

VYBRANÉ KAPITOLY Z GERONTOLOGIE



**Iva Holmerová, Božena Jurašková,
Květa Zikmundová a kol.**

VYBRANÉ KAPITOLY Z GERONTOLOGIE

**Iva Holmerová, Božena Jurašková,
Květa Zikmundová a kol.**

EV public relations
2007

Tato publikace vznikla v rámci projektu Centrum praktického vzdělání ve zdravotně sociálních službách. Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy.



Vybrané kapitoly z gerontologie

3. přepracované a doplněné vydání

© Gerontologické centrum – 2007

Autoři © Iva Holmerová, Božena Jurašková, Květa Zikmundová a kol. – 2007

ISBN 978-80-254-0179-8

VYBRANÉ KAPITOLY Z GERONTOLOGIE

**Iva Holmerová, Božena Jurašková,
Květa Zikmundová a kol.**





Obsah

I. Úvod	7
II. Gerontologie a geriatrie	12
III. Akční plány pro stárnutí a stáří.	20
IV. Stáří, gerontologie, geriatrie.	27
V. Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči a v sociálních službách	29
VI. Hlavní zásady služeb pro seniory	49
VII. Stárnutí, osobnost a změny.	59
VIII. Pohled na geriatrického pacienta	66
IX. Delirium – Deprese – Demence	82
X. Úzkost ve vyšším věku.	93
XI. Hlavní rizikové faktory onemocnění a nesoběstačnosti ve stáří – křehkost, dehydratace, malnutrice	99
XII. Farmakoterapie	116
XIII. Inkontinence moči	120
XIV. Péče na sklonku života	124
XV. Přílohy	136
XVI. Literatura	142

I. Úvod

Česká republika představuje zatím jednu z relativně mladých zemí Evropské unie. Tato situace se však bude velmi rychle měnit a populace České republiky se stane během několika desetiletí naopak jednou z nejstarších.

Jak žijí senioři v České republice

V roce 2004 bylo v Čechách 14,1 % lidí starších 65 let, to je 1 434 630 obyvatel. Na 100 mužů ve věkové skupině nad 60 let připadá zhruba 145 žen, ve skupině lidí starších 85 let je tento poměr tři ženy na jednoho muže (Vidovičová, 2006)¹. Senioři nejsou pasivní skupinou, senioři volí, nakupují, někteří mladší ještě pracují. Mezi lidmi ve věku 60–64 let najdeme asi 30 procent ekonomicky aktivních, mezi lidmi 65–70 let necelých 20 procent. Ekonomická aktivita s věkem samozřejmě klesá, ale nemizí zcela. Nemalé procento českých seniorů uvádí, že vychází obtížně se svými příjmy, z pohledu oficiální hranice chudoby čeští senioři chudí nejsou. Situace souvisí s velkými rozdíly mezi mzdou a důchodem. Do budoucna by se mohly zmírnit větším využíváním penzijního připojištění, eventuálně jiných zdrojů příjmů, které si současní senioři neměli možnost vytvořit.

Odhaduje se, že zhruba 80–90 procent seniorů je soběstačných s pomocí rodiny a nejbližšího okolí, 13 procent potřebuje pomoc v domácnosti, 7–8 procent potřebuje soustavnější domácí péči a 2 procenta (někdy je uváděno 5 %) potřebují ústavní péči. Je třeba podotknout, že zmíněná čísla jsou uváděna pro veškerou populaci starší 65 let; s postupujícím věkem, v jednotlivých věkových pásmech potřeba pomoci v sebeobsluze stoupá. Potřebují-li senioři pomoc, obracejí se nejprve na děti a partnera, potom na obec a stát, o službách neziskových organizací uvažují až na posledním místě. Na toto pořadí má vliv zřejmě historická setrvačnost – dozvuky semknuté rodiny a státního paternalismu minulého režimu. Mezigenerační solidarita v rodinách více méně funguje, s rozvolňováním rodinných vazeb a snižujícím se počtem dětí nejsou do budoucna vyloučeny eventuální postupné proměny této hierarchie.

1 Vidovičová L., Rabušic L.: *Senioři a sociální opatření v oblasti státní péči v pohledu české veřejnosti, výzkumná zpráva*. Praha. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2006, www.vupsv.cz

Podle výzkumů lze při určitém zjednodušení říci, že na míru spokojenosti ve stáří má vliv: spokojenost se zdravotní péčí, schopnost zvládat změny v životě a v okolním prostředí, míra pocitu osamělosti, pocit bezpečí v bytě a místě bydliště, subjektivní zdravotní stav, intenzita zájmových aktivit, příjem, vzdělání a některé další aspekty. Jak bylo řečeno, mnohé z uvedených aspektů lze předem ovlivnit, připravit se.

V současné době je patrné několik zdánlivě protichůdných trendů. Naše dnešní společnost obraz stáří vytlačuje ze svého vědomí, a to nikoli pouze individuálně, ale také vinou médií, která se příliš pozitivním zobrazováním stáří nezabývají. Často vidáme jednostranné a deformované obrazy, které jsou spíše škodlivé (staří lidé jako příjemci služeb, důchodů, na které nebudeme mít, příklady špatné péče, skandály). Na druhé straně vidáme, a to je patrné například v šoubyznysu, osoby, které svůj již seniorský věk více či méně zdařile kamuflují, ale mnozí z nich jej spíše bezděčně parodují. Paradoxně ve společnosti, která bude během několika desetiletí jednou z nejstarších ve světě, chybí vzory úspěšných seniorů. Tak tomu nebylo vždy a je zřejmě dobré vzpomenout alespoň příkladu jednoho seniora, který se v době relativně nedávné podílel zásadním způsobem na formování české demokracie. Byl to první prezident Československé republiky Tomáš Garrigue Masaryk. Málokdo si zřejmě uvědomí, že TGM v době, kdy nastupoval do prezidentského úřadu, byl již tři roky seniorem (narozen 1850). Obdobné příklady vidáme i v zahraničí. U nás dosud nemají moudří a výkonní seniori příliš místa na výsluní společnosti.

Stárnutí v Evropské unii

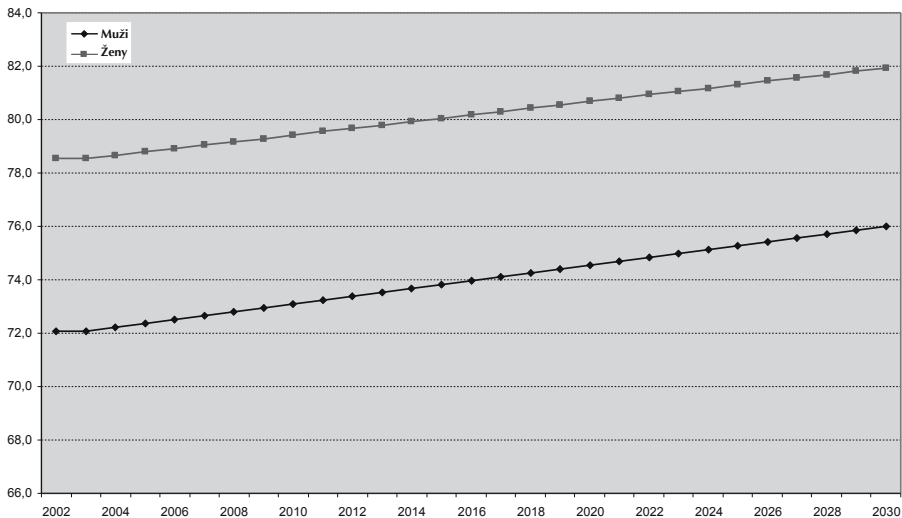
Populace členských zemí Evropské unie má rozličnou věkovou strukturu. Česká republika se dosud nachází mezi zeměmi, jejichž populace je relativně mladá. Poměrně nejvíce seniorů žije v současné době v Itálii (18,2 %), dále v Řecku, Švédsku, Španělsku a Německu. V těchto zemích je procento seniorů v celkové populaci vyšší, než je průměrné procento seniorů v zemích bývalé Patnáctky, které je 16,4 %. Celkem žije v Evropské unii po jejím rozšíření 16 procent seniorů. Nicméně tato situace se bude podstatně měnit, populace České republiky bude nadále významně stárnout a lze očekávat, že v průběhu několika desetiletí významně zestárne nejen populace jako taková, ale zejména populace starších lidí. Otázky zdraví a nemoci ve stáří tak budou stále důležitější, protože zlepšení zdravotního stavu staré populace je jednou z mála cest (a možná jedinou přijatelnou), jak je možno limitovat náklady na zdravotní a sociální péči.²

2 *Vliv demografického stárnutí v rozšířené Evropské unii na oblasti kvality života, podpory zdraví a zdravotnictví. Závěrečná zpráva.* Stefanos Grammenos, Centre for European Social and Economic Policy (CESEP), October 2005. Bruxelles.

Očekávané počty seniorů ve vybraných věkových skupinách v letech 2002–2065 (střední varianta)

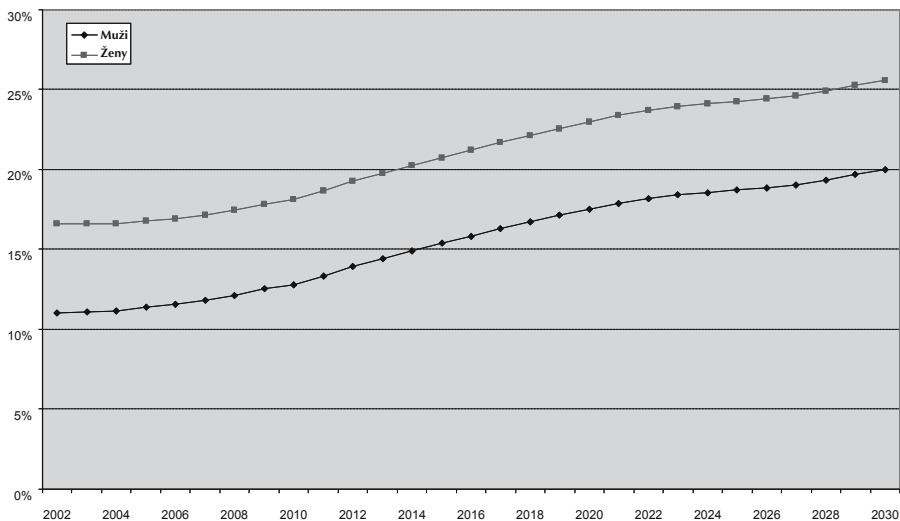
Boris Burcin, Tomáš Kučera, Katedra demografie a geodemografie PFF UK Praha, 2003

Projekce střední délky života při narození do roku 2030

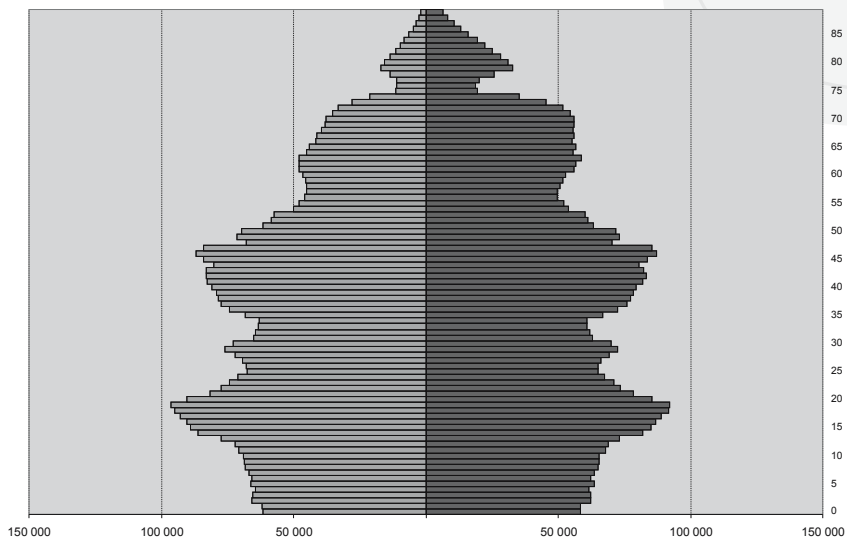


Zdroj: ČSÚ 2003

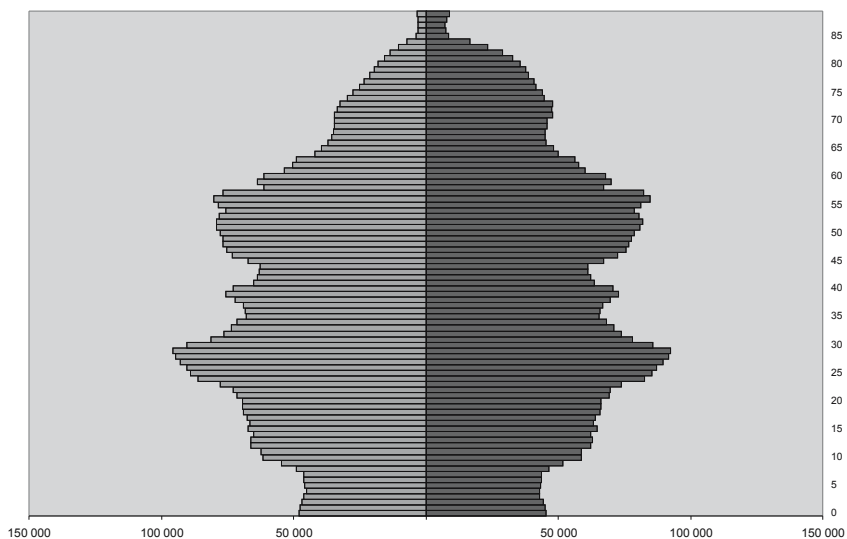
Projekce podílu starších 65 let do roku 2030



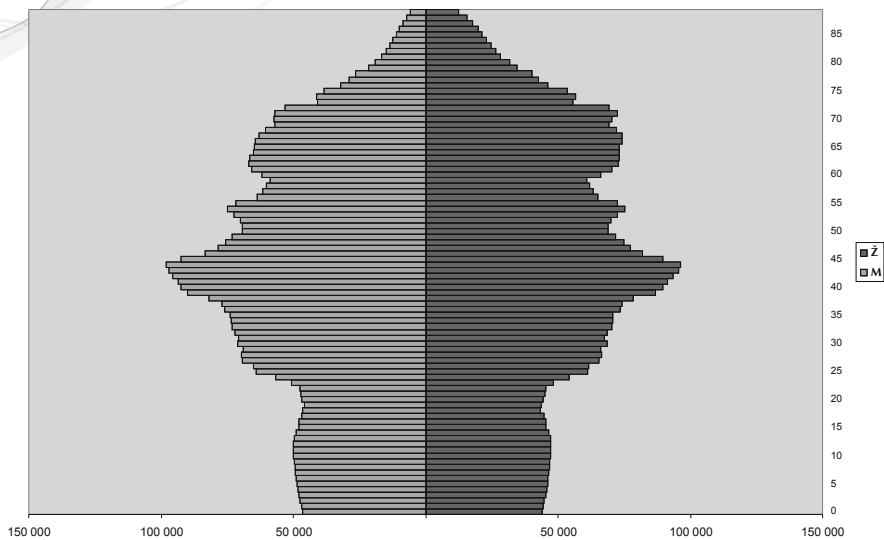
Věkový strom 1993



Věkový strom 2003



Věkový strom 2030



II. Gerontologie a geriatrie

Stárnutí populace se týká celého světa. Stalo se důležitým fenoménem, se kterým musejí počítat nejen systémy zdravotní péče, sociálních služeb a zabezpečení. Týká se celé společnosti včetně jejich politiků na centrální, regionální, ale zejména na místní úrovni, kteří budou stále častěji stavěni před problémy a výzvy plynoucí ze stárnutí populace. S problematikou stáří ze všech aspektů včetně aspektu zdravotního by proto měli být obeznámeni ti, kteří se budou se staršími občany setkávat z titulu své profese organizátorů služeb, příslušníků pečujících povolání, sociálních či duchovních pracovníků, politiků a podobně.

Gerontologie je obecný pojem pro nauku o stárnutí a stáří. Zkoumá je z pohledu biologického, demografického, sociálního a z mnoha dalších aspektů. Geriatrie (klinická gerontologie) je medicínou stáří, lékařským oborem, který se zabývá diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří, ale také širšími souvislostmi z pohledu veřejného zdravotnictví.

Geriatrie je samostatný lékařský obor poskytující specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku. Podle koncepce oboru geriatrie z roku 2001³ je vymezení oboru geriatrie následující:

- 1. Geriatrie je samostatný lékařský obor interdisciplinárního charakteru,** který plní nejen specifické úkoly léčebně preventivní, ale také integrační a metodické při vytváření uceleného systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory. Tato role je umožněna zvláště propojením geriatrie jako klinické gerontologie s gerontologií experimentální a sociální.
- 2. Cílem geriatrie je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů,** zvláště snižování chronické disability, komprese nemocnosti v pokročilém stáří, zlepšování prognózy akutních dekompenzací zdravotního stavu, odvrácení ztráty soběstačnosti a vytváření podmínek pro zachování účinnosti a účelnosti kauzálních léčebných metod do nejvyššího věku. Geriatrie cílevědomě rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláštěnostech patogeneze a manifestace chorob ve stáří, rozpracovává hodnocení funkčního stavu starého člověka, jeho sociální homeostázy a interakce s prostředím, rozvíjí specifický geriatrický režim podporující adaptaci, au-

tosanaci, rekonvalescenci a bránící specifickým komplikacím včetně iatrogenních u křehkých geriatrických pacientů. Zvláštní pozornost je věnována rozvoji a kvalitě následné a dlouhodobé péče včetně rehabilitačního ošetrovatelství.

3. **Předmětem zájmu geriatrie** je stárnoucí a starý člověk ve zdraví a především v nemoci. V širším pojetí pak ti nemocní, kteří povahou svého onemocnění či funkčním stavem profitují z geriatrického režimu a stylu práce, který respektuje specifickou jejich potřeb a limitací, jakož i nezbytnost modifikace vyšetřovacích a léčebných metod.
4. Geriatrie aktivně usiluje o týmovou spolupráci včetně vytváření stálých geriatrických týmů s odborníky (především vysokoškolsky vzdělanými) v ošetrovatelství, fyzioterapii, ergoterapii, sociální práci, eventuálně dalších souvisejících nelékařských oborech. **Úzce spolupracuje i s ostatními lékařskými obory** (především s neurologií, psychiatrií, rehabilitací a praktickým lékařstvím) a integruje jejich poznatky o starém a nemocném člověku. Ve svém interdisciplinárním pojetí však geriatrie v péči o starého člověka **nenahrazuje činnost ostatních klinických oborů** a vychází ze zásady, že každý lékařský obor má své staré nemocné (tzv. oborová geriatrie), o něž pečuje svými specifickými prostředky.
5. Geriatrie se ujímá především těch starších nemocných, u nichž dominuje nespecifická symptomatologie nad oborovou, u nichž závažná multimorbidita problematizuje oborové kompetence, či kteří jsou závažně ohroženi komplikacemi odvrátitelnými specifickým geriatrickým režimem.
6. **Geriatrie rozpracovává do podmínek české společnosti a jejího zdravotnického systému** mezinárodní zkušenosti a doporučení týkající se zdravotní a zdravotně sociální péče o seniory, především jejich integrace, participace, nediskriminovanosti a modifikace služeb. Zabývá se rovněž otázkami kvality péče se zvláštním důrazem na zařízení péče dlouhodobé. Primární prevence v rámci konceptu úspěšného stárnutí se stejně jako geriatrické poradenství obrací převážně na osoby středního a mladšího věku.

Stručně k historickým mezníkům

Skutečnost, že ve stáří probíhají nemoci jinak než u mladých lidí či lidí středního věku, byla zřejmá pozorným klinikům již před mnoha lety. V roce 1843 ohlásil profesor J. Hamerník (1810–1887) na pražské Lékařské fakultě své přednášky o „nemocech pokročilého věku s klinickými demonstracemi“. O několik desetiletí později počínaje školním rokem 1904/1905 přednášel o chorobách stáří prof. F. Procházka. O jak významné a moderní postoje se jednalo, vyplývá ze srovnání s jinými zeměmi. Ve Francii uveřejnil slavný profesor J. M. Char-

cot (1825–1893) své průkopnické „přednášky o nemocech starců“ v roce 1867. I. L. Nascher (1863–1944), který je považován za zakladatele americké geriatrické školy, vydal v roce 1914 knihu Geriatrie.

Ve dvacátých letech minulého století se zabýval problematikou nemocí ve stáří profesor Rudolf Eiselt (1881–1950), který byl od roku 1926 přednostou Ústavu pro nemoci stáří v dosavadním chudobinci Sv. Bartoloměje a později založil při pražské lékařské fakultě kliniku nemocí stáří (v té době byl děkanem pražské lékařské fakulty profesor Haškovec). Jednalo se o první univerzitní oddělení na světě. Profesor Rudolf Eiselt setrval v čele této kliniky do roku 1939. V roce 1929 byly otevřeny také Masarykovy domovy, na svou dobu moderní a zcela unikátní zdravotně sociální zařízení s 250 lůžky, které bylo bohužel brzy uzavřeno (v roce 1942 v období nacistické okupace) a již nikdy se nenavrátilo původnímu účelu.

