

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Paliativní péče o seniory

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, Ph.D.

Vypracovala:
Bc. Lucie Dolejšová

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Paliativní péče o seniory“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

Ve Starči dne 26.10.2012

.....
Bc. Lucie Dolejšová

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Mgr. Zdeňkovi Šigutovi, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Bc. Lucie Dolejšová

OBSAH

OBSAH	5
ÚVOD	7
1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	9
1.1 PERIODIZACE STÁŘÍ	9
1.2 PROJEVY STÁŘÍ A JEHO PŘÍZNAKY	10
1.3 PŘÍPRAVA NA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	12
2. GERONTOLOGIE	13
2.1 GERIATRIE	14
2.2 HISTORICKÝ VÝVOJ V PÉČI O STARÉ OSOBY	14
3. CHOROBNOST STÁŘÍ	18
3.1 SOMATICKÉ PORUCHY, ONEMOCNĚNÍ	18
3.2 DUŠEVNÍ PORUCHY VE STÁŘÍ	20
3.2.1 DELIRIUM	20
3.2.2 DEPRESE	21
3.2.3 ORGANICKY PODMÍNĚNÁ PORUCHA OSOBNOSTI	24
3.2.4 DEMENCE	24
4. DLOUHODOBÁ PÉČE (LONG – TERM CARE)	31
4.1 PRVKY DLOUHODOBÉ PÉČE	31
5. PALIATIVNÍ PÉČE	34
5.1 KONCEPCE PALIATIVNÍ PÉČE V ČR	35
5.2 PALIATIVNÍ PÉČE OBECNÁ A SPECIALIZOVANÁ	37
5.3 ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ PALIATIVNÍ PÉČI O SENIORY	38
5.3.1 PRAKTICKÝ LÉKAŘ	38
5.3.2 DOMÁCÍ PÉČE – HOME CARE	38
5.3.3 DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE (DOMÁCÍ ČI MOBILNÍ HOSPIC)	40
5.3.4 HOSPIC	41
5.3.5 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH	42
5.3.6 SPECIALIZOVANÁ AMBULANCE PALIATIVNÍ PÉČE	43
5.3.7 DENNÍ STACIONÁŘ PALIATIVNÍ PÉČE	43
5.3.8 ZVLÁŠTNÍ ZAŘÍZENÍ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE	43
5.3.9 PALIATIVNÍ PÉČE POSKYTOVANÁ V SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH	43
5.3.10 RESPITNÍ PÉČE (ODLEHČOVACÍ SLUŽBY)	43
6. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY	44
7. KVALITA ŽIVOTA	47
7.1 TEORETICKÉ VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA PODLE WHO	47
7.2 DETERMINANTY ZDRAVÍ A KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ	47
7.3 ROZSAH POJETÍ KVALITY ŽIVOTA	48
7.4 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	49
8. ZÁKLADNÍ POPIS VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ V PALIATIVNÍ PÉČI	53
8.1 CÍLE PRŮZKUMU	53
8.2 POUŽITÉ METODY	54

8.3 STANOVENÍ HYPOTÉZ VÝZKUMU	55
8.4 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DOKUMENTŮ, ZPRACOVÁNÍ EMPIRICKÉHO MATERIÁLU	56
9. VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH VYUŽITÍ V PRAXI	65
9.1 OBECNÁ VÝCHODISKA VÝSLEDKŮ EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ	65
ZÁVĚR	67
RESUMÉ	69
ANOTACE	70
KLÍČOVÁ SLOVA	70
ANNOTATION	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71

ÚVOD

Tématem diplomové práce je paliativní péče o seniory. Prodlužování lidského věku a života je spojeno s velkou řadou zdravotních a sociálních problémů, jak pro stárnoucího člověka konkrétně, tak pro jeho rodinu a v neposlední řadě pro společnost. Stáří a stárnutí jako společenský jev je typický pro moderní společnost. Stárnutí populace je velmi aktuální téma, jak na domácí půdě, tak na úrovni světové, globální.

Již dnes uváděná populace představuje cca $\frac{1}{4}$ veškerého obyvatelstva ČR a výhled v roce 2035 je cca 35-40% při procesu stárnutí populace, je nutné problematiku geriatrické křehkosti považovat za jeden z nejzávažnějších společenských problémů. V této souvislosti je tedy velmi aktuální i problematika paliativní péče o seniory. Objevují se otázky týkající se kvality paliativní péče o seniory, její dostupnost a vzájemná multioborová spolupráce pro poskytování co nejkvalitnější a nejefektivnější paliativní péče pro geriatrickou populaci.

Teoretická část diplomové práce je zaměřena na základní pojmový aparát dané problematiky. Tedy pojmy stáří a stárnutí, periodizace stáří, projevy stáří a jeho příznaky. Dále historie gerontologie a geriatry, jejich vývoj na úrovni domácí i světové. V práci je rozvedena oblast chorobnosti stáří. Jde o choroby somatické a duševní poruchy ve stáří. Navazuje problematika dlouhodobé péče (Long-term care), prvky dlouhodobé péče. Zdravotní péče o seniory, sociální péče o seniory a paliativní péče o seniory. Koncepce paliativní péče v ČR, paliativní péče obecná a paliativní péče speciální. Dále navazuje analýza zařízení poskytujících paliativní péči o seniory a v této souvislosti analýza sociálních služeb pro seniory. V neposlední řadě se objevují kapitoly rozvíjející témata týkající se problematiky kvality života seniorů v jejich posledním období života.

Empirická část diplomové práce je zaměřena na kvalitu života seniorů v paliativní péči. Při zpracování empirické části diplomové práce se zaměřením na kvalitativní průzkum byla použita výzkumná metoda individuálního polostrukturovaného rozhovoru. Pro empirické šetření jsem vybrala respondenty ve věku 73 – 92 let, a to v počtu šest osob. Respondenti využívají zařízení poskytující paliativní péči. Sběr informací proběhl za plného souhlasu a v absolutní spolupráci všech dotazovaných respondentů.

Problematika stáří, seniorské populace a s ní spojené paliativní péče je velice rozsáhlá. Možnosti dalšího výzkumu v tomto směru jsou velmi rozmanité, dá se říci, že v současnosti bezbřehé. Proto jsem si vědoma, že práce je ve svém obsahu omezená a vzhledem ke svému rozsahu nelze obsáhnout veškeré informace, poznatky a problémy, které se dotýkají dané oblasti.

1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Stáří (senium) a stárnutí. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá a završuje lidský život. Stáří je projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických. Tyto změny nastupují postupně.

Stáří můžeme vymezit ve třech rovinách:

- *Biologické stáří.* Jedná se o souhrn nevratných biologických změn organismu. Biologické stáří nelze stanovit s přesností – nelze stanovit přesná kritéria a hodnocení, procesy stárnutí jsou úzce spjaty s chorobnými změnami organismu.
- *Kalendářní stáří.* Jde o dosažení určitého věku – sociální konstrukt, který je obecně stanoven, vymezen a respektován společností. Kalendářní stáří je jednoznačně stanovené a splňuje daná kritéria. Neříká nic o involučních individuálních změnách. Stáří kalendářní a stáří biologické se nemusí shodovat.
- *Sociální stáří.* Souhrn sociálních změn. Změny sociálních rolí, sociálního statutu, sociálních postojů a potenciálu. Tyto změny jsou penzionování (odchod do důchodu), nezaměstnatelnost, odchod dětí, ovdovění, přijetí role penzisty (důchodce). O sociálním stáří mluvíme v souvislosti s odchodem do důchodu, nárok na starobní důchod (penzionování).

1.1 PERIODIZACE STÁŘÍ

- počínající stáří (mladí senioři, young old) – 60/65 let – 74 let
- vlastní stáří (stařecký věk neboli senium, old-old) – 75 let – 84/89 let
- dlouhověkost (velmi staří senioři, oldest old) - 85/90 let a více¹.

U člověka lze rozdělit věk dle fyziologického stavu organismu:

A, Chronologický věk (skutečný, kalendářní)

- tento věk se počítá od data narození a nemusí souhlasit s věkem biologickým

¹ ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. Sociální gerontologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4, s. 29

B, Funkční věk (biologický)

- tento věk nemusí být v souladu s věkem chronologickým
- je to věk, který odpovídá skutečnému stavu organismu po stránce biologické, psychické a sociální
- při posuzování člověka bychom měli spíše brát zřetel na věk funkční než na věk chronologický.

1.2 PROJEVY STÁŘÍ A JEHO PŘÍZNAKY

Senior (geront).

Seniory můžeme rozdělit podle jejich zájmů, potřeb, zdravotního a funkčního hlediska na:

- * *senior elitní* – extrémní výkony.
- * *senior zdatný* – zvládají náročné aktivity (např. pracovní).
- * *senior nezávislý* – zvládají běžné životní aktivity i přes to, že mají jisté zdravotní obtíže.
- * *senior křehký* - **Geriatrická křehkost**

Geriatrická křehkost (frailty) je stavem se snížením funkčních rezerv. Důležité funkční rezervy jedince jsou redukovány v důsledku fyziologických i chorobných změn spojených se stářím. Je tak postižena interakce jedince s okolím. Klasickými příznaky křehkosti jsou zmatenost a pády. Interakce mezi jedincem a prostředím je narušena především při zátěži. Diagnóza křehkosti se opírá o zátěžové testy pro hodnocení interakce mezi jedincem a okolním prostředím. Tyto měřitelné hodnoty jsou - právě v tom spočívá jejich význam pro praxi – ovlivnitelné intervencí:

- svalově – kosterní funkce (pohyblivost, síla)
- aerobní výkon (vytrvalost)
- kognitivní a interaktivně – neurologické funkce (poznávací schopnosti, rovnováha, koordinace)
- stav výživy².
- * *senior závislý* – zhoršený funkční a zdravotní stav, vyžadují podporu druhé osoby, podpůrné služby.

² SCHULLER, M., OSTER, P. Geriatrie od A do Z pro sestry. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4, s. 174

* *senior zcela závislý* – imobilita (nepohyblivost), upoutání na lůžko, potřebuje trvalou ošetrovatelskou a pečovatelskou péči, stálý dohled.

* *senior umírající* – vyžaduje paliativní péči.

1, Tělesné projevy stárnutí a stáří

- typická je atrofie (zánik tkáně) a involuce orgánů
- zpomaluje se látková výměna, snižuje se spotřeba kyslíku, zpomaluje se syntéza bílkovin
- snižuje se hmotnost v důsledku úbytku svalové hmoty a podkožního tuku
- kůže je vrásčitá, ztrácí svou elasticitu, je suchá, objevují se pigmentové skvrny, vrásky
- dochází k šedivění, řídnutí a vypadávání vlasů
- dochází k odvápnování kostí (osteoporóza), zvyšuje se náchylnost k úrazům
- dochází ke změnám na vnitřních orgánech, zhoršuje se činnost srdce, ledvin, plic, jater
- je snižená sekrece žláz s vnitřní sekrecí, činnost některých žláz je zastavena (např. pohlavní)
- nervový systém je méně odolný vůči zátěžovým situacím
- zhoršení smyslového vnímání (hmat, zrak, sluch, chuť, čich).

2, Psychické projevy stárnutí a stáří

- snižuje se výbavnost a vstřípivost paměti
- objevuje se menší nápaditost, vynalézavost
- zpomalení psychomotorického tempa
- situace a úkoly řeší pomaleji, lpějí na tradičních zvycích
- větší únavnost
- labilita emocí
- převládá touha po soukromí a pohodlí
- typické rysy osobnosti získávají na své intenzitě, nebo naopak upadají.

Stárnutí a stáří může mít tři podoby:

Zdravé a aktivní stáří. Zdravotní, funkční i psychický a sociální stav je dobrý. Jedinec je spokojený, seberealizuje se.

Obvyklé stárnutí a stáří. Objevuje se nerovnováha a dysbalance mezi horším zdravotním stavem a psychickými potřebami. Jedinec je nespokojený, strádá.

Patologické stáří. Zdravotní stav a adaptace je mnohem horší oproti vrstevníkům. Člověk je nespokojený, frustrovaný. Dochází k maladaptaci, rezignaci, sociální exkluzi. Na patologickém stáří se výrazně podepisují chorobné změny a nemoci (např. Alzheimerova choroba, stavy po prodělaných cévních mozkových příhodách), změny sociálního prostředí (např. ovdovění, snížení sociálních kontaktů).

1.3 PŘÍPRAVA NA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Stárnutí je přirozený, nepřetržitý a nezvratný proces. V tomto procesu dochází ke změnám lidského organismu. Tyto změny jsou závislé na působení mnoha vlivů, a to vlivů vnějších a vnitřních. Dále pak můžeme mluvit i o vlivech pozitivních a negativních. Příprava na stárnutí a stáří je celoživotní proces, jehož úkolem je připravit jedince na kvalitní a aktivní stáří, pokud možno v co nejlepším možném zdravotním stavu a v důstojném sociálním prostředí. V této rovině můžeme mluvit o *přípravě permanentní a dlouhodobé*. Tato příprava probíhá po dobu celého života člověka. Je součástí výchovy k manželství a rodičovství, zdravotní výchovy, občanské výchovy a etické výchovy na školách. Má velký podíl na kvalitním socializačním procesu a promítá se do systému lidských hodnot a postojů ke starým lidem a stáří obecně. *Příprava krátkodobá* začíná přibližně 5 let před dosáhnutím důchodového věku a s ním spojeným odchodem do důchodu. Jde o přípravu zdravotnickou, přípravu psychologickou a přípravu sociální. Krátkodobá příprava je zaměřena na zdravotní a psychologickou problematiku, přípravu na změnu role ve společnosti a na problematiku plynulého přechodu do důchodu.³

³ HEGYI, L. Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí. 1. vydání. Trnava: Slovak Academic Press, 2001. ISBN 80-88908-80-9, s. 80

2. GERONTOLOGIE

Název gerontologie pochází z řeckých slov *gerón* – starý člověk a *logos* – nauka. Gerontologie je interdisciplinární věda o stáří a starém člověku.

Gerontologie se dělí:

Gerontologie experimentální, teoretická.

Zabývá se procesy stárnutí a jejich studiem. Experimentální gerontologie je zaměřena biologicky, studuje stárnutí živých organismů. Součástí je i výzkum psychických změn.

Gerontologie sociální.

Zkoumá sociální dopady stárnutí a stáří. Vztahy mezi geronty a společností, jejich vztahy navzájem, stárnutím společnosti. Zabývá se společenskými a sociálními faktory, které stáří ovlivňují. Základní oblasti, které se v sociální gerontologii vyskytují, jsou ekonomie, sociologie (gerontosociologie, jako aplikovaná sociologická disciplína), medicína, psychologie, právo, etika, filozofie, demografie. Demografie stáří je významnou součástí, která se zabývá reprodukcí lidských populací, podmínkami, které ovlivňují, a pravidelnostmi, kterými se proces demografické reprodukce řídí.⁴

Gerontologie klinická.

