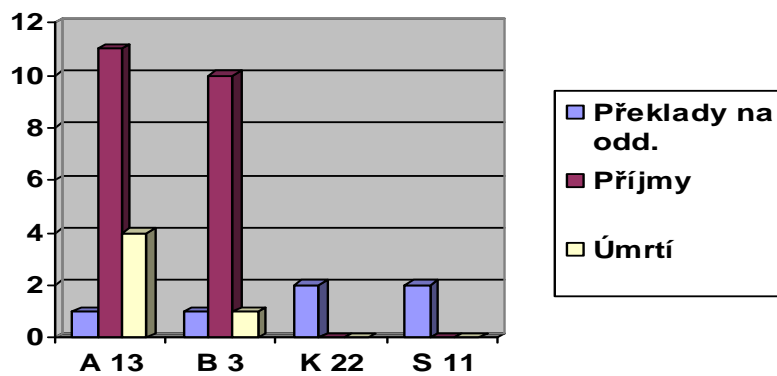
Měsíční hlášení úplné – na gerontopsychiatrických oddělení

Zpracovávané období: **01. 10. 2011 – 31. 10. 2011**

**Tabulka č. 10**

<b>Oddělení</b>	<b>Překlady na odd.</b>	<b>Příjmy</b>	<b>Úmrtí</b>
<b>A 13</b>	1	11	<b>4</b>
<b>B 3</b>	1	10	<b>1</b>
<b>K 22</b>	2	0	<b>0</b>
<b>S 11</b>	2	0	<b>0</b>

**Graf č. 10**





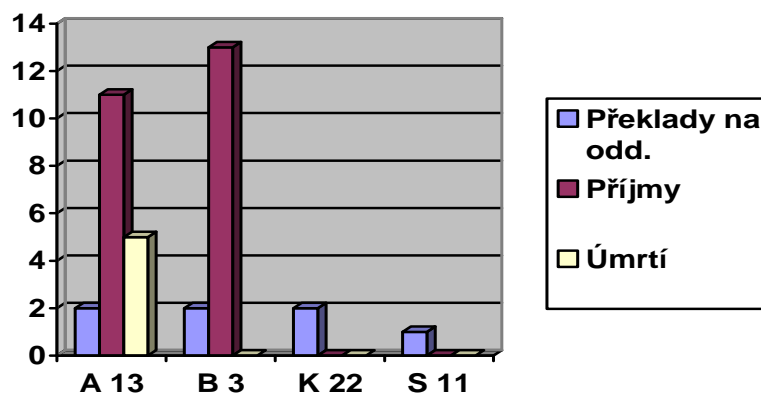
Měsíční hlášení úplné – na gerontopsychiatrických oddělení

Zpracovávané období: **01. 11. 2011 – 30. 11. 2011**

**Tabulka č. 11**

<b>Oddělení</b>	<b>Překlady na odd.</b>	<b>Příjmy</b>	<b>Úmrtí</b>
<b>A 13</b>	2	11	<b>5</b>
<b>B 3</b>	2	13	<b>0</b>
<b>K 22</b>	2	0	<b>0</b>
<b>S 11</b>	1	0	<b>0</b>

**Graf č. 11**



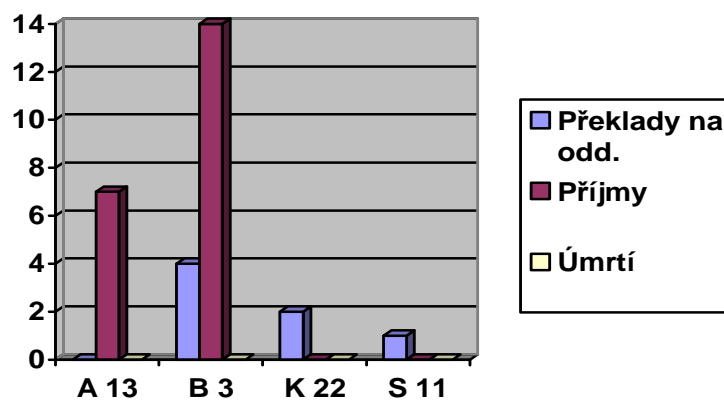
Měsíční hlášení úplné – na gerontopsychiatrických oddělení

Zpracovávané období: **01. 12. 2011 – 31. 12. 2011**

**Tabulka č. 12**

Oddělení	Překlady na odd.	Příjmy	Úmrtí
<b>A 13</b>	0	7	<b>0</b>
<b>B 3</b>	4	14	<b>0</b>
<b>K 22</b>	2	0	<b>0</b>
<b>S 11</b>	1	0	<b>0</b>