V roce 1942 byla založena Americká geriatrická společnost, v roce 1946 založil N. W. Shock v National Institute of Health v Bethesdě gerontologickou jednotku.

Po druhé světové válce nastal významný rozvoj geriatrie i v Evropě, a to z mnoha praktických důvodů, jež lze dokumentovat na postojích a činnosti Marjory W. Warrenové (1897–1960), která na základě svých zkušeností s tehdejšími odděleními pro dlouhodobě nemocné došla k závěru, že pacienti, kteří jsou tu hospitalizováni, lze rozdělit zhruba na třetiny:

1. pacienti, kteří nebyli řádně vyšetřeni, takže je u nich předpoklad, že při správné diagnóze a terapii by tato oddělení nepotřebovali
2. pacienti, kteří nepotřebují hospitalizaci, a lze je ošetřit doma
3. pouze poslední třetinu představují pacienti, kteří potřebují dlouhodobou péči

Její závěry, které se v podstatě staly základem pro britskou geriatrickou medicínu, byly následující:

- lékaři problematiku pacientů vyššího věku velmi podceňují a často se u nich mýlí v diagnóze
- staří lidé se cítí velice špatně na klasickém nemocničním oddělení, často odcházejí v horším stavu, než byli přijati
- jestliže je správně stanovena diagnóza a zaveden správný terapeutický postup, pak i velmi staří lidé mají velkou šanci na plné uzdravení
- i když trpí senioři onemocněním s nedobrou perspektivou (stavy po cévní mozkové příhodě atd.), dobře plánovaná a přiměřená rehabilitace vede k významnému zlepšení kvality jejich života

Spolupracovníci a následovníci Marjory W. Warrenové prosadili, že se ve Velké Británii stala geriatrice základním klinickým oborem s velmi významným lůžkovým, semimurálním i ambulantním zázemím. První katedra geriatrice vznikla v Glasgow v roce 1965.

Historie České gerontologické a geriatrické společnosti

U nás usiloval o rozvoj oboru další významný a moudrý lékař Bohumil Prusík (1886–1964), pražský profesor vnitřního lékařství. Právem jej můžeme považovat za významného představitele československé geriatrice. Od roku 1948 vedl jednání o založení mezinárodní vědecké společnosti, která by se věnovala problematice stáří. Je i jeho zásluhou, že Mezinárodní gerontologická asociace (IAG) byla skutečně v roce 1953 ustavena. Inicioval také vznik gerontologické sekce při Československé internistické společnosti, která se později osamostatnila, a to již v roce 1962 (22. 6. 1962) vznikla samostatná Československá gerontologická společnost při Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně. V roce 1974 vznikl při tehdejšímu Institutu pro doškolování lékařů a farmaceutů kabinet gerontologie a geriatrice. Samostatným nástavbovým atestačním oborem se stala geriatrice v roce 1983, v době, kdy byl hlavním odborníkem pro tento obor profesor Vladimír Pacovský.

Velmi mnoho pro klinickou gerontologii vykonali zkušení a rozvážní klinici, především svými inspirujícími podněty a sympatizující podporou z pozic svého výjimečného postavení a uznávané vědecké autority. Příkladem takových kliniků jsou profesori vnitřního lékařství na Karlově univerzitě: kromě výše uvedeného profesora Bohumila Prusíka také Josef Charvát a Vladimír Pacovský, profesor František Bláha, docent Jindřich Groh a další, ze kterých bychom měli jistě zmínit alespoň primáře F. Trojana, který se zasloužil o vznik multidisciplinárního gerontologického týmu, ve kterém pracovala také Jiřina Šiklová.

Československá gerontologická společnost byla součástí Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně. Skládala se z České gerontologické společnosti a Slovenské gerontologické společnosti.

PŘEDSEDOVÉ, MÍSTOPŘEDSEDOVÉ A VĚDEČTÍ SEKRETÁŘI

1962–1963 prof. MUDr. František Bláha, Dr.Sc.

1963–1967 doc. MUDr. Jindřich Groh, CSc.

1973–1981 prof. MUDr. Vladimír Pacovský, Dr.Sc.

vědecká sekretářka MUDr. Hana Heřmanová, CSc.

1981–1994 prim. MUDr. Karel Dohnal, CSc.

vědecký sekretář MUDr. Zdeněk Kalvach

1993 přejmenování na Česká geriatrická společnost

1994–2006 prim. MUDr. Jaroslav Přehnal, CSc.⁴

vědecká sekretářka prim. MUDr. Iva Holmerová

1999 vědecká sekretářka prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

místopředsedkyně prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

od 1994 přejmenování na Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP

od 2007 předsedkyně společnosti prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

vědecká sekretářka prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

místopředseda as. MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

místopředseda doc. MUDr. Pavel Weber, CSc.

pokladník prim. MUDr. Alena Jiroudková, CSc.⁵

⁴ V roce 2006 zastupovaly za zesnulého předsedu společnosti prim. MUDr. Jaroslava Přehnala, CSc., místopředsedkyně prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. a vědecká sekretářka prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

⁵ Materiály České gerontologické a geriatrické společnosti, www.cggs.cz.

Vývoj gerontologie v posledních desetiletích

V průběhu posledních desetiletí vznikaly učebnice klinické gerontologie určené medicím, praktickým lékařům, lékařům ostatních oborů, ale i pracovníkům nelékařských oborů. Jejich autory jsou: V. Pacovský, Z. Zadák, E. Topinková, Z. Kalvach, P. Weber, J. Neuwirth, H. Haškovcová, I. Holmerová a B. Jurašková. Od roku 1999 do roku 2004 vycházel **časopis Gerontologické aktuality**. V roce 2003 vznikl **časopis Česká geriatrická revue** vydávaný pod záštitou České gerontologické a geriatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále jen JEP). Jeho zakladatelkami jsou B. Jurašková, I. Holmerová a E. Topinková.

V historii klinických pracovišť je třeba uvést jako první dle vzniku Klinik gerontologickou a metabolickou v Hradci Králové, Lékařská fakulta v Hradci Králové při Univerzitě Karlově v Praze, která vznikla v roce 1990 pod vedením prof. Z. Zadáka. Další klinikou v oboru je v roce 1999 založená Klinika geriatry, ošetrovatelství a rodinného lékařství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a fakultní nemocnice v Brně a v roce 2001 vznikla Geriatrická klinika I. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Vznikala gerontologická centra, a to jako samostatná komunitní centra nebo transformací z pracovišť Léčeben dlouhodobě nemocných v Praze, Zlíně, Pardubicích, Ostravě. Každé pracoviště je profilováno určitým směrem. Hradecká klinika se věnuje problematice metabolismu, výživy a akutní péči v geriatрии a od roku 2006 tvoří základnu pro výukové účely subkatedry geriatry, zatím pro pregraduální výuku.

Pražská a brněnská geriatrická klinika tvoří základnu pro pregraduální i postgraduální výuku katedry geriatry. Pardubické pracoviště se věnuje více problematice hojení ran. Pražské gerontologické centrum je zaměřeno na zdravotně sociální aspekty Alzheimerovy choroby a jiných demencí.

Významnou roli, která se v klimatu občanské společnosti zemí Evropské unie podílela na formulování cílů, vytyčování priorit a pojmenovávání problémů, sehrál nestátní neziskový sektor. Nestátní neziskové organizace i u nás vytvořily mnohé modely péče, které jsou u nás potřebné a které dosud nebyly dostupné, zejména významná je jejich aktivita na pomezí zdravotnictví a sociální péče. Díky těmto nestátním neziskovým organizacím vznikla v gerontologické péči například denní centra, poradny, respitní péče ústavní i domácí a další nové a potřebné formy péče (Domov Sv. Karla Boromejského v Řepích, Domov Sue Ryder v Michli a mnoho středisek Charity a Diakonie). Po změně politických poměrů se také otevřely nové možnosti pro činnosti seniorských organizací (Svaz důchodců ČR a podobně) a vznikly také nové seniorské organizace (Život 90).

V oblasti vzdělávání v oboru geriatricie přibývají systémy dalšího vzdělávání, které zavádí Diakonie Českobratrské církve evangelické, a dále výuka studentů jiných oborů – na Husitské teologické fakultě, Fakultě humanitních studií UK Praze, katedře sociální práce na Filozofické fakultě UK v Praze, katedře sociální práce a sociální politiky Univerzity Hradec Králové, Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity, Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví (IDPVZ) v Brně, katedře ošetřovatelství Univerzity Pardubice aj.

V oblasti vzdělávání jsou každoročně pořádány ve spolupráci s Českou gerontologickou a geriatrickou společností kongresy – Pražské gerontologické dny, Brněnsko-bratislavské sympóziu a Brněnský geriatrický den, Zlínský gerontologický kongres, Gerontologické dny Ostrava, Gerontologický kongres v Hradci Králové a v posledních letech i Gerontologický kongres v Karlových Varech. Kromě těchto konferencí, kongresů a sympózií jsou pořádána pravidelná setkání pracovníků v geriatricii jako pracovní dny České gerontologické a geriatrické společnosti na půdě Lékařského domu v Praze.

Z mezinárodních aktivit společnosti byl nepochybně významný IV. mezinárodní kongres Společnosti geriatrické medicíny Evropské unie (European Union Geriatric Medicine Society – EUGMS) konaný v Ženevě v srpnu 2006. Česká gerontologická a geriatrická společnost (dále jen ČGGS) České lékařské společnosti JEP je řádným členem EUGMS od roku 2003. Každý člen společnosti je po zaregistrování na webových stránkách EUGMS automaticky členem této mezinárodní organizace. Jako hlavní cíle pro další období byly stanoveny: rozvoj geriatrické medicíny v členských zemích Evropské unie, dostupnost specializovaných geriatrických služeb, organizace vzdělávacích akcí, konferencí v oblasti lékařských, ale i nelékařských oborů, vypracování závazných postupů pro preventivní a léčebnou strategii u nejčastějších geriatrických symptomů a syndromů, podpora komunikace a týmové mezioborové spolupráce.

V roce 2005 se uskutečnil Světový gerontologický kongres v Rio de Janeiru v Brazílii a v roce 2007 Evropský gerontologický kongres v Sankt Petěrburgu. Obou těchto významných akcí se zúčastnili naši gerontologové a geriatrici.

V přehledu historického vývoje geriatrické péče nelze neuvést některé významné dokumenty, které ovlivňují zcela zásadně uplatňování péče v praxi.

Mezi stěžejní dokumenty, vypracované na základě připomínek a podkladů členů výboru ČGGS, patří **koncepte oboru geriatricie z roku 2001**.

Dále mezi ně patří **Národní program přípravy na stárnutí** na období 2003–2007 (viz další kapitola), vypracovaný skupinou odborníků a předložený vládě Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Program uznává koncepční a systematickou reakci na demografické a sociální změny a navrhuje řadu změn v oblasti zdravotní péče, vzdělávání, bydlení, sociálních služeb, penzijní politiky. Dává větší pravomoc oblastním požadavkům a aktivitám v oblasti péče o stárnoucí populaci.⁶

V roce 2006 byla jmenována **Rada vlády pro otázky seniorů**, jejímiž členy jsou I. Holmerová a Z. Kalvach za odbornou geriatrickou veřejnost a J. Lorman, předseda občanského sdružení Život 90.

6 *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003–2007*, schválený usnesením vlády ČR 15. května 2002 č. 485. 2002. Praha. Ministerstvo práce a sociálních věcí.

III. Akční plány pro stárnutí a stáří

V roce 1982 se ve Vídni uskutečnilo Světové shromáždění o stárnutí a stáří, jehož hlavním organizátorem byla Organizace spojených národů. Vídeňské shromáždění přijalo důležité zásady pro seniory a posléze byl Organizací spojených národů ohlášen rok 1999 jako Mezinárodní rok seniorů.

Organizace spojených národů vyzvala vlády jednotlivých členských zemí, aby jej takto připomínaly svým občanům a aby prosazovaly zásady OSN pro seniory, které byly dány Mezinárodním shromážděním o stárnutí a stáří v roce 1982.

Zásady OSN pro seniory

ÚČAST NA ŽIVOTĚ SPOLEČNOSTI

Uznání a respektování stáří, a to nikoli jako nežádoucího a mnohdy obávaného fenoménu, ale jako normální součásti života a období, kdy stále pokračuje rozvoj lidské osobnosti. Starší lidé jsou platnými a cennými členy lidského společenství, které by bez jejich přispění nemělo všechny potřebné dimenze.

PODÍL NA VYTVÁŘENÍ A VYUŽÍVÁNÍ JEJÍCH ZDROJŮ

Starší lidé se podíleli a podílejí na vytváření společenských zdrojů, a mají také proto nezpochybnitelné právo na jejich nediskriminované využívání.

DŮSTOJNOST

Starší lidé mají právo na důstojnost svého života, a to také a zejména v situaci neso-
běstačnosti způsobené chorobou, zdravotním postižením či chronickou nemocí.

NEZÁVISLOST

Starší lidé se stejně tak jako všichni občané lidské společnosti mohou svobodně a nezávisle rozhodovat o tom, kde a jak budou žít, zda budou pracovat, kdy odejdou ze zaměstnání a budou se věnovat jiným činnostem. Měli by mít možnost žít v takovém prostředí, které je pro ně bezpečné a přizpůsobené jejich potřebám.

PÉČE

Starší lidé by měli mít možnost využívat péči a ochranu rodiny a komunity v souladu se systémem kulturních hodnot, který je vlastní jejich společnosti. Potřebují zdravotní péči, která jim umožní zachovat či navrátit optimální úroveň fyzické a duševní pohody, zabráni nemoci či ji oddálí, a sociální a právní pomoc, které jim pomohou zajistit jejich autonomii, ochranu a péči.

Mezinárodní rok seniorů 1999

Na základě iniciativy České gerontologické a geriatrické společnosti, ale zejména krátce předtím vzniklé České Alzheimerovské společnosti a dalších iniciativ byly vypracovány „cíle“ Mezinárodního roku seniorů pro Českou republiku. Tyto návrhy se staly součástí oficiální webové stránky Organizace spojených národů a přijala je také vláda České republiky, která se k Mezinárodnímu roku seniorů přihlásila a pověřila 1. místopředsedu vlády a ministra práce a sociálních věcí Vladimíra Špidlu, aby jeho úřad akce k Mezinárodnímu roku seniorů koordinoval. Vladimír Špidla jmenoval Národní koordinační radu Mezinárodního roku seniorů v České republice, kde byla kromě zástupců státní správy a samospráv zastoupena také Česká Alzheimerovská společnost (Iva Holmerová), seniorská organizace Život 90 (Jan Lorman) a další. Výstupním dokumentem Mezinárodního roku seniorů v České republice předloženým touto radou je Národní plán přípravy na stáří.

Národní plán přípravy na stárnutí na období 2003–2007⁷

Klíčovým dokumentem pro Českou republiku je Národní plán přípravy na stárnutí, který vypracovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s poradním sborem jmenovaným 1. místopředsedou vlády a ministrem práce a sociálních věcí PhDr. Vladimírem Špidlou. Tento dokument byl schválen vládou České republiky na zasedání 15. května 2002.

7 *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003–2007*, schválený usnesením vlády ČR 15. května 2002 č. 485. 2002. Praha. Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Na přípravě Národního programu přípravy na stárnutí se kromě zástupců státní správy a samosprávy podíleli také zástupci odborné veřejnosti i nestátního neziskového sektoru. To je jistě pozitivní. Přesto význam tohoto bezpochyby důležitého dokumentu nelze v současné době přeceňovat. Jedná se o dokument, který bude mít praktický význam a dopad až v situaci, kdy bude konkretizován v rámci jednotlivých resortů a v jejich vzájemné spolupráci a tyto výstupy, zásady a doporučení budou realizovány v praxi. Přesto je znovu třeba konstatovat, že se jedná o dokument výchozí, nesmírně důležitý, pojmenovávající jednotlivé okruhy, které je třeba řešit a nastiňující cesty k tomu vedoucí.

Druhé světové shromáždění o stárnutí a stáří

Druhé světové shromáždění o stárnutí a stáří se uskutečnilo z iniciativy Organizace spojených národů v Madridu v dubnu 2002. Na rozdíl od Prvního světového shromáždění o stárnutí a stáří, které se konalo ve Vídni v roce 1982 a které se zabývalo zejména problematikou stárnutí vyspělých zemí, Druhé shromáždění projednávalo problémy skutečně celého světa včetně zemí rozvojových, jejichž populace také výrazně zestárla, a zabývalo se dalšími důležitými aspekty, zejména stárnutím handicapovaných osob, problematikou duševního zdraví, špatným zacházením se starými lidmi a podobně. Toto vrcholné shromáždění přijalo závěrečný dokument Mezinárodní akční plán pro stárnutí a stáří.

Mezinárodní akční plán pro stárnutí a stáří (Madridský plán)⁸

Dne 12. dubna 2002 byl schválen závěrečný dokument shromáždění Mezinárodní akční plán pro stárnutí a stáří 2002. Tento akční plán pojmenovává některé potřeby občanů seniorů, které by měla společnost respektovat a uspokojit je. Jedná se o tři oblasti potřeb, problémů a možností řešení:

1. **Stáří lidé a rozvoj** – zdůrazňuje potřebu aktivní účasti a podílu seniorů na životě a rozvoji společnosti. Zabývá se různými aspekty stárnoucí pracovní síly, přístupem ke znalostem, výchově a vzdělávání. Za podstatné považuje vymýcení chudoby a sociálního zabezpečení a zajištění příjmu seniorům. Za klíčový moment je považována mezigenerační solidarita.

2. Zdraví a pohoda do vyššího věku – tato oblast se zabývá možnostmi podpory a rozvoje zdraví i ve vyšším věku, potřebou všeobecného a rovného přístupu ke zdravotnickým službám. Zvláštní pozornost je věnována seniorům se zdravotním postižením a seniorům, kteří jsou postiženi či ohroženi duševním onemocněním. Jedna z kapitol dokumentu se zabývá důsledky pandemie AIDS pro seniory. Za zvláště pozoruhodné považujeme, že tento významný celosvětový politický materiál klade zvláštní důraz na vzdělávání zdravotníků a poskytovatelů služeb seniorům.
3. Vstřícné a podporující prostředí pro život – v této části jsou uvedeny čtyři významné okruhy problémů. Prvním z nich je bydlení seniorů a prostředí pro jejich život. Druhý představuje péči o seniory, zejména podporu péče v rodině, včetně podpory pečujících. Další dva okruhy se týkají postavení seniorů: první z nich fenoménem špatného zacházení se starými lidmi (téma, o kterém hovořil v jednom ze svých příspěvků generální tajemník Organizace spojených národů Kofi Annaan) a další okruh doporučení byl věnován pozitivnímu obrazu stáří.

MEDIÁLNÍ OBRAZ STÁŘÍ

Je možná málo známou pravdou, že starší lidé často právě vztah a postoj médií k sobě vnímají velmi citlivě a bolestně, jako jednu z forem špatného zacházení.

Proto je jistě zajímavé srovnání s doporučeními Organizace spojených národů, která se právě médií týkají. Alespoň veřejnoprávní média by si v kulturní zemi tyto zásady měla uvědomit a respektovat je.

V mnoha společnostech představují staří lidé pokladnici informací, znalostí, tradice a spirituálních hodnot: to je důležité a nemělo by to být ztraceno... Je také potřeba vzdělávat širokou veřejnost o skutečnosti a otázkách souvisejících se stárnutím populace. Takováto výchova musí začít v raném věku. Je důležité, aby bylo stáří pochopeno jako přirozený proces. Proto je třeba připravit informační, edukační a komunikační kampaně s cílem prosazovat pozitivní image stáří jako běžného sociálního jevu, se kterým se každý setkává a jež se také každého týká. A dále také kampaně zaměřené na tvůrce politiky, pedagogy, poskytovatele péče, osobnosti z oblasti náboženství, starší občany, rodiny a širokou veřejnost.

INTEGRACE

Senioři nejsou zdaleka jen pasivními příjemci péče, jak na ně máme někdy tendenci deformovaně pohlížet. Senioři jsou přirozenou a důležitou součástí společnosti, její pamětí a zároveň silou, která může pomoci řešit důležité problémy.

SLUŽBY

Mnozí senioři potřebují služby. S jejich pomocí mohou vést plný a nezávislý život (o organizaci služeb pro seniory podrobněji v příslušné kapitole).

VZDĚLÁVÁNÍ

Připomeňme si na tomto místě opět materiál předkládaný OSN jako doporučení jednotlivým vládám, který říká, že informace o stárnutí a stáří je třeba začlenit do osnovy základních i středních škol, specializované informace a kurzy s tematikou stárnutí a stáří zahrnout do výukového programu profesního, vyššího a vysokého školství, zejména pro ty studenty, kteří se budou věnovat sociální péči, zdravotnictví, náboženství, politice, ekonomii, architektuře, plánování a dalším otázkám.

Do veřejných programů zaměřených na různé společenské otázky je třeba začlenit také seniory, a to jako zaměstnance nebo jako dobrovolníky.

Dále je třeba podporovat další vzdělávání seniorů, například prostřednictvím Univerzit třetího věku či programů pro seniory nabízených již existujícími institucemi, a posílit nebo vytvořit program garantující přiměřenou edukaci, výcvik, výzkum a vývoj v souvislosti se stárnutím a stářím. Program by měl zajistit edukaci, výcvik a rekvalifikaci pro lidi, kteří mají zájem zabývat se otázkami stáří a dalšími sociálními, ekonomickými, vývojovými a zdravotními aspekty stárnutí. Výzkumné projekty by měly být podporovány v již existujících strukturách vědy a výzkumu, věda a výzkum by měly přispět k lepšímu porozumění stáří a souvisejícím otázkám.