Zabývá se zvláštnostmi chorobnosti ve stáří, zdravotním a funkčním stavem starých osob (gerontů). Dále diagnostikou, léčbou, rehabilitací a prevencí ve stáří. Klinická gerontologie bývá též nazvána geriatrie.

⁴ ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. Sociální gerontologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4, s.71

2.1 GERIATRIE

Pojmenování geriatrie vychází z řečtiny a to řeckých slov *gerón* – starý člověk a *iatria* – léčba.

Geriatric je samostatný medicínský obor, zabývající se prevencí a léčbou chorob starých lidí. Zabývá se akutní i chronickou problematikou, obsahuje složku preventivní, ošetrovatelskou, rehabilitační, paliativní. V geriatrici jde o multioborovou týmovou spolupráci. Je to klinický obor vycházející především z interního lékařství. Dalšími medicínskými obory jsou neurologie, psychiatrie (gerontopsychiatrie), chirurgie, onkologie (gerontoonkologie) a další. Součástí geriatrie je dlouhodobá péče (long term care).

2.2 HISTORICKÝ VÝVOJ V PÉČI O STARÉ OSOBY

O kultuře dané společnosti vypovídá úroveň její péče o handicapované, duševně nemocné a staré lidi. V historických dobách se o tyto jedince starala výhradně rodina starého člověka. Pokud péče nebyla dostatečná, dostávali se staří lidé do kritických životních situací a ocitali se na okraji společnosti. Živořili v nedůstojných podmínkách, žebrali a různě bloudili. To vedlo k tomu, že dříve umírali na své choroby a dále pak hladu, zanedbáním. Toto se stalo viditelnou zátěží pro společnost. Na základě výše zmíněných skutečností tak začaly být zakládány formy charitativní péče (řecké charis – láska k bližnímu), které byly sponzorovány církví nebo z financí vyšších vrstev společnosti. Začínají vznikat starobince, chorobince a chudobince. Tyto jsou provozovány v rámci klášterů a později pak i městskými a obecními radami. Na základě vývoje se z chorobinců vyvinuly špitály.

Ve 14. a 15. století vznikají domovy pro staré osoby, například v Nizozemí objekty „hofjes“ (měly vyhrazené místnosti pro účely a potřeby starých lidí). V roce 1504 vychází v Anglii první zákon, který řeší problematiku starých lidí, hlavně jejich ochranu a podporu. Za vlády královny Alžběty je pak vydáno první chudinské právo. Jeho obsahem je povinné vybírání poplatků na podporu starých lidí. V USA se z chorobinců a starobinců stávají takzvané penziony pro dámy a pány, které zajišťovaly péči o staré osoby.

Vývoj péče o staré osoby na našem území je analogický jako vývoj světový. Za vlády Josefa II. vzniká „farní chudinská ústava“, která obsahuje a upravuje mimo

chudinské právo i péči o staré lidi. Později vzniká domovské právo. Chudinské a domovské právo zajišťovalo, že občan se může obrátit o pomoc na domovskou obec, tato je pak povinna se postarat o handicapované osoby, vdovy, sirotky a staré lidi. Celý systém péče se postupně stává institucionalizovaný a péče je systematická.

Systematická péče o staré lidi se začíná intenzivně rozvíjet až ve 20. století a to hlavně po 2. světové válce. Začínají vznikat systémy zdravotnické a sociální. V rámci zdravotnického systému našli pomoc staří nemocní lidé a na základě sociálního systému se objevují domovy důchodců a další sociální zařízení.

Historický vývoj gerontologie a geriatrie na úrovni světové a na úrovni naší

Z prvních literárních děl, která se věnují stáří a jeho problematice, můžeme jmenovat již W. Shakespeara a jeho divadelní hru „Král Lear“, která má jednoznačně gerontologický podtext. Na našem území se v 17. století objevuje nedokončené dílo J. A. Komenského „Škola stáří“. V roce 1797 vyšlo první vydání knihy „Umění, jak prodloužit lidský život“ (později dílo nazváno „Makrobiotika“), které napsal děkan lékařské fakulty v Berlíně Ch. W. Hufeland. Ve třicátých letech 19. století stoupá zájem o problematiku geriatrie. Z literárních děl můžeme jmenovat německého autora C. F. Canstatta: „O nemocech vyššího věku a jejich léčení“. V roce 1881 bylo německým kancléřem O. von Bismarckem poprvé zavedeno penzijní pojištění. Nárok na důchod byl v 70 letech. V té době byl tento věk vzácný, takže vyplácené částky byly minimální.

Pojem **gerontologie** byl poprvé použit v roce 1903 a to nositelem Nobelovy ceny I. I. Mečnikovem. V roce 1907 popsal A. Alzheimer demenci, která je dnes po něm pojmenovaná (Alzheimerova choroba). V roce 1909 se objevuje pojem **geriatrie**, který poprvé použil I. L. Nascher. Je také považován za zakladatele geriatrie a autorem první geriatrické monografie „Geriatrics“ (rok 1914).

Ve 20. století rapidně stoupá zájem o problematiku stárnutí a stáří. V USA vychází dílo G. Halla: „Senescence – druhá polovina života“, která se zabývá základními problémy vyššího věku. G. Hall je v této souvislosti považován za zakladatele sociální gerontologie.

V roce 1929 vzniká v Praze zřízení Masarykových domovů (dnešní Thomayerova nemocnice) a z Ústavu pro nemoce stáří (také v prostorách Masarykových domů) první geriatrická klinika (profesor R. Eiselt). Zopatřovací ústav

v Krči měl kapacitu 2400 lůžek, měl 21 budov, 5 budov bylo starobincem, 5 chudobincem. Zbytek budov sloužil jako ozdravovny, zotavovny a dětský chorobinec. V roce 1939 vzniká v USA první Ústav pro výzkum stárnutí a v roce 1942 byla založena Americká geriatrická společnost (American Geriatric Society).

Na přelomu třicátých a čtyřicátých let vznikla ve velké Británii nemocniční geriatrická oddělení a byla zavedena domácí péče – home care (M. Warrenová). V roce 1950 byla v Liége založena Mezinárodní gerontologická asociace (International Association of Gerontology), která je později rozšířena na Mezinárodní gerontologickou a geriatrickou asociaci (IAGG). Mezi zakládajícími členy byl i český profesor B. Prusík. Padesátá léta. E. Erikson publikoval ontogenetické práce, které zahrnovaly i osobnostní úkol stáří – zachování osobní integrity.

V roce 1958 byla v Československu založena gerontologická sekce, která byla později v roce 1962 povýšena na Českou gerontologickou společnost v rámci České lékařské společnosti J. E. Purkyně – od devadesátých let název Česká gerontologická a geriatrická společnost (ČGGS).

V roce 1968 Robert N. Butler formuloval fenomén ageizmu, diskriminace seniorů, předsudky, stereotypy. V tomto roce poprvé jednalo OSN na Valném shromáždění o problematice stáří a v roce 1979 byla přijata rezoluce o uskutečnění Světového shromáždění o stárnutí.

V roce 1975 byl poprvé publikován MMSE test (Mini – mental State Examination), jako základní test pro diagnostikování demencí (tvůrci M. a S. Folsteinovi).

V roce 1982 se ve Vídni uskutečnilo 1. světové shromáždění OSN ke stárnutí, které přijalo Mezinárodní akční plán ke stárnutí, jenž se stal základem mezinárodní politiky k této problematice.

V roce 1988 byl na Maltě otevřen Mezinárodní gerontologický institut OSN k mezinárodnímu vzdělávání v gerontologii.

V roce 1991 Valné shromáždění OSN vyhlásilo Principy přístupu k seniorům, vycházející z Vídeňského mezinárodního akčního plánu a zdůrazňující 5 priorit: důstojnost, autonomii, seberealizaci, participaci a zabezpečení.

V devadesátých letech byl rozpracován koncept geriatrické křehkosti (frailty). OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) vydala studie o stárnutí a o závažné problematice péče o křehké staré lidi.

V roce 1999 byla přijata Montrealská deklarace práv a povinností starších lidí.

V roce 2001 byla ustanovena European Union Geriatric Medicine Society.

V roce 2005 OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) vydala studii Long – term Care for Older People (Dlouhodobá péče).

V roce 2007 Evropská komise přijala akční plán Ageing Well in the Information Society (Stárnout dobře v informační společnosti), kvalita života podporovaná prostředím.

V roce 2008 přijala vláda ČR Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012.

V roce 2009 byl zveřejněn strategický dokument European Union Geriatric Medicine Society, tzv. Stříbrná kniha o zdravotní problematice stáří. V Praze se uskutečnila Evropská konference věnovaná rozpracování konceptu Long – term care (dlouhodobá péče).

V roce 2010 Evropská komise vyhlásila rok 2012 za Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity. Byla ustanovena Pracovní skupina OSN ke stárnutí (Open Working Group on Ageing) k posílení ochrany lidských práv starších lidí.⁵

⁵ ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDVÁ, L. Sociální gerontologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4, s. 55 - 63

3. CHOROBNOST STÁŘÍ

Nemoci starých lidí. Specifikem geritrie je, že nemocnost starých lidí často probíhá atypicky a s přibývajícím věkem narůstá závažnost onemocnění. Choroby se vzájemně kombinují a ovlivňují, diagnostika a léčba je dynamická, často se mění. Terapie chorob ve stáří vyžaduje specifický ošetrovatelský režim (důraz na prevenci, dekonkreci, imobilitu, poruchy výživy, dehydrataci) a v neposlední řadě vyžaduje aktivní ochranu důstojnosti, životní smysluplnosti, osobní svobody.

Nemoci stáří můžeme rozdělit na fyzické poruchy (onemocnění) a duševní poruchy.

3.1 SOMATICKÉ PORUCHY, ONEMOCNĚNÍ

Srdeční a cévní onemocnění

Ateroskleróza (kornatění tepen způsobené ukládáním tuku) s orgánovými projevy, ischemická (ischemie – nedokrevnost, nedostatečná prokrvenost tkáně, orgánu) choroba srdeční, ischemická choroba dolních končetin. Vysoký krevní tlak (arteriální hypertenze), infarkt myokardu, angina pectoris, cévní mozková příhoda, postižení žil a tepen dolních končetin. Diabetes mellitus (úplavice cukrová, cukrovka) – porucha metabolismu sacharidů. Riziko těchto onemocnění a následného úmrtí stoupá s věkem. Tato srdeční a cévní onemocnění jsou nejčastější příčinou úmrtí v pokročilém věku.

Onemocnění dýchacího systému

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je způsobena zúžením dýchacích cest, hlavními příznaky jsou kašel, dušnost a zahleněnost.

Záněty dýchacích cest, pneumonie (pneumonie je u starých lidí velmi často terminální, způsobující smrt).

Virózy. Staří lidé jsou mnohem náchylnější k virózám a jejich léčba může být dosti komplikovaná vzhledem k věku nemocného, proto i chřipka může být fatálním onemocněním.

Gastrointestinální onemocnění (nemoci zažívacího traktu).

Žaludeční vředy a následné krvácení do trávicího traktu. Poruchy trávení, poruchy polykání.

Pohybová onemocnění

Postižení kloubů a kostí. Osteoporóza (kostní choroba projevující se řidnutím kostní tkáně), která velmi zvyšuje riziko zlomenin u gerontů.

Artróza (nejčastější onemocnění kloubů).

Zlomeniny (fraktury) – nejčastější je zlomenina horní části stehenní kosti. Zlomeniny souvisí s častějšími pády starých lidí, křehkostí jejich kostí (osteoporózou).

Degenerativní změny páteře.

Urogenitální onemocnění

Záněty močových cest a ledvin.

Inkontinence moči (neovladatelný únik moče).

U mužů zbytnění prostaty, u žen gynekologické komplikace (dosti často onkologické choroby).

Onemocnění zraku, sluchu.

Makulární degenerace sítnice (ubývání oční sítnice vedoucí k poruchám zraku až k možné slepotě).

Katarakta – šedý zákal, též stařecký šedý zákal (zakalená oční čočka, která způsobuje poruchy vidění až slepotu).

Galukom – zelený zákal (toto onemocnění způsobuje vyšší nitrooční tlak, který poškozuje zrakový nerv).

Onkologická onemocnění.

Nejčastěji nádorová onemocnění střev, žaludku, plic. U mužů se objevuje nádorové onemocnění prostaty, u žen onkogynekologická onemocnění.

3.2 DUŠEVNÍ PORUCHY VE STÁŘÍ

Gerontopsychiatrie je medicínským oborem, zabývajícím se duševními poruchami ve stáří. Involučními pochody vznikají některé poruchy, které jsou sice z obecného hlediska patické, ale pro stáří běžné a normální.

Fyziologické stáří má své charakteristické rysy. K těm pozitivním patří množství celoživotně nasbíraných zkušeností a informací, možnost nadhledu a rozvážného úsudku., můžeme mluvit i o určité emoční vyrovnanosti, moudrosti, soudnosti, vytrvalosti.

K negativním rysům patří somatické (tělesné) obtíže, polymorbidita (kombinace několika chorob současně), snižuje se mobilita (hybnost), zhoršuje se zrak a sluch, objevují se hypochondrické stesky, přicházejí obavy existenčního rázu, které jsou doprovázeny depresí a úzkostí, běžné jsou poruchy spánku, zvyšuje se emoční labilita, ochuzuje se tvůrčí fantazie, nápaditost, iniciativnost. Starý člověk tedy selhává tam, kde je třeba se rychle naučit nová fakta, rychle reagovat, vymyslet nová řešení a účinně je provést.⁶

Symptomatické a organicky podmíněné psychotické poruchy

3.2.1 Delirium

Deliriózní syndrom- stav zmatenosti. Jeho hlavním příznakem je kvalitativní porucha vědomí (vědomí obluzené). Místní a časová dezorientace, psychomotorický neklid, úzkost, poruchy vnímání (iluze, halucinace), narušená paměť. Neklid bývá zpravidla dosti silný, takže je často nutné dočasné fyzické omezení pro jedince. Typické je kolísání, kdy dojde k vystupňování chorobných příznaků večer a v noci, k ránu potom dochází ke zklidnění, v odpoledních hodinách bývá kontakt hodnotnější. K nejčastějším příčinám deliria patří ischemické (nedostatečná prokrvenost, tkáně, orgánu) změny v centrálním nervovém systému, demence, kardiální dekompenzace, dehydratace, předávkování některými léky, metabolický rozvrat, úrazy.