**Graf č. 12**



## **5.5 Komunikace s pacienty s demencí**

Komunikace s psychicky a duševně nemocnými pacienty je velice důležitá. Je založena na znalosti člověka, a na speciálních komunikačních dovednostech, neverbální komunikace atd. Je zde zapotřebí zdůraznit i nejprostší způsob komunikování a laskavého pochopení, motivování a uklidňování, potlačování nejistoty a úzkosti. Základní komunikační dovedností je aktivní naslouchání, to je považováno při rozhovoru s pacientem za nejdůležitější prvek. Verbálně může pacient vyjádřit své potřeby, svou bolest i náladu. Naopak, můžeme pacientovi sdělit přijatelným způsobem co, a proč se děje tak. Nedostatečná komunikace s pacientem i jeho rodinou neznamená pouhý nedostatek, ale jde o projev bezmocnosti a nezájmu. (Marek, 2001) Nemůže-li pacient komunikovat verbálně, musí se sestra zaměřit na neverbální projev, na mimiku, gestikulaci, držení těla a tím jeho potřeby správně rozpoznat. Musí s ním komunikovat, vyhledávat a uspokojovat jeho potřeby tak, aby jeho adaptace na nové prostředí probíhala co nejlépe.

([www.zdn.cz/clanek/sestra/adaptace-a-priprava-na-stari](http://www.zdn.cz/clanek/sestra/adaptace-a-priprava-na-stari))

## **5.6 Co ovlivňuje potřeby psychicky nemocného seniora**

Jednou z nejdůležitějších potřeb seniora jsou aktivity denního života. To jsou běžné denní činnosti, jako je hygiena, oblékání, výživa, ale i vyprazdňování. Stane-li se pacient ležícím, zcela nesoběstačným, přebírá tuto péči o uspokojování jeho základních potřeb zdravotnický personál v plném rozsahu především sestra. Musejí se tak, zaměřit na potřeby fyzické, ale i na uspokojování potřeb vyšších.

Udržení pohybu u seniora je považováno za hlavní cíl, neboť mu umožňuje nezávislost.

Sestra, která zná důležitost činností pro seniora, ovlivňuje pacienta povzbuzováním, přesvědčováním a správně ho motivuje. (Malíková, 2011) V

léčebně se tak jedná o velice namáhavou a náročnou práci s velkými nároky na ošetrovatelskou péči. Tuto péči poskytují převážně sestry, kterým musí být jejich práce koníčkem, jelikož vynakládají ze sebe mnoho lásky a porozumění.

## ZÁVĚR

V jednotlivých kapitolách nahlíží autor na problém zacházení a poskytování péče o seniory a na seniorskou problematiku z různých úhlů postavení společnosti k duševně nemocným. Z práce vyplývá, že bychom měli mít všichni vždy na paměti, že i my se můžeme ocitnout v jejich pozici. Všechny překážky a potíže, které nám stáří připraví, nelze zvládnout bez problémů. Měli bychom si být vědomi své konečnosti a žít život tak, jako by byl právě prožívaný den tím posledním.

V seniorském věku dochází ke změnám v organismu, snižuje se fyzická úroveň, dochází k redukci výkonnosti jednotlivých systémů a klesá i úroveň kognitivních funkcí. Zachovat soběstačnost seniora je důležitým úkolem především rodiny a v případě nutnosti samozřejmě také zdravotnického personálu. Je důležité uvědomovat si ve stáří, že je nutné mít nablízku někoho, kdo poskytne ochranu a pomoc. Potřeba poskytování péče a pomoci nemocným seniorům je prakticky zakódována hluboko v každém z nás. Proto je nutné, aby lidé byli na stáří vnitřně připraveni a měli k sobě partnera či instituci, která uspokojí jeho základní potřeby. Na konec života se často díváme s nechutí a strachem. Bojíme se, tak se raději nedíváme. Dost lidí v dnešní době hazarduje se svým životem. V posledních prožitých letech tak každý určitě našel chvíle či událost, kdy ve svém životě prožil těžké období. Kdy bylo jen smutno, temno a nevěděl si rady. Díky své zranitelnosti mohli později pocítit teplo, radost, sílu či světlo a pochopili tak cenu života. Všichni určitě vědí, že trápení, bolest a zlo k životu dostáváme a že to tak má být. V umírání to není jiné.