BYDLENÍ

Přiměřené bydlení a příjemné prostředí jsou nezbytné pro pohodu všech lidí. Je obecně uznáváno, že bydlení má velký vliv na kvalitu života každého člověka v každé zemi. Vhodné bydlení je tím důležitější pro starší občany, protože ti tráví doma většinu svého času. Bydlení seniorů s důrazem na jeho individuální charakter je třeba chápat nikoli jako přemrštěný požadavek, ale přímo jako prevenci a oddálení závislosti. Společnost by měla umožnit bezbariérové bydlení integrované v komunitě a také odstranit bariéry ve veřejných institucích. Domy s pečovatelskou službou je třeba profilovat jako otevřená komunitní centra aktivit a služeb pro seniory. Je nutno podporovat bezbariérovou výstavbu včetně bezbariérové dopravy.

Seniři potřebují takovou pomoc a podporu, aby mohli setrvat ve svých domovech tak dlouho, jak je to možné. K tomu je zapotřebí zdravotnických a sociálních služeb poskytovaných v domácnosti. To vše předpokládá adaptované vlastní byty, vícegenerační bydlení a chráněné bydlení. Možnosti bydlení pro seniory by měly být zahrnuty při plánování měst a obcí. Ústavní řešení je alternativou pro ty, kteří si již nepřejí nebo nemohou zůstat doma.

BEZPEČNOST

Staří lidé potřebují žít bezpečněji doma i v komunitě. To zahrnuje jednak prevenci úrazů, jednak opatření k ochraně proti zločinu a špatnému zacházení.

MOBILITA

Staří lidé potřebují žít a pohybovat se v rámci domova, obce, kraje, země a také používat mezinárodní dopravu. Dopravu potřebují, aby se dostali do práce, za přáteli a rodinnými příslušníky, za zdravotními a sociálními službami i odpočinkem. Doprava by měla být přizpůsobena potřebám seniorů. Obce a veškeré instituce by měly důsledně dbát na to, aby byly veškeré veřejné prostory bezbariérové a tak přístupné také seniorům a občanům se zdravotním postižením.

OBEC A RODINA

Rodina je považována za základní jednotku společnosti. S prodlužováním lidského věku začínají být v celém světě běžné čtyř- i pětigenerační rodiny. Změna postavení žen ale přispěla k zeslabení jejich tradiční role pečovatelky o staré rodinné příslušníky. Proto je zapotřebí, aby rodina jako celek, včetně mužských rodinných příslušníků, převzala břemeno péče a pomoci starším členům rodiny.

PODPORA PÉČE V RODINĚ, PODPORA RODINNÝCH PEČUJÍCÍCH

Tento cíl by měl zahrnovat informace a trénink rodinných pečovatelů, finanční podporu, bydlení pro vícegenerační rodiny, poskytování respitní péče, odměnu za dlouhodobou péči o rodinného příslušníka, započítání let do důchodového zabezpečení... Vytvoření podpurných skupin pro rodiny se zvláštními problémy a potřebami, například rodiny, které pečují o osoby postižené demencí či tělesně postižené.

Další dokumenty

SVĚTOVÁ ZPRÁVA O ZDRAVÍ

Důležitým dokumentem je také Světová zpráva o zdraví za rok 2001 (vydaná Světovou zdravotnickou organizací)⁹, pojednávající o problémech, ale i návrzích na řešení v oblasti zdravotního stavu seniorů. Jejimi hlavními body jsou: péče o chronicky nemocné, kvalita zdravotní péče, problematika seniorů v institucích a doporučení dobré klinické praxe.

DOPORUČENÍ RADY EVROPY

Z dalších zdravotně politicky významných materiálů, které jsou doporučeními vládám členských zemí Rady Evropy, se v oblasti zdraví seniorů zabývají následujícími problémy:

- problematikou chronicky nemocných a zdravotní péče pro ně
- kvalitou zdravotní péče
- postavením pacientů a jejich organizací
- problematikou seniorů v institucích
- doporučeními pro dobrou klinickou praxi

Kromě výše uvedených politických dokumentů, které se zavázaly respektovat vlády členských zemí, existují ještě doporučení a podklady odborných společností. Tyto materiály jsou v Evropských zemích převážně respektovány a slouží právě jako podklady pro přípravu výše uvedených a jiných závazných politických dokumentů.

IV. Stáří, gerontologie, geriatrie

Z lékařského i demografického pohledu považujeme u nás za počátek stáří obvykle věk 65 let. Možná si v blízké době budeme spíše zvykat na rozdělení vyššího věku, které bylo používáno na Druhém světovém shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu (duben 2002), kde se hovořilo o seniorech jako o lidech 60letých a starších a o starých seniorech jako o lidech starších 80 let. Toto rozdělení se zdá být praktičtějším nikoli pro demografický popis populace ve vyspělých zemích, ale pro celý svět, v jehož některých oblastech (subsaharská Afrika) je střední délka života cca 40 let.

Stáří jsme si zvykli rozdělovat ještě dále na jednotlivé etapy následovně:

- 60 až 74 let – počínající stáří
- 75 až 89 let – vlastní stáří
- 90 let a více – dlouhověkost

Jiné dělení bývá následující:

- 65 až 74 let – mladí senioři
- 75 až 84 let – staří senioři
- 85 let a více – velmi staří senioři

Stárnutí probíhá u každého jinak; to je dáno výslednicí nejen involučních změn, ale také původního funkčního stavu (kostní denzita, stav svalstva), životního způsobu a podobně.

Geriatric se zabývá ve své péči obvykle pacienty staršími 70 let, a to proto, že většina z nich již vykazuje změny typické pro stáří. Z pohledu preventivního je však třeba zdůraznit, že se moderní geriatrie i gerontologie orientují zejména na tzv. mladé seniory, kteří pro své zdraví ve stáří mohou pozitivní změnou životního stylu mnohé učinit.

Starší pacient se liší od mladšího pacienta zpravidla tím, že jeho stonání trvá déle.

Geriatrický pacient je ten starší pacient (zpravidla 70 a více let):

- jehož onemocnění je komplikováno dalšími významnými komorbiditami ovlivňujícími diagnostický proces, terapii i rehabilitaci

- který je ohrožen zejména zhoršením či ztrátou soběstačnosti, kvalitativními poruchami vědomí a dalšími geriatrickými komplikacemi (imobilita, dehydratace, malnutrice atd.) – zdravotnický zájem se u takového pacienta stává komplexnější a rovnoměrněji se soustřeďuje na problematiku chorob i funkčního stavu
- který potřebuje specifický přístup (specifický geriatrický režim), tak jako děti potřebují specializovanou pediatrickou péči (s tím rozdílem, že pediatrickým pacientem je každé nemocné dítě – geriatrickým pacientem není zdaleka každý nemocný senior)

Na lidský věk můžeme pohlížet z několika aspektů, a tak hovoříme kromě věku kalendářního o věku biologickém, který odpovídá stavu jednotlivých orgánových systémů, například stavu cév, o věku sociálním (dle role, kterou člověk zastává ve společnosti) a podobně.

Dle Z. Kalvacha¹⁰ mohou být senioři členěni do tří skupin dle funkční zdatnosti, rizikovosti a potřeby zdravotnických služeb. První skupinu tvoří jedinci s výbornou výkonností, kteří se ve zdravotnických diagnostických a terapeutických postupech nemusí lišit od postupů pro mladší jedince. Je to skupina tzv. **zdatných seniorů**, která nepotřebuje geriatrickou péči, ale měla by být edukována, podrobována preventivním prohlídkám.

Další skupinou jsou **nezávislí senioři**, kteří nepotřebují za normálních okolností dispenzarizaci ani žádnou pečovatelskou či ošetrovatelskou službu. Dochází u nich k přechodnému zhoršení jejich kondice vlivem zátěže v podobě operace, infektu, závažného onemocnění.

Poslední skupinu tvoří **senioři křehcí**. Mohou to být jedinci s chronickým rizikem pádů, zhoršením kognitivních schopností (mírný až střední stupeň demence), psychickou labilitou – deprese, s nestabilním stavem při onemocnění kardiovaskulárního aparátu, arytmiemi, kteří potřebují dispenzarizaci, eventuálně napojení na nouzovou signalizaci. Tito pacienti zpravidla využívají spolu se zdravotnickými službami i služby sociální, domácí péči apod.

Senioři zcela závislí jsou zcela nesoběstační jedinci, kteří vyžadují téměř nepřetržitou pomoc rodiny a pečovatelské organizace, využívají respitní péči nebo pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných (dále jen LDN). Velice často dochází vlivem dekompenzace celkového stavu k hospitalizacím v zařízeních.

V. Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči a v sociálních službách

Eva Rohanová

Úvod

Důstojnost je definována jako morální a etická kategorie zdůrazňující vědomí člověka o významu osobnosti a o uznání jeho práv. V rámci studie Důstojnost a starší Evropané¹¹ byl zpracován model, který rozlišuje čtyři typy důstojnosti:

- důstojnost zásluh – v souvislosti s životní rolí nebo postavením ve společnosti
- důstojnost mravní síly – jestliže člověk dokáže žít v souladu s vlastními mravními zásadami, pociťuje sebeúctu
- důstojnost osobní identity – je nejvýznamnější ve spojitosti se staršími osobami, ústředními prvky jsou integrita, pevné vědomí vlastního já, nalézání smyslu ve svém životě, soukromí, autonomie
- Menschenwürde – nezczitelná hodnota lidských bytostí jako lidských bytostí (odkaz na lidská práva, na náboženské pojetí člověka), je to požadavek úcty k člověku bez ohledu na jeho sociální, duševní či tělesný stav

Pohled různých generací na problematiku důstojnosti se liší, protože je tato morální kategorie ovlivněna výchovou, prostředím i vlastními zkušenostmi. Důstojnost by se tak dala rozdělit na důstojnost interní a externí. Interní důstojnost zahrnuje hodnoty, které v sobě nosí každý jako jedinečná osobnost a které mu byly v průběhu života předávány okolím a zprostředkovány vlastními zkušenostmi. Externí důstojností by se pak daly označit ty hodnoty, které tomuto pojmu přisuzuje daná společnost, to znamená co je z hlediska společenského důstojné a co ne.

Obvykle v běžném životě tento pojem spojujeme s úctou, autonomií, osobní ctí a schopností o sobě rozhodovat. A v běžném životě také očekáváme, že se k nám naše okolí bude chovat s náležitou úctou, a pokud tomu tak není, pak se snažíme

11 *Educating for Dignity, A Multidisciplinary Workbook Dignity and Older Europeans*, 2003. [přel. Kellnerová–Kalvachová L., Kalvachová L.], Cesta domů, 2004, 65 s.

si tuto úctu svým chováním získat. Problém nastává v okamžiku, kdy se nějakým způsobem stáváme závislími na svém okolí. Mnohdy v této situaci musíme bohužel přetřpět devalvací vlastní osoby, ať už vyjádřenou verbálně, nebo neverbálně.

Právní a etické vymezení důstojnosti

Z právního hlediska je lidská důstojnost zajištěna Ústavou České republiky, jejíž součástí je Listina základních práv a svobod.¹² Článek 1 říká:

Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezczizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.

V podmínkách poskytování zdravotní péče pak problematiku lidské důstojnosti právně upravuje Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, kde se v článku 1 praví:

Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny.

Zákon 20/1966 Sb. v odstavci Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví uvádí:

Zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti.

Pojem důstojnost se také objevuje v Etickém kodexu České lékařské komory: Lékař u smrtelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení.

V kodexu pro zdravotní sestry vydaným ICN (International Council of Nurses) se píše: Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva.

Také další etické kodexy, jako je např. etický kodex Práva pacientů nebo etický kodex Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících, zmiňují problematiku lidské důstojnosti¹³.

12 Ústava České republiky č. 1/1993 Sb., www.mvcr.cz

13 Haškovcová H.: *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007.

Faktory vedoucí k porušování lidské důstojnosti

ZÁVISLOST NA DRUHÉ OSOBE (NEMOC, HANDICAP, NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE)

Ve chvíli, kdy člověka postihne závažná nemoc, ztráta zaměstnání, trvalá invalidita či jiná závažná životní situace a dostává se nedobrovolně do role pacienta nebo do role uživatele sociálních služeb, může se stát závislým na pomoci zdravotníků nebo sociálních pracovníků. Právem očekává, že i v této situaci bude respektována jeho lidská důstojnost, že nebude hodnocen a odsuzován, ale chápán. Mnohdy profesionálové nemají dostatek základních znalostí, jak se k lidem v životně obtížných situacích chovat, mnohdy jsou unaveni množstvím náročných pracovních povinností, a bohužel někdy jsou i vyhořelí. A z toho může pramenit devalvace uživatelů a snižování jejich lidské důstojnosti.

VĚK

Dalším faktorem kromě závislosti na pomoci druhých osob, který ovlivňuje respektování důstojnosti člověka, je jeho věk. Se zvyšujícím se věkem se člověk stává zranitelnější, ve všech oblastech života reaguje pomaleji na veškeré změny a je v něm budován pocit závislosti na okolí nejen při podpoře denních aktivit, ale i při rozhodování o vlastní osobě. Senioři potřebují ve srovnání s mladými čtyřnásobnou dobu k naučení se novému úkolu a dvaapůlkrát více opakování. Možná proto v okolí seniora převládá názor, že není schopný rozhodovat o sobě sám a je potřeba, aby někdo další činil rozhodnutí v „jeho zájmu“.

Haškovcová¹⁴ upozorňuje, že v poslední době také vystupuje do popředí v souvislosti s péčí o staré nemocné lidi problematika označovaná jako ageismus, což je obdoba rasismu, kde cílovou skupinou nenávisti a odmítání jsou staří lidé a fenomén negativního obrazu stárí ve společnosti.

Již dlouho se hovoří o tom, že naše populace stárne. Přibývá starších osob a tato demografická situace se ještě zvýrazní po roce 2010, kdy do věkové kategorie seniorů začnou vstupovat silné poválečné ročníky. A to je otázka pouhých čtyř let. Již nyní jsou senioři nejpočetnější skupinou pacientů a jejich počet bude stoupat a budeme se setkávat se seniory velmi starými, to znamená 85 let a více, protože i délka života se prodlužuje. Respektování lidské důstojnosti sice není opomíjeno jen u seniorů, ale právě senioři jsou nejzranitelnější společenská skupina. Posilo-

14 Haškovcová H.: přednášky na UK FHS, Katedra řízení a supervize ve zdravotnických a sociálních organizacích. 2005.

vání či zraňování důstojnosti člověka je problém, který vede napříč společností a týká se rodinných i pracovních vztahů, humanizace zdravotní a sociální péče a kultivace celé soudobé společnosti.

SYSTÉM SOCIÁLNÍ PÉČE A ZDRAVOTNICTVÍ

Samotné setkání člověka se složitým a byrokratickým systémem péče znamená přizpůsobení se tomuto systému, nikoliv obráceně. I když se neustále hovoří o individuálním přístupu, stále u nás převládají totalitární instituce.

Na léčbě a ošetřování se významně podílí moderní technika a práce ošetřujících je více soustředěna na výkony, výsledky a hodnoty, ale nikoliv na člověka, který se tak stává objektem naší péče a ne partnerem podílejícím se na rozhodování o své osobě. V sociálních službách pak mnohdy převládá byrokratické řešení problému v podobě tiskopisu, nikoliv v podobě konkrétního člověka.

KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY

Obecně se v komunikaci uplatňují tři faktory: chtít, umět a moci.

Chtít na straně profesionála znamená, že bude v rozhovoru aktivní, protože se chce dozvědět informace a s nimi dále pracovat. To znamená, že kromě mluvení bude také aktivně naslouchat a získané informace využije ve prospěch uživatele. Uživatel dostane zpětnou vazbu, že informacím bylo správně porozuměno, to znamená, že bylo dosaženo komunikační shody.

Chtít na straně pacienta či klienta je samozřejmostí. Lidé, kteří přicházejí, aby-
chom jim pomohli, obvykle mají potřebu sdělovat své problémy.

Umět na straně profesionála znamená, že nevystačí s běžnými komunikačními dovednostmi z osobního života. Náročnost situací vyžaduje určitou nadstavbu, které se profesionálové musí naučit.

Umět na straně pacienta znamená hovořit zcela přirozeně a normálně bez potřeby specifických komunikačních dovedností.

Moci, neboli možnost a schopnost komunikovat, je problematičtější na straně pacienta. K tomu, aby člověk přijímal a zpracovával informace, musí být schopen vnímat a informaci uchovat v paměti. U pacientů může být překážkou zhoršující se sluch, zrak, zhoršená orientace v prostředí, v čase, pomalejší porozumění informacím, základní onemocnění, jazyková bariéra a mnoho dalších faktorů.

Nedostatek důstojnosti v péči

Jak se projevuje nedostatek důstojnosti v sociální nebo ošetrovatelské péči? Nedostatek respektu pro individuální péči může mít mnoho rozlišných forem a může se lišit od osoby k osobě. Může to být například (podle Department of Health UK)¹⁵:

- pocit zanedbávání nebo ignorování během poskytování péče
- poskytování péče nebo služeb beze slova nebo nepřijemně
- být ošetřován více jako objekt než jako skutečná osoba
- pocit, že není respektováno soukromí během poskytování intimní péče, např. vyprazdňování na pokoji místo odvezení na toaletu, poskytování hygienické péče na lůžku místo odvezení do koupelny
- jíst lžící nebo rukama místo moci použít vidličku a nůž
- obecně být ošetřován ve spěchu a nebýt vyslyšen

Podle studie Důstojnost a starší Evropané¹⁶ může mít nerespektování lidské důstojnosti tyto projevy:

- přezíravost
- projevy slovní nebo fyzické hrubosti
- nevšímavost a projevy lhostejnosti
- přivádění lidí do situací, kdy si připadají směšně
- zacházení s lidmi jako s věcmi
- zabývání se pouze materiální stránkou péče
- nerespektování studu a soukromí
- nezaklepání na dveře před vstupem do místnosti
- nesdělování člověku, o kterého pečujeme, co se bude dít
- nezdvořilé vyjadřování, neformální oslovení
- hovor o někom v jeho přítomnosti, jako by tam nebyl
- provádění ošetrovatelských výkonů bez souhlasu
- neposkytnutí prostoru pro rozhovor
- vykonávání činnosti a při tom přehlížení člověka
- lhaní nebo podvádění
- neúcta ke smrti

15 www.scie.org.uk

16 *Educating for Dignity, A Multidisciplinary Workbook Dignity and Older Europeans*, 2003. [přel. Kellnerová–Kalvachová L.], Cesta domů, 2004, 65 s.

Možné příčiny nerespektování lidské důstojnosti

Vyvstává otázka, proč si zdravotníci neuvědomují lidskou důstojnost jako hodnotu, která neodmyslitelně člověku náleží. Hovoříme-li o lidské důstojnosti, tak ji musíme respektovat nejen u pacientů, ale i u pečujících. Vycházíme-li z poznatku již citované studie Důstojnost a starší Evropané, kde je důstojnost rozdělena na důstojnost zásluh, důstojnost mravní síly a důstojnost osobní identity, je potřeba vnímat tyto hodnoty také pohledem profesionálů. V této studii je velmi výstižně znázorněn model důstojnosti, z něhož vyplývá následující: abychom si mohli vážit ostatních lidí a respektovat jejich důstojnost, musíme si vážit sami sebe.

Jednou ze složek **důstojnosti zásluh** je role, kterou člověk ve společnosti zaujímá, ať profesní nebo ekonomická. Postavení pečujících ve společnosti s sebou nese nijak vysokou prestiž, ba naopak, mnohdy je tato profese skandalizována. Většinou jsou medializovány negativní situace a o tom, jak náročná je tato profese, se příliš nehovoří ani nepíše. Špatné převládá nad dobrým, přestože je to ve skutečnosti naopak.

Další složkou důstojnosti je **důstojnost mravní síly**, neboli žít v souladu s vlastním morálními zásadami a tím i budování sebeúcty. Kolik je situací ve zdravotnictví nebo při poskytování sociálních služeb, kdy jsme svědky nebo dokonce účastníky a nemůžeme se zachovat podle vlastních mravních zásad? A nebo pokud se o to snažíme, jsme umlčeni, přeřazeni, vyloučeni z kolektivu. A tak se buď přizpůsobíme a bojujeme sami se sebou a nakonec ztratíme sebeúctu, nebo jsme tak silní, že nepodlehne, ale pak jdeme hlavou proti zdi, což je značně vyčerpávající.

Třetí složkou je **důstojnost osobní identity**. To mimo jiné znamená pevné vědomí vlastního já. Jak sama sebe vidí většina pečujících? Jako sebevědomé a uznávané partnery lékařů či jiných nadřízených? Nikoliv. Hodnotí se jako „děvečky pro všechno“, „služky“ a tak podobně. Jsou unavené z přesčasových hodin, jsou vyčerpané z náročnosti práce a z nedostatečného personálního obsazení. Bohužel jsou mnohdy vyhořelé.