⁶ VENCOVSKÝ, E., DOBIÁŠ, J. Psychiatrie. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1976. ISBN 08-024-76, s. 383

Při léčbě deliria se v první řadě zaměřujeme na příčinu onemocnění, tedy na hydrataci, kardiální dekompenzaci, metabolické poruchy a další výše zmíněné. V druhé řadě pak podáváme léky na uklidnění – psychofarmaka, antipsychotika.⁷

3.2.2 Deprese

Deprese neboli také chorobná nálada. Jedná se o snížení emoční reaktivity. Deprese je závažné psychické onemocnění, které není vůlí ovlivnitelné. Charakteristické pro toto onemocnění je opakování epizod chorobného smutku, pocit ztráty perspektiv, ztráty energie, plačtivosti, ztráta sebedůvěry, schopnosti prožívat pozitivní emoce, smát se a radovat, celkové radosti ze života. Objevuje se celkové zpomalení, nevykonnost, hluboký pesimismus, obavy, úzkosti, poruchy spánku, soustředění, nemocný přestává mít zájem o své přátele, rodinu, koníčky a celkově zájem sám o sebe. Při hluboké depresi se objevují myšlenky na sebevraždu. Od běžného smutku a stesku se deprese liší v tom, že je mnohem intenzivnější a klinický obraz deprese ovlivňuje celkově výkonnost nemocného jedince.

Deprese je léčitelné onemocnění. Platí, že čím dříve léčba začne, tím dříve deprese odezní.

Klinický obraz deprese

Deprese není pouze špatná a smutná nálada, která vznikla například z důvodu starostí či osobních nezdarů, je to velmi závažná nemoc. Pro toto onemocnění jsou typické čtyři skupiny příznaků:

1, Porucha nálady. Depresivní nálada velmi ovlivňuje běžný život jedince. Pro nemocného je to něco nového, nová emoční kvalita, která přetrvává po většinu času, nejméně 2 týdny. K chorobné náladě se začínají přidružovat ztráta zájmů, aktivit, energie, pokles výkonnosti, únava, zvýšená spavost. Nemocný ztrácí sebedůvěru a víru v sebe sama.

2, Somatické (tělesné) projevy. Jedná se o změny chuti k jídlu, kdy se nemocný buď přejídá, nebo naopak nejí a má sníženou chuť k jídlu, objevuje se svírání na hrudníku, bolesti hlavy, zácpa či průjem. Nemocný se zvýšeně potí, má sucho v ústech. Trpí nespavostí, buď nemůže usnout anebo usne, ale v nočních či brzkých ranních

⁷ RABOCH, J. a kol. Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře. 1. vydání. Praha: Raabe, 2011. ISBN 978-80-87553-27-5, s. 121

hodinách se probouzí a nemůže znovu usnout. Nebo naopak trpí zvýšenou spavostí, kdy dost často spí přes den.

3, Narušená schopnost správně myslet, pamatovat si, soustředit se. Porucha soustředění, rozhodování, vyjadřování se, zpomalené myšlení, řeč. Nemocný selhává po stránce myšlenkové, není schopen se správně orientovat, plnit běžné úkony, které dříve řešil bez problémů.

4, Změněná tělesná a duševní aktivita. Poruchy komunikace, agitovanost, neklid, úzkost, objevují se výčitky, pochyby o vlastní osobě, beznaděj, pesimismus.

Formy deprese

a, lehká - přítomny alespoň 2 –3 hlavní příznaky, nemocný je schopen účastnit se denních aktivit.

b, středně těžká – přítomny 4 a více hlavních příznaků, nemocný má větší potíže s obvyklou denní činností.

c, těžká – přítomna je většina hlavních příznaků, sebevražedné myšlenky, nemocný není schopen obvyklých denních aktivit.

Z dalších forem můžeme jmenovat formu deprese **útlumovou** (psychický a fyzický útlum, opožděné reakce, zpomalené myšlení a řeč), **agitovanou** (neklid, vzrušenost, podráždění, pláč, vnitřní napětí, vnějšně projevované zoufalství), **atypickou** (objevují se opačné příznaky oproti klasickým příznakům deprese), **larvovanou** (převládají spíše tělesné projevy onemocnění, až při cílených dotazech lze s přesností diagnostikovat chorobu).

Průběh a příčiny deprese u seniorů

Deprese probíhá obvykle ve fázích, periodicky se vyskytující deprese: depresivní fáze se opakují v určitých intervalech. Po prodělané první depresivní fázi až u jedné poloviny nemocných dochází do jednoho roku po vysazení léčby k rozvoji druhé fáze.

Neléčená depresivní fáze trvá 6- 9 měsíců, ale může také trvat více než jeden rok. U seniorů trvá neléčená fáze většinou hodně dlouho. I léčbě tu vzdoruje deprese déle, než je tomu u nemocného středního a mladšího věku.

Deprese se může objevit i v rámci tzv. bipolární poruchy, kdy se kromě depresivních fází vyskytnou i fáze manické (při fázi manické je nálada chorobně veselá,

nemocný je nepřiměřeně podnikavý, společensky obtížný, jde o opačný pól než je deprese).⁸

Příčiny deprese nelze jednoznačně objasnit. Deprese je biologicky podmíněná nemoc, způsobená nerovnováhou chemických látek v mozku, tzv. mediátorů. Ve vyšším věku je poměr těchto látek (mozkových mediátorů) změněn přirozeně v souvislosti s organickými změnami. Rizikové faktory pro vznik deprese u seniorů jsou kardiovaskulární choroby (zásadní je infarkt myokardu), cévní mozkové příhody, Parkinsonova choroba a prakticky veškerá chronická onemocnění, které provází bolest a snížená pohybová aktivita. Deprese sama zpětně ovlivňuje výše uvedené onemocnění a tímto můžeme mluvit o jakémisi „bludném kruhu“.

Deprese u seniorů má svá specifika. Deprese ve vyšším věku se rozvíjí na podkladě již probíhajících tělesných a duševních změn (poruchy spánku, změny chuti k jídlu, fyzické omezení, ztráta výkonnosti), je proto velmi důležité a zásadní všimnout si dalších varovných chorobných příznaků. Velmi často nemocný, ale i jeho příbuzní a rodina, považují příznaky deprese za běžné známky stáří, což značně komplikuje chorobu a její léčbu a hlavně kvalitu života seniora.

Léčba deprese

Léčba deprese je farmakologická a psychotherapeutická.

Psychotherapeutická léčba. Používá psychologických prostředků. Uplatňují se zejména psychotherapeutické postupy: *podpůrná psychotherapie, kognitivně – behaviorální terapie* (celkové zklidnění, přijetí nemoci, odstranění depresivního způsobu myšlení, úprava vzorců maladaptivního chování, trénink komunikace, relaxace), *individuální terapie, skupinová terapie* (součástí je rodinná terapie).

Farmakologická léčba. Těžištěm terapie je léková skupina psychofarmak. Antidepressiva (léčiva příznivě ovlivňující depresivní stavy. Vedou k odstranění špatné nálady, snižují pocit beznaděje a smutku, apatie, strachu), stabilizátory nálady, hypnotika (léčiva navozující spánek a uklidnění), anxiolytika (léčiva zmírňující úzkost, mají psychorelaxační účinky).

⁸ PIDRMAN, V. Poruchy nálady u seniorů. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-209-4, s. 6

Méně častěji se objevuje **biologická léčba**. Jde o elektrokonvulzivní terapii, kdy principem metody je průchod elektrického proudu mozkem, který vyvolá krátký epileptický záchvat provázený svalovými křečemi. Aplikace elektrického výboje se uskuteční pomocí elektrod přiložených do oblasti spánků nebo do oblasti spánku nad nedominantní hemisférou mozku a vrcholku lebky. Pacient je v průběhu aplikace v krátké anestézii a ve svalové relaxaci vedené anesteziologem.⁹

3.2.3 Organicky podmíněná porucha osobnosti

Porucha osobnosti na podkladě patologického procesu. Jde o sekundární poruchu, to znamená, že vzniká na základě jiného, primárního onemocnění. Příkladem je demence, úrazy hlavy, ischemické poruchy, prodělané cévní mozkové příhody.

3.2.4 Demence

Demence, jejíž klinický syndrom je charakterizovaný poklesem až ztrátou globálních intelektových schopností v důsledku organického poškození mozku, která je obvykle ireverzibilní a trvale progredující a nepříznivě ovlivňuje pracovní a sociální funkce jedince.¹⁰

Název demence vznikl spojením slov de (bez) a mens (mysl, vědomí, rozum). Jde o degenerativní onemocnění nervového systému (stárnutí, předčasné stárnutí nervového systému, zánik neuronů).

Vzhledem k multifaktoriální etiologii, zahrnující různé nozologické jednotky, se často používá termín demenční syndrom (změny kognitivních schopností - včetně paměti a snížená funkční nebo sociální autonomie). Demence postihuje paměť (prioritně krátkodobou paměť) a dále vyšší mozkové funkce (řeč, myšlení, schopnost úsudku, abstrakce, chápání, orientace, schopnost učit se). Onemocnění narušuje běžný život postiženého jedince. Většina demencí začíná pozvolně a pak nenápadně progreduje a postupuje. Prvotní potíže se projevují jako zapomnětlivost, zhoršení krátkodobé paměti, obtíže s učením, poruchy myšlení, objevují se poruchy řeči (afázie), úbytek motivace, porucha schopnosti provádět složitější naučené pohyby (apraxie),

⁹ DOUBEK, P., HERMAN, E., PRAŠKO, J., HOVORKA, J. Deprese a její léčba. 2. vydání. Praha: Maxdof, 2009. ISBN 978-80-7345-186-8, s. 23

¹⁰ TOPINKOVÁ, E. Jak správně a včas diagnostikovat demenci. První vydání. Praha: UCB Pharma, 1999. ISBN 80-238-4913-1, s. 9

zhoršení úsudku a řešení problémů, emotivita je labilní, může být oploštělá, začínají se projevovat poruchy sociálního chování.

Historie

Syndrom, pro který bylo typické zapomínání s poměrně zachovalou pamětí na události minulé, byl v roce 1835 Jamesem C. Prichardem nazván inkohorencí, neboli senilní demencí. Příčina tohoto onemocnění byla spatřována v ateroskleróze (poškození cév, kornatění tepen) mozkových cév a v nedostatečném zásobení centrálního nervového systému krví.

V roce 1907 A. Alzheimer popsal neuropatologické změny v mozkové kůře u mladšího pacienta se stejnou symptomatologií. Po něm je pak toto onemocnění pojmenováno (Morbus Alzheimer – Alzheimerova choroba). Do 50. let bylo toto onemocnění považováno za vzácné a postihující spíše a převážně jedince mladšího věku. Na základě patologickoanatomických výzkumů bylo dokázáno, že tyto změny jsou dosti časté a to u jedinců jak v mladším věku, tak i u starých pacientů.

V posledních 3 desetiletích došlo k dalším objevům a výsledkům odborných studií, které ovlivnily klasifikaci demencí. V roce 1970 Angličan Tomlinson popsal typ demence, pro který jsou typické ischemické infarktové změny mozkové tkáně, tuto skupinu demencí nazval aterosklerotickou. V roce 1974 pak Hachinski použil termín multiinfarktová demence pro jednu z forem vaskulárních demencí.¹¹

Příznaky demence

Poruchy kognitivních schopností:

porucha paměti, porucha myšlení a úsudku, porucha orientace, apraxie (porucha schopnosti provádět složitější naučené pohyby), porucha řeči, porucha učení, poruchy poznávání.

Poruchy psychické, poruchy chování:

demence se neprojevují pouze poruchami kognitivních funkcí, ale i řadou jiných psychických symptomů, které se výrazně projevují v chování starého člověka. Nejčastější psychické poruchy při demenci jsou: agitovanost (podrážděnost), deprese,

¹¹ REBAN, J. Demence v ordinaci praktického lékaře. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-28-7, s. 9

utíkání a bloudění, anxiosita (úzkostlivost), poruchy chování a psychologické symptomy při demenci (bludy, halucinace, mánie, osobnostní změny), násilí, sexuální poruchy, poruchy přijímání potravy, neklid, hluchost a výkřiky, inkontinence, nutkavost a rituály. Tyto poruchy znemožňují dementním jedincům přiměřeně se chovat ve svém prostředí, chovat se ke svému okolí a přijímat pomoc druhých. Velmi proto znesnadňují život dementního nemocného ve společnosti celkově.

Poruchy uvědomování si vlastní neschopnosti:

plná závislost na pomoci druhých, potíže s domácími pracemi, komplexními činnostmi, neschopnost komunikace, problémy v sebe obsluze, ztráta kontinence, plná závislost na druhých.

Není-li demence včasně rozpoznána, znamená to oddálení léčby a další rizika pro postiženého jedince. Nejčastější příčiny nerozpoznání demence jsou poruchy nesprávně přičítány stárnutí, nerozpoznání časných známek demence, nedostatek znalostí o dementním syndromu a demenci, ageismus (věková diskriminace) – vyšetření či léčbě starých osob, nesvěření se lékaři o poruchách paměti, kognitivních poruchách – jde jak o rodinné příslušníky, tak o samotného postiženého jedince, některé příznaky se maskují za zachovalou schopnost sociálně přijatelného chování a jednání ve společnosti, nesprávná diagnostika a podcenění testů mentálních funkcí.

Základem diagnostiky demencí je celková anamnéza zjištěná jak od samotného jedince, tak od blízkých osob. Navazuje klinické vyšetření - neurologické, neuropsychologické, neuropsychiatrické vyšetření, zobrazovací vyšetření mozku. Pro odhalení poruchy kognitivních funkcí a pro hodnocení stupně a závažnosti demence existují standardizované hodnotící testy.

Testy pro hodnocení pacienta s demencí

◆ Diferenciální diagnóza

- **Škála deprese pro geriatrické pacienty (geriatric depression scale)** – dotazník pro rozpoznání příznaků deprese a její intenzity. Slouží k potvrzení depresivního syndromu a deprese anebo naopak k jejímu vyloučení.

- **Ischemické skóre podle Hachinského** – test pro zjištění zda se jedná o vaskulární demenci nebo o demenci Alzheimerova typu.

◆ Funkční postižení

- **Test FAQ** – hodnotí schopnost vykonávat složitější činnosti.

- **Test ADL** – hodnotí činnosti nutné pro základní sebe obsluhu a soběstačnost, pozdější fáze demence.

- **Test NOSGER** – hodnotí funkční deficit, doprovodné symptomy, již při závažnějším postižení.

◆ Kognitivní funkce

- **Test kreslení hodin** – test pro rychlou diagnostiku postižení komplexních kognitivních funkcí i průběžné hodnocení progresu.

- **Test ADAS-Cog** – test slouží k včasnému rozpoznání demence, využíván při odborných studiích.