Cílem této práce bylo jak pochopit, pomoci a zajistit odbornou ošetrovatelskou péči duševně nemocným seniorům v Psychiatrických léčebnách a jiných ústavech poskytujících tuto péči. Pacienti na gerontopsychiatrických odděleních s těžší demencí často o svém osudu nemají ani potuchy, často ani nevědí, kde jsou a proč. Nejsou si ani vědomi, že se jejich život chýlí ke konci

a že na svém uplynulém životě nemohou nic změnit. Každý lékař by měl chránit život svého pacienta i za těchto okolností. Měl by jednat vždy v souladu se zákonem a především řídit se etickým kodexem.

(<<http://www.clkbrno.cz/index.php?desktop=clanky&action=view&id=46>>)

Vytvářet spolu s ostatními spolupracovníky tým, funkční celek v poskytování všech dostupných služeb psychiatrických, psychologických, psychoterapeutických, ale i sociálních. Veškerý přístup k nemocným by měl být uklidňující a především poskytující bezpečí.

S problematikou stárí, umírání a smrti se v Psychiatrické léčebně Kosmonosech nejčastěji setkáme na již zmiňovaných gerontopsychiatrických odděleních. Velice často právě z těchto oddělení mají pacienti jen krok do druhého světa, na druhý břeh života. Nikdo by neměl zapomínat, že se nemocný chystá k velkému odchodu. Nezasahujme tedy zbytečně, příliš je nerušme, méně zdravotní péče v jejím technickém smyslu může znamenat více.

Ze zkušeností vyplývá, že na těchto odděleních dochází k úmrtí především sešlostí věkem a jejími terminálními komplikacemi. Tyto pacienty bychom měli přijímat a mít je rádi takové, jací jsou. Lidé, kteří zde pracují, se učí úctě a pokoře k obyčejnému životu, učí si vážit toho, co jiní lidé považují za samozřejmost: duševní zdraví.

Je třeba zdůraznit, že stárí, umírání a smrt je pak pro laiky mnohdy jako něco nepatřičného. Dnešní člověk tyto znalosti nemá. Setkání se smrtí tak v dnešní době bývá velmi vzácné, a proto pozdní setkání se smrtí bývá doprovázeno panickým strachem a bezradností.

Život můžeme vnímat jak skládačku z fotografií. Je možné ohlížet se za prožitým časem. Ponořit se do hloubky, kterou v běhu života míváme, ale na konci života nám někdy hodně schází. Čas hraje velikou roli, nebojme se tiše a laskavě ohlédnout a především pustit do své mysli krásné vzpomínky na uplynulý život. Blížkost umírajících nás naučila všimnout si více problémů spojených se stářím, umíráním a následné smrti. Především je zapotřebí

systemové změny v přístupu k psychicky nemocným a umírajícím a v neposlední řadě je nutné podpořit rozvoj všech ústavů poskytující péči těmto pacientům. Potřebujeme mnohem více hospiců včetně mobilních, běžnou dostupnost denních stacionářů pro dementní, dostatek míst v pečovatelských ústavech a systém externí kontroly kvality. Bylo by vhodné paliativní léčbu zařadit jako předmět pregraduální výuky lékařů a motivovat je i k jiným druhům péče, než je tzv. vítězná medicína a její ohromující technologie. Změna mentality je tu rozhodující. Je důležité, aby paliativní péči poskytovali lékaři a sestry se zájmem o tuto sféru, nikoli ti, kteří eventuálně „zbyli“ na trhu práce. Mnohé si dále slibujeme od zákona č. 372/2011 Sb., který vytváří kategorii dlouhodobé péče ve smyslu péče zdravotně-sociální. Na něj má navázat speciální zákon, který naplní tuto kategorii konkrétní definicí, pravidly fungování a financování.

Všem lidem, kteří pečují o seniory v ústavu, patří veliký obdiv. Život je totiž nejkrásnější a největší dar, který je hodný ochrany, respektu, úcty, ale také pokory a obdivu. Měli bychom všichni mít na mysli, kolik úsilí bude stát naše poslední cesta. Buďme proto milosrdní.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

*Alzheimerova nemoc v rodině*, vydal Pfizer, 1998, tiskárna Olomouc,  
ISBN 80- 85800-96- 9

BALÍKOVÁ, M., kolektiv autorů, *Soudní lékařství*, 1. vyd., Praha, Grada Publishing 1999, ISBN 80-7169-728-1

*Bible.*, Český ekumenický překlad, Praha: Česká biblická společnost, 2001,  
ISBN 80-85810-29-8

BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., HOLMEROVÁ, I. *Sociální hospitalizace*, Praha : VÚPSV, 2000., ISBN 80-238-6872-1.