Respektování lidské důstojnosti

SCIE (Social Care Institute for Excellence) je instituce, která byla založena v roce 2001 a předmětem jejího působení je zvyšování úrovně poskytování sociálních služeb pro děti a dospělé ve Velké Británii. Součástí jejich práce je i tvorba a zavádění standardů do sociální péče. Jeden z jejich praktických standardů se týká Důstojnosti v péči a je určen pro všechny poskytovatele sociálních služeb.

TEST DŮSTOJNOSTI

Ke zjištění, zda organizace poskytuje kvalitní péči na vysoké úrovni respektující lidskou důstojnost, slouží **Test důstojnosti**.

1. Má organizace nulovou toleranci ke všem formám zneužívání?

Co je tím míněno: Respekt k lidské důstojnosti je důležitý pro každého zaměstnance organizace. Péče a podpora je poskytována v bezpečném prostředí bez možnosti zneužívání. Všichni členové týmu vědí, že zneužívání může mít mnoho forem, např. fyzické, psychické, finanční i sexuální, zanedbávání a ageismus.

Je hodnota jedince jako individua základem filozofie poskytování naší péče?

Podporuje naše politika důstojnost a sebedůvěru jako prevenci zneužívání?

Máme možnost sdělovat případy zneužívání, které se objeví mezi pracovníky? (whistleblowing policy)

Je potřebný výpis z rejstříku trestů pro všechny zaměstnance?

2. Podporuje organizace lidi se stejným respektem, jaký bychom chtěli sami pro sebe nebo svou rodinu?

Co je tím míněno: O lidi by mělo být pečováno zdvořile a ohleduplně s dostatečným časovým prostorem. Lidé jsou zapojeni jako partneři v rozhodování, jaká péče jim bude poskytnuta. Lidé jsou vyzýváni a podporováni k zodpovědnosti za řízení poskytované péče společně s pečovateli.

Jsme slušní a zdvořilí, i když pracujeme pod tlakem?

Je naše kultura poskytování péče a podpora lidí více než pouhé plnění úkolů?

Zdůrazňuje naše politika praxe vidění věcí z perspektivy osoby přijímající naše služby?

Zaručíme lidem, že nebudou zanecháni v bolesti, osamělosti nebo izolaci?

3. Pečuje naše organizace o každou osobu jako o jedinečnou bytost s nabídkou individuální péče?

Co je tím míněno: Postoje a chování vedoucích pracovníků a všech zaměstnanců pomáhají chránit individualitu každého. Služby nejsou zaměřeny na výkon, ale na osobu. Personál má dostatek času na osobní jednání.

Poskytujeme péči a podporu všem osobám bez rozdílu?

Respektuje naše politika a praxe víru a hodnoty důležité pro každého jednotlivce?

Zohledňuje naše péče individuální fyzické, kulturní, spirituální, psychologické a sociální preference?

Zavrhuje naše politika a praxe diskriminaci a podporuje rovnost, respekt, individuální potřeby, vlastní volbu a ochraňuje lidská práva?

4. Umožňuje naše organizace lidem maximální možnou úroveň soběstačnosti, rozhodování a kontroly?

Co je tím míněno: Lidé přijímající péči a služby jsou zapojováni do aktivit denního života a do rozhodování o osobní péči jako partneři. Lidé mají maximální možnost volit a kontrolovat služby, které přijímají.

Ručí zaměstnanci za to, že poskytovaná péče je plánována individuálně?

Vyhýbáme se neoprávněným domněnkám ohledně toho, co lidé chtějí nebo co je pro ně dobré?

Dáváme možnost, aby lidé ovlivňovali naši politiku a praxi?

5. Nasloucháme lidem a podporujeme lidi ve vyjadřování svých potřeb a přání?

Co je tím míněno: Poskytování informací je prováděno způsobem, který umožňuje lidem rozhodovat v plánování individuální péče a umožňuje jim dát souhlas s touto péčí. V případě, že má někdo obtíže s komunikací nebo smyslové postižení, jsou využívány adekvátní pomůcky k podpoře komunikace.

Jsou všichni schopni pozorně naslouchat lidem?

Je lidem umožněno vyjadřovat svoje potřeby a cesty k jejich uspokojení?

Prokazují všichni zaměstnanci dovednost komunikace s lidmi, především s těmi, kteří mají speciální komunikační potřeby, jako např. lidé s demencí nebo lidé se smyslovým postižením?

Zajišťujeme, že všechny předávané informace jsou srozumitelné a kulturně přijatelné?

6. Respektujeme právo na soukromí?

Co je tím míněno: V případě potřeby lze zajistit prostor pro naprosté soukromí. Oblast soukromí zahrnuje stud, respektuje pohlaví jedince, kulturní nebo náboženské odlišnosti a základní společenské mravy. Lidé nejsou při přijímání péče uváděni do rozpaků.

Máme dostatek prostoru nebo místností, které jsou snadno dosažitelné pro poskytnutí soukromí?

Zajišťují zaměstnanci aktivně osobní diskrétnost, soukromí a ochranu studu?

Nevstupujeme do soukromého prostoru bez dovolení?

Mohou lidé rozhodovat o tom, kdy chtějí být sami a kdy chtějí společnost?

7. Dáváme možnost lidem stěžovat si bez obavy z pomsty?

Co je tím míněno: Lidé mají přístup k informacím a doporučením, které potřebují. Zaměstnanci podporují lidi, aby vyjadřovali své stížnosti. V organizaci je prostor pro obhájce stěžujících si lidí. Stížnosti jsou respektovány a vyřizovány v zákonné době.

Máme v organizaci kulturu, kdy se všichni učíme z chyb a nejsme za ně obviňováni?

Je možnost stěžovat si přístupná pro uživatele služeb?

Jsou stížnosti řešeny rychle a v rámci možností pomáhají v dalším rozvoji?

Jsou lidé, jejich příbuzní i zaměstnanci seznámeni s tím, že se nemusí obávat, když si budou stěžovat?

Má organizace důkazy o auditech, opatřeních a zpětné vazbě při každé stížnosti?

8. Je zajištěna partnerská spolupráce mezi členy rodiny a poskytovateli péče?

Co je tím míněno: Příbuzní a pečovatelé vnímají vstřícnou atmosféru a jsou schopni komunikovat s personálem a vedením jako s partnery. Příbuzní a pečovatelé jsou včas a plně informováni, je jim nasloucháno a jsou podporováni, aby pomáhali svým blízkým.

Dokáží zaměstnavatelé, vedoucí i zaměstnanci ocenit důležitou roli příbuzných a pečujících?

Vědí příbuzní, kdo je konkrétně odpovídá za poskytovanou péči?

Poskytujeme podporu pečujícím, kteří chtějí být úzce zapojeni do péče. Poskytujeme jim dostatek informací, které jim umožní poskytovat tuto péči?

Jsme připraveni na to, že názor příbuzných není vždy stejný jako názor poskytovatelů služeb?

9. Je podporováno sebevědomí a sebeúcta lidí?

Co je tím míněno: Péče a podpora je poskytována s maximální možnou úrovní zapojení jedince. Péče rozvíjí sebevědomí osob, aktivně propaguje zdraví a duševní pohodu. V oblasti jídla a pití je poskytována adekvátní podpora. Zaměstnanci i lidé přijímající péči jsou podporováni v udržování slušného, úctyhodného vzeření.

Je osobní péče a prostředí ke stravování dobře upraveno pro tento účel, pohodlné a čisté?

Podporujeme maximálně vlastní soběstačnost během jídla, hygienické péče a osobních aktivit?

Jsou lidé oblečeni ve vlastních šatech spíše než v ústavním oblečení?

Jestliže jsou přání lidí pokud možno respektována, jsou respektována vždy a je personál vstřícný a dobře vystupující?

10. Působíme na zmírnění osamělosti a izolace lidí?

Co je tím míněno: Lidé přijímající péči jsou aktivizováni, stimulováni a vyzýváni k aktivitám, které jsou shodné s individuálními zájmy jedince, jeho potřebami a schopnostmi. Lidé jsou podporováni v kontaktu s okolní komunitou. Zaměstnanci pomáhají lidem, aby se cítili platnými členy společnosti.

Zajišťujeme lidem přístup k různým volnočasovým a společenským aktivitám, které jsou individuálně orientovány?

Jsou nabízené aktivity aktuální ve spojení s moderní společností?

Poskytujeme informace a podporu k individuálnímu zapojení do aktivit, které přispívají ke společenskému životu?

Mají zaměstnanci v náplni práce zodpovědnost za vytváření aktivní a zdraví propagující pracovní kultury?

PRAKTICKÉ DOPORUČENÍ K ZAJIŠTĚNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

Praktické doporučení SCIE k zajišťování lidské důstojnosti při poskytování péče zahrnuje tyto oblasti:

- respekt
- komunikaci
- sociální inkluzi
- autonomii
- soukromí
- hygienu a osobní úpravu
- podávání stravy
- stížnosti
- zneužívání
- whistleblowing

Respekt je ve slovníku cizích slov definován jako vážnost nebo úcta. Tento pojem však také může korespondovat s výrazy zdvořilost, dobrá komunikace a udělení si čas.

Praktická doporučení pro zajištění respektu v poskytované péči:

- zajistit, aby poskytování péče s respektem bylo základem vzdělávání všech pracovníků poskytujících péči (včetně pečujících v domácnosti a pomocného personálu) a aby toto vzdělávání bylo následováno supervizí a nulovou tolerancí negativních postojů vůči seniorům
- zajistit, aby poskytované služby byly orientované na osobu, nikoliv na službu nebo úkol
- zajistit, aby uživatelé služeb byli dotazováni, jak mají být oslovení, a kontrolovat, jak je oslovení respektováno
- poskytovat reminiscenční terapii u lidí s demencí, která může podporovat udržení osobní identity
- zařadit „čas pro rozhovor“ v plánování individuální péče
- zapojit uživatele do plánování péče a respektovat při tom jejich názory a přání
- podporovat společné mezigenerační aktivity

Mezilidská komunikace zahrnuje mnoho složek od oslovení přes naslouchání k předávání informací.

Praktická doporučení k zajištění vhodné a účinné komunikace:

- zajistit, aby lidé byli dotazováni, jak mají být oslovení, a kontrolovat, zda je jejich přání respektováno

- zajistit, aby lidé dostali všechny nezbytné informace v přiměřené formě a na přiměřené úrovni
- zajistit přijatelnou komunikační úroveň zaměstnanců
- zajistit specifický komunikační trénink pro zahraniční členy týmu
- zajistit možnost překladu v případě, že uživatel nehovoří úředním jazykem
- pravidelně zahrnovat „čas na rozhovor“ při plánování individuální péče
- nedělat závěry a doporučení na základě vlastních kulturních hodnot a možností, vždy všechny aktivity konzultovat s uživateli
- nemluvit na seniory jako na malé děti s využíváním zdobnělin, nepoužívat tykání ani familiární oslovení
- zajistit přiměřený výcvik zaměstnanců v komunikaci s lidmi s fyzickým handicapem nebo smyslovým postižením
- zajistit v časovém rozvrhu dostatečný čas na písemné i ústní předání informací mezi personálem
- brát v úvahu všechny informace od uživatelů
- napomáhat uživatelům ve sdělování názorů na poskytovanou péči například formou neformálních setkání

Sociální inkluze (začlenění) je hlavně u starších osob nesmírně důležité z hlediska kvality jejich života a jejich nezávislosti. Příležitosti spolupracovat a spolupodílet se na fungování společnosti nebo komunity jim přináší pocit autonomie a důstojnosti. U starších lidí obvykle dochází k ubývání sociálních kontaktů, k ubývání aktivit a ke ztrátě pocitu potřebnosti. Hlavně u osob žijících v rezidenčních zařízeních je nesmírně důležitá spolupráce a kontakt s komunitou mimo toto zařízení.

Co je důležité pro zabránění sociální exkluze:

- udržování sociálních kontaktů s rodinou a přáteli
- zachování kulturních aktivit, jako je návštěva kina, divadla
- zachování občanských aktivit, jako např. být členem nějaké zájmové skupiny
- zachování přístupu k základním službám, např. nakupování, zdravotní péče
- zachování pocitu bezpečnosti ve svém vlastním okolí
- zajištění možnosti využívat finanční služby, např. vlastní bankovní účet nebo termínované vklady
- zajištění možnosti využívat komunální služby, zajištění možnosti jet na dovolenou

Autonomie je klíčový faktor zahrnující důstojnost, který je spojen v kontextu s lidskými právy a rovností. Podle slovníku autonomie znamená svébytnost, nezávislost. V přeneseném smyslu pak autonomie znamená dělat nezávislá rozhodnutí, rozhodovat sám za sebe. Autonomie člověka je ohrožena všude tam, kde lidé

potřebují pomoc a podporu v uspokojování základních a osobních potřeb, hlavně během pobytu v nemocnici nebo při užívání rezidenční péče.

Co je zásadní pro zachování autonomie:

- ošetřovat starší uživatele jako rovnocenné, s možností kontroly nad vším, co se s nimi děje
- poskytovat informace bez slangových výrazů
- zajistit, aby uživatelé služeb byli plně zahrnuti do rozhodování o jejich každodenní péči, např. co jíst, co si obléknout, kdy jít spát
- nehodnotit, zda jsou lidé schopni rozhodovat sami za sebe, či ne
- zajistit čas pro personál, aby mohl podporovat rozhodování lidí
- zajistit, aby starší lidé měli příležitost se zapojit do rozhodování o běžných denních činnostech
- zajistit, aby měl personál dostatečné znalosti a dovednosti pro podporu lidí s komunikačními nebo smyslovými poruchami
- zajistit dobrou dokumentaci s biografickou anamnézou, zvyky a preferencemi
- rozvíjet službu obrany uživatele (pracovník je advokátem uživatele)
- věnovat pozornost oblastem, kde je možné ohrozit autonomii a rozvíjet strategie k udržení autonomie
- povzbuzovat a podporovat spolupráci v širší komunitě
- zahrnout starší lidi do vzdělávání zaměstnanců, využít jejich zkušeností a poznatků s poskytovanou péčí

Soukromí je úzce spojeno s respektem osobního studu. Veškerá poskytovaná péče by měla být prováděna tak, aby nedocházelo ke zbytečnému odhalování, aby poskytovaná péče nebyla pokořující a neuváděla lidi do rozpaků. Diskrétnost by měla být také zachována v souvislosti s osobními informacemi. Diskuse a předávání informací o uživateli by mělo být prováděno tak, aby nikdo, kdo se nepodílí na péči, neměl možnost tyto informace vyslechnout. Soukromé rozhovory s uživateli a jejich rodinnými příslušníky by měly být vedeny ve zvláštních místnostech, nikoliv na chodbách nebo v recepcích.

K nerespektování studu a soukromí dochází například

- nevyšetřuje-li lékař pacienta v soukromí, ale v přítomnosti dalších osob
- při provádění výkonů na pokojích bez použití zástěn
- při nedostatku osobního prostoru v nemocnicích nebo rezidenčních zařízeních
- při nedostatečném oblékání
- při hospitalizaci na smíšených odděleních
- při vstupování na pokoj bez klepání

Jak napomoci k zajištění soukromí:

- zařadit otázky soukromí a studu do základní přípravy všech zaměstnanců včetně pomocného personálu
- interpersonálně poskytovat pouze takové informace, které se vztahují k poskytování péče, chránit osobní a finanční záznamy
- osobní a sexuální vztahy nejsou předmětem týmového předávání informací
- před vstupem na pokoj zaklepat a získat svolení ke vstupu
- nemanipulovat s osobními věcmi a doklady bez souhlasu uživatele
- neotvírat osobní poštu
- respektovat osobní prostor s možností využití vlastních věcí (vlastní zařízení v rezidenční péči)
- i v případě, že osoba vyžaduje intenzivní monitoraci nebo observaci, je potřeba brát v úvahu potřebu soukromí
- při výkonech spojených s odhalováním vždy zajistit soukromí
- zajistit uživatelům přiměřené oblečení

Hygienická péče a úprava zevnějšku je běžnou součástí každého dne a zahrnuje:

- mytí, koupání, sprchování
- holení
- orální hygienu
- mytí vlasů
- odstraňování obličejových a tělových chloupků
- péči o nehty včetně pedikúry
- péči o vyprazdňování
- oblékání a svlékání
- převlékání ložního prádla

Kromě těchto činností je potřeba se také zaměřit na prostředí. S důstojným prostředím souvisí úklid a čistota, kontrola zápachu, možnost využívat vlastní vybavení, osobní předměty denní potřeby a osobní pomůcky.

Co je klíčové pro uživatele:

- zajistit soukromí při vykonávání hygienické péče, dát přednost koupelně a toaletě před prováděním těchto úkonů na lůžku, brát v úvahu všechny individuální a kulturní zvyklosti
- zohlednit všechna přání uživatele v oblasti hygienické péče a vyprazdňování
- při provádění výkonů a vyšetřování zajistit soukromí, odhalovat v co nejmenší míře
- zajistit koupelny zvlášť pro ženy a zvlášť pro muže
- zajistit přiměřené oblečení tak, aby nedocházelo k odhalování částí těla

Podávání stravy je oblast, které se věnuje jen málo pozornosti, přestože je obecně známo, že dobrá nutriční a hydratační může výrazně ovlivnit zdravotní stav a pohodu lidí.

Tento akt je v našich klinických a rezidenčních zařízeních naprosto rutinní záležitostí, jen zřídka je individualizován. Standardní čas podávání snídaně, oběda i večere nebere ohled na individuální stravovací návyky jednotlivců. Imobilní pacienti jsou zcela odkázáni na personál a nemají možnost vlastního rozhodování, co se týká času nebo způsobu podávání stravy. Pro imobilní uživatele je dalším velkým problémem dostupnost a volba nápojů a s tím související úroveň hydratace.

Lidé po mozkových příhodách, s Parkinsonovou nemocí, s demencí mají výrazně sníženou schopnost sebeobsluhy a mohou mít i polykací obtíže. S tím souvisí delší čas potřebný ke stravování.

Je mnoho dalších důvodů malnutriční v souvislosti s pobytem v nemocnici nebo v zařízeních rezidenční péče. Může to být například samotné jídlo a jeho úprava, kultura stolování, jiný časový režim podávání stravy, příprava na různá vyšetření a s tím související potřeba lačnění, nedostupnost jídla a tekutin v průběhu dne mimo oficiální čas podávání stravy.

Na co je potřeba se zaměřit:

- zajistit rutinní nutriční screening v nemocnicích a v zařízeních rezidenční péče
- dietní potřeby a stravovací preference uživatelů by měly být součástí základních autobiografických a anamnestických údajů a měla by jim být věnována dostatečná pozornost
- je-li potřeba, zaznamenávat denní příjem stravy a tekutin
- dát lidem dostatečný čas na jídlo a během jídla je nerušit
- je-li nezbytná asistence při jídle a pití, poskytovat pomoc a podporu na úrovni dospělého člověka, nesnížit se na úroveň malého dítěte
- zachovat všechny stolovací a stravovací návyky, jako je používání příboru, podávání kompletního pokrmu
- respektovat kulturní zvyklosti
- poskytovat pomoc a podporu při stravování beze spěchu, neodbíhat
- zajistit základní vzdělání personálu v oblasti nutriční a hydratační
- pravidelně konzultovat jídelníček s uživateli
- je-li to možné, zapojit uživatele do přípravy jídla nebo přípravy stolování
- zajistit dostatek tekutin během každého jídla
- zajistit dostatečné množství tekutin během dne i v průběhu noci

Stěžovat si na poskytovanou péči je u nás zatím málo obvyklé a pro uživatele velice obtížné z mnoha důvodů. Lidé mohou mít problémy s vyjadřováním a neumí stížnost formulovat, nevyznají se v systému péče, a tudíž nevědí, kam a komu stížnost adresovat. Někteří nechtějí působit obtíže, jiní jsou přesvědčeni, že se stížností nebude nikdo zabývat, a převážná většina uživatelů se obává, že bude vystavena odplatě ze strany personálu.

Ne mnoho organizací u nás zatím umí se stížnostmi pracovat. Stížnost je potřeba brát jako důležitou zpětnou vazbu vlastní práce, která posunuje organizaci a personál o krůček dopředu. Ze strany organizace je potřeba vytvořit otevřenou a čestnou organizační kulturu ve vztahu ke stížnostem:

- uživatelé cítí, že jsou ve středu pozornosti personálu
- personál nepoužívá vůči uživatelům, kteří jsou nespokojeni, výhrůžky nebo agrese
- problémy jsou vyhledávány a řešeny na co nejvyšší úrovni v co nejkratším čase
- je sjednána náprava všech příkladů nesprávné praxe

Jestliže se lidé cítí spokojeni v centru zájmu personálu a personál neprodleně řeší všechny připomínky uživatelů, množství oficiálních stížností je tak sníženo na minimum.

Jestliže jsi svědkem jakékoli formy zneužívání, měl bys tuto skutečnost neprodleně oznámit v rámci další ochrany osob!