- **Test mini-mental state examination MMSE** – test psychických funkcí. Jde o nejpoužívanější test pro hodnocení kognitivních funkcí. MMSE obsahuje vyšetření v oblastech orientace, paměti a výbavnosti, pozornosti, oblasti řeči, oblasti gnostické (rozpoznání) a praktické (zacházení s předměty) funkce včetně zrakově - prostorové schopnosti (kreslení), čtení, psaní a počítání. MMSE test je doporučen pro zjištění kognitivních funkcí u jedinců s podezřením na demenci i pro hodnocení závažnosti poruchy u jedinců s již diagnostikovanou demencí. Test MMSE se skládá ze 30 otázek, správné provedení se hodnotí jedním bodem. Pro vyšetření zajistíme dobré podmínky (světlo, klid apod.), vyšetřovanou osobu se snažíme získat ke spolupráci a motivovat ji k dobrému výkonu.

Hodnocení výsledků mini-mental state examination:

25-30 bodů bez poruchy kognitivních funkcí

18-24 bodů lehká demence

6-17 bodů středně těžká demence

< 6 bodů těžká demence

MMSE je velmi vhodný test pro hodnocení většiny demencí.¹²

¹² TOPINKOVÁ, E. Jak správně a včas diagnostikovat demenci. První vydání. Praha: UCB Pharma, 1999. ISBN 80-238-4913-1, s. 56-58.

Preventivní strategie u demencí

Primární prevence: ovlivnění rizikových faktorů (nižší vzdělání, psychická aktivita, kuřáctví, stres, konzumace alkoholu a anticholingerik), protektivní strategie (estrogeny, NSAID).

Sekundární prevence: včasná diagnóza, zábrana rozvoje demence.

Terciální prevence: zpomalení progresu, zmírnění symptomů kognitivního defektu, ovlivnění funkčních ztrát a zlepšení kvality života, ovlivnění poruch chování, které jsou většinou důvodem ústavní péče.

Jednotlivé typy demencí

PRIMÁRNÍ – postižení intelektových funkcí je způsobeno organickým onemocněním mozku a to **degenerativní (neurodegenerace – proces, při kterém dochází ke stárnutí nervového systému, zániku neuronů):**

- *Alzheimerova demence*, demence z postižení frontálního laloku (*Pickova choroba*), demence z postižení *Lewyho tělísek* (histopatologický nález intraneurálních inkluzí v různých oblastech mozku), *subkortikální demence* při *Parkinsonově* nebo *Huntingtonově chorobě* (převážně postižení v bílé hmotě mozkové).

Vaskulární, multiinfarktové (cévní):

- mozkové krvácení, mikroangiopatie, těžká hypoperfuze (nízké prokrvení)

Smíšené:

- degenerativní a vaskulární

SEKUNDÁRNÍ – demenční syndrom doprovází jiná onemocnění, vzniká na podkladě jiné choroby: demence v souvislosti s infekčními chorobami (syfilis, AIDS, chronická meningitida), metabolicko – toxické demence (alkoholická, farmakologická, demence na podkladě organického postižení centrálního nervového systému CNS (kranio cerebrální úrazy, záněty), mozkové nádory.

Dále můžeme rozdělit demence na **presenilní** (v mladším věku) a **senilní** (ve stáří).

Alzheimerova choroba (demence Alzheimerova typu)

Jedná se o nejčastější demenci. Alzheimerova choroba je postupný a progredující neurodegenerativní proces. Postihuje dosti velké procento populace a to hlavně ve věku nad 65 let. Vzácněji a v mnohem menším procentu se objevuje po 45 roce věku. Alzheimerova choroba představuje jeden z hlavních zdravotnických a socioekonomických problémů dneška. Představuje mimořádnou zátěž pro zdravotnický a sociální systém a i pro společnost celkově. Postup nemoci a její progresse v oblasti jak psychické tak fyzické, přináší veliké utrpení a emoční stres jak postiženým osobám, tak i rodinným příslušníkům a svému blízkému okolí. Etiologie (příčiny) choroby není jasně vymezená a známá. Rizikovým faktorem je starší věk a potvrdila se dědičná zátěž.

Klinický obraz Alzheimerovy choroby

Príznaky onemocnění můžeme rozdělit do tří fází:

První stadium – mírná forma nemoci, časně známky.

Druhé stadium – středně těžká forma, rozvinutá nemoc.

Třetí stadium – těžká forma, pozdní fáze.

Hlavní příznakem jsou postupně se rozvíjející a zhoršující se poruchy paměti (jedná se hlavně o paměť krátkodobou), dále pak poruchy řeči, porozumění, poruchy prostorové orientace. Objevují se změny nálad, drobné poruchy chování, deprese, apatie střídaná s podrážděností. Zpočátku mohou být potíže kolísavé („dobré a špatné dny“), později nemocné osoby přestávají poznávat okolí, rodinu, přátele, ztrácejí se i ve známém prostředí, nastupuje apraxie (porucha schopnosti provádět složitější naučené pohyby). Dosti často nemocní ztrácejí náhled na svoji chorobu, konfabulují (vymýšlí si). Objevují se změny osobnosti, převládá apatie, pasivita, ztráta zájmu o oblíbené činnosti. Dochází k narušení sociálního chování a citových vazeb. Vyskytují se poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, mohou se vyskytovat psychotické projevy v podobě bludů či halucinací. U některých nemocných jedinců zůstává zachována hybnost, někteří mají poruchy hybnosti a v pozdější fázi onemocnění mohou být i upoutáni na lůžko. Dochází k inkontinenci moči a stolice. Průměrná doba přežití je kolem 10 let.¹³

¹³ NOVOTNÁ, M., HERLE, P. Neurologie pro všeobecné praktické lékaře. 1. vydání. Praha: Raabe, 2012. ISBN 978-80-87553-31-2, s. 105.

Léčba demencí

Onemocnění demencí je nevléčitelné. Terapie Alzheimerovy choroby a demencí by měla být komplexní. Jde o léčbu farmakologickou (lékovou) a nefarmakologickou. Farmakologická léčba zahrnuje léčbu kognitivních deficitů, léčbu neuropsychiatrických symptomů. Nefarmakologická léčba zahrnuje kognitivní trénink, psychoterapii a citlivou podporu nemocného jedince v jeho stále obtížnějším životě.

Farmakologická (léková) – farmakologická léčba je zaměřena především na zpomalení progresu kognitivních poruch (z farmak můžeme jmenovat preparáty Aricept, Exelon, Ebixa, Tanakan, Tebokan, Gingio). Kognitiva (skupina léků, které zlepšují paměť, vnímání učení). Dále preparáty potlačující zánětlivé změny (nesteroidní antiflogistika např. Ibuprofen, Aulin, Nimesil) a terapie nekognitivních psychopatologických příznaků (neklid, zmatenost, nespavost, deprese, úzkost). Zde se používají léčiva ze skupin psychofarmak (antidepresiva – léky proti depresi, anxiolytika – léčiva zmírňující úzkost a strach, hypnotika – léčiva navozující spánek a uklidnění, sedativa – léčiva snižující zvýšenou dráždivost, celkové zklidnění). U vaskulárních demencí se podávají vazodilatancia (léčiva rozšiřující cévy, např. Agapurin, Cavinton), antiagregancia, antikoagulancia (léčiva, která zabraňují tvorbě krevních sraženin).

Nefarmakologická – důležitá je edukace jedince – co nejvíce hovořit, motivovat k činnostem, trénovat paměť, podat maximální odborné informace příbuzným a rodině o nemoci samotné a možnostech, kterými mohou oni přispět při léčbě svého příbuzného, který trpí demencí.

Psychoterapie.

4. DLOUHODOBÁ PÉČE (LONG – TERM CARE)

Dlouhodobá péče je ucelený, zdravotně sociální systém integrovaných podpůrných služeb pro lidi s poruchou soběstačnosti, orientovaný na využití reziduálního potenciálu a podporu vyšších úrovní sociálního fungování a kvality života. Jde o prolnutí základní ošetrovatelské péče a pečovatelské služby v ambulantní i ústavní podobě. Úsporná a účelná zabezpečení klientů, vyžadujících dlouhodobou péči vzhledem ke svému nezlepšitelnému stavu.

4.1 PRVKY DLOUHODOBÉ PÉČE

- **Všeobecný praktický lékař** – primární zdravotní péče.

- **Služby zabezpečující nesoběstačnost člověka v domácím prostředí** – zajišťují základní zdravotní monitorování klienta, ošetrovatelskou péči, snižují riziko institucionalizace (ústavní pobyt)
 - domácí péče – home care
 - pečovatelská služba
 - osobní asistence
 - tísňová péče

- **Služby usilující o zlepšení adaptace na zdravotní postižení, o zlepšení funkčního stavu a soběstačnosti**
 - fyzioterapie
 - ergoterapie (léčba prací) včetně poradenství o kompenzačních pomůckách, úpravách domácího prostředí
 - protetika
 - půjčování zdravotních pomůcek (např. polohovací lůžka, pojízdné WC)
 - psychoterapie
 - logopedie
 - kognitivní rehabilitace

▪ **Služby řešící sociální důsledky zdravotního postižení, sociální potřeby a také animaci života se závažným postižením**

- sociální práce

▪ **Složky a postupy zajišťující identifikaci ohrožených a potřebných lidí, jejich průběžné sledování, koordinování, provazování služeb, vedení jejich místního registru, poskytování informací pacientům a jejich rodinám**

- depistáž a dispenzarizace
- poradenství o dlouhodobé péči (LTC)
- komunitní centra dlouhodobé péče (vzájemná interakce osob, vycházející ze společných potřeb nebo zájmů), komunitní geriatrická centra
- komunitní sestra, multioborové týmy

▪ **Specializované zdravotnické služby, které dostupností na komunitní úrovni dále snižují potřebu ústavní péče**

- psychiatrická péče
- paliativní péče – mobilní hospic, specializovaná paliativní domácí péče
- geriatrické ambulance
- nutriční poradenství

▪ **Služby respitní, podporující pečující rodiny**

- denní centra
- respitní pobyty
- edukace, supervize, podpora zdraví a psychické adaptace pečujících rodin

▪ **Služby usnadňující život se zdravotním postižením v přirozeném prostředí**

- bezbariérové prostředí veřejných prostor a dopravy
- chráněné bydlení
- informační a komunikační technologie, tísňová péče
- centra zaměřená na podporu lidí s určitým zdravotním postižením (např. vada sluchu, zraku) – pomůcky, poradenství, aktivity
-

▪ **Služby obohacující život lidí se zdravotním postižením, především v domácím prostředí**

- dobrovolnictví
- společenství, komunikace
- volnočasové aktivity
- léčebná tělesná výchova a rekondiční programy

▪ **Služby zlepšující bezpečnost a účelnost nemocničních pobytů lidí se zdravotním postižením, zvláště křehkých geriatrických pacientů, včetně snížení potřeby následné lůžkové péče v léčebnách dlouhodobě nemocných**

- geriatrická nemocniční oddělení
- nemocniční oddělení časně rehabilitace

▪ **Ústavní péče pro dlouhodobé pobyty či krátkodobé specifické intervence**

- léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), oddělení následné péče
- ústavy dlouhodobé péče
- ústavy sociální péče (ÚSP) – domovy pro seniory
- hospice¹⁴

¹⁴ ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDVÁ, L. Sociální gerontologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4, s. 184 - 186

5. PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života lidí a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zajištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží (WHO, 2002). Paliativní péče poskytuje systém pomoci umírajícím lidem, ale i jeho rodině a blízkým. V paliativní péči je umírání a smrt bráno jako přirozená součást života. Smrt je nedílnou součástí lidského života, lidský život je konečný. Paliativní péči poskytuje multidisciplinární tým, který je tvořen specializovanými odborníky, členy rodiny a blízkými a v neposlední řadě dobrovolníky.

Paliativní medicína je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Celá historie medicíny se zabývá tlumením symptomů nemocí a pomoci při umírání a smrti. Moderní paliativní péče výrazně přispívá k dobré kvalitě života nemocných při využití interdisciplinární týmové práce. Paliativní péče o zvyšující se počet křehkých starých pacientů patří mezi největší problémy, kterým čelí zdravotní a sociální systémy. Hlavním cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. Hlavní okruhy paliativní péče:

- **Mírnění symptomů**
- **Psychologická, duchovní a citová podpora**
- **Podpora rodiny**

Paliativní péče poskytuje pomoc od bolestí a dalších symptomů závažných chorob. Snaží se o to, aby umírání a smrt byla přirozenou součástí života a byla tak brána jak samotným nemocným člověkem, tak i jeho rodinou a blízkými. Paliativní péče smrt neoddaluje ani neurychluje. Velký důraz je kladen na kvalitu života, co největší podpora nemocného v jeho aktivitách a možnostech, a snaží se vytvořit podmínky, které pomáhají nemocnému žít co nejefektivněji až do konce jeho života. Pomáhá rodině nemocného vyrovnat se s nemocí a smrtí.

Moderní paliativní péče se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života, dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění. Je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, a zahrnuje

proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty. Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení. Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých. Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka. Vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající, a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.

Ocitáme se ve víru protichůdných emocí, které se objevují, jsme-li konfrontováni s lidskou konečností a smrtelností: Cítím se tak slabý - dalo by se nějak pomoci? Proč mě to postihlo, já nechci – jaké to je, umírat? Existuje něco po smrti? Proč se lidé kolem mne takhle chovají? Cítím se ztracený a bezmocný. Co mám dělat? Co mám říkat? Je možné najít v této zničující události něco pozitivního? Může se zbývající čas využít ke sdílení vzácných okamžiků života místo pouhého vyrovnávání se ztrátami, jež smrt s sebou přináší? Je možno místo dlouhého nepřetržitého umírání pomoci tomu člověku, aby žil až do posledního okamžiku? Může to být dokonce pro všechny zúčastněné doba osobního růstu? Ano.¹⁵

5.1 KONCEPCE PALIATIVNÍ PÉČE V ČR

Koncepce paliativní péče v ČR by měla přispět k tomu, aby rozvoj kvalitní paliativní péče byl pokud možno co nejvíce urychlen a zároveň se vyhnul nebezpečím, jako je plošné zavedení paliativní péče s formálními změnami bez zásadní proměny kvality poskytované péče. Koncepce paliativní péče se snaží o zařazení priority dalšího rozvoje českého zdravotnictví a usiluje o efektivní systém organizování a poskytování paliativní péče v rámci dostupných zdrojů.

V letech 2003 – 2004 byl v ČR zrealizován výzkum péče o umírající. Výzkum byl proveden občanským sdružením Cesta domů (Umírání a paliativní péče v ČR, 2004). Z výsledků výzkumu vyplývá, že velmi málo nemocných lidí se dostane do specializované paliativní péče. Dále, že většina nemocných umírá v institucionalizovaných zařízeních, v léčebnách dlouhodobě nemocných, domovech

¹⁵ CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. Poslední dary. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-819-3, s. 12

pro seniory) a jen velmi malý počet nemocných má příležitost zemřít v prostředí domova.¹⁶

Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vypracovala Strategii rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015. Byla vypracována v souladu s mezinárodními dokumenty (Charta práv umírajících, Doporučení Výboru ministrů členským státům o organizaci paliativní péče, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči, Úmluva o lidských právech a biomedicíně a Evropská sociální charta) zabývajícími se paliativní a hospicovou péčí a obsahujícími výčet doporučení, které mají jednotlivé státy za účelem podpory a rozvoje paliativní péče na svých územích naplňovat.