ERIKSON, E., H., *Životní cyklus rozšířený a dokončený, doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*, Nakladatelství Lidové noviny 1999, ISBN 80-7106-291-X

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*, Portál Praha s.r.o. 2004,  
ISBN 80-7178-303-X

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, 1. vyd., Praha: Panorama, 1990,  
ISBN 80-7038-158-2

HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, 2.vyd., Praha: Galén, 1997

HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika.*, 3.vyd. Praha: Galén,2002,  
ISBN 80-7262-132-7

HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie.*, 2.vyd. Praha: Galén, 2007,  
ISBN 978-80-7262-471-3

JAKOBY, B., *Tajemství umírání*, 1.vyd., Liberec: dialog, 2005,  
ISBN 80-86-761-42-8

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření., Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje diagnostické a investiční možnosti tohoto syndromu.*, vyd.2., Státní zdravotní ústav, Praha 2003,  
ISBN 80-7071-231-7

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2002, ISBN 80-247-0179-0



KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetrovatelství*, Grada Publishing a.s. 2007, ISBN 978-80-247-2069

LUKASOVÁ, E.: *I tvoje utrpení má smysl*. Brno: Cesta, 2006, ISBN: 80-85319-79-9

MALÍKOVÁ, E., *Náročnost a rozdílnost ošetrovatelské zátěže*. Ošetrovatelská péče, Brno: 2010, č.2, ISSN 1213-2330

MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, 1.vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, ISBN 978-80-3148-3

MAREK, J., KALVACH, Z., SUCHARDA, P., a kolektiv., *Propedeutika klinické medicíny*, vyd., nakladatelství Triton, Praha: 2001, ISBN 80-7254-174-9

SOUKUPOVÁ, T., *Psychologie dnes*, Časopis č. 5/2006, | Datum: 3.5.2006  
Vydání: 5/2006

RAUP, D., *O zániku druhů*, NLN Praha 1995, ISBN 80-7106-099-2

*Sociální práce s umírajícími*, vyd. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, na nakladatelství se podílí 2SF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, číslo/ročník 2/2010/ evid. Číslo MK: MK ČR E 13795, ISSM: 1213-6204

SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*, 4.vyd. Praha: Ecce homo, 1999, ISBN 978-80-902049-2-9

ŠELNER, I., *Úloha rodiny v péči o seniory-reality a prognózy*, Sociální práce/Sociálna práca, 2004, č.2,

VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří*, Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum 2002, ISBN 978-246-1318-5

VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kolektiv, vydala Grada Publishing, a.s. 2004, ISBN 80-247-0279-7

Vnitřní standard PL Kosmonosy (odborný) č. 16- moribundus

Vnitřní standard PL Kosmonosy č. 20-příjem pacienta, 6. změna od 15. 4. 2011

Zákon č.137/2006 Sb. O zadávání veřejných zakázek

## INTERNETOVÉ ZDROJE

Adaptace a příprava na stáří [online]. [cit. 2011- 3-8] dostupné na  
<[www.zdn.cz/clanek/sestra/adaptace-a-priprava-na-stari-305689](http://www.zdn.cz/clanek/sestra/adaptace-a-priprava-na-stari-305689)>

Jméno autora není dostupné 2012

<<http://www.clkbrno.cz/index.php?desktop=clanky&action=view&id=46>>

Jméno autora není dostupné 2012

<<http://hospic.webpark.cz/smrt.htm>>

Jméno není dostupné 2012

<[www.plkosmonosy.cz/historie.html](http://www.plkosmonosy.cz/historie.html)>

Jméno autora není dostupné 2012

<[www.plkosmonosy.cz/kvalita.html](http://www.plkosmonosy.cz/kvalita.html)>

Jméno autora není dostupné 2012

<[www.plkosmonosy.cz/leceni.html](http://www.plkosmonosy.cz/leceni.html)>

Jméno autora není dostupné 2012

<<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html> [cit. 2010-2-9]>

Jméno autora není dostupné 2012

<<http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html> [cit. 2010-2-8]>

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A - Léčebné složky PL Kosmonosy.....	I-VIII
PŘÍLOHA B - Akreditace kvality a bezpečí zdravotní péče.....	IX-X
PŘÍLOHA C - Organizační schéma .....	XI
PŘÍLOHA D - Personální obsazení.....	XII
PŘÍLOHA E - Fotografie 1, 2, 3.....	XIII-XIV
PŘÍLOHA F - Certifikáty kvality 1,2.....	XV

## Příloha A - Léčebná složka PL Kosmonosy

Léčebná složka Psychiatrické léčebny v Kosmonosech se sestává z několika organizačních jednotek.