Doporučení uživatelům k řešení stížností:

- je-li to možné, snažit se vyřešit stížnost na co nejvyšší úrovni
- jestliže nemůže být problém vyřešen neformálně, vyžádat si standard procesu podávání stížností v organizaci
- zaznamenat všechna jednání, písemnosti a telefonní rozhovory, které se stížností týkají
- při nespokojenosti výsledku stížnosti postoupit stížnost nadřízeným institucím nebo ombudsmanovi

Dobrá praxe poskytovatelů při jednání se stěžovateli:

- zkusit vyřešit stížnost na co nejvyšší úrovni
- nabídnout stěžovateli podporu nebo obhájce
- zajistit, aby byl stěžovatel průběžně informován o projednávání stížnosti a o nápravných krocích
- zpracovat přehlednou zprávu o výsledku řešení stížnosti s postupem dalších kroků při nespokojenosti stěžovatele
- zajistit, aby byl personál důkladně informován o řešení stížnosti
- zajistit znevýhodněným lidem (lidem s demencí, lidem z minoritních skupin) vhodnou podporu při podávání stížnosti

Zneužívání osob je bohužel poměrně častý jev, o kterém se jen velmi zřídka hovoří. Zneužívání osob nelze jednoznačně definovat. Dle často užívané pracovní definice Action on Elder Abuse¹⁷ je týráním a zneužíváním starých lidí „jednotlivý nebo opakovaný čin nebo chybění přiměřené činnosti, které poškozují seniory nebo jim způsobuje utrpení a k němuž dochází v jakémkoli vztahu, kde se předpokládá důvěra“.

Jaké typy špatného zacházení rozlišujeme:

Fyzické týráním – způsobení fyzické bolesti nebo i zranění, fyzický nátlak, trestání, chemický nátlak. Zahrnuje bití, pohlavkování, mačkání, kopání, štípání, špatné podávání léků, nevhodné sankce.

Psychické týráním – vyvolává duševní úzkost. Zahrnuje urážky, emocionální vydírání, opuštění, přerušování sociálních kontaktů, ponižování, obviňování, zastrasování, nátlak.

Finanční a materiální – nezákonné nebo nečestné používání prostředků a zdrojů. Zahrnuje krádež, podvod, vykořisťování, tlak k zařazení do závěti.

Sexuální – zahrnuje pokus o znásilnění, znásilnění, sexuální akty bez souhlasu dotčené osoby, nebo sexuální akty, kde byl souhlas vynucen pod tlakem.

Další možné způsoby zneužívání mohou být:

Zanedbávání a opomenutí – zahrnuje ignorování fyzických a psychických potřeb, neposkytování vhodné zdravotní a sociální péče nebo informací, nepodávání léků, adekvátní stravy a nezajištění tepla.

Diskriminace – zahrnuje rasismus, sexismus, ageismus, diskriminaci lidí s postižením.

Co dělat při setkání s jakoukoliv formou zneužívání?

Jestliže forma zneužívání neohrožuje uživatele bezprostředně na zdraví nebo na životě, je potřeba ihned informovat nadřízené. Jestliže se jedná o trestný čin ublížení na zdraví, je třeba podat trestní oznámení, což je zákonná povinnost, kterou má každý občan České republiky.

Velkou úlohu hraje management organizace v nastolení organizační kultury – klimatu, který je přístupný nebo nepřístupný pro možné zneužívání uživatelů.

Whistleblowing – tento termín vyjadřuje něco jako udavačství, práškačství, ovšem v pozitivním smyslu. Znamená to upozorňování na chyby, které dělají při poskytování péče ostatní členové týmu. Takový člověk může být označen jako zrádce nebo donašeč a rozhodně není oblíbeným členem týmu.

17 Loughlin O., Dugan: *Action on Elder Abuse*, 1998.

V posledních letech je však trend implementovat v organizacích Velké Británie „whistleblowing policie“ v boji proti všem formám zneužívání uživatelů. Je nezbytné, aby „whistleblowers“ byli uvnitř organizace podporováni a ochraňováni, neboť vystupují do popředí jako jeden z důležitých aspektů zvyšování úrovně poskytované péče v organizaci. Jsou-li tito pracovníci vnímáni více v pozitivním než negativním světle, nachází se v organizaci postupně více zaměstnanců, kteří se otevírají této dobré praxi.

Noví členové týmu bývají často objektivnější než stávající členové. Mají na věci jiný, neotřelý pohled a jsou to právě oni, kdo může přinést změnu zaběhaných praktik. Je proto nezbytné, aby noví zaměstnanci byli podporováni ve sdělování zpětné vazby hlavně v oblasti případů nesprávné praxe.

A, B, C, D PÉČE ZACHOVÁJÍCÍ DŮSTOJNOST

Dokument nazvaný „A, B, C and D of dignity conserving care“, jehož autorem je kanadský psychiatr Harvey Max Chochinov, byl zveřejněn v květnu 2007¹⁸. Tento dokument je určen pro lékaře, ale obecně se dá použít pro všechny poskytovatele péče.

A Attitude – postoje

Postoje poskytovatelů péče vůči uživatelům by měly být bez jakýchkoliv předpokladů a domněnek ovlivněných vlastními zkušenostmi a potřebami. To znamená nepřisuzovat věci a vlastnosti určitým skupinám osob, neodsuzovat některé skupiny lidí za jejich chování, nehodnotit, nesoudit, ale snažit se pochopit.

Otázky k zamyšlení:

Jak bych se cítil v situaci pacienta?

Co mě vede k tomu, dělat právě takové závěry?

Ověřil jsem si, že jsou moje předpoklady správné?

Jsem si vědom, jak moje postoje mohou být ovlivněny?

Mohou být postoje vůči pacientovi založeny na nějaké vlastní zkušenosti, úzkosti nebo obavách?

Jsou moje postoje poskytovatele péče vůči pacientovi takové, že jsem schopný založit otevřený empatický profesionální vztah?

Kroky:

- ☛ *U každého pacienta si polož tyto otázky a reflektuj je.*
- ☛ *Diskutuj o postojích a předpokladech, které ovlivňují péči o pacienta pravidelně při referování všech případových studií a při klinické výuce.*
- ☛ *Rozvíjej profesní aktivity, které vedou ke změnám, a interpretuj svoje postoje a předpoklady, které mohou ovlivnit poskytovanou péči.*
- ☛ *Vytvářej kulturní prostředí mezi svými kolegy a uvnitř organizace tak, aby diskuse o postojích se stala součástí poskytované péče.*

B Behaviour – chování

Naše postoje a změna postojů formuje naše chování. Chování poskytovatelů péče vůči uživateli by mělo být vždy laskavé, s respektem k dané osobě.

Již malá míra laskavosti hraje velkou úlohu v individualizaci péče a zabere jen málo z pracovního času. Mohou to být aktivity např. naklepat polštář, podat sklenici vody, pomoci s obutím trepek, vypnout prostěradlo... Důležité je nečekat na žádost, ale tuto „drobnou“ péči nabízet.

Předpoklady:

Každý kontakt s pacientem je silná a důležitá intervence.

Profesionální chování vůči pacientovi musí vždy zahrnovat respekt a laskavost.

Nedostatek moderní přístrojové techniky a vybavení není tak zásadní jako nedostatek kontinuálního kontaktu s pacientem.

Kroky:

- ☛ *Vždy žádej pacientovo svolení k vyšetření.*
- ☛ *Vždy žádej pacientovo dovození, zda se mohou vyšetření účastnit studenti.*
- ☛ *Ačkoliv je vyšetření součástí rutinní práce, je zřídka rutinou pro pacienta.*
- ☛ *Neustále oceňuj pacienta, užívej slova pochopení, vysvětluj.*
- ☛ *Omez konverzaci během vyšetření, kromě povzbuzování nebo instrukcí, dokud nebude přiměřeně oblečen.*

C Compassion – soucit

Postoje a chování nemohou být jmenovány bez spojení s oblastí duševní. Soucítění s pacientem vyjadřuje hlubokou úctu před utrpením druhých, vyjadřuje pocity,

které jsou vyvolány v kontaktu s pacientem, a vyžaduje velkou míru empatie pečujících. O míře soucitu a empatie mnohdy rozhodují vlastní zkušenosti s nemocí.

Cesty, jak projevit soucítění:

- ☞ *pohledy porozumění*
- ☞ *něžný dotyk ramene, lokte nebo ruky*
- ☞ *různé formy komunikace, verbální i neverbální s prvky porozumění*

D Dialogue – rozhovor

Dobře vedený dialog mezi profesionály a pacientem je základním stavebním kamenem formování péče. Slouží nejen k získávání informací, k spolupodílení se na plánování péče, ale i k rozpoznání emocionálního rozpoložení. Možnost svobodného projevu a vyslovení vlastního názoru je projevem autonomie.

Tato část také zahrnuje kromě běžných rozhovorů psychoterapeutické aktivity jako je:

- ☞ *Dignity therapy – psychoterapeutické rozhovory, jejichž podstatou je nalézt podněty, které vedou k pocitu nedůstojnosti, a tyto podněty ve spolupráci s pečujícími odstranit.*
- ☞ *Meaning centered therapy – psychoterapeutické rozhovory zaměřené na vnímání smyslu života.*
- ☞ *Life review/reminiscence – je metoda, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Je vhodná pro zdravé seniory, kde má preventivní a aktivizační význam, ale zejména je vhodná pro pacienty s demencí, kteří trpí poruchami krátkodobé paměti, ale dobře si vybavují události minulé.*

PĚT PŘÁNÍ

„Pět přání“ (Five Wishes)¹⁹ je písemný dokument, který pomáhá vyjádřit lidem, jak chtějí být ošetřováni v případě, že budou vážně nemocní. Zahrnuje všechny individuální potřeby: zdravotní, osobní, emocionální a spirituální.

Tento dokument vydala americká nezisková organizace Aging With Dignity, která byla založena roku 1997 na podporu a ochranu lidské důstojnosti.

Dokument „Pět přání“ oficiálně přijalo 40 států v USA a v současné době s ním pracuje zhruba 10 000 organizací. Tento dokument neslouží jenom profesioná-

lům, ale pomáhá i rodinným příslušníkům uskutečnit přání svých blízkých v situaci, kdy oni sami už nemohou svá přání vyjádřit. Obsahuje následující části:

1. má přání ohledně toho, jaké osoby za mne mohou rozhodovat o poskytované péči v případě, že nebudu moci tato rozhodnutí činit sám
2. má přání ohledně způsobu ošetření, který chci a který nechci
3. má přání ohledně toho, v jaké pohodě chci být
4. má přání ohledně toho, které osoby chci, aby mě ošetřovaly
5. co chci, aby moji blízcí věděli

„Pět přání“ je oficiální dokument, který pomáhá plánovat individuální péči u osob vážně nemocných. Zohledňuje vlastní přání a zcela akceptuje lidskou důstojnost.

KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE

Bazální stimulace je cíleně stimulující ošetrovatelská péče, v jejímž centru je konkrétní jedinec se svými aktuálními potřebami a se svými lidskými kořeny a historií. Základem takto orientované péče je respekt autonomie každé osoby.

Zakladatelem tohoto konceptu je profesor Andreas Fröhlich, německý speciální pedagog. Do ošetrovatelství byl tento koncept zaveden v 80. letech minulého století a na jeho zavedení se podílela zdravotní sestra Christel Bienstein.

Jedním z devíti cílů bazální stimulace je: **poskytnout autonomii a zodpovědnost za svůj život.**

Tento cíl je naplňován prostřednictvím autobiografické anamnézy, maximálně možným zapojením rodiny do ošetrovatelské péče, individuálním režimem dne a laskavou, empatickou individuální ošetrovatelskou péčí.

Závěr

Problematika respektování lidské důstojnosti při poskytování péče je v poslední době velmi sledovanou oblastí především ve Velké Británii a v USA. Tato problematika se vine napříč celým spektrem poskytování zdravotních i sociálních služeb, napříč všemi generacemi a dotýká se každého uživatele. Mělo by být proto v centru pozornosti všech poskytovatelů, jak se příjemci péče nebo uživatelé služeb cítí.

Je povinností profesionálů respektovat, ochraňovat a podporovat lidskou důstojnost za jakýchkoliv okolností a v jakékoliv situaci.

VI. Hlavní zásady služeb pro seniory

Cílem veškerých zdravotnických služeb pro seniory je co nejdelší zachování zdraví a soběstačnosti, integrace ve společnosti i při zhoršení zdravotního stavu, co nejdelší setrvání v rodinném a domácím prostředí. V období nemoci přiměřeně intenzivní a šetrné léčení a rehabilitace se zřetelem na potřeby seniorů.

Výše uvedené cíle předpokládají takový systém služeb, které budou na sebe plynule navazovat i přes hranice rezortů. Budou vytvářeny dle potřeb seniorů v dané komunitě, okrese či regionu se zřetelem na subsidiaritu (upřednostnění prostého před složitým, zajištění maxima služeb co nejlíže pacientovi a jeho rodině).

RODINA

Rodinu je třeba chápat jako základní prvek společnosti, který integruje všechny věkové kategorie. Proto považujeme za klíčové, aby byl vytvořen systém podpory pečujících rodin. V případě nemoci či zhoršení soběstačnosti seniora je třeba rodině dodat takové služby, které jí umožní se o pacienta seniora postarat.

NA ÚROVNI KOMUNITY

Komunitou rozumíme obec, více obcí, městskou část a podobně. Co je třeba učinit na úrovni komunity: vytvořit podmínky pro bydlení zdravých seniorů i těch, kteří mají určitá zdravotní omezení. Zajistit dostupnost občanských služeb seniorům, dostatek informací a snadný přístup k těmto službám tak, aby senioři nebyli v jejich využívání diskriminováni. Pro akutně nebo chronicky nemocné či méně soběstačné seniory zajistit systém služeb, který bude zahrnovat nejen péči lékaře, ale také integrovaný a vzájemně komunikující systém domácích služeb: pomoc a ošetrovatelskou službu v domácnosti, rehabilitaci, sociální práci, respitní péči, poskytování kompenzačních pomůcek, nouzové volání a signalizaci, podpůrné programy pro pečující rodiny, osobní asistenci. Další potřebnou formou péče jsou denní centra pro seniory i možnost krátkodobého či déleodobého ošetrování mimo domácnost. Tyto služby mohou obce zajistit s využitím kapacit rodin, občanů a poskytovatelů (ať již soukromých či jiných), některé služby může zajistit několik komunit společně. Klíčová je však zodpovědnost obce za zajištění těchto služeb a kvalifikovaná organizace těchto služeb s ohledem na potřeby občanů (case management).

Propojenost zdravotní a sociální péče jako nezbytná podmínka

Přestože péči o seniory jsme si zvykli rozdělovat na péči zdravotní a sociální, potřeby seniorů samotných jsou velmi často natolik komplexní, že je třeba zajistit nejen oba typy služeb (zdravotní i sociální), ale zejména garantovat jejich návaznost a propojenost. To je zatím největším problémem, protože dosavadní systém zdravotnictví a sociální péče propojený nikterak není, a to ani v této citlivé oblasti. Během posledních let dochází bohužel spíše k oddálení než ke sblížení v organizaci zdravotnických a sociálních služeb. V praxi dochází velmi často k situacím, kdy staří lidé jsou příliš nemocní na to, aby jim stačily pouhé sociální služby, ale problematika jejich zdravotního stavu a soběstačnosti je natolik dlouhodobá, že s nimi zdravotnictví již nepočítá, protože v tomto systému není nikterak řešena otázka dlouhodobých pobytů.

JAK BY MĚLA BÝT ORGANIZOVÁNA ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO SENIORY

Vize geriatrické péče (dle koncepce oboru geriatricie)

V principu se jedná o zásadu diferencovaného poskytování služeb dle aktuálních potřeb seniorů, s důrazem na aktivní přístup, preventivní zaměření, včasnou diagnostiku, funkční hodnocení, intenzivní a minimálně invazivní léčbu a rehabilitaci, doléčení a koordinaci služeb komunitního typu. Zdravotní a zdravotně sociální péče ošetrovatelského typu přizpůsobená potřebám pacientů, eventuálně specializovaná dle převládající problematiky (např. stavy po cévních mozkových příhodách, demence atd.), je chápána pouze jako východisko tam, kde není jiné řešení. Jedná se tedy o aktivní „manažerský“ přístup, který by měl nahradit přístup kapacitně-ošetrovatelsko-ubytovací, s jakým se mnohdy setkáváme.

Na tomto místě jen stručně představíme potřebnou strukturu geriatrických služeb a pojmenujeme několik oblastí, které považujeme za důležité v dalším rozvoji zdravotnických služeb stárnoucí populaci (v intencích koncepce oboru, která byla v roce 2001 vypracována prim. MUDr. Jaroslavem Přehnalem, CSc., předsedou výboru ČGGS).

STRUKTURA GERIATRICKÉ PÉČE

LŮŽKOVÁ PÉČE

Geriatrická nemocniční oddělení slouží posouzení funkčního stavu a diagnostice, individualizované léčbě typicky geriatrických syndromů, stavů, které nejsou indikovány na jiná oddělení nemocnic a nebo není hospitalizace pacientů na těchto odděleních možná z důvodů jejich specifických potřeb (demence, poruchy chování atd.) a s ohledem na multimorbiditu.

Součástí činnosti těchto oddělení je také včasné plánování propuštění, stanovení plánu dalšího postupu a posouzení potřebnosti dalších služeb.

Geriatrická postakutní oddělení (návrtná péče) slouží geriatrickým pacientům s potřebou doléčení, rehabilitace a zlepšení soběstačnosti.

Zdravotně sociální péče převážně ošetrovatelského typu slouží pacientům s trvalou potřebou zdravotnického dohledu a dopomoci v základních sebeobslužných aktivitách. Tato péče může být poskytována krátkodobě, dlouhodobě i trvale. Důraz je kladen na zachování kvality a důstojnosti života pacientů s výraznou nesoběstačností. Kvalifikovanými přístupy v této péči jsou ošetrovatelství, rehabilitační ošetrovatelství, ergoterapie, fyzioterapie, paliativní péče, dementologie, nutricionistika atd.

SEMIMURÁLNÍ PÉČE

Oddělení denních hospitalizací je zřizováno při geriatrickém oddělení. Slouží seniorům s potřebou vyšetření či terapie, kdy není nutná hospitalizace, ale situaci nelze řešit pouhým ambulantním ošetřením či vyšetřením.

Zdravotně sociální denní centra slouží seniorům s omezenou soběstačností a specifickými zdravotními potřebami (demence).

AMBULANTNÍ PÉČE

Geriatrická ambulance navazuje svou činností na lůžkové geriatrické oddělení (nemocniční či postakutní péče), její činnost je léčebně preventivní, dále organizačně metodická a konziliární a poradenská, a to prostřednictvím konziliární služby pro nemocnici i pro komunitní služby. Spolupracuje s týmem odborníků v geriatrické péči (geriatr, sestry, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník). Tyto týmy zajišťují školení personálu v komunitní péči, pomoc při řešení individuálních situací geriatrických pacientů a podobně.

KOMUNITNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

Jedná se o účelné propojení a koordinaci zdravotnických a sociálních služeb, spolupráci s praktickým lékařem ve spolupráci s geriatrickou ambulancí a jejími týmy.

Potřebnost jednotlivých typů péče a aktuální problémy vysvětlíme na následujících příkladech.

POTŘEBNOST GERIATRICKÝCH ODDĚLENÍ V NEMOCNICI

Kazuistika 1

Pan A, 78 let, významný lékař, univerzitní profesor, až do svých 73 let odborně a veřejně činný, nyní trpí již pět let Alzheimerovou chorobou. V péči rodiny. **Náhlé zhoršení stavu, zhoršení orientace, bolesti v bedrech, neklid.** (Skutečná diagnóza pyelonefritis.)

Komentář: V současné době jsou tito pacienti zpravidla ve zdravotnických zařízeních odmítáni, neboť jsou zmatení a rušili by oddělení. Pokud jsou přijati, bývají přikurtováni k posteli, a to za ruce i nohy, aby na nich mohla být prováděna terapie a nekladli odpor. Dekubity vznikají velmi rychle.

Kazuistika 2

Paní B, 82 let, sochařka, nositelka mnoha tuzemských i mezinárodních vyznamenání, dosud pracuje. Trpí osteoporózou, celkově křehká. **Upadla a nemůže chodit.** (Dg. infrakce pánve.)

Komentář: V současné době tyto pacientky bývají zpravidla (pokud vůbec jsou) přijaty na různá oddělení nemocnic. Z obav před inkontinencí je zaveden permanentní katetr, tím je pacientka připoutána k posteli a její pohyb je omezen na minimum, rychle se dehydratuje, dochází k rozvratu vnitřního prostředí atd. Pacientka však potřebuje nutriční péči a dostatečnou mobilizaci.

Kazuistika 3

Paní C, 86 let, významná spisovatelka, dosud žijící samostatně jen s domácí dopomocí. V posledních dnech **opakované pády, celková nevolnost, ulehla.** Odeslána do nemocnice, kde vyloučena chirurgická, interní i neurologická příčina stavu a vrácena zpět domů. (Dg. dehydratace při interkurentní infekci, malnutrice, slabost, instabilita.)

Komentář: V současné době jsou geriatrickí pacienti s netypickou problematikou často odmítáni, není jim věnována v nemocnicích dostatečná pozornost a jsou odesíláni domů nebo předáváni na oddělení následné péče. To má vliv na zhoršení jejich soběstačnosti a mobility, i když by se jejich stav mohl ještě zlepšit.

Výše uvedené situace by pomohla řešit geriatrická oddělení nemocnic se specifickým režimem, která by zajistila dostatečnou diagnostiku a léčbu a včasné propuštění. Dalším důležitým aspektem je zajištění geriatrické konziliární služby.