V současné době spadá většina úmrtí do „geriatrického věku“. Senioři tedy tvoří a budou tvořit největší část klientů paliativní péče. **Paliativní péče o seniory tedy vyžaduje:**

- 1, Multidisciplinární a individuální přístup v léčbě chronických onemocnění.*
- 2, Hodnocení potenciálu křehkých nemocných – jak s formami geriatrické křehkosti, tak v pokročilých fázích nevyléčitelných onemocnění.*
- 3, Kontinuitu mezi akutní, následnou, sociální a primární péčí – zvláště významná v geriatrické a terminální paliativní péči.*

¹⁶ PLEVOVÁ, I. a kol. Ošetřovatelství II. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0, s. 108

5.2 PALIATIVNÍ PÉČE OBECNÁ A SPECIALIZOVANÁ

Obecná paliativní péče

Dobrá klinická praxe v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jed o kvalitní lékařskou a ošetrovatelskou péči, léčbu, mírnění bolesti, symptomů, sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života. Respekt k pacientově autonomii, efektivní komunikace s pacientem a jeho rodinou, organizační zajištění. Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

Specializovaná paliativní péče

Aktivní odborná interdisciplinární péče poskytovaná odborníky, kteří jsou v paliativní péči odborně vzděláni. Tým odborníků tvoří lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník a dle potřeby další odborníci.

Základní formy specializované paliativní péče:

- zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“) hospic.
- hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči.
- specializovaná paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben).
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny).
- specializovaná ambulance paliativní péče.
- denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“).
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.).

Kvalitní paliativní péče v České republice existuje, je však dostupná pouze omezenému počtu občanů. Jejími příjemci jsou především onkologicky nemocní.

S narůstáním geriatrické populace roste i potřeba geriatrické paliativní péče a paliativní péče u onemocnění neonkologického charakteru typu demence, srdečního selhání, chronické obstrukční plicní nemoci a další.

5.3 ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ PALIATIVNÍ PÉČI O SENIORY

Tato zařízení můžeme rozdělit na úroveň resortu zdravotního a sociálního.

Primární zdravotní péče

Soubor činností poskytovaných hlavně zdravotnickými pracovníky (lékaři, zdravotní sestry, zdravotničtí specialisté). Jde o podporu a ochranu zdraví, prevence onemocnění, diagnostika, léčba, ošetřování a rehabilitace. Toto je poskytováno co nejbližše bydliště osob anebo přímo v jejich domovech. Součástí primární péče je zdravotní problematika (zdravotní diagnóza), ale i sociální (sociální diagnóza). Velmi důležitá je spolupráce lékaře (praktický lékař, lékař specialista) a rodiny.

5.3.1 PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Primární péče, praktický všeobecný lékař, zde dochází k prvnímu kontaktu. Praktický lékař zná své registrující pacienty. V první linii stanovuje a řeší jak diagnózy zdravotní tak i sociální. Poskytuje paliativní péči v domácím prostředí pacienta. Podílí se na péči v rámci multidisciplinárního týmu (lékaři specialisté, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psycholog, koordinátor dobrovolníků, poradenský pracovník, osobní asistenti, ošetřovatelé, duchovní, dobrovolníci a další dle potřeby). Praktický lékař úzce spolupracuje s agenturami domácí péče, mobilním hospicem, pečovatelskými službami. Indikace pro domácí paliativní péči jsou stejné jako pro jakoukoli paliativní péči v jiných paliativních jednotkách.

5.3.2 DOMÁCÍ PÉČE – HOME CARE

Domácí péče je humánní, efektivní, ekonomická a integrovaná pomoc klientovi v prostředí jeho domova, pokud možno za podpory jeho rodinných příslušníků. Péče je

poskytována na základě ordinace ošetřujícího lékaře, dále pak na základě indikace sociální diagnózy. Domácí péče vychází z potřeb jedince, které jsou aktuálně diagnostikovány podle stavu klienta a stavu sociálního prostředí klienta. Potřeby klienta vzájemně souvisí v oblasti zdravotní i sociální.

Poskytovatelé domácí péče samostatně vykonávají domácí péči, indikovanou praktickým a ošetřujícím lékařem a dále spolupracují s orgány státní správy a samosprávy, s nevládními organizacemi a dalšími subjekty ve zdravotní a sociální sféře. Domácí péči poskytuje multidisciplinární tým, který je tvořen profesionálními zdravotními pracovníky, sociálními pracovníky, dobrovolníky a v neposlední řadě je součástí týmu i rodina.

Ze zdravotního pojištění je zdravotními pojišťovkami poskytována úhrada za tyto výkony v rámci domácí zdravotní péče, které byly ordinovány ošetřujícím lékařem a mají charakter zdravotní péče. Jedná se o odborné a specializované výkony, které jsou prováděny kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky.

Agentury domácí zdravotní péče jsou zřizovány státní správou, samosprávou, zdravotnickými zařízeními ambulantního i lůžkového typu (stát, okresní úřad, město, obec), privátními sestrami i lékaři (vlastní soukromá iniciativa, soukromá Domácí péče), charitativními a humanitárními organizacemi (církve, Červený kříž). Národní centrum Domácí péče je odpovědné Ministerstvu zdravotnictví ČR za metodiku, koordinaci, edukaci a informovanost v rámci komplexní domácí péče.

Domácí péče nabízí své služby prostřednictvím profesionálů v oblasti:

Zdravotní

- A, odborná zdravotní péče
- B, léčebná zdravotní péče
- C, ošetrovatelská péče
- C, rehabilitační péče

Sociální

- A, pečovatelská služba
- B, sociální poradenství
- C, pomoc při řešení sociálních problémů
- D, edukace a podpora rodinných příslušníků a blízkých.

Služby, které umožňují zapůjčování pomůcek (polohovací lůžko, pojízdné WC apod.).

Domácí péče je levnější než péče ústavní na lůžku, využívá pozitivních účinků vlastního domácího prostředí.

Financování domácí péče:

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

5.3.3 DOMÁCÍ PALIATIVÍ PÉČE (DOMÁCÍ ČI MOBILNÍ HOSPIC)

Základní filozofií domácí péče se zaměřením na paliativní péči je poskytování maximální kvality a rozsahu potřebné péče nemocnému v jeho vlastním domácím prostředí.

Paliativní domácí péče o nemocné v preterminálním a terminálním stadiu. Péče je poskytována multidisciplinárním týmem. Ten respektuje hlavní zásady paliativní péče. Péče je podřizována snaze o pozitivní přínos pro nemocného ve snaze zlepšit a uchovat kvalitu života.

Komplexní domácí paliativní péče je v rozsahu základní zdravotní a sociální péče a odborné zdravotní a sociální péče. Toto obsahuje. Zajištění osobní hygieny, prevence a léčba proleženin, příjem tekutin a potravy, úprava domácího prostředí, hodnocení aktuálního fyzického a psychického stavu, funkční a laboratorní vyšetření (odběry biologického materiálu, měření krevního tlaku, měření hladiny glykemie - cukru v krvi), podávání ordinovaných léčiv jak ve formě perorální (ústní) tak intravenózní (nitrožilní), podávání infúzí, převazy ran, zavádění a výměna katétrů (permanentní močový katétr u inkontinence, sondy na výživu při poruše příjmu potravy), kyslíková terapie, rehabilitační péče a fyzioterapie. Součástí paliativní péče jsou další aktivity zaměřené na podporu a ochranu klienta, zajištění co největší možné kvality života klienta a v neposlední řadě i jeho rodiny.

Pohled na klienta (nemocného) je komplexní, zahrnuje aspekty biologické, psychologické a sociální. Je nutné respektovat přání umírajícího a jeho rodiny zemřít doma v kruhu blízkých anebo naopak v hospici či ústavním zařízení. Část pacientů si může zvolit hospitalizaci z důvodů, že nechtějí zatěžovat rodinu anebo se obávají, že domácí péče není schopna poskytnout takovou péči, která je vyžadována vzhledem k jejich zdravotnímu stavu.

5.3.4 HOSPIC

Historie hospice

Název hospic pochází z latinského výrazu *hospitium* a znamená útočiště či útulek. Takto byla dříve označována místa, kde unavený poutník, který cestoval do Svaté země, dostal najíst, napít, přenocovat. Zde mu byly ošetřeny rány, poskytnuta péče, uleveno od bolestí. Mohl se zde zotavit a pokračovat na své cestě anebo v klidu zemřít. První hospice zakládaly charitativní organizace (např. irské sestry v Londýně). Začátkem šedesátých let založila v Londýně hospic St. Christopher's (svatý Kryštof) Cecilly Saundersová, též zakladatelka hospicového hnutí. Toto myšlení obletělo svět a začaly se zakládat hospice. U nás začaly hospice vznikat po roce 1989. Hospicové hnutí propagovala MUDr. Marie Svatošová. Nejprve začala se zdravotní péčí v domácnostech pacientů (domácí péče) v roce 1996 se jí podařilo otevřít první český hospic Hospic Anežky České v Červeném Kostelci.

Dne 5. 4. 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP), sdružující všechny známé hospicové aktivity v ČR.

Hospic je pobytové lůžkové zařízení. Hospic není dům a už vůbec ne „dům smrti“, jak je někdy neprávem označován. Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné bytosti a z jeho potřeb (potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální). Ctí autonomii nemocného, jeho individuální práva a právo rozhodnout se. Respektuje priority pacienta. Hlavním úkolem hospice je doprovázet smrtelně nemocného člověka a jeho blízkých těžkým úsekem života. Hospic poskytuje paliativní péči, především symptomatickou péči a léčbu. Neslibuje uzdravení a vyléčení, ale nebere naději a léčitelnost. Pacient v hospici ví, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost,

- v posledních chvílích života nezůstane sám.

V hospici tedy nejde o prodloužení života, ale o jeho slušnou kvalitu až dokonce.¹⁷

V různých fázích choroby se může střídavě hospicová péče poskytovat v lůžkovém zařízení hospice, domácí paliativní péči anebo v denním stacionáři. Z časového hlediska můžeme hospicovou péči rozdělit na:

- **prae finem** – měsíce i roky, nejčastěji domácí paliativní péče
- **in finem** – péče v terminální fázi.
- **post finem** – jde o péči o pozůstalé, rodinu a blízké osoby.

5.3.5 SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZARÍZENÍCH

Oddělení paliativní péče. Tato péče je poskytována v rámci zdravotnického zařízení, jako jsou nemocnice a léčebny. Zde jsou nemocní, kteří vyžadují paliativní péči a současně potřebují ostatní služby a komplement nemocnice. V rámci zdravotnického zařízení existuje KONZILIÁRNÍ TÝM PALIATIVNÍ PÉČE. Tento multidisciplinární tým zajišťuje odborné znalosti, postupy a péči v rámci paliativní péče. Paliativní péče poskytována v rámci zdravotní péče při hospitalizaci na nemocničním oddělení (chirurgické oddělení, interní oddělení, gynekologické oddělení, urologické oddělení), paliativní péče na oddělení následné péče, na geriatrickém oddělení, v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN).

¹⁷ VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. Paliativní medicína. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 1998. ISBN 80-7169-437-1, s. 449.

5.3.6 SPECIALIZOVANÁ AMBULANCE PALIATIVNÍ PÉČE

Ambulantní péče pro nemocné, kteří jsou v domácím prostředí anebo v zařízení sociální péče. Ambulance úzce spolupracuje s praktickým lékařem, lékařem specialistou a zařízeními domácí péče.

5.3.7 DENNÍ STACIONÁŘ PALIATIVNÍ PÉČE

Jde o denní péči pro klienty, kteří jsou v domácím prostředí. Poskytuje služby na jeden i více dní v týdnu. Stacionář nabízí poradenství, edukační, relaxační a rekreační aktivity.

5.3.8 ZVLÁŠTNÍ ZAŘÍENÍ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE

Specializované poradny, tísňové linky.

5.3.9 PALIATIVNÍ PÉČE POSKYTOVANÁ V SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH

Paliativní péče poskytovaná v domovech pro seniory, v penziencech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem, v zařízeních ústavní péče.

5.3.10 RESPITNÍ PÉČE (ODLEHČOVACÍ SLUŽBY)

Respitní pobyt je odlehčovací služba, která poskytuje pomoc rodinám, pečujícím osobám, které se dlouhodobě starají o starého, těžce nemocného člověka, aby si odpočinuly, upravily bydlení apod. Pobyt nemocného v zařízení respitní péče, hospici je časově omezen (zpravidla na dobu několika dnů či týdnů).

6. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

Podmínky poskytující pomoc a podporu seniorům prostřednictvím sociálních služeb upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č.366/2011 Sb. Služby sociální péče pomáhají seniorům zajistit jejich fyzickou soběstačnost, psychickou podporu a snaží se seniorům umožnit zapojení se do běžného denního života společnosti. Pokud závažný stav neumožňuje zapojení se v plné míře, je maximální snaha zajistit důstojné prostředí a zacházení.

Služby můžeme rozdělit na pobytové, ambulantní a terénní.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba se poskytuje v daném čase, v domácím prostředí klienta.

Náplň pečovatelské služby:

Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu.

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.

Pomoc při zajištění chodu domácnosti.

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Sociální poradenství.

Psychosociální podporu.

Nabízí péči a služby v denních stacionářích, domovinkách.

Realizuje aktivizační programy k podpoře soběstačnosti.

Osobní asistence

Terénní nebo ambulantní služba pro klienty, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku či chronického onemocnění, které vyžaduje pomoc od druhé fyzické osoby. Služba je poskytována v domácím prostředí klienta a je orientovaná na asistenci při činnostech, které klient potřebuje.

Tísňová péče

Terénní služba, která zajišťuje hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami, které jsou vystaveny riziku ohrožení zdraví a života v souvislosti s jejich zdravotním stavem.

Průvodcovské a předčitatelské služby

Služby umožňující klientům osobně si vyřídit osobní záležitosti (např. na úřadech).

Odlehčovací služby

Terénní, ambulantní nebo pobytové služby. Umožňují osobě, která jinak pečuje o seniora možnost odpočinku.

Centra denních služeb

Ambulantní služby pro znevýhodněné osoby, které potřebují pomoc od druhé osoby.

Denní a týdenní stacionáře

Ambulantní a pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku či chronického zdravotního postižení, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy pro seniory

Pobytová služba pro seniory, kteří potřebují pravidelnou péči a monitoring.