V tomto areálu se nacházejí pavilony A, B, K a S pro ústavní léčbu. Dále pavilon D s ambulantní složkou. V pavilonu S se nachází prostory pro pracovní terapii a na pozemcích léčebny je provozována hiporehabilitace.

## **Léčebná složka v PL Kosmonosy**

Léčebná složka Psychiatrické léčebny v Kosmonosech se skládá z několika organizačních jednotek. Základní částí je areál léčebny, kde se koncentruje převážná část terapeutických aktivit. V tomto areálu se nacházejí pavilony: A, B, K a S pro ústavní léčbu. Dále pavilon D s ambulantní částí. V pavilonu S se nacházejí prostory pro pracovní terapii, laboratoř OKBHT a na pozemcích léčebny je provozována hiporehabilitace.

K Psychiatrické léčebně Kosmonosy náleží také dislokované pracoviště Sadská a objekt v Žižkově ulici v Mladé Boleslavi, kde je část ambulantní složky.

## **Charakteristiky oddělení:**

### **A 13 – gerontopsychiatrické oddělení příjmové – muži**

- hospitalizuje především chodící pacienty ve věku od 65 let s gerontopsychiatrickou problematikou
- poskytuje diagnostickou a komplexní psychiatrickou péči širokého spektra duševních poruch
- zajišťuje především léčbu všech druhů demencí, organických a duševních poruch a delirií

### **A 14 – chronická psychiatrická péče – muži**

- hospitalizuje chodící chronické psychotické pacienty všech věkových kategorií s přetrvávajícími výraznými poruchami chování
- léčba je především medikamentózní a pobyt má výrazné rysy demence

## **A 16 - ochranné léčení - muži**

- zabývá se soudně nařízenou psychiatrickou léčbou v celém spektru s výjimkou sexuálních úchylek
- léčba je především psychoterapeutická, režimová a komunitní

## **B 1 – příjmové oddělení – ženy**

- přijímá především akutní stavy v celém spektru oboru psychiatrie od 15 – 65 let
- poskytuje i další péči všem psychiatrickým nemocným kromě léčby alkoholismu, toxikománie a těžké demence

## **B 2 – intenzivní psychiatrická péče (IPP)**

- poskytuje péči pacientům s výrazným zhoršením celkového zdravotního stavu upoutaným na lůžko a vyžadující intenzivní sledování (zejména somatické), trvalý nitrožilní přístup, výživu sondou atd.

## **B 3 – gerontopsychiatrické oddělení příjmové i chronické – ženy**

- přijímá duševní poruchy u nemocných nad 65 let
- hospitalizujeme především závažnější čerstvé, resp. dekompenované stavy
- léčba je zaměřena především na demence, ale i na psychotické poruchy a poruchy osobnosti ve stáří

### **B5 – léčebné a rehabilitační oddělení – ženy**

- zajišťuje léčbu pacientek se závažnými duševními chorobami s velmi chronickým průběhem až trvalým těžkým deficitem, avšak bez floridních poruch chování
- péče spočívá především v psychoterapii, arteterapii, ergoterapii a hiporehabilitaci

### **K 20 – detoxifikační, resocializační a psychoterapeutické oddělení – koedukované**

- skládá se ze dvou jednotek: části detoxifikační a resocializačně-psychoterapeutické, přijímání jsou pacienti od 15 let
- zabývá se dobrovolnou detoxifikací
- zabývá se celým spektrem psychiatrických diagnóz ve fázi zvládnutí akutního stavu nebo lehčími avšak ambulantně nezvladatelnými stavy od dekompenzovaných poruch osobnosti až po psychózy
- oddělení nabízí komplexní psychiatricko – psychologickou léčbu a diagnostiku s komunitním režimem

### **K 21 – příjmové oddělení – muži**

- oddělení přijímá dospělé muže do 65 let, po domluvě lze přijmout i nezletilé pacienty ve věku od 15 – 18 let
- přijímá především akutní stavy v celém spektru oboru psychiatrie
- poskytuje i další péči všem psychiatrickým nemocným kromě léčby alkoholismu, toxikománie a sexuálních úchylek