POTŘEBNOST DOLÉČENÍ A REHABILITACE V GERIATRII

Kazuistika 4

Paní D, 76 let, v důchodu. Po zlomenině krčku a operaci má být sedmý den propuštěna, došlo však k vytvoření dekubitu v sakrální oblasti, špatná nutrice (dlouhodobě, zhoršeno výkonem). Potřebuje doléčit a zrehabilitovat tak, aby byla nadále schopna žít samostatně.

Komentář: Pacientka potřebuje doléčit a zrehabilitovat, toto léčení bude trvat pravděpodobně několik týdnů, mělo by být dostatečně intenzivní, aby se pacientka mohla vrátit domů a byla soběstačná. Tomuto účelu slouží a měly by sloužit léčebny (dlouhodobě nemocných, geriatrické...).

Pokud bude tato léčba podceňena, nebude dostatečně intenzivní a kvalitní, dojde ke zhoršení soběstačnosti, pacientka se nebude moci vrátit domů. „Ušetřením“ na tomto stupni péče dojde ke zbytečnému plýtvání prostředků na dlouhotrvající péči. Kvalitní péče doléčovací rehabilitativní je o 50 až 100 % nákladnější než péče dlouhodobá. Trvá však několik týdnů, dlouhodobou péčí je třeba zajistit zpravidla po několika měsících a let, což je mnohonásobně dražší.

Starý rovná se neperspektivní, dlouhodobý či sociální? – Nikoli!

Kazuistika 5:

Paní E, 78 let, občasné stavy zmatenosti, zhoršení hybnosti, slabost obou dolních končetin, během několika měsíců nesoběstačná, zcela ležící, s poruchou výživy, dehydratace. Rodina dle rady hledá dlouhodobé či sociální řešení, pacientka přijata do geriatrického zařízení. Po několika týdnech stabilizace stavu, pátráno po příčině poruchy hybnosti. Jedná se o meningeom (nezhoubný, ale utlačující nádor) v oblasti hrudní míchy, pacientka indikována k operaci, poté rehabilitována. Po šesti měsících se soběstačná a chodící vrací domů.

Komentář: Staří lidé se stávají nesoběstačnými „klienty sociální péče“ často jen proto, že jejich stav nebyl dostatečně diagnostikován, že nebyli adekvátně léčeni a rehabilitováni.

POTŘEBNOST AMBULANTNÍCH TÝMŮ TERÉNNÍ GERIATRICKÉ PÉČE

Kazuistika 6

Pan F, 78 let, v důchodu, diabetik, po CMP a další komorbidita, narůstá nesoběstačnost. Rodina se rozhodla přestěhovat si pana F z jižních Čech k sobě do Prahy, aby se o něj mohla starat. Vystávají nečekané problémy: Rodina nemůže pro pana F najít praktického lékaře v místě péče a musí jezdit za původním do jižních Čech. Nelze získat indikaci domácí péče, kterou je třeba obnovovat. Většinu pomůcek může předepsat jen vzdálený specialista.

Komentář: Kapitační systém je nastaven pro většinu populace, nepočítá však s případy výjimečně náročné péče, potřeby soustavné domácí ošetrovatelské péče, zajištění pomůcek atd. Tedy nepočítá s nesoběstačnými, polymorbidními seniory. Ti jsou pro praktické lékaře neatraktivní a často je jim věnována minimální pozornost, pokud se přestěhují (např. za rodinou, která se o ně bude starat), často nenajdou lékaře v místě nového bydliště. Předepisování pomůcek a některých léků je rezervováno specialistům, takže tito pacienti absolvují četné převozy sanitou, a to pouze za účelem preskripce. Zajištění služeb v domácím prostředí by bylo nejen humánní, ale i ekonomicky efektivní.

Kazuistika 7

Paní G, 67 let, umírá na malignitu. Přeje si zemřít doma, proto předána do péče rodiny a praktického lékaře. Praktický lékař ji nenavštíví, neindikuje ani domácí péči. Pacientka zemřela bez jakékoli péče, ztišení symptomů atd.

Komentář: Případ se může zdát raritní, ale není tomu tak. Situaci by vyřešil tým terénní paliativní či geriatrické péče.

POTŘEBNOST NEONKOLOGICKÉ PALIATIVNÍ PÉČE

Kazuistika 8

Paní H, 82 let, terminální stadium demence, zcela nesoběstačná, křeče, stavy neklidu, bolesti, stav však může trvat i několik měsíců. Zajistit péči v domácím

prostředí je nemožné, hospic předpokládá kratší dobu umírání. Z ošetrovatelského oddělení, kam byla přeložena, je opakovaně „akutně“ odvážena do nemocnice.

Komentář: Považujeme za nutné zajistit kvalifikovanou paliativní péči o seniory v terminálních stadiích i neonkologických onemocnění tak, aby jim byl zajištěn potřebný komfort a aby byli co nejméně transportováni do nemocnic (jedná se nejen o demence, ale také o závažnou multimorbiditu, terminální kardiální selhání atd.). Tuto péči je možné zajistit v domácím prostředí (ambulantní tým geriatrické či paliativní péče) i v odborných léčebných ústavech (LDN, geriatrické léčebny).

POTŘEBNOST GERIATRICKÉ AMBULANCE

Kazuistika 9

Paní I, 71 let, v důchodu. Odeslána k hospitalizaci pro pokročilou demenci. CT prokázalo tumor mozku (meningeom), indikována operace, výrazné zlepšení stavu.

Komentář: Výše uvedený případ mohl být řešen obdobně i neurologickou ordinací i praktickým lékařem samotným, geriatrické ambulance považujeme spíše za nedílnou součást komplexního spektra služeb pro seniory, ke sledování stavu po hospitalizaci, konziliární služby v nemocnicích, předoperační přípravě (zamezení zbytečných komplikací operačního výkonu, zkrácení délky hospitalizace) a jako podporu praktického lékaře i týmů domácí péče. Zkušenosti ojedinelých fungujících geriatrických ambulancí (např. MUDr. Tučková v Praze 4) dokumentují jejich potřebnost, přínos, vytíženost i přirozenou autoritu.

POTŘEBNOST DLOUHODOBÉ PÉČE (VČETNĚ DLOUHODOBÉ PÉČE GERIATRICKÉ)

Kazuistika 10

Paní J, 83 let, v důchodu. Po cévní mozkové příhodě s hemiplegií a afázií, poruchy polykání, epi paroxysmy. Po šesti měsících pobytu na různých rehabilitačních odděleních je stav pacientky víceméně stabilizovaný. Potřebuje však kvalifikovaný zdravotnický dohled a péči (poruchy polykání, prevence aspirace, prevence dekubitů, zvládnutí epi paroxysmů). Rodina řeší neřešitelnou situaci: pacientka je příliš nemocná pro sociální zařízení, které nemá zdravotnické pracovníky, a její pobyt ve zdravotnickém zařízení je limitován pojišťovnamí.

Komentář: Obdobné situace jsou dnes řešeny odborně, eticky i ekonomicky nepřijatelným způsobem – kolotočem krátkodobých a střednědobých pobytů v různých zařízeních, což vede k enormní zátěži a znejistění pacienta a k řadě neúčelně opakovaných výkonů a výdajů. Nejde ani o tvrdě jednoduché „šetření“, spíše jen o bezohlednou a ve zdravotnictví zcela nepřijatelnou byrokratickou šikanu!

Kazuistika 11

Pan K, 89 let, demence smíšeného typu, nemůže být doma sám, je zcela dezorientovaný, občas neklidný, občas agresivní, inkontinentní, sám nejlí. **Rodina se nemůže starat, nebo rodina není.**

Komentář: Pacient potřebuje péči poskytovanou týmem zaškoleným v problematice demencí, tento tým bude schopen zajistit péči jak ve fázi rozvinuté a pokročilé demence, tak i ve fázi demence terminální. Pacientům se tak zajistí kvalitní péče, systému se ušetří neindikované překlady do nemocnice, ke kterým jinak běžně dochází.

Komentář obecnější: Za jednu z nejzávažnějších situací v ČR lze považovat absenci dlouhodobé péče, která by odpovídala potřebám zdravotního stavu. Tato péče je suplována několika instituty, které mají níže vyjmenované (a další) zásadní nedostatky. Tuto situaci neřeší ani institut „poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení“ podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Dosavadní způsoby „zajištění“ dlouhodobé péče:

léčebny pro dlouhodobě nemocné:

- limitovaný pobyt
- nemocniční prostředí
- veškerá úhrada výhradně ze zdravotního pojištění

tzv. následná péče: dtto

domovy důchodců:

- není zajištěna dostatečně kvalifikovaná zdravotní, ošetrovatelská péče
- problémy s léky, pomůckami atd.
- není zajištěna paliativní péče

poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních:

- nesmírná administrativní náročnost
- peníze z mnoha zdrojů: příspěvek na péči, platba pacienta, zdravotní pojištění, dotace státu, dotace zřizovatele, to je administrativně v podstatě neúnosné
- dotace státu nejsou nárokové, žádosti jsou složité, jsou kraji vraceny pro formální nedostatky atd.

tzv. ošetrovatelská oddělení či zařízení:

- často bez kvalifikovaného personálu či s ošetrovatelským personálem bez potřebných kompetencí
- pacienti často překládáni do nemocnice a zpět

Dlouhodobá péče se netýká jen seniorů (i když těch je nejvíce), ale i mladších lidí v závažném, leč relativně stabilizovaném stavu (vigilní koma, stavy po CMP, neurodegenerace, multimorbidita). Tito lidé nevystačí jen s jakousi „sociální péčí poskytovanou ve zdravotnických zařízeních“, ale potřebují kvalifikovanou zdravotně sociální péči, zdravotnická složka je neopominutelná. Nezajištění dlouhodobé péče v současné době je jednou z nejzávažnějších chyb zdravotní a sociální péče.

POTŘEBNOST DENNÍCH CENTER PRO SENIORY PŘI VĚTŠÍCH NEMOCNICÍCH ČI POLIKLINIKÁCH**Kazuistika 12**

Paní L, 92 let, žije dosud sama, svou domácnost zvládá s pomocí pečovatelské služby, má zajištěný dovoz obědů, jinak si jídlo připraví. Nezvládá ale dlouhé cesty a zařizování. **Nyní potřebuje různá vyšetření:** na ortopedickou kontrolu, odběr krve a EKG, RTG plic, gynekologické a další vyšetření. Každé z těchto vyšetření znamená pro její rodinu celý den nebo půldne zařizování a čekání.

Komentář: Zřízení denního centra při nemocnici by zajistilo staré paní i rodině komfort. Rodina by paní L. odvezla do denního centra a večer si ji vzala zpět, jednou či vícekrát. Paní L. by byla v pohodlí a pracovníci denního centra by jí zařídili potřebná vyšetření v nemocnici a doprovodili by ji tam, měla by zajištěno jídlo a odpočinek po vyšetřeních, čekala by v denním centru a nemusela by čekat na chodbách. Pro nemocnici by bylo denní centrum „zásobitelem“ ambulancí. **Jednalo by se o službu placenou (péče v denním centru) a hrazenou z veřejného zdravotního pojištění (ambulantní vyšetření).**

POTŘEBNOST STACIONÁŘŮ PRO SENIORY TRPÍCÍ DEMENCÍ

Kazuistika 13

Pan M, 89 let, demence smíšeného typu, nemůže být doma sám, nepřetržitá péče o něj rodinu vyčerpává, je **zcela dezorientovaný, ale velmi čilý, občas agresivní.** Rodina je v koncích a hrozí hospitalizace v psychiatrické léčebně. Pacient potřebuje dohled a kvalifikovaný aktivizační program, péči pracovníků znalých této problematiky, včetně schopností zvládat poruchy chování. Rodina má o pacienta zájem, nechce jej dát do instituce.

Komentář: Řešením je pobyt v denním centru specializovaném na problematiku demencí, které zajistí kvalifikovaný program, dohled a zvládnutí akutních komplikací stavu. Tato péče bude zajištěna ve všední dny, ostatní péči obstará rodina.

POTŘEBNOST ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE V DOMÁCNOSTI

Kazuistika 14

Paní N, 86 let, stav po CMP, diabetes, demence smíšené etiologie, omezeně hybná, nesoběstačná, žije s manželem.

Komentář: Řešením je zajištění provozu domácnosti prostřednictvím sociálních služeb a domácí péče, která zajišťuje kvalifikované zdravotnické výkony a také zaškoluje manžela v péči o pacientku. Bez této podpory by nemohl péči dlouhodobě poskytovat.

Zajištění potřebných zdravotnických, sociálních a dalších služeb v domácnosti je nutnou podmínkou pro to, aby mohli i nesoběstační senioři setrávat co nejdéle v domácím prostředí a aby se o ně mohli rodinní pečující v co největší míře starat. Bez této pomoci dochází jak ke zbytečným hospitalizacím, tak k předčasným dlouhodobým institucionalizacím.

VII. Stárnutí, osobnost a změny

Eva Jarolímová

„Zralý věk je dobou hledání smyslu a řádu, dobou moudrosti a smíření.“
(Pavel Řičan)

Teorie a úvahy o stáří byly v průběhu historie poměrně protichůdné. Každý je prožívá svým individuálním a osobitým způsobem. Setkáváme se s rozličnými modely přijetí života stárnoucích lidí. Obraz starých, bezmocných, nemocných, trpících a nepotřebných byl v následujících historických etapách vystřídán obrazem stárnoucího člověka, který je spojován s moudrostí, zkušeností, úctou a vážností, případně se oba přístupy prolínaly v přístupu ambivalentním. Pokud budeme postavení starého člověka v minulosti studovat, zjistíme, že se nezdá musel o úctu a uznání „rvát“. Toto zjištění pak stojí proti převládajícímu názoru mezi laiky, že staří lidé byli v minulosti respektováni, milováni a obklopeni svými blízkými. Z těchto naznačených příkladů v průběhu historie i ontogeneze člověka je vidět, jak významnou roli v životě stárnoucího člověka hraje vlastní zkušenost, i to, jaký si vytvořil obraz sama sebe, tj. sebepojetí na základě minulosti, přítomnosti i ve vztahu k budoucnosti, jaký si vytvořil obraz o svém okolí, obraz stáří u vlastních předků, známých i méně známých osobností, postoj dané společnosti vůči němu, ale i předsudky, mýty nebo stereotypy o stárnutí a stáří. Dle současných poznatků značnou měrou k přijetí a postoji vůči vlastnímu stáří přispívá také sama osobnost, její rysy, temperament a míra adaptability daného jedince.

Vymezení charakteristiky stárnutí a stáří

Stárnout znamená růst a zrát, starý člověk je ten, který v daném společenství žije déle a zná mnoho příběhů, stáří je působení času na lidskou bytost – a tak bychom mohli pokračovat.

Stáří je přirozenou a závěrečnou etapou v rámci ontogenetického vývoje člověka. Toto vývojové stadium má podobně jako ostatní vývojová stadia své specifické znaky, jimiž se od předchozích životních etap odlišuje. Definic stárnutí a stáří je celá řada. Stáří má společné rysy, avšak „zabarvení stáří“ konkrétního člověka závisí na úhlu jeho pohledu. Vytvoříme-li si o stáří vyváženější představu tím, že

vedle objevujících se negativních stránek budeme hledat i stránky pozitivní, připravíme tak pozitivní klima pro dialog, spolupráci a konkrétní pomoc (v rodině i v instituci)²⁰.

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkci organismu, přičemž se jedná o změny v oblasti somatické, psychické, emoční a sociální. Tyto změny mohou podmiňovat zvýšenou zranitelnost organismu, pokles některých schopností a tím i celkového výkonu, které však starý člověk dokáže kompenzovat. Zde hovoříme o kompenzaci externí (např. způsob a typ dopravy vzhledem k omezeným pohybovým možnostem ve stáří, využití lékařské protektiky, kompenzačních pomůcek atd.) nebo kompenzace interní (vědomí facilitace některých schopností, např. paměti atd.). Kompenzace také znamená, že člověk, který nemůže vykonávat nějakou činnost, kompenzuje tuto činnost činností jinou (např. omezení pohybu kompenzuje jistá starší žena rukodělnými činnostmi – vyšívá, háčkuje nebo vypráví vnučatům pohádky apod.). Kompenzaci doplňuje také selekce, ve které se zúží zájmy člověka a omezí jen na ty, které dobře zvládá. U optimální adaptace k jednomu cíli vede vždy „několik cest“, jak praví zkušenost i kasuistiky nejen starších, ale i mladších jedinců. Proces adaptace vždy probíhá v čase a starší člověk potřebuje více času, aby se daným změnám mohl postupně přizpůsobit a nepocítoval tak jejich působení jako nátlak.

Tělesné změny jsou v období senia při své velké variabilitě patrnější než změny psychické, které snáze zachytí zejména životní partner, členové rodiny nebo přátelé. Pro psychiku stárnoucího člověka je důležité, jak ho hodnotí jeho blízké okolí, i to, jak se hodnotí on sám. Osobnost starého člověka je jednota duševních vlastností, která je založena na jednotě tělesné i duševní konstituce a utváří se v jeho společenských vztazích. Tato osobnost je výsledkem celého předchozího vývoje, ale i současné adaptace na problémy resp. úkoly vyššího věku. Z toho je zřejmé, že mnohé vlastnosti, které připisujeme stáří, nejsou důsledkem věku, ale individuálních zvláštností dané osobnosti.

Německý neopsychoanalytik E. H. Erikson ve své ontogeneticky pojaté periodizaci od narození až do konce života zmiňuje vzhledem ke stárnutí a stáří člověka dvě možné polarizace, na kterých se člověk v tomto životním období nalézá. Hovoří o tzv. **integritě já** proti **zoufalství – beznaději**, přičemž dosažení „**integrovaného já-integrity osobnosti**“ ve vyšším věku můžeme chápat jako **nejvyšší úroveň kvality života** člověka. Jedná se o přizpůsobení vlastním triumfům, překážkám i zklamáním, tak jak je život s sebou přináší. **Integrita já** (self integrity) je přijetí života takového, jaký byl, přijetí vlastního jedinečného životního běhu, něčeho,

co proběhlo tak, jak proběhlo, a nemohlo být jinak. Takový člověk brání hodnotu vlastního životního stylu oproti všem fyzickým či hospodářským hrozbám. Tento styl integrity je vytvořen účinkem a působením kultury, civilizace, ve které člověk žije, působením výchovy, sebevýchovy, formováním vlastními životními zkušenostmi a vzory, vlastní osobností. V takovém konečném vyrovnání ztrácí problémy ve stáří, nemoci, ale i smrt svůj osten.

Pól zoufalství, beznaděje vyjadřuje postoj člověka, který se nepřizpůsobil životu takovému, jaký byl. Tento člověk je skeptický a zahořklý vůči životu, který pro něho nebyl dostatečně dobrý, mohl být zcela jiný, vlastně i jeho děti se k němu zachovaly nevděčně. Čas už je příliš krátký k tomu, aby takovýto člověk mohl začít život znovu a lépe. Je nutno zdůraznit, že o „integrity já“ je třeba vést zápas v napětí mezi životním naplněním a životní prázdnotou. Tyto polarity souvisí se sebeuvědomováním, sebeprožíváním jedince a stupňuje se s přibývajícím věkem.

Lidé, kteří se neadaptovali na samotné stáří, mohou zaujímat různé obranné postoje, jako např. hostilní, pasivní až závislý, odmítající vrstevníky vzhledem k pokročilému věku a vyhledávající pouze mladších osob. Ti, co se na stáří dobře adaptují, zaujmají většinou konstruktivní postoj²¹. Tento konstruktivní postoj je daleko efektivnější. Je spojen s dobrými vztahy v rodině, pozitivně ovlivňuje mezi-generační vztahy i vztahy uvnitř sociální sítě daného člověka a podstatnou měrou zlepšuje kvalitu života člověka.

Senior je nucen se vyrovnávat nejen se změnami vnějšími (odchod do důchodu, změna sociální role, životního stylu, ztráta určité „moci“, někdy i se vznikající závislostí na druhých osobách, sociálního prostředí, úmrtí blízkých, vrstevníků, institucionalizací atd.), ale i s celou řadou změn ve vlastním těle, které mohou doprovázet nadměrné obavy o zdraví. S těmito změnami souvisí i přijetí konečnosti vlastního života. Staří lidé, kteří se podstatnou měrou vhodně adaptovali na vlastní stáří, ve většině případů nemají problémy s vyrovnáváním se a přijetím vlastní smrti²².