Domovy se zvláštním režimem

Pobytové služby pro osoby trpící chronickou duševní chorobou (Alzheimerova demence a jiné typy demencí). Režim v těchto zařízeních je specificky přizpůsoben potřebám klientů.

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Pobytové služby pro znevýhodněné osoby, které již nepotřebují ústavní zdravotní péče, ale jejich zdravotní stav ještě neumožňuje návrat domů.

Sociálně aktivizační služby

Ambulantní či terénní služby, které pomáhají starým lidem před sociálním vyloučením.

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči poskytuje stát. Příspěvek je poskytován osobám závislým na jiné fyzické osobě. Příspěvek je poskytován na zajištění sociálních služeb, které pomáhají při zvládnutí základních životních potřeb. Nárok a výše příspěvku je stanovena stupněm závislosti a rovněž věkem osoby. Při posuzování stupně závislosti se zhodnocují základní životní potřeby jako mobilita, péče o domácnost, orientace, osobní aktivity, komunikace, péče o zdraví, stravování, výkony fyziologických potřeb, oblékání a obouvání, tělesná hygiena.

Závislost na pomoci jiné fyzické osoby:

- **stupeň I** – lehká závislost
- **stupeň II** – středně těžká závislost
- **stupeň III** – těžká závislost
- **stupeň IV** - úplná závislost

7. KVALITA ŽIVOTA

7.1 TEORETICKÉ VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA PODLE WHO

„Ústava Světové zdravotnické organizace definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...“. Z této definice vyplývá, že nástroje pro měření zdraví musí obsahovat nejen ukazatele změn ve frekvenci a vážnosti nemoci, ale také odhad celkové spokojenosti. Tento konstrukt může být hodnocen právě měřením změn v kvalitě života v závislosti na zdravotní péči. WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“¹⁸

Subjektivní a objektivní dimenze kvality života

Objektivní kvalita života (QOL): sociální a materiální podmínky života, fyzické zdraví, funkční kvalita života.

Subjektivní kvalita života (QOL): psychická pohoda, spokojenost se životem, prožívání, životní potřeby.

7.2 DETERMINANTY ZDRAVÍ A KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ

Determinanty zdraví a kvality života můžeme rozdělit na:

■ *determinanty nepřímé* – obecné a zprostředkované (kultura, hierarchie hodnot ve společnosti, politický a ekonomický systém).

¹⁸ VAŽUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. Kvalita života. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7, s. 11

■ *determinanty přímé* – přímo působící na individuálního člověka (genotyp, fenotyp, životní prostředí).

Na kvalitě života a funkčním zdraví ve stáří se podílejí tyto oblasti:

- **funkční zdraví** – genotyp, prevence, účinnost a dostupnost zdravotní péče, životní styl, pohybová aktivita, abúzus (kouření, alkohol).
- **prostředí** – fyzické (sluneční záření, nadmořská výška), funkční (informační a komunikační technologie, dostupnost služeb), sociální (sociální síť, rodina, pojetí stáří, mezigenerační solidarita).
- **psychické faktory** – subjektivní prožívání, aspirace, adaptace, míra spokojenosti, uspokojování potřeb, zachování životní perspektivy, hodnotový systém, odolnost, motivace, morálka).
- **sociálně ekonomický kapitál** – majetek, bytové podmínky, vzdělání, životní zkušenosti, zaměstnanost, zájmové činnosti.
- **spirituální a existenciální faktory** – hodnotový systém, vnímání transcendentálního přesahu lidské existence, náboženství, validace vlastního života.¹⁹

7.3 ROZSAH POJETÍ KVALITY ŽIVOTA

Makro – rovina. Jde o otázky kvality života velkých společenských celků - např. dané země, kontinentu atp. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota, kvalita života musí tento závěr ve své definici plně respektovat. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah (viz např. problematiku boje s epidemiemi, hladomorem, chudobou, genocidou, terorismem, ale i otázku investic do infrastruktur a zvláště zdravotnictví, stanovení obsahu základní výchovy atp.).

¹⁹ ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. Sociální gerontologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4, s. 66-67

Mezo – rovina. Jde o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách - např. škole, nemocnici, domově důchodců, pečovatelském domově, podniku atp. Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi (např. v týmu lékařů, pečovatelek atp.), otázky neuspokojování a uspokojování (frustrace a satiace) základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence tzv. sociální opory (sociál support systém), sdílených hodnot (existenci humanitních hodnot v dané skupině a jejich hierarchii) atp.

Osobní (personální) rovina. Tato rovina je definována nejjednoznačněji. Je jí život jednotlivce, individua, ať jím je pacient, lékař či kdokoli jiný. Týká se každého z nás jednotlivě. Při stanovení kvality života jde o osobní - subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Každý z nás v této dimenzi sám hodnotí kvalitu vlastního života. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jednotlivce - jeho představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení.

Rovina fyzické existence. V tomto smyslu jde o pozorovatelné chování druhých lidí, které je možné objektivně měřit a porovnávat, např. jak kdo chodí (např. před a po ortopedickém léčení). Kritéria v této rovině je možné operacionalizovat (objektivně definovat za účelem jejich měření). I když tyto údaje jsou objektivně měřitelné, přece jen postrádají něco, co je pro hlubší pojetí kvality života podstatné.²⁰

„Kvalita života člověka určuje kvalitu jeho smrti.“

(Elisabeth Kubler-Ross)

7.4 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

I. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života **hodnotí druhá osoba – objektivní.**

II. Metody měření kvality, kde **hodnotitelem je sama daná osoba – subjektivní.**

²⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0, s. 150

III. Metody *smíšené*, vzniklé kombinací metod typu I. a II.²¹

Objektivní metody měření kvality života

APACHE II: hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu. Snaha vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii.

The Karnofsky Performance Scale: hodnotu indexu stanovuje lékař. Jde o celkový zdravotní stav pacienta k určitému datu. Tato metoda využívá procentuální škálu od 0 do 100. Je zde kladen velký důraz na tělesnou dimenzi kvality života oproti dimenzi sociální a psychologické.

Index kvality života – ILF: metoda uvádějící slovně formulovaná kritéria (sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, zvládání těžkostí spojených s nemocí apod.).

Visual Analogue Scale – VAS: metoda Vizualního škálování celkového stavu pacienta. Stupnice je vodorovná a 10 cm dlouhá anebo v 45 stupních stoupající úsečka s označením pro dva extrémy:

- Celkový stav pacienta je velmi dobrý.
- Celkový stav pacienta je mimořádně špatný.

Spitzer Quality of Life Index – QL: SQoLI byl konstruován pro lékaře, kteří pracují s onkologickými a chronicky nemocnými pacienty.

Index je často používán pro zjištění zdravotního stavu a kvality života pacientů před a po ukončení léčby.

Do QL indexu byly zahrnuty následující oblasti QOL:

- aktivita
- každodenní život
- vnímání zdraví

²¹ KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0, s. 150

- podpora rodiny a přátel
- pohled na život.

Subjektivní metody měření kvality života

Dotazník SQUALA: Dotazník je konstruovaný podle jasných metodologických pravidel. Dotazník se sestává ze 23 oblastí, které pokrývají vnější i vnitřní realitu každodenního života jedince. Spokojenost je v každé této realitě hodnocena na pětibodové škále (0 = velmi zklamán až 4 = zcela spokojen) a subjektivní důležitost na stupnici 0 až 4 (0 = bezvýznamné až 4 = nezbytné). Dotazník lze využít v medicínské, sociální, psychologické i pedagogické oblasti především za účelem diagnostiky nebo zkvalitnění péče a služeb. Autorem dotazníku SQUALA je M. Zannotti.

Metoda SEIQoL: Systém individuálního hodnocení kvality života SEIQoL. Metodou je strukturovaný rozhovor, kdy se tazatel snaží zjistit aspekty života, které jsou pro dotazovaného jedince stěžejní a závažné. Dotazovaná osoba je požádána a vyzvána, aby uvedla pět životních cílů, které považuje v životě za nejdůležitější. Termín „životní cíl“ je klíčovým pojmem metodiky SEIQoL, který vyjadřuje cíl snažení, tj. cílově zaměřený podnět k aktivitě (nejčastěji uváděné cíle např. zdraví, rodina, práce, náboženství, finance atd.).

Metoda SEIQoL – DW: Odvozena od metody SEIQoL. SEIQoL- DW sestává z pěti barevných disků, které se otáčejí kolem centrálního bodu, kdy každý z nich představuje určitou oblast života označenou respondentem jako důležitou pro jeho celkovou kvalitu života. SEIQoL- DW umožňuje dotazovanému respondentu nejen označit oblasti života, které považuje za stěžejní, ale i je dále hodnotit.

Smíšené metody měření kvality života

MANSA: Krátký způsob (Manchester Short Assessment of Quality of Life) MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life). Cílem této metody je vytvoření přehledného obrazu kvality života dané osoby v dané chvíli. Tato představa dále umožňuje optimalizaci péče a pomoci.

MANSA se zaměřuje na zjišťování spokojenosti v těchto oblastech:

- zdravotní stav
- sebepojetí
- sociální vztahy
- rodinné vztahy
- bezpečnostní situace
- životní prostředí
- právní stav
- finanční situace
- náboženství
- trávení volného času
- zaměstnání

Life Satisfactory Scale – LSS: V rámci metody MANSA je dále rozpracována metodika LSS – škála životního uspokojení (Life Satisfactory Scale), která hodnotí nejen celkovou spokojenost se životem, ale i řadu dílčích dimenzí. Jedná se o vizuální sedmidílnou stupnici se dvěma extrémy a pěti mezistupni.²²

²² VAŽUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. Kvalita života. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7, s. 53 - 64

8. ZÁKLADNÍ POPIS VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ V PALIATIVNÍ PÉČI

Předmětem kvalitativního výzkumu je empirické šetření analyzující kvalitu života seniorů v paliativní péči. Objektem výzkumu jsou potom respondenti, senioři, ve věku 73 – 92 let, v počtu 6 respondentů. Jako technické metody pro sběr empirických dat jsem použila analýzu získaných dokumentů a polostrukturovaný (plostandardizovaný) rozhovor. Sběr dat pomocí výzkumných metod proběhl v domácím prostředí dotazovaných respondentů. Všichni respondenti se po mém oslovení, vysvětlení problematiky diplomové práce a vzájemné dohodě, zúčastnili výzkumného šetření dobrovolně.

Etapy výzkumného šetření:

Stanovení předmětu, cílů a hypotéz empirického šetření.

Volba metod empirického šetření a získávání informací, dat.

Realizace empirického šetření (realizace rozhovoru, analýza dokumentů, přepis rozhovoru).

Kvalitativní analýza získaných dat.

Závěr výzkumného šetření, obecná východiska.

8.1 CÍLE PRŮZKUMU

Cílem výzkumného šetření je analýza kvality života seniorů v paliativní péči a to analýza ve způsobu hodnocení kvality života dle MANSA v jednotlivých oblastech a metodiky životní škály Life Satisfactory Scale (LSS). Cílem je získat pomocí výzkumných, empirických metod informace o kvalitě života seniorů v paliativní péči, zjistit vnímání kvality života těchto seniorů.

V závěru je cílem empirického šetření celková analýza získaných dat, a aby se na podkladě zjištěných a získaných informací mohl výzkum v této oblasti a problematice ubírat dalšími možnými směry a dále, aby poznatky výzkumu byly alespoň z části přínosem pro obor sociální pedagogiky.

8.2 POUŽITÉ METODY

Pro kvalitativní empirický výzkum, který je zaměřený na kvalitu života seniorů v paliativní péči, jsem se snažila získat relevantní data k dané problematice a tématu. Jde o systematické šetření, popis, analýzu a výklad jevů, které jsou založeny na sběru informací.

V přípravné fázi výzkumu jsem provedla teoretickou analýzu problematiky, vymežila předmět zkoumání a výběr objektu, určila metody sběru empirického materiálu, stanovila jsem cíle výzkumu a hypotézy.

Při výzkumné činnosti, která směřovala k získání empirických dat, jsem použila metodu analýzy získaných dokumentů. V této fázi šlo především o lékařské zprávy a to propouštěcí zprávy z nemocnice o hospitalizaci, záznamy o odborných vyšetřeních a dokumentace domácí péče.

Jako další metoda byl použit diagnostický (rozhovor za účelem získávání dat pro výzkum) polostrukturovaný rozhovor. Předmětem rozhovoru je měření kvality života dle metody MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) a v rámci metody MANSA Life Satisfactory Scale LSS – životní škála uspokojení.

Otázky rozhovoru byly otevřené (poskytující vyjádření názorů, postojů), uzavřené (směřující k jasné odpovědi), přímé (otázky zaměřené na konkrétní oblasti) a škálové (instrukční). Rozhovor byl veden dle fází: úvod – navázání rozhovoru, napětí a vzestup – jádro rozhovoru a závěr – rozuzlení. Rozhovorem jsem získala tvrdá data (objektivní) a měkká data (subjektivní).

V poslední fázi výzkumného šetření je zpracování empirických údajů, třídění materiálu, zjišťování vnitřních souvislostí, analýza získaných dokumentů a ověřování platnosti stanovených hypotéz pomocí hypoteticko – deduktivní metody.

8.3 STANOVENÍ HYPOTÉZ VÝZKUMU

H 1: Senioři, kteří žijí doma, mají vyšší kvalitu života než senioři žijící v ústavním zařízení.

H 2: Senioři žijící v ústavním zařízení mají vyšší pocit bezpečí než senioři žijící doma.

H 3: Kvalita života seniorů v paliativní péči je negativně ovlivněna finančními prostředky.

H 4: Senioři, kteří mají vysoké a dobré sebepojetí mají vyšší celkovou kvalitu života.

H 5: Zdravotní stav seniorů v paliativní péči je špatný a negativně ovlivňuje kvalitu života.

H 6: Kvalita života ženského pohlaví je celkově vyšší než u mužů, tito jsou pesimističtější a depresivnější.

8.4 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DOKUMENTŮ, ZPRACOVÁNÍ EMPIRICKÉHO MATERIÁLU

Pro výzkumné šetření jsem oslovila šest respondentů. Respondenti byli senioři ve věku 73 – 92 let. Z celkového počtu respondentů byli tři ženy a tři muži. Všichni respondenti se po mém oslovení, vysvětlení problematiky diplomové práce a vzájemné dohodě, zúčastnili výzkumného šetření dobrovolně. Rozhovory s dotazovanými respondenty proběhly v jejich domácím prostředí.

Pro sběr empirických dat byla použita metoda analýzy získaných dokumentů a to lékařské zprávy, propouštěcí zprávy z nemocnice o hospitalizaci, záznamy o odborných vyšetřeních a dokumentace domácí péče. Dále pak diagnostický (rozhovor za účelem získávání dat pro výzkum) polostrukturovaný rozhovor. Otázky rozhovoru byly otevřené (poskytující vyjádření názorů, postojů), uzavřené (směřující k jasné odpovědi), přímé (otázky zaměřené na konkrétní oblasti) a škálové (instrukční). Rozhovorem jsem získala tvrdá data (objektivní) a měkká data (subjektivní).