## **K 22 – chronické gerontopsychiatrické oddělení – ženy**

- poskytuje dlouhodobou péči pacientkám s duševním onemocněním nad 65 let
- hlavní náplní jsou všechny typy demencí u chodících nemocných s nižšími somatickými riziky (nepřítomnost floridní či výrazně dekompenzované tělesné poruchy)

## **S 8 - resocializační oddělení - koedukované**

- zajišťuje péči pacientů se závažnými duševními poruchami s chronickým průběhem až trvalým těžkým deficitem, avšak bez floridních poruch chování
- léčebný proces je založen na principu komunity

## **S 9 – sexuologické oddělení – muži**

- zabývá se dobrovolnou léčbou sexuálních úchylek
- zabývá se soudně nařízenou ochrannou léčbou sexuálních úchylek
- léčebný proces je založen na principu komunity a režimu

## **S 10 – léčebně resocializační oddělení – koedukované**

- zajišťuje péči o pacienty se závažnými duševními onemocněními s velmi chronickým průběhem
- otevřené oddělení pro nemocné v relativně příznivém ustáleném stavu bez význačných poruch chování
- léčebný proces je založen na principu komunity



## **S 11 – chronické gerontopsychiatrické oddělení – ženy**

- poskytuje dlouhodobou péči pacientkám s duševním onemocněním ve věku nad 65 let
- hlavní náplní jsou všechny typy demencí u chodících nemocných s nižšími somatickými riziky (nepřítomnost floridní či výrazně dekompenzované tělesné choroby)

## **Sadská A – otevřené koedukované oddělení**

- hospitalizuje lehčí stavy v základním spektru (tj. kromě návykových nemocí a sexuologie)
- přijímá především plánované pacienty, neprovádí akutní příjmy v mimopracovní době
- provádí pouze dobrovolné hospitalizace nemocných kompetentních k podání souhlasu
- dekompenzovaného nemocného, který by ztratil kompetenci k rozhodování, nebo by bylo dokonce nutno přistoupit k jeho omezení, překládá na příslušné oddělení v Kosmonosech
- náplň oddělení je především psychoterapeutická a resocializační

## **Sadská B – otevřeně koedukované oddělení**

- hospitalizuje středně závažné a dlouhodobější stavy v základním psychiatrickém spektru (tj. kromě návykových nemocí a sexuologické problematiky)
- provádí pouze dobrovolné hospitalizace nemocných kompetentních k podání souhlasu
- dekompenzovaného nemocného, který by ztratil kompetenci k rozhodování, nebo by bylo dokonce nutno přistoupit k jeho omezení, překládá na příslušné oddělení v Kosmonosech

- přijímá především plánované pacienty, neprovádí akutní příjmy v mimopracovní době
- náplň oddělení je především psychoterapeutická a resocializační

### **Oddělení pracovní terapie**

- během hospitalizace je možnost zapojit se do denních aktivit na některém z pracovišť pracovní terapie:
- **arteterapie:** je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky i mezilidských vztahů
- **pracovní terapie:** skládá se z několika terapeutických dílen
  - košíkářská
  - keramická
  - svíčkařská
  - šicí
  - tkalcovská
- cílem je celkové zlepšení kvality života člověka s postižením a jeho posun k možnosti znovu se zařadit do společnosti
- většinou jde o prevenci nebo odstranění některých poruch (chování, apatie), o zlepšení zdravotního stavu a především o psychickou pohodu
- **hiporehabilitace = psychoterapeutický kontakt s koňmi (ošetřování i jízda)**
- je vhodná doplňková léčebná metoda pro široký okruh pacientů s různými diagnózami, kde nerozhoduje věk ani typ onemocnění
- jedná se o terapeutický přístup, kdy terapeut prostřednictvím koně jako pomocného terapeuta působí na různé oblasti psychicky léčeného člověka

## **Příloha B**

# **Akreditace kvality a bezpečí zdravotní péče**

Psychiatrická léčebna Kosmonosy prošla ve dnech 5. – 7. května 2010 externím auditem Spojené akreditační komise ČR. Tím splnila kritéria pro řízení a kontinuální zvyšování kvality dle Národních akreditačních standardů. Získala certifikát kvality a bezpečí poskytovaných služeb, (příloha certifikát č. 1, 2) který bude muset po 3 letech obhájit, určitě za náročnějších podmínek, protože zvyšování kvality není jednorázový proces. Rozhodnutí podrobit se certifikaci léčebny padlo v roce 2004 na základě úvahy, že sledování a hodnocení kvality je v souladu se současným vývojem zdravotnictví ve vyspělých zemích. To je stále více zaměřeno právě na kvalitu, kontinuitu a bezpečnost péče.