Změny ve stáří

Ve stáří dochází k celé řadě somatických i psychických změn. Z vnějšího pohledu pozorujeme snížení postavy. Věk člověka se také projevuje ve tváři, zejména v její spodní části (špičatější nos, vystupující brada). To má větší psychologický význam

21 Matějček Z., Dytrych Z.: *Radosti a strasti prarodičů aneb když máme vnoučata*. Praha: Grada, 1997.

22 Baštecký J., Kumpel Q., Vojtěchovský M. a kol.: *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, 1994.

než změna postavy a váhy, neboť právě v tváři jsou tyto změny na první pohled nejvíce zřetelné. Zhruba u 90 procent osob lze po 60. roce věku zjistit podstatné snížení zrakové percepce a asi u 30 procent se také zhoršuje sluch (nejčastěji presbykuzie – nedoslýchavost). To může mít za následek nejen pokles výkonu v jednotlivých činnostech, ale sníženou možnost rekreace (četba, naslouchání hudbě, mluvenému slovu atd.). Při nedoslýchavosti někdy dochází k psychickým symptomům, jako staženost, izolace až podezíravost. Tito lidé mají pocit, že druzí hovoří před nimi o nich, protože oni je stejně neslyší²³. Takový člověk může více podezírat okolí a hněvat se, konstruovat nesprávné scénáře skutečnosti. Zhoršené zrakové i sluchové vnímání představuje riziko úrazů a ztíženou možnost komunikace s druhými lidmi. Již zmíněná kompenzace zrakového a sluchového deficitu pomocí brýlí, sluchadel a jiných pomůcek může znamenat velkou pomoc v celkovém osobním přizpůsobení i ve společenském zařazení stárnoucího člověka. Žádoucí v tomto případě je udržování vhodné komunikace s využitím nonverbálních projevů (pohlazení, stisk ruky, oční kontakt, úsměv apod.), budování kladných vztahů, důvěry, porozumění a dobré nálady v rodině. Starý člověk je však schopen do určité míry kompenzovat ztráty v oblasti zrakové percepce, nedoslýchavost či pohybovou nejistotu prostřednictvím opatrnosti, pomalejšího tempa, vytrvalostí a zvýšeným volním úsilím, racionalizací a organizací postupu jednotlivých činností, koncentrací a promyšleností jednotlivých strategií, zvýšenou sebekontrolou i kontrolou všech činností a komunikací²⁴.

Psychické změny ve stáří

V průběhu stáří se setkáváme s psychickými změnami, které jsou považovány za jeho normální součást. Psychické změny fyziologického stáří jsou podmíněny mnoha faktory. Jejich celkovým působením dochází ke snížení odolnosti organismu a snížené schopnosti adaptovat se na nové podněty, zejména je-li jich mnoho²⁵.

Dle obecných představ o inteligenci s sebou stáří nese větší moudrost, nárůst obecných vědomostí za cenu delší doby, po kterou je třeba věci promýšlet. Psycholog R. B. Cattell identifikoval takové specializované dovednosti a pojmenoval je **krystalická a fluidní inteligence**. Krystalická inteligence je jako suma vědomostí, které člověk v průběhu svého života získal (např. odborné znalosti, od-

23 Haškovcová H.: *Manuálek sociální gerontologie. České ošetřovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002.

24 Chown, Sheila M.: *Human Ageing*. Penguin books Ltd., England 1972.

25 Kalvach Z., Sýkorová D., Jarolímová E., Vidovičová, L.: *Mezigenerační vztahy a stárnutí*. Metodika pro učitele, Praha. 2006.

borná terminologie apod.). Fluidní inteligenci můžeme definovat jako schopnost řešit problémy, které se nedají řešit na základě dosaženého vzdělání, zkušenosti nebo dané kultury (např. úlohy typu najít pravidlo, které spojuje skupinu položek ať již verbálních nebo matematických). Fluidní inteligence slábne u člověka již po 30. roce života. Krystalická inteligence naopak zůstává věkem téměř nedotčena.

V průběhu stárnutí dochází také ke změnám v **reakčním čase** – tj. zpomalením v reakcích, proto je vhodné dávat staršímu člověku větší prostor a čas pro vykonávání celé řady činností. Tyto okolnosti je třeba brát na zřetel při zaměstnávání seniorů. **Zpomalení psychomotorického tempa** a snadná psychická unavitelnost se mohou odrážet v poruchách myšlení, jež se projevují nejčastěji v podobě tzv. **zabíhavého myšlení**, což se v praxi projevuje sníženou schopností udržet myšlenku nebo naopak ji opustit, protože najednou člověk neví, co chtěl říci dál. Na úrovni **krátkodobé paměti** mohou vznikat problémy se vstřípivostí a výbavností – zvláště té názvů a jmen – tzv. „benigni stařecká zapomnětlivost“.

Starší lidé dobře znají podrobnosti o životě známé osoby, že mají jednoduché nebo krátké jméno, že snad začíná na K, ale často si jméno nevybaví. Tento jev můžeme pozorovat i u příslušníků mladších věkových skupin, ve stáří je však častější. Výbavnost paměťových obsahů ovšem může kolísat, je v závislosti na aktuálním ladění starého člověka, přítomnosti nemoci, únavě nebo interpersonálních konfliktech apod. Tréninkem paměti a kontinuálním posilováním lze tento věkový deficit přinejmenším zmírnit a udržet na dobré úrovni. Výhodou a kompenzací pro seniory může být použití mnemotechnik (techniky pro snadnější zapamatování dat). Napomoci dále mohou tajenky, křížovky, hádanky, společenské hry, četba a případná interpretace textu, výuka světového jazyka, případně výuka na internetu v rámci internetových kaváren pro seniory.

Dlouhodobá paměť bývá ve stáří dlouho funkční. Seniori často vzpomínají na „staré časy“ a stávají se tak ochránci starých časů. Vzpomínky a rozhovor s blízkými o minulých událostech staršímu člověku dávají pocit jistoty a bezpečí. Na druhou stranu je pro seniory žádoucí, aby i oni se snažili adaptovat na nové věci, podněty či události, aby se ulpívání na starých věcech nestaly rigidním postojem ve stáří a neblokovaly či nezastavily probíhající adaptaci. Mezi staršími lidmi je celá řada vynikajících čtenářů a to někdy až do vysokého věku. Tím dochází opět k posilování paměťových i poznávacích schopností a schopnosti učit se. V oblasti jazyka dochází k vnějším změnám, jako je zvyšování a slábnutí hlasu, protože dochází k úbytku svalstva a zmenšování kapacity plic. Na těchto změnách se mohou podílet kvalita zubních protéz a kouření. Úbytek hlasové výkonnosti se projevuje ve zvolňování tempa artikulace, což se týká běžné improvizované řeči i reakčních časů při vyslovování slov. Verbální schopnosti ale s přibývajícím věkem zůstávají

zachovány. Je pozoruhodné, že některé schopnosti, jako např. hudební sluch (nejen muzikanti), percepce řeči, prostorová orientace (u techniků, stavařů), aktivní četba, paměť i schopnost učit se, které byly v průběhu celé životní dráhy posilovány a které prakticky starší člověk využívá stále, zůstávají věkem nezměněny²⁶.

Starší lidé zachycují i subjektivně změny v citovém prožívání. Jsou často senzitivnější, zejména k rodinným událostem. Význam rodiny s věkem stoupá. Starší lidé jsou pro rodinu velmi důležití z hlediska nejen fyzické či finanční výpomoci rodině (za cenu úsporného hospodaření), ale pro poskytování emoční podpory dětem, vnoučatům, poskytují praktickou pomoc, hlídají vnoučata, v případě potřeby nabízejí dospělým potomkům či vnoučatům střechu nad hlavou, vnášejí jiný úhel pohledu na problémy v rodině. Naproti tomu mladší generace „dotuje“ domácnosti starých rodičů jen výjimečně. Stejně jako v dětství, je člověk i ve stáří více ohrožen sociální izolací či emoční nebo podnětovou deprivací. Zde je proto nutné zdůraznit, že návyk aktivního způsobu života i ve vyšším věku je zcela žádoucí a potřebný.

Stárnoucí člověk k tomu, aby dosáhl stanoveného cíle, musí vynakládat velké **volní úsilí**. Pomalejší pohyby těla, snížené motorické tempo i aktivita, pomalejší reakční čas nebo zdravotní zábrany nutí staršího člověka vyvíjet úsilí s pomalejším tempem, s potřebou a trénováním jisté dávky trpělivosti. K dosažení stanoveného **cíle** uplatňuje více rozvahu, trpělivost a využívá svých dřívějších zkušeností. **Motivace** k činnostem na straně jedné někdy klesá, mívá snížený zájem o činnosti, které dříve rád vykonával. Tento jev ale není u všech seniorů konstantní, neboť se můžeme setkat i s takovými, kteří se do vysokého věku stále něčím zabývají a zůstávají aktivní. Celá řada osobností tvořila vrcholná díla ve vysokém věku. Například Giuseppe Verdi zkomponoval pro své potěšení operu Falstaff v 80 letech, dílo dokonalé, vyvážené, realisticky cítěné, které se stalo vrcholem operní tvorby vůbec. Podobně i Arthur Rubinstein koncertoval i ve své osmdesátce. U nás by takovým obdobným příkladem mohl být houslový virtuos Václav Snítal nebo violoncellista Miloš Sádlo. Pablo Picasso maloval do velmi pozdního věku a zemřel v 91 letech. Je zajímavé, že mnoho z nich tvořilo vrcholná díla právě o samotě. A tak bychom jistě každý z nás ve svém okolí našli celou řadu osobností, pro které věk v jejich činnosti a vytyčenému cíli nebyl překážkou²⁷.

Motivace také závisí na úrovni rodinných vztahů nebo na charakteru interpersonálních vztahů v domově důchodců či jiné instituci²⁸, kde někteří senioři trvale žijí. Motivace také souvisí s jejich vlastním sebehodnocením a potřebou uznání. Starý člověk tak jako mladší lidé potřebuje, aby ho někdo potřeboval.

26 Langmeier J., Krejčířová D.: *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998.

27 Mahoney D.: *Moderní příručka dlouhověkosti*. Praha: Academia, 2000.

28 Křivohlavý J.: *Mít pro co žít*. Praha: Návrat Domů, 1994.

Ve **struktuře osobnosti** seniorů dochází též ke změnám. Akcentují se původní rysy osobnosti, jako jsou dominance, egocentrismus, ale i dobrota, laskavost, schopnost naslouchat nebo empatie. V důsledku kumulace životních událostí dochází i ke změnám v hierarchii hodnot. Ve stáří převládá touha po klidu, soukromí, někdy až samotě. Někteří staří lidé jsou rádi sami, jiní naopak. Míra osamocení a prožitek samoty je velmi individuální. Je rozdíl mezi „být sám“ a „cítit se sám“. V nedávné výzkumné studii většina starších lidí konstatuje, že samota tíží. Jiná 79letá žena praví, že v samotě člověk dozrává. Hranici toho být sám a být s druhými lidmi má každý člověk individuálně nastavenou²⁹.

V životě starších lidí může docházet k závažným změnám, jejichž důsledkem je zhoršení zdravotního stavu na základě dekompenzace některé z psychických nebo tělesných funkcí, a nutnost dlouhodobého nebo trvalého umístění v některém zařízení zdravotní nebo sociální péče. Přestěhování do takových zařízení se považuje za nejobtížnější vývojový úkol seniora, který musí řešit.

29 Pacovský V.: *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990.

VIII. Pohled na geriatrického pacienta

Normálním stavem i ve stáří je stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související schopnost vést plný, kvalitní a nezávislý život. Z toho je třeba vycházet při jakémkoli uvažování o zdravotních a sociálních potřebách starších lidí. Cílem všech služeb a veškerých opatření by mělo být zlepšení zdravotního stavu seniorů, jejich soběstačnosti a kvality jejich života.

Na druhé straně je třeba připustit, že právě stáří je obdobím, kdy některé nemoci a poruchy přicházejí častěji a také lidé vyššího věku jsou častějšími klienty zdravotních a sociálních služeb.

Zatímco za rozhodující projev zdraví považujeme v dětství schopnost zdravého a normálního rozvoje, v dospělosti pracovní a reprodukční schopnost, ve stáří se zaměřujeme zejména na soběstačnost, tedy schopnost vést samostatně co nejkvalitnější život.

Dysabilita, DALY

Počet let s dysabilitou (years lived with a disability, YLD) je měřítkem zátěže dysabilitou a chronickými onemocněními, která ji způsobují. Jedná se o komponentu DALY (disability adjusted life years), což je počet potenciálních let života, která byla ztracena pro předčasnou mortalitu, a počet let produktivního života, která byla ztracena v důsledku dysability (YLD). Zatímco mezi nejčastější příčiny úmrtí patří onemocnění kardiovaskulárního systému, onkologická onemocnění a onemocnění dýchacího systému, je pořadí z hlediska DALY poněkud jiné. Velmi významnou skupinu zde představuje problematika duševního zdraví, dále jsou významné smyslové poruchy (zhoršení zraku a sluchu). Ve skupině lidí 60letých a starších pak představují největší zátěž nemoci (měřené DALY) kardiovaskulární onemocnění, onkologická a neuropsychiatrická onemocnění.

Soběstačnost

Dalším pohledem na populaci seniorů je soběstačnost. Zatímco omezení v některých instrumentálních aktivitách denního života (instrumental activities of daily living, IADL) vede ke zhoršení kvality života seniora, ale nepředstavuje ještě potřebu péče druhé osoby, omezení v základních aktivitách denního života (activities of daily living, ADL) již takovouto potřebu představuje. Údaje o nesoběstačnosti jsou v mnoha zemích Evropské unie nedostatečné, nicméně na základě některých dat je možné odhadnout, že v České republice žije asi 500 000 lidí 65letých a starších s omezenou soběstačností (širší definice) a celkem asi 150 000 lidí starších 80 let s omezenou soběstačností (2).

MĚŘENÍ SOBĚSTAČNOSTI

V geriatrici posuzujeme soběstačnost pomocí různých škál. Hovoříme o škálách základních a instrumentálních aktivit denního života (ADL a IADL).

ZÁKLADNÍ (BAZÁLNÍ) AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Pod pojmem základní (bazální) aktivity denního života rozumíme základní sebeobslužné aktivity, jejichž porucha vypovídá o potřebě ošetřování. Jedná se (dle původního Katzova indexu) o samostatné provedení hygieny, samostatné oblékání, používání toalety, kontinenci, schopnost přesunu a pohybu, samostatné jídlo. V současné době používáme spíše test modifikovaný, test aktivit denního života dle Barthelové, který zahrnuje deset položek ohodnocených příslušnou bodovou hodnotou. Jedná se o najedení a napití, oblékání, osobní hygienu, koupání, kontinenci moči, kontinenci stolice, použití WC, chůze po schodech, přesun z lůžka na židli či vozík, chůze po rovině. Z výčtu těchto základních sebeobslužných aktivit vyplývá, že vypovídají o základní sebeobsluze, ale nikoli o schopnosti žít zcela samostatně, bez pomoci a vyrovnat se s nástrahami každodenního života. O těchto schopnostech vypovídají testy instrumentálních aktivit denního života.

INSTRUMENTÁLNÍ AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Testy instrumentálních aktivit denního života existují v mnoha různých podobách, známá je například Lawtonova Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL), která hodnotí následující schopnosti (v jejich dílčích úkolech): telefonování, nakupování, přípravu jídla, vedení domácnosti, praní, samostatnou dopravu, samostatné užívání léků, nakládání s penězi. Škála FDS (Functional Dementia

Scale) hodnotí stupeň postižení instrumentálních aktivit denního života v důsledku kognitivního postižení atd. Posuzování soběstačnosti v geriatricii je stejným celostním pohledem na pacienta, jako je funkční hodnocení nezávislosti FIM (Functional Independence Measure), které se používá zejména v rehabilitačním lékařství, které posuzuje na základě dílčích kritérií schopnost osobní hygieny, jídla a kontinence, přesunů a lokomoce, komunikace a sociálních schopností. Není podstatné, kterou z metod použijeme, každá z nich pomůže získat lepší a ucelenější pohled na pacienta, než nám jej může poskytnout pouhý soubor diagnóz. Není podstatné, jaké zobrazení těchto schopností použijeme, zda to bude výsledný součet bodů nebo grafické zobrazení, které bývá někdy používáno u FIM.

Z potřeby lepšího pohledu na soběstačnost pacienta v základních a instrumentálních aktivitách denního života vychází také připravovaná vyhláška, která tvoří jeho přílohu nového zákona o sociálních službách. V této vyhlášce jsou definovány a popsány jednotlivé složky soběstačnosti a sebeobslužné aktivity. Zásadním přínosem této vyhlášky by mělo být, že definuje nejen schopnost určité činnosti fyzicky vykonat, ale také rozpoznat jejich potřebu a rozhodnout se pro jejich provedení. Jako závislost (omezení soběstačnosti) se definuje stav, kdy člověk potřebuje v určitých vyjmenovaných aktivitách pomoc nebo také dohled jiné osoby.

To souvisí s dalším důležitým aspektem pohledu na geriatrického pacienta, se stavem jeho psychických a zejména kognitivních funkcí.

KOMPLEXNÍ HODNOCENÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA

Komplexní geriatrické hodnocení (CGA – comprehensive geriatric assessment) slouží k definování rizik, potřeb a priorit pacienta potřebných pro výběr odpovídajících zdravotních a sociálních služeb.

Tento funkčně intervenční přístup prosazovala již M. Warrenová ve Velké Británii ve 30. letech 20. století. Cílem bylo dosáhnout v dlouhodobé ústavní péči funkční posouzení pacienta následované rehabilitační intervencí.

Oblastí zájmu hodnocení je osobnost pacienta – životní situace, priority a rozhodnutí – (kdy léčit a kdy od léčby ustoupit), kvalita života, dále tělesné zdraví – funkční závažnost chorob, syndromologické diagnózy, funkční zdatnost, duševní zdraví a sociální souvislosti.

Komplexní geriatrické hodnocení zahrnuje:

- klinické vyšetření
- speciální hodnocení fyzické výkonnosti a soběstačnosti
- posouzení duševního stavu
- objektivní šetření v místě bydliště (sociální vztahy, úroveň bydlení)³⁰

Klinické vyšetření doplňujeme screeningem rizikových faktorů (smyslové postižení, inkontinence, poruchy rovnováhy, malnutrice). Při posuzování fyzické výkonnosti a soběstačnosti využíváme test instrumentálních všedních činností (IADL) – viz příloha 1, kde hodnotíme funkční stav a schopnost konkrétní činnosti v domácím prostředí a test základních sebeobslužných činností (ADL) – viz příloha 2, vyjadřující schopnost provádět šest běžných činností spojených se sebeobsluhou a mobilitou v modifikaci podle Barthelové.

Vyšetření psychických funkcí pomáhá odhalit zhoršení kognitivních schopností – např. ve smyslu demence nebo afektu ve smyslu deprese.³¹

U nás se nejvíce používají: krátká škála mentálního stavu (MMSE) a škála deprese pro geriatrické pacienty, viz strana 91.

Kognitivní funkce

Nejčastěji používaným testem kognitivních funkcí je test MMSE (Mini Mental Status Examination). Tento test je třeba považovat za orientační, nicméně je nejčastěji používán jak v diagnostice, tak ve výzkumu. Pacient může v testu dosáhnout maximálně 30 bodů, které hodnotí různé úkoly z oblasti orientace, zapamatování, pozornosti a počítání, výbavnosti paměti, pojmenování obecně známých předmětů, opakování jednoduchého rčení, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, napsání věty, obkreslování obrazce. Jak jsme již výše uvedli, maximální výkon pacienta může být 30 bodů. Až do 27 bodů se výsledek testu hodnotí jako normální, 26 a 25 bodů považujeme za hraniční nález, 24–18 bodů svědčí pro lehkou demenci, 17–6 bodů pro středně těžkou demenci, 5 bodů a méně pro demenci pokročilou. Z výsledků MMSE vychází také indikace léčby Alzheimerovy choroby pomocí kognitiv. Zde je třeba podotknout, že se jedná o velmi problematický postup, který má mnohá úskalí, například při léčbě inhibitory cholinesteráz,

30 Kalvach Z., Zadák Z., Jirák R., et al.: *Geriatric a gerontologie*, Praha: Grada, 2004.

31 Topinková E.: *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005.

kteřá by měla být indikována pro pacienty s MMSE skóre 20 a nižším, právě při úspěšné léčbě dojde ke zlepšení stavu, MMSE se zvýší a evidentně účinná léčba by měla být vysazena. Lepší výsledky MMSE mají pochopitelně také lidé s vyšším intelektem, takže k diagnóze demence, která je postavena jen na tomto testu, dojde daleko později než u lidí s výchozím nižším intelektem. Výkon v MMSE také může kolísat v průběhu dne, může být závislý na celkovém somatickém stavu pacienta a podobně. Přes tyto výhrady se jedná o test, který je relativně spolehlivý, a proto často užívaný.

Elegantním orientačním testem je **test hodin**, kdy pacienta vyzveme, aby do kruhu o poloměru 10 centimetrů nakreslil hodinový ciferník, dále jej požádáme, aby vyznačil polohu ručiček v určité hodině. Pro hodnocení tohoto testu existuje mnoho schémat a bodovacích systémů. Ty však nejsou příliš nutné, protože výsledek pacientova snažení vidíme na první pohled. Test hodin je také užitečný pro srovnání pacientova výkonu v čase, které můžeme velmi jednoduše dokumentovat. Za normální nález považujeme, že si pacient správně rozvrhne střed a polohu jednotlivých číslic a správně vyznačí polohu ručiček v určitou hodinu.

Jednotlivé systémy a stárnutí

Stárnutí je proces individuální, který probíhá u jednotlivých lidí rozdílně. Přesto existují obecné rysy, které stáří charakterizují. Tyto změny se týkají různých systémů zhruba následujícím způsobem:

ADAPTAČNÍ SCHOPNOST

Tato schopnost je ve stáří snížena. Proto starší lidé hůře a pomaleji reagují na veškeré změny vnějšího či vnitřního prostředí.