Předmětem rozhovoru je měření kvality života dle metody MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life). Otázky zaměřeny na oblasti:

- 1, zdravotní stav
- 2, sebepojetí
- 3, sociální vztahy
- 4, rodinné vztahy
- 5, bezpečnostní situace
- 6, životní prostředí
- 7, právní stav
- 8, finanční situace
- 9, náboženství
- 10, trávení volného času
- 11, zaměstnání.

Měření každé z výše uvedených dimenzí života proběhlo metodou Life Satisfactory Scale LSS – životní škála uspokojení.

Life Satisfactory Scale LSS – životní škála uspokojení.

Nemůže to být již horší	Z větší části nespokojen	Nespokojen	Stejně spokojen jako nespokojen	Spokojen	Z větší části spokojen	Nemůže to být již lepší
-------------------------	--------------------------	------------	---------------------------------	----------	------------------------	-------------------------



Odpovědi jsou obodovány v rozmezí 0 bodů, kdy 0 je minimum až 6 bodů, kdy 6 je maximum – min. 0 b. – max. 6 b.

Nemůže to být již horší	0 bodů
Z větší části nespokojen	1 bod
Nespokojen	2 body
Stejně spokojen jako nespokojen	3 body
Spokojen	4 body
Z větší části spokojen	5 bodů
Nemůže to být již lepší	6 bodů

Výsledný počet bodů (min. 0 bodů – max. 66 bodů) je pak v závěru převeden na procenta pro celkové zhodnocení. Jde tedy o rozmezí 0 bodů – 0% - 66 bodů – 100%.

Kazuistika: respondent číslo 1

Paní Helena H. Žena, narozena v roce 1926, 86 let. V současnosti v důchodu, vzdělání vyučena, poslední zaměstnání dělnice v továrně na boty. Žije v domově pro seniory, má svou vlastní bytovou jednotku, kde bydlí sama. Vdova. Má jednu dceru, jednu vnučku a jednoho pravnuka. Zdravotní anamnéza, zdravotní stav: artróza obou kolen, hypertenzní nemoc (vysoký krevní tlak), diabetes mellitus 2. typu, ischemická choroba srdeční, anémie (chudokrevnost), stařecká nedoslýchavost, obesita, inkontinence moči, katarakta (oční šedý zákal), nádorové onemocnění (karcinom) kůže levého bérce. Stav po operaci pro karcinom kůže na levém bérce. Prodělaná série chemoterapií (chemoterapie – využití chemických látek s protinádorovým účinkem, které způsobují poškození buněk nádorových i zdravých) a ozařování (radioeterapie) pro nádorové onemocnění.

Paní Helena je částečně soběstačná, pohybuje se pomocí kompenzační pomůcky chodítka a s dopomocí druhé fyzické osoby. Jde o seniorku závislou a křehkou se zhoršeným funkčním a zdravotním stavem, vyžadující podporu druhé osoby a podpůrné služby.

Měření kvality života metodikou MANSA a LSS

1, zdravotní stav	nespokojen	2 body
2, sebepojetí	stejně spokojen jako nespokojen	3 body
3, sociální vztahy	z větší části nespokojen	1 bod
4, rodinné vztahy	nemůže to být již lepší	6 bodů
5, bezpečnostní situace	stejně spokojen jako nespokojen	3 body
6, životní prostředí	nespokojen	2 body
7, právní stav	nemůže to být již lepší	6 bodů
8, finanční situace	z větší části nespokojen	1 bod
9, náboženství	nemůže to být již lepší	6 bodů
10, trávení volného času	z větší části nespokojen	1 bod
11, zaměstnání	z větší části nespokojen	1 bod

Celkový počet bodů

38 bodů – 57,57 %

Kazuistika: respondent číslo 2

Paní Ludmila N. Žena, narozena 1932, 80 let. V současnosti v důchodu, vzdělání vyučena, poslední zaměstnání dělnice v továrně. Žije v domově pro seniory, kde má svoji bytovou jednotku a bydlí v ní sama. Vdova. Má jednu dceru a jednoho syna, tři vnoučata. Zdravotní anamnéza, zdravotní stav: hypertenzní nemoc (vysoký krevní tlak), thyreopatie (poruchy funkce štítné žlázy), ischemická choroba srdeční, katarakta (oční šedý zákal), stav po prodělané operaci slepého střeva, stav po operaci odstranění žlučníku (cholecystektomie), chronický zánět močového měchýře, vředová choroba žaludku, artróza kyčelních kloubů a drobných kloubů horních končetin, nádorové onemocnění (karcinom) močového měchýře, stav po urologické operaci pro nádor močového měchýře, metastázy (druhotná ložiska nádorových buněk šířících se z primárního nádoru, tumoru) na plicích, játrech a v páteři. Prodělaná série chemoterapií (chemoterapie – využití chemických látek s protinádorovým účinkem, které způsobují poškození buněk nádorových i zdravých) a ozařování (radioeterapie) pro nádorové onemocnění. Inkontinence moči a stolice. Paní Ludmila je nesoběstačná, upoutána na lůžko, nutná dopomoc druhé fyzické osoby. Jde seniorku zcela závislou a křehkou, imobilita (nepohyblivost), upoutání na lůžko, potřebuje trvalou ošetrovatelskou a pečovatelskou péči, stálý dohled.

Měření kvality života metodikou MANSA a LSS

1, zdravotní stav	nemůže to být již horší	0 bodů
2, sebepojetí	z větší části nespokojen	1 bod
3, sociální vztahy	stejně spokojen jako nespokojen	3 body
4, rodinné vztahy	z větší části spokojen	5 bodů
5, bezpečnostní situace	nemůže to být již lepší	6 bodů
6, životní prostředí	nespokojen	2 body
7, právní stav	spokojen	4 body
8, finanční situace	nemůže to být již horší	0 bodů
9, náboženství	z větší části spokojen	5 bodů
10, trávení volného času	stejně spokojen jako nespokojen	3 body
11, zaměstnání	z větší části spokojen	5 bodů
Celkový počet bodů		34 bodů – 51,51

Kazuistika: respondent číslo 3

Paní Růžena D. Žena, narozena 1930, 82 let. V současnosti v důchodu, vzdělání vyučena, poslední zaměstnání jako dělnice v továrně. Žije doma ve společné domácnosti se svojí dcerou. Využívá služeb domácí péče a pečovatelské služby. Vdova. Má jednu dceru, jednoho syna a dvě vnoučata.

Zdravotní anamnéza, zdravotní stav: diabetes mellitus 2. typu, hypertenzní nemoc (vysoký krevní tlak), ischemická choroba srdeční, implantace kardiostimulátoru, stav po totální endoprotéze pravé kyčle pro artrózu, osteoporóza, chronický zánět žil dolních končetin, obezita, chronický zánět močových cest, bércový vřed levé dolní končetiny, vředová choroba žaludku, inkontinence moči a stolice, nádorové onemocnění tlustého střeva, stav po operaci pro nádor v tlustém střevě. Metastázy (druhotná ložiska nádorových buněk šířících se z primárního nádoru, tumoru) v játrech.

Paní Růžena je nesoběstačná, imobilní, připoutána na lůžko, nutná dopomoc druhé fyzické osoby. Jde seniorku zcela závislou a křehkou, imobilita (nepohyblivost), upoutání na lůžko, potřebuje trvalou ošetrovatelskou a pečovatelskou péči, stálý dohled.

Měření kvality života metodikou MANSA a LSS

1, zdravotní stav	z větší části nespokojen	1 bod
2, sebepojetí	spokojen	4 body
3, sociální vztahy	stejně spokojen jako nespokojen	3 body
4, rodinné vztahy	nemůže to být již lepší	6 bodů
5, bezpečnostní situace	stejně spokojen jako nespokojen	3 body
6, životní prostředí	nespokojen	2 body
7, právní stav	spokojen	4 body
8, finanční situace	nespokojen	2 body
9, náboženství	spokojen	4 body
10, trávení volného času	spokojen	4 body
11, zaměstnání	nemůže to být již lepší	6 bodů

Celkový počet bodů

39 bodů - 59,09 %

Kazuistika, respondent číslo 4

Pan Zdeněk J. Muž, narozen 1920, 92 let. V současnosti v důchodu, vzdělání středoškolské, poslední zaměstnání jako prodavač. Žije ve společné domácnosti s dcerou a jejím manželem. Využívá služeb domácí péče, pečovatelské služby a dvakrát týdně ho rodina dováží do stacionáře pro seniory Domovinka. Vdovec, má jednu dceru, jednoho syna, tři vnoučata a jedno pravnouče.

Zdravotní anamnéza, zdravotní stav: stařecká nedoslýchavost, diabetes mellitus 2. typu, hypertenzní nemoc (vysoký krevní tlak), vaskulární demence, stav po totální endoprotéze pravé kyčle pro artrózu, stav po infarktu myokardu, stav po plicní embolii, artróza obou kolen, stav po prodělané cévní mozkové příhodě, stav po operaci žlučníku (cholecystektomie), chronické záněty močových cest, inkontinence moči, nádorové onemocnění prostaty a stav po operaci odstranění prostaty (prostatektomie).

Pan Zdeněk je částečně soběstačný, pohybuje se pomocí kompenzačních pomůcek francouzských holí, nutná dopomoc druhé fyzické osoby při chůzi, osobní hygieně.

Jde o seniora závislého a křehkého se zhoršeným funkčním a zdravotním stavem, vyžadující podporu druhé osoby a podpůrné služby.

Měření kvality života metodikou MANSA a LSS

1, zdravotní stav	nespokojen	2 body
2, sebepojetí	nemůže to být již lepší	6 bodů
3, sociální vztahy	nemůže to být již lepší	6 bodů
4, rodinné vztahy	nemůže to být již lepší	6 bodů
5, bezpečnostní situace	spokojen	4 body
6, životní prostředí	stejně spokojen jako nespokojen	3 body
7, právní stav	spokojen	4 body
8, finanční situace	spokojen	4 body
9, náboženství	spokojen	4 body
10, trávení volného času	z větší části spokojen	5 bodů
11, zaměstnání	stejně spokojen jako nespokojen	3 body

Celkový počet bodů

47 bodů – 71,21 %

Kazuistika, respondent číslo 5

Pan Josef L. Muž, narozen 1939, 73 let. V současnosti v důchodu, vzdělání vyučen, poslední zaměstnání jako montér velkokuchyňských zařízení. Žije spolu se svoji manželkou v domově pro seniory, kde mají svoji bytovou jednotku. Má dva syny a tři vnoučata.

Zdravotní anamnéza, zdravotní stav: ischemická choroba srdeční, hypertenzní nemoc (vysoký krevní tlak), stav po operaci slepého střeva, stav po operaci tříselné kýly, stav po zlomenině levé dolní končetiny, anemie, vředová choroba žaludku, artróza obou kolen a levého ramene, inkontinence moči a stolice, nádorové onemocnění prostaty, metastázy (druhotná ložiska nádorových buněk šířících se z primárního nádoru, tumoru) v játrech a páteři.

Pan Josef je nesoběstačný, je zcela upoután na lůžko, nutná dopomoc druhé fyzické osoby. Jde o seniora zcela závislého, imobilita (nepohyblivost), upoutání na lůžko, potřebuje trvalou ošetrovatelskou a pečovatelskou péči, stálý dohled.

Měření kvality života metodikou MANSA a LSS

1, zdravotní stav	nemůže to být již horší	0 bodů
2, sebepojetí	nespokojen	2 body
3, sociální vztahy	stejně spokojen jako nespokojen	3 body
4, rodinné vztahy	nemůže to být již lepší	6 bodů
5, bezpečnostní situace	nemůže to být již lepší	6 bodů
6, životní prostředí	nespokojen	2 body
7, právní stav	spokojen	4 body
8, finanční situace	nespokojen	2 body
9, náboženství	nemůže to být již lepší	6 bodů
10, trávení volného času	z větší části nespokojen	1 bod
11, zaměstnání	spokojen	4 body
Celkový počet bodů		36 bodů – 54,54 %

Kazuistika, respondent číslo 6

Pan Milan K. Muž, narozen 1930, 82 let. V současnosti v důchodu, vzdělání středoškolské, poslední zaměstnání jako administrativní pracovník. Žije ve společné domácnosti s manželkou. Má jednoho syna, jednu dceru a dvě vnoučata. Využívá služeb domácí péče.

Zdravotní anamnéza, zdravotní stav: hypertenzní nemoc (vysoký krevní tlak), katarakta (oční šedý zákal), stav po prodělané cévní mozkové příhodě, stav po operaci tříselné kýly, stav po operaci prostaty (prostatektomie), ischemická choroba srdeční. Nádorové onemocnění žaludku a slinivky břišní. Stav po operaci žaludku a slinivky břišní pro nádorové onemocnění. Metastázy (druhotná ložiska nádorových buněk šířících se z primárního nádoru, tumoru) v játrech a plicích. Prodělaná série chemoterapií (chemoterapie – využití chemických látek s protinádorovým účinkem, které způsobují poškození buněk nádorových i zdravých).

Pan Milan je částečně soběstačný, pohybuje se pomocí kompenzační pomůcky vycházkové hole, nutná dopomoc druhé fyzické osoby.

Jde o seniora závislého se zhoršeným funkčním a zdravotním stavem, vyžadující podporu druhé osoby a podpůrné služby.