K dosažení výsledků napomohly tři hlavní nástroje:

- motivace všech pracovníků
- vytvoření funkční soustavy vnitřních předpisů
- vnitřní audit

V roce 2005 začaly po ustanovení týmu pro kvalitu vznikat první standardy popisující jednotlivé procesy při poskytování péče. Všechny činnosti zdravotnického i nezdravotnického personálu byly analyzovány a poměřovány Národními akreditačními standardy.

Základem akreditačních kritérií je důsledné dodržování platné legislativy a úplnost i průkaznost zdravotnické i nezdravotnické dokumentace. Tento proces znamenal důkladný generální úklid napříč všemi provozny, od forem zápisů do chorobopisů až po způsoby evakuace nemocných, od organizačního a provozního řádu, až po správné zacházení s odpady. Nastavení jasných pravidel a jejich dodržování snižuje rizika pacientů plynoucí provozu zdravotnického zařízení a poskytování péče (změny léků, nemocniční infekce, pády, úrazy). Pracovníky pak pomáhá chránit i po stránce

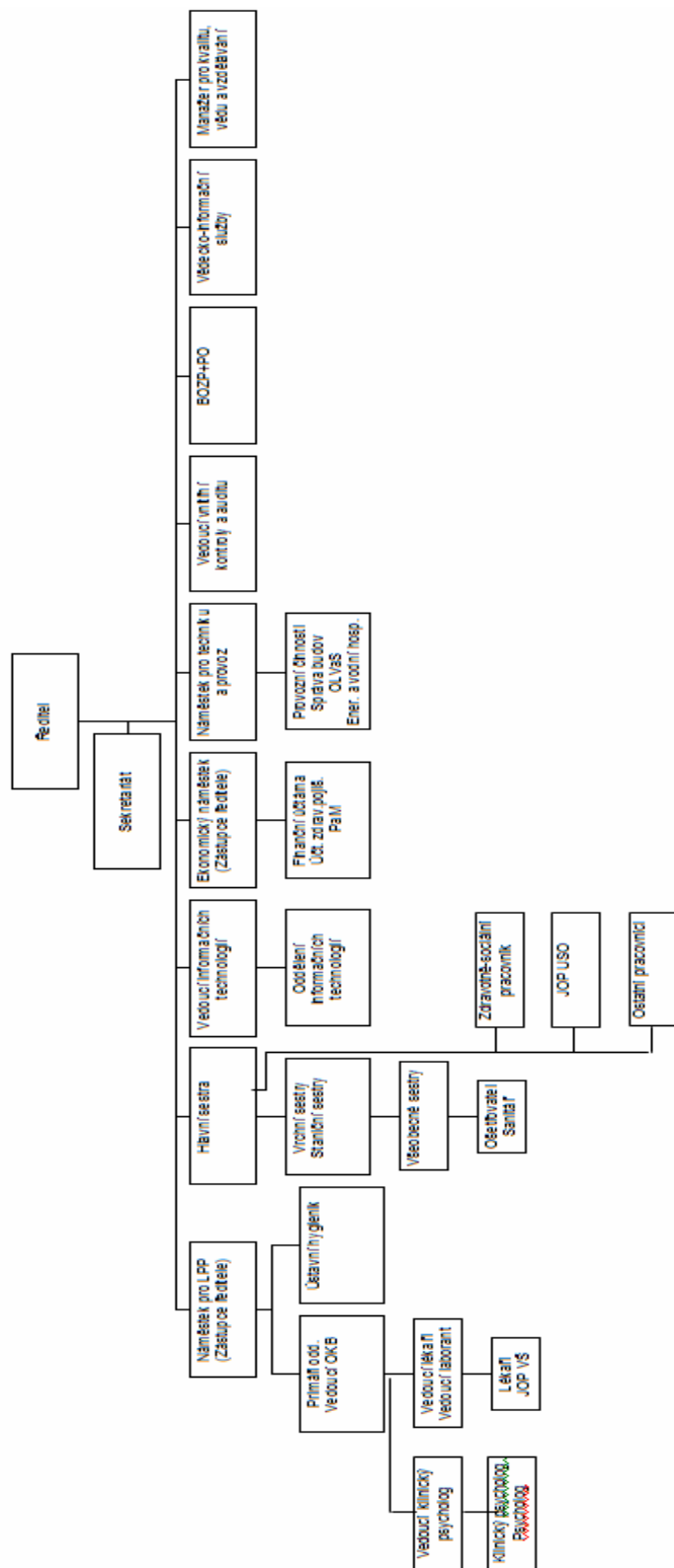
právní – jde především o dokumentaci poskytnuté péče i jejích zákonných náležitostí. To je důležité zejména v psychiatrii, kde se používají omezovací prostředky, dochází k nedobrovolným hospitalizacím, je nutné citlivě posuzovat pacientovu rozhodovací způsobilost a do popředí silně vystupuje otázka práv pacientů.