Měření kvality života metodikou MANSA a LSS

1, zdravotní stav	nemůže to být již horší	0 bodů
2, sebepojetí	nespokojen	2 body
3, sociální vztahy	z větší části spokojen	5 bodů
4, rodinné vztahy	nemůže to být již lepší	6 bodů
5, bezpečnostní situace	stejně spokojen jako nespokojen	3 body
6, životní prostředí	stejně spokojen jako nespokojen	3 body
7, právní stav	z větší části spokojen	5 bodů
8, finanční situace	z větší části nespokojen	1 bod
9, náboženství	nemůže to být již lepší	6 bodů
10, trávení volného času	stejně spokojen jako nespokojen	3 body
11, zaměstnání	nemůže to být již lepší	6 bodů

Celkový počet bodů

40 bodů – 60,60 %

Celkové shrnutí výzkumného šetření v tabulce

tabulka 1

Oblasti kvality života MANSÁ	Respondenti					
	1 Ž; DPS	2 Ž; DPS	3 Ž; DP	4 M; DP	5 M; DPS	6 M; DP
Zdravotní stav	2 body	0 bodů	1 bod	2 body	0 bodů	0 bodů
Sebepojetí	3 body	1 bod	4 body	6 bodů	2 body	2 body
Sociální vztahy	4 body	3 body	3 body	6 bodů	3 body	5 bodů
Rodinné vztahy	6 bodů	5 bodů	6 bodů	6 bodů	6 bodů	6 bodů
Bezpečnostní situace	3 body	6 bodů	3 body	4 body	6 bodů	3 body
Životní prostředí	2 body	2 body	2 body	3 body	2 body	3 body
Právní stav	6 bodů	4 body	4 body	4 body	4 body	5 bodů
Finanční situace	1 bod	0 bodů	2 body	4 body	2 body	1 bod
Náboženství	6 bodů	5 bodů	4 body	4 body	6 bodů	6 bodů
Trávení volného času	1 bod	3 body	4 body	5 bodů	1 bod	3 body
Zaměstnání	4 body	5 bodů	6 bodů	3 body	4 body	6 bodů
Celkový počet bodů, procenta	38 bodů (57,57%)	34 bodů (51,51%)	39 bodů (59,09%)	47 bodů (71,21%)	36 bodů (54, 54%)	40 bodů (60,60%)

- 1 – respondent

- Z – žena

- M – muž

- DPS – domov pro seniory

- DP – domácí prostředí

9. VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH VYUŽITÍ V PRAXI

9.1 OBECNÁ VÝCHODISKA VÝSLEDKŮ EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnilo celkem šest respondentů. Respondenti byli senioři ve věku 73 – 92 let. Z celkového počtu respondentů byli tři ženy a tři muži. Tři respondenti žijí v sociálním zařízení domově pro seniory a tři dotazovaní respondenti žijí v domácím prostředí. Všichni respondenti se po mém oslovení, vysvětlení problematiky diplomové práce a vzájemné dohodě, zúčastnili výzkumného šetření dobrovolně. Rozhovory s dotazovanými respondenty proběhly v jejich domácím prostředí.

Pro sběr empirických dat byla použita metoda analýzy získaných dokumentů. Lékařské zprávy a to propouštěcí zprávy z nemocnice o hospitalizaci, záznamy o odborných vyšetřeních a dokumentace domácí péče. Dále pak technická výzkumná metoda diagnostického polostrukturovaného rozhovoru. Otázky rozhovoru byly otevřené (poskytující vyjádření názorů, postojů), uzavřené (směřující k jasné odpovědi), přímé (otázky zaměřené na konkrétní oblasti) a škálové (instrukční). Rozhovorem jsem získala tvrdá data (objektivní) a měkká data (subjektivní).

Předmětem rozhovoru bylo měření kvality života dle metody MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) a v rámci metody MANSA Life Satisfactory Scale LSS – životní škála uspokojení.

V rámci výzkumu bylo stanoveno šest hypotéz.

Hypotéza H 1, senioři, kteří žijí doma, mají vyšší kvalitu života než senioři žijící v ústavním zařízení, byla empirickým šetřením potvrzena. Všichni tři dotazovaní respondenti, kteří žijí doma, měli dle výzkumného šetření vyšší kvalitu života než respondenti žijící v ústavním zařízení domově pro seniory.

Hypotéza H 2, senioři žijící v ústavním zařízení mají vyšší pocit bezpečí než senioři žijící doma, byla výzkumným šetřením také potvrzena. Respondenti, žijící v ústavním zařízení domově pro seniory mají dle výzkumného šetření vyšší pocit bezpečí než senioři, kteří žijí doma.

Hypotéza H 3, kvalita života seniorů v paliativní péči je negativně ovlivněna finančními prostředky, byla výzkumným šetřením opět potvrzena. Respondenti otázky zaměřené na oblast finanční situace převážně hodnotili negativně a to v jednom případě „nemůže to být již horší“, ve dvou případech „z větší části nespokojen“, ve dvou

případech „nespokojen“ a pouze v jednom případě byla odpověď „spokojen“. Respondent, který byl spokojen s finanční situací, měl ze všech dotazovaných respondentů dle výzkumného měření nejvyšší kvalitu života.

Hypotéza H 4, senioři, kteří mají vysoké a dobré sebepojetí mají vyšší celkovou kvalitu života. Tato hypotéza se výzkumným měřením opět potvrdila. Respondenti, kteří hodnotili pozitivně oblast sebepojetí, měli výsledně dle výzkumného šetření vyšší kvalitu života než respondenti, kteří oblast sebepojetí hodnotili spíše negativně. Respondent, který výzkumným šetřením měl nejvyšší kvalitu života ze všech dotazovaných respondentů, hodnotil oblast sebepojetí jako „nemůže to být již lepší“.

Hypotéza H 5, zdravotní stav seniorů v paliativní péči je špatný a negativně ovlivňuje kvalitu života, byla jednoznačně potvrzena. Tři z dotazovaných respondentů hodnotili svůj zdravotní stav jako „nemůže to být již horší“, jeden respondent jako „z větší části nespokojen“ a dva dotazovaní respondenti jako „nespokojen“. Celkově byla tato oblast výzkumným šetřením hodnocena nejnižší a negativně.

Hypotéza H 6, kvalita života ženského pohlaví je celkově vyšší než u mužů, tito jsou pesimističtější a depresivnější, nebyla potvrzena, naopak, dle výzkumného měření získali vyšší procento kvality života muži.

Závěrem lze říci, že problematika stáří, seniorské populace a s ní spojené paliativní péče je velice rozsáhlá. Možnosti dalšího výzkumu v tomto směru, ať již jde o zaměření zdravotní, sociální, psychologické či ekonomické, jsou dosti rozmanité a řekla bych až bezbřehé. Cílem je však výzkumy zkvalitňovat a získávat co nejvíce relevantních informací proto, aby senioři v paliativní péči žili co možná nejkvalitněji, aby celková možná péče byla co nejefektivnější a nejkvalitnější, a aby poslední dny života, samotná smrt a odchod byli důstojné lidské existenci a člověku.

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

(V. E. Frankl)

ZÁVĚR

Diplomová práce na téma paliativní péče o seniory se skládá z teoretické části a části praktické.

Teoretická část práce je rozložena do kapitol, které vymezují základní pojmový aparát a danou problematiku stáří a stárnutí. Jde periodizaci stáří, projevy stáří a jeho příznaky, příprava na stárnutí a stáří. Dále pak obor gerontologie a geriatrie, jejich historický vývoj

na úrovni světové i domácí, chorobnost stáří, dlouhodobá péče, paliativní péče o seniory a její koncepce, zařízení poskytující paliativní péči. Dále navazují kapitoly věnující se sociálním službám pro seniory a kapitola zaměřená na kvalitu života.

Výzkumná část diplomové práce byla věnována empirickému, kvalitativnímu výzkumu, který byl zaměřen na kvalitu života seniorů v paliativní péči. Cílem výzkumného šetření bylo pomocí výzkumných, empirických metod analyzovat kvalitu života seniorů v paliativní péči.

Pro výzkumné šetření bylo osloveno šest respondentů ve věku 73 – 92 let. Z celkového počtu respondentů byli tři ženy a tři muži, žijící v sociálním zařízení domově pro seniory a v domácím prostředí.

Pro sběr empirických dat byla použita metoda analýzy získaných dokumentů a to lékařské zprávy, propouštěcí zprávy z nemocnice o hospitalizaci, záznamy o odborných vyšetřeních a dokumentace domácí péče. Dále pak diagnostický (rozhovor za účelem získávání dat pro výzkum) polostrukturovaný rozhovor. Otázky rozhovoru byly otevřené (poskytující vyjádření názorů, postojů), uzavřené (směřující k jasné odpovědi), přímé (otázky zaměřené na konkrétní oblasti) a škálové (instrukční).

Předmětem rozhovoru bylo měření kvality života dle metody MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) a v rámci metody MANSA Life Satisfactory Scale LSS – životní škála uspokojení.

Rozhovor byl veden dle fází: úvod – navázání rozhovoru, napětí a vzestup – jádro rozhovoru a závěr – rozuzlení. Rozhovorem jsem získala tvrdá data (objektivní) a měkká data (subjektivní).

Poslední fáze výzkumného šetření byla věnována zpracování empirických údajů, třídění materiálu, zjišťování vnitřních souvislostí, analýza získaných dokumentů a ověřování platnosti stanovených hypotéz pomocí hypoteticko – deduktivní metody.

Bylo stanoveno šest hypotéz, z nichž pět se potvrdilo, a jedna byla výzkumným šetřením vyvrácena.

RESUMÉ

Tématem diplomové práce je paliativní péče o seniory. Práce je členěna na teoretickou část a praktickou část.

Teoretická část práce je rozložena do kapitol, které vymezují základní pojmový aparát a danou problematiku stáří a stárnutí. Jde periodizaci stáří, projevy stáří a jeho příznaky, příprava na stárnutí a stáří. Dále pak obor gerontologie a geriatrie, jejich historický vývoj na úrovni světové i domácí, chorobnost stáří, dlouhodobá péče, paliativní péče o seniory a její koncepce, zařízení poskytující paliativní péči. Dále navazují kapitoly věnující se sociálním službám pro seniory a kapitola zaměřená na kvalitu života.

Praktická část práce pak pojednává o výzkumném šetření, jehož předmětem je analýza kvality života seniorů v paliativní péči. Objektem výzkumu byli respondenti, senioři ve věku 73 – 92 let. Jako výzkumná metoda byl použit diagnostický polostrukturovaný (polostandardizovaný) rozhovor.

Tato část práce zahrnuje stanovení předmětu výzkumu, cílů a hypotéz empirického šetření, volbu metod empirického šetření a získávání informací, dat, realizaci empirického šetření (realizace rozhovoru, analýza dokumentů, přepis rozhovoru), analýzu získaných dat, závěr výzkumného šetření a obecná východiska průzkumného šetření.

ANOTACE

Tématem diplomové práce je paliativní péče o seniory. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část práce je zaměřena na charakteristiku a popis dané problematiky stáří, paliativní péče a kvality života.

Praktická část práce obsahuje kvalitativní výzkum, jehož předmětem byla analýza kvality života seniorů v paliativní péči. Výzkumné šetření bylo realizováno na podkladě získávání empirických dat od dotazovaných respondentů, seniorů, pomocí výzkumné metody rozhovoru.

KLÍČOVÁ SLOVA

Dlouhodobá, domácí, geriatric, gerontology, hospice, morbidity, palliative, care, senior, aging, age, institutional.

ANNOTATION

The matter of this diploma work is a palliative care about seniors. The work consists of theoretical part and practical part.

The theoretical part is focused on characteristics and description of age, palliative care and quality of life.

The practical part contains qualitative research which deals with analysis of quality of life of seniors who are palliativly looked after. The research was realized by getting empirical data from questioned people, seniors. The method used for getting data was an interview.

KEYWORDS

Long-term, homy, geriatrics, gerontology, hospice, morbidity, palliative, care, senior, aging, age, institutional

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. *Poslední dary*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2005, 221 s. ISBN 80-7021-819-3.
2. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2001, 173 s. ISBN80-7013-342-2.
3. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012, 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
4. DE HENZEL, M. *Smrt zblízka*. 1. vydání. Praha: ETC Publishing, 1997, 134 s. ISBN 80-86006-15-8.
5. DOUBEK, P., HERMAN, E., PRAŠKO, J., HOVORKA, J. *Deprese a její léčba*. 2. vydání. Praha: Maxdraf, 2009, 32 s. ISBN 978-80-7345-186-8.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10 Manuálek sociální gerontologie*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2002, 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén, 2002, 220. ISBN 80-7262-132-7.
8. HEGYI, L. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ,l'udí*. 1. vydání. Trnava: Slovak Academic Press, 2001, 127 s. ISBN 80-88908-80-9.
9. HOGSTEL, M. O. *Gerontology: Nursing Care of the Older Adult*. New York: Delmar, 2000, 616 s. ISBN 0-7668-0729-0.
10. HORT, J., JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v učebnicích 20. století nebylo*. 1. vydání. Praha: MediMedia Information, 2007, 32 s. ISBN 978-80-86336-07-7.

11. KOPŘIVA, P., a kol. *Respektovat a být respektován*. 3. vydání. Kroměříž: Spirála, 2008, 286 s. ISBN 978-80-904030-0-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
13. NĚMEČKOVÁ, M., et al. *Práva pacientov: medicínske, oštrvovateľ'ské a filozoficko-etické súvislosti*. Martin: Osveta, 2004, 214 s. ISBN 80-8063-162-X.
14. NOVOTNÁ, M., HERLE, P. *Neurologie pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vydání. Praha: Raabe, 2012. 186 s. ISBN 978-80-87553-31-2.
15. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
16. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
17. PIDRMAN, V. *Poruchy nálady u seniorů*. 1. vydání. Praha: Maxdrof, 2010, 16 s. ISBN 978-80-7345-209-4.
18. PLEVOVÁ, I. a kol. *Oštrvovateľství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
19. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
20. RABOCH, J. a kol. *Psychiatrie pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vydání. Praha: Raabe, 2011, 138 s. ISBN 978-80-87553-27-5.
21. RABOCH, J., JIRÁK, R., PACLT, I. *Psychofarmakologie pro praxi*. 2. vydání. Praha: Triton, 2007, 167 s. ISBN 978-80-7387-041-6.

22. REBAN, J. *Demence v ordinaci praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2000. 48 s. ISBN 80-85912-28-7.
23. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004, 43 s. ISBN 80-239-43308.
24. SCHULLER, M., OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010, 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
25. TABLOSKI, A. *Gerontological nursing*. New Jersey: Prentice Hall, 2005, 160 s. ISBN 0-130-94155-7.
26. THEOVÁ, A. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 241 s. ISBN 978-80-87029-24-4.
27. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
28. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. 1. vydání. Praha: UCB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 80-238-4913-1.
29. VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
30. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
31. VENCOVSKÝ, E., DOBIÁŠ, J. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1976, 392 s. ISBN 08-024-76.
32. VORLÍČEK, J., a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006, 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

33. VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 1998. 480 s. ISBN 80-7169-437-1, s.449.
34. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003, 328 s. ISBN 80-7178-740-X.
35. Zákon č. 20/1966 Sb., *o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů*.
36. Zákon č. 96/2004 Sb., *o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách*.
37. Zákon č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů*.
38. Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*.
39. [http:// www. cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)
40. [http:// www.cggs.cz](http://www.cggs.cz)
41. [http:// www.cna.cz](http://www.cna.cz)
42. [http:// www.domaci-pece.info.cz](http://www.domaci-pece.info.cz)
43. [http:// www.hospice.cz](http://www.hospice.cz)
44. [http:// www.pmsv.cz](http://www.pmsv.cz)
45. [http:// mzcr.cz](http://mzcr.cz)
46. [http:// www.paliativnimedicina.cz](http://www.paliativnimedicina.cz)
47. [http:// www.umirani.cz](http://www.umirani.cz)
48. [http:// www. who.cz](http://www.who.cz)