### **Hlavní témata:**

- vyloučení rizika záměny léků i záměny pacienta
- snížení rizika nemocniční nákazy
- snížení rizika proleženin
- zajištění fyzického bezpečí (pády, požáry, poškození zdravotnickou technikou)
- snížení rizika agrese pacientů a metody minimalizace jejich následků
- soustavné snižování rizika vzniku mimořádných událostí
- dodržování práv pacientů
- dokonalá ochrana důvěrných dat o pacientovi

[www.plkosmonosy.cz/kvalita.html](http://www.plkosmonosy.cz/kvalita.html)

Organizační schéma PL Kosmonosy  
platnost od 1.10.2009



## Příloha D

### Personální obsazení

celková rekapitulace platnost od 1.3.2010														skut.	
	Primář	Lékaři	Klinický psych	Psych	JOP VŠ	JOP USO	soc. prac.	SZP	zdrav. asist.	ošetř	sanitář	THP	ostatní	celkem	plán
SADSKÁ	1	3,6		2	1,4	2	2	19,5		3	6		3,626	44,126	49,026
K 21	1	3	1				1	16	1	3	6		1	33	30
A 13							0,3	7		1	4		1	13,3	15,3
A 14	1	1				1		11	1	3	9			27	23
A 16	0,3	0,4		1			1	13	1	1	2,75			20,45	20,4
B 1	0,5	2,5	2				1	14	2	1	5			28	31
B 2	1						0,3	11			1		1	14,3	14,3
B 3	1	0,95					1	17	2		5			26,95	25
B 5	0,5		0,8				0,7	10		1	4		2	19	20
S 6	0,3						0,3	8			3			11,6	12,3
S 8	0,3						0,7	10		1	3,875		0,625	16,5	18,2
S 10	0,5						0,875	8		1	4		1	15,375	17
K 22	1			0,5			0,7	9	1		7		1	20,2	21,7
K 20	1	2		1,5		1	1	19	1	0,5	5		1	33	34
S 9	1			1			1	10					0,375	13,375	13,5
S 7	1			1	1		1	12			1		0,75	17,75	18,75
Diag.jádro		3,2						8,4					1,25	12,85	13,65
Hipporehab.													1	1	1
Terapie			0,2		1	3		1,115			2		1,25	8,565	10,2
OKB					3	3							1	7	8
strav.prvoz K								2				3	21,25	26,25	26,25
strav.prvoz S												1	7	8	8
Provozní K												5	54,75	59,75	56
Správa												3	14	17	17
Energ.												1	2	3	3
Provozní S												2	4	6	6
Ekonom.od												13,5		13,5	14
Výpoč.												3		3	3
BOZP												1		1	1
Véd.-inform.												1		1	1
Ředitelství		1,6						1				5		7,6	7,6
celkem	11,4	18,25	4	7	6,4	10	12,88	207,02	9	15,5	68,63	38,5	120,88	529,441	
celkem plán	16	26,5	7	5	7,5	11	14	204,05	8	16	68	39	117,13		539,176

## Příloha E Fotografie

Obr. č. 1. Sprchovací vana s masážním panelem (J. Bártová, 2012)



Obr. č. 2. Pečovatelská polohovací lůžka (J. Bártová, 2012)



Obr. č. 3. Nemocniční polohovací lůžka (J. Bártová, 2012)





Příloha F



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Jana Bártová**

**Obor: Vzdělávání dospělých**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Stáří umírání a smrt – pomoc a péče o seniory v PL Kosmonosy**

**Rok: 2012**

**Počet stran textu bez příloh: 58**

**Celkový počet stran příloh: 14**

**Počet titulů české literatury a pramenů: 28**

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:**

**Počet internetových zdrojů: 8**

**Vedoucí práce: Mgr. Martina Strnadová**