SRDCE A CÉVNÍ SYSTÉM

Dochází ke snížení elasticity (pružnosti) cév a ke snížení průtoku krve prakticky všemi systémy. V srdci dochází k ubývání kardiomyocytů i kontraktilních buněčných elementů. Důsledkem je pokles vnitřní srdeční frekvence, pokles tepové frekvence při zátěži. U necvičících jedinců klesá maximální spotřeba kyslíku za každou dekádu o 8–10 %. Dochází k zániku svalových buněk a jejich náhradě za vazivové intersticiium. Snižuje se tím poddajnost myokardu. Dochází ke změnám v arteriálním řečišti – ubývá elastinu a přibývá kolagenu ve stěně arterie, což způ-

sobuje snížení pružnosti cévní stěny. Pravidelné cvičení ve stáří zlepšuje systolicke funkce, periferní cévní odpor a tuhost periferních cév.³²

V České republice je onemocnění kardiovaskulárního aparátu stejně jako v mnoha dalších vyspělých zemích Evropy jednou z nejčastějších příčin úmrtí. U více než poloviny se jedná o ischemickou nemoc srdeční. Ve věku nad 65 let se vyskytuje 65 % onemocnění ischemickou chorobou srdeční a úmrtnost v této skupině je až 82 %. U pacientů vyšší věkové skupiny se často onemocnění projevuje atypicky. Velká heterogenita procesu stárnutí vyžaduje specifický klinický přístup s důrazem na kvalitu života spíše než na dlouhověkost.³³

Nadpoloviční většina trpí v 6. a 7. dekádě arteriální hypertenzí. Kouření je méně časté ve vyšším věku než u mladších věkových skupin. Hladiny celkového cholesterolu a LDL cholesterolu (low-density lipoprotein cholesterol), stoupají od 7. a 8. dekády s poklesem LDL cholesterolu od vyššího věku. Prevalence poruchy glukózové tolerance nebo přímo diabetu stoupá s věkem.

Arytmická forma ischemické nemoci srdeční v podobě fibrilace síní se vyskytuje ve věku nad 65 let ve 3–5 %. Fibrilace síní je příčinou řady kardioemboligenních příhod. V oblasti síní dochází ke zpomalení vedení vzruchu svalovinou síní i převodním systémem. Vznikají místa s nízkou voltáží ve svalovině síní, funkce sinusového uzlu je poškozena a stoupá resistance svaloviny síní.³⁴

RESPIRAČNÍ SYSTÉM

Významné jsou **změny respiračního systému ve stáří**. Určité změny jsou podmíněny rozvojem tzv. stařeckého hrudníku vlivem osteoporózy skeletu, ochablosti mezižeberních svalů, bránice, což vede k poklesu inspiračního a expiračního tlaku, poklesu vitální kapacity. Reakce na hypoxii i hyperkapnii jsou sníženy. Vlivem zmenšení množství a nekoordinaci pohyblivosti ciliárních buněk dochází ke zhoršení samočišťovací schopnosti dýchacího systému.

GASTROINTESTINÁLNÍ TRAKT

Fyziologické změny **gastrointestinálním traktem** začínají vlastně již ztrátou dentice, což má za následek poruchu rozměňování potravy se všemi dalšími důsledky v nesprávném zatížení ostatních částí traktu. Se zvyšujícím se věkem dochází

32 Kalvach Z., Zadák Z., Jiráček R. et al.: *Geriatric a gerontologie – Změny oběhového systému*. Praha: Grada, 2004.

33 Zajíc J., Nerad V., Vyroubal P.: *Ischemická choroba srdeční ve vyšším věku*. Česká geriatrická revue. 2006; 4(2): 96–101

34 Kubešová H., Weber P., Meluzínová V. et al.: *Změny stárnoucího organismu z hlediska patofyziologie*. Česká geriatrická revue. 2005; 3(1): 18–23

ke snížení množství slin, což se může podílet na pseudobulbárním syndromu. Na této poruše polykání se samozřejmě mohou uplatnit i jiné doprovodné faktory. Patří sem vliv různých léků, jejichž vedlejšími účinky jsou pocit zvýšeného sucha v ústech, nebo hypohydratace až dehydratace. Ve stáří dochází zcela fyziologicky k poklesu tonu horního esofageálního svěrače, snížení motility gastrointestinálních orgánů a sekrece žaludečních šťáv. Při poklesu sekrece žaludeční kyseliny stoupá pH žaludku, což může ovlivnit resorpci řady léků. Ochablost v oblasti bránice predisponuje k vzniku hiátové hernie. Dále dochází i ke změnám v oblasti střevních klků, redukcii myenterického plexu, časté bakteriální dysbalanci. Bývá snižena vnímavost receptorů rekta na náplň, snížení tonu svěrače. Rovněž **žlučník a žlučovody** ztrácejí elasticitu. Tonus, motilita, koncentrační i evakuační funkce je snížena, odtok žluči rovněž.

Atrofie **pankreatu** se snížením exkreční a sekreční funkce, aktivity enzymů je často ve stáří příčinou průjemových stolic.

Skutečnost, že **játra** mají sníženou hmotnost a aktivitu mikrosomálních enzymů, může ovlivňovat farmakokinetiku a farmakodynamiku léčiv ve stáří.

HORMONÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ

V oblasti hormonální dochází ke změnám u mužů stejně jako u žen. U mužů však nedochází k rychlejšímu hormonálnímu poklesu jako u žen, ale jedná se o proces kontinuální. Pozvolný pokles androgenů je nazýván PADAM (androgen decline in ageing male). Pro většinu mužů mezi 30–70 lety dochází k poklesu testosteronu o 1,2 procenta za rok. Na druhé straně asi 20 procent mužů nad 75 let má hladinu testosteronu v horním kvartilu hladin mladých mužů. Tito muži zřejmě budou lépe vybaveni geneticky pro dlouhověkost.

Ve stáří je zaznamenáno snížení růstového hormonu o 14 procent za dekádu, v důsledku toho i růstových faktorů. To vede ke snížení celkové výkonnosti, svalové síly, snížení výkonnosti kardiovaskulárního aparátu, centrálního nervového systému a imunitního systému.³⁵ Dále dochází k poklesu dihydroepiandrosteronu, kterému se přisuzuje antikancerogenní, kardioprotektivní, osteoprotektivní, antidiabetogenní účinek.

Štítná žláza mužů nezaznamenává větších změn v průběhu stárnutí. Příčinou thyreopatií jsou většinou autoimunitní procesy, a ty jsou projevem spíše patologie

35 Kalvach Z., Zadák Z., Jirák R., et al.: *Geriatry a gerontologie – Involuční změny a geriatricky významná onemocnění endokrinního systému*. Praha: Grada, 2004: 669–673

než fyziologických projevů. Normální stárnutí je provázáno poklesem hypofyzární sekrece thyreostimulačního hormonu (TSH) a snížením transformace tyroxinu deiodázami na trijodtyronin.

U žen v postmenopauze dochází ke zvýšení hladiny folikulostimulačního hormonu (FSH) a luteinizačního hormonu (LH), dále tvorbě inhibinu, peptidu, který ovlivňuje více tvorbu FSH. Tvorba estrogenů je velice nízká. Po menopauze dochází ke zvýšení hladiny testosteronu a tvorba hormonů v hilu a kortexu ovarií je minimalizována na androgeny a menší množství estrogenů a progesteronu. Je zajímavé, že ženy s normálním a nižším indexem tělesné hmotnosti Body Mass Index (dále jen BMI) mají nízkou produkci estrogenů v postmenopauze a nedochází ke stimulaci proliferace endometria a ženy s vyšším BMI mají produkci estrogenů v množství, které stimuluje k proliferaci endometria a znamená větší riziko karcinomu endometria. Tyto ženy však mívají menší klimakterické obtíže.

Po menopauze dochází však vlivem těchto hormonálních změn k poruchám metabolismu kosti ve smyslu urychlení a vzniku ostoporózy skeletu, postihující trabekulární část kosti. V důsledku poklesu hladiny estrogenů dochází i ke změnám ve smyslu atrofie sliznic a kůže projevující se v oblasti vagíny a vulvy v podobě vulvovaginitidy. Rovněž vzniká atrofie sliznic močového systému projevující se snížením uretrálního tlaku a v kombinaci s povolením dna pánevního a poklesem dělohy dochází velice často k inkontinenci.

ZMĚNY HEMOKOAGULACE

Ve stáří dále dochází k úbytku kostní dřeně, snížení bohatosti krevních elementů, zpomalení erytropoezy, snížení aktivity leukocytů a fagocytózy. Zvýšená tendence k agregaci krevních destiček spolu se snížením fibrinolytické aktivity se podílí na větším výskytu tromboembolismů ve stáří. U starších nemocných je tendence k hyperkoagulačním stavům podpořena velmi často hypohydratací.

POHYBOVÝ SYSTÉM

Ve stáří dochází k úbytku svalové hmoty (sarkopenie) a k úbytku kostní denzity (který ve vyšším věku často překročí hranici normy a vznikne osteoporóza). V důsledku toho jsou kosti pojištější, ochranná funkce svalového aparátu menší a dochází k častějším zlomeninám. Za typické osteoporotické zlomeniny považujeme kompresivní zlomeniny obratlů, zlomeniny distálního předloktí a zlomeniny proximálního femuru (zejména tzv. krčku kyčelní kosti). Postava staršího člověka se mění v důsledku převahy flexorů nad extenzory.

Jednou ze změn, ke kterým dochází ve vyšším věku, je změna tělesného složení. Dochází k přibývání tukové tkáně, vaziva a k úbytku svalové a kostní hmoty. Pokud se jedná o úbytek kostní hmoty, mluvíme o osteoporóze. Pod pojmem sarkopenie rozumíme úbytek svalové hmoty a svalové síly. V současné době jsou zkoumány mechanismy, které by mohly přispívat ke vzniku sarkopenie. Je to inaktivita, oxidativní stres, chronický zánět, celkové změny složení těla.

Ve stáří dochází k involučním změnám ve svalové tkáni. Ta obsahuje dvojí typ vláken – rychlá, fázická a pomalá, tonická. Kapacita rychlých vláken je podmíněna geneticky. Rovněž úpony svalových vláken jsou individuálně predisponovány. Tonické svaly ve stáří rychleji ochabují. K úbytku svalu dochází od mládí do počátku stáří (do 65 let) zhruba o 20–30 procent. Histologicky dochází k atrofii myocytů, úbytku rychlých vláken, zmnožení vaziva a ukládání lipofuscinu.

Velký podíl na oddálení involučních změn svalu bude mít pravděpodobně nutriční a přiměřená svalová aktivita.

VÝŽIVA

Důležitým faktorem ve stáří je stav výživy. Zatímco lidé středního věku trpí často obezitou, staří (zejména velmi staří) lidé jsou ohroženi spíše podvýživou, a to z příčin sociálních (osamocenenost, chudoba, nepřiměřené šetření atd.) i v důsledku změněného zdravotního stavu – chronických vysilujících onemocnění, patologie či významné involuce zažívacího traktu.

NERVOVÝ SYSTÉM

Ve stáří pravidelně přicházejí senzorické poruchy (zhoršení zraku, sluchu i chuti), omezena je také tzv. propriocepce, ta část vnímání, která umožňuje identifikovat průběh a stav hybnosti. To vše způsobuje i u zdravých seniorů některá omezení, která je třeba pokud možno kompenzovat – brýle, sluchadla, lupa, opora při chůzi atd. Myšlení starších lidí může být pomalejší a může být přítomna tzv. benigní stařecká zapomnětlivost. To vše mohou být důsledky přirozené involuce centrálního nervového systému. Součástí normálního stáří však není demence, ta je vždy důsledkem onemocnění, které poškozuje mozkovou tkáň. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba, zejména ve vysokém věku stoupá prevalence demencí vaskulárních. Dalším významným onemocněním je deprese, která je ve stáří častá (až 20 procent seniorů) a probíhá často nepoznána, maskována různými somatickými příznaky. Deprese ve vyšším věku vede často k suicidii (sebevraždě). Proto je nutné v diferenciální diagnostice na toto onemocnění myslet. Deprese na rozdíl od demence je často dobře léčitelná.

SMYSLOVÉ PORUCHY

považujeme spíše za součást normálního stárnutí.

Zrak: Stařeckou poruchu zraku, která začíná ovšem již po 45. roce věku, nazýváme presbyopií (stařeckým zrakem). Jedná se o zhoršení elasticity oční čočky, takže není možné zaostřit obraz nablízko. Dále se ve stáří vyskytuje častěji katarakta (zákal čočky), který je nyní snadno odstranitelný operačně, vynětí a náhrady čočky se již staly v podstatě ambulantním výkonem. Naopak makulární degenerace vede k výraznému oslabení až ztrátě zraku, které zatím nedokážeme léčit.

Sluch: Zejména ve velmi vysokém věku dochází ke zhoršení sluchu, kterému říkáme presbycusis (stařecký sluch). Pacienta s poruchou sluchu je však vždy třeba vyšetřit a odstranit její příčinu (pokud je to možné) či poruchu kompenzovat vhodnými pomůckami. Velmi často bývají příčinou zhoršení sluchu ušní zátky, které lze snadno odstranit.

Čich a chuť: Běžné, ale dosud málo známé je, že s vyšším věkem ubývají také chuť a čich. To je důležité zejména pro přípravu stravy, protože se velmi často setkáváme s mýtem, že staří lidé mají mít nekořeněnou stravu. Opak je pravdou, pro snížené chuťové a čichové vnímání má být strava starších lidí dostatečně výrazná.

Propriocepce: Sníženo je také vnímání vlastního těla (propriocepce), jeho polohy a pohybu, také proto jsou staří lidé náchylnější k pádům, jejichž důsledky jsou tomto věku velmi závažné.

Syndrom multisenzorického postižení: Typický stav vysokého věku, kdy je přítomno více smyslových poruch najednou. V důsledku toho se senioři cítí nestabilní, i když nemají závratě v pravém slova smyslu. Léky proti závratím jim spíše škodí. Tito pacienti jsou také ohroženi častějšími pády se všemi jejich důsledky. Proto je nutné jednotlivé smyslové poruchy kompenzovat a při výrazné instabilitě a ohrožením pády pacientům doporučit hůl či chodítko.

VYLUČOVÁNÍ

Ve stáří je snížena funkce ledvin, a to jak jejich filtrační, tak koncentrační schopnost. To je jedním z důvodů, proč jsou staří lidé citlivější na změny vnitřního prostředí a proč mohou být také výraznější vedlejší účinky některých léků.

KOŽNÍ ZMĚNY

Kožní změny se projevují ztrátou vlhkosti stratum corneum, ztrátou přirozené obnovy buněk, postupným úbytkem buněk a vaskularity hlubší vrstvy, celkovým oslabením celé vrstvy. Dochází k degeneraci elastických i kolagenních vláken, úbytku podkožního tuku, ubývání potních žláz. Šedivění je důsledkem úbytku melanocytů ve vlasových cibulkách.

Znalost involučních změn ve stáří je potřebná k pochopení predispozice stárnoucího jedince k určitým patologickým procesům. Řadě z nich se dá s největší pravděpodobností předcházet.

HYPOTERMIE

Změny tělesné teploty představují pro pacienty vyššího věku problém. Pokud má pacient horečku, musíme dbát zejména na dostatečnou hydrataci a pečlivě sledovat jeho stav. Musíme mít na paměti, že horečka má vždy příčinu, po které je třeba pátrat. Hypotermie představuje problém dosud značně podceňovaný, avšak minimálně stejně závažný, proto se o ní zmíníme podrobněji.

Hypotermie je stav, kdy je tělesná teplota pacienta (pro tyto účely nutno měřit teplotu v konečníku) nižší než 35 stupňů. Zajímavé je, že tzv. lékařské teploměry, které běžně užíváme, končí svou stupnicí zpravidla u teploty 34 °C, jsou tedy „staveny na horečku“ nikoli na hypotermii.

V zásadě je třeba rozlišovat dvě skupiny lidí:

Zdravé seniory, to znamená lidi starší 65 let, kteří mnohdy ještě pracují, sportují, prostě žijí zcela normálním životem a opatření pro chladné roční období jsou pro ně zcela obecná jako u všech ostatních.

Pokud jsou ale senioři nějak chronicky nemocní, a to zejména pokud mají cévní onemocnění (a tedy užívají léky na zlepšení průchodnosti cévního řečiště), pokud mají cukrovku (při které dochází také k poruchám periferního prokrvení a cévní řečiště obecně reaguje poněkud odlišně než u zdravých lidí), trpí poruchami štítné žlázy (zejména snížená funkce štítné žlázy způsobuje poruchu ve vytváření tepla metabolickou cestou), pokud jsou nějak pohybově omezeni v důsledku jiných onemocnění (revmatická onemocnění, artrózy a podobně), je zapotřebí přece jen zvýšené opatrnosti. Pokud jsou ve stavu podvýživy nebo jsou podvýživou ohroženi (v důsledku nádorových onemocnění i třeba Alzheimerovy choroby), užívají některé léky, které v důsledcích působí na ovlivnění cévního tonu a termoregula-

ce (mohou sem patřit i třeba některá antipsychotika a podobně), potom je třeba být opatrný více a počítat s riziky nízké, eventuálně extrémně nízké teploty.

Obdobně tomu je u lidí 80letých a starších, protože i když jsou jinak zdraví, mají přece jen omezené adaptační a regulační mechanismy, jsou celkově křehčí, zpravidla i stav jejich výživy je horší než u mladších jedinců. Důležitá je také skutečnost, že mnozí z nich hůře slyší a vidí a také pocity tepla či chladu mohou být samozřejmě méně intenzivní.

Při extrémně nízkých teplotách není dobré setrvávat venku. Pokud je to nutné, je třeba chránit zejména ty části těla, které jsou náchylné k omrzlinám: uši, prsty rukou i nohou, krk, zahřívát se pohybem, chránit se před nehybným setráváním při mrazivém počasí.

Velmi staří lidé a lidé chronicky nemocní by při extrémně nízkých teplotách měli svůj pobyt venku naprosto minimalizovat. Pokud to ale není možné, musejí se řádně připravit, obléci se pohodlně tak, aby bylo oblečení nejen teplé, ale aby také umožňovalo dostatek pohybu, který je i v tomto případě nejdůležitějším zdrojem tepla. Proto je nejlepší několik vrstev spíše lehčího oblečení, které je měkké a prodyšné a navrch opět lehčí vrstva, která chrání zejména proti větru (kabát). Boty musejí být volné, s dobrou protiskluzovou podrážkou, vhodné jsou pokrývky hlavy, které kryjí uši a teplá šála na krk. Rukavice mají být dostatečně volné, aby umožňovaly dobré prokrvení rukou a jejich pohyb, ale také dostatečně teplé.

Z mnoha důvodů také narůstá nebezpečí pádů (v důsledku nevhodného oblečení, nesprávné obuvi, náledí, nepřehledného terénu, špatné viditelnosti). Proto je vždy vhodné, aby i ti, kteří mají hůl jen k občasnému použití, ji skutečně používali a pokud možno, aby ji opatřili ještě protiskluzovým nástavcem. Je to další bezpečná „končetina“, která může mnohé zachránit od nepříjemných a nebezpečných pádů. Pád může paradoxně nastat také při vstupu do teplé místnosti v důsledku zapocení brýlí, na to je nutné také pamatovat a u optika si vyzvednout pomůcky, které zabrání nadbytečnému pocení brýlí, mít po ruce ubrousek na jejich očištění a podobně.

Staří a chronicky nemocní lidé jsou ohroženi nejen při extrémních mrazech, náledí a silném ledovém větru. Daleko častějším, a možná tedy i nebezpečnějším ohrožením, je hypotermie (podchlazení) v důsledku nízkých teplot v místnosti. To je bohužel zejména u starých lidí častá situace. Literatura uvádí, že 2,5–3,5 procenta osob starších 75 let je při přijetí do nemocnice podchlazeno. K tomu dochází v důsledku dlouhodobě nízkých teplot v místnosti, kde senior pobývá.

K tomu se často přidávají další faktory – zejména chronické onemocnění, nedostatek pohybu, špatná výživa a nedostatek tekutin.

Při tělesné teplotě 34–35 °C má nemocný pocit chladu, svalový třes, protože organismus reaguje vazokonstrikcí (zúžením, stažením cév), dále také bělavé akralní (konečkové) části těla (konečky prstů, boltce). Je důležité ovšem upozornit na skutečnost, že takto reagují spíše mladí lidé, lidé středního věku a zdraví senioři, nikoli již výše uvedení nemocní senioři a lidé starší 80 let, u nichž nastupují poněkud jiné příznaky:

Při teplotě 34–35 °C se dostavuje ospalost, člověku se hůře mluví, pohybuje. Při teplotě pod 31 °C a nižších je člověk jakoby ztuhlý, při nižších teplotách mizí reflexy, stav může vypadat jako zdánlivá smrt, protože je snížena i dýchací a oběhová aktivita, klesá krevní tlak, puls se postupně snižuje, dochází ke smrti v důsledku chladu (u mladých lidí při teplotě 25–26 °C). I zde je potřebné zdůraznit, že nemocní senioři a velmi staří lidé (nad 80 let) mají výrazně sníženou adaptační schopnost, a proto umírají dříve, i při daleko méně významném podchlazení.

Jaká je prevence těchto stavů: velmi staří lidé a chronicky nemocní by měli dbát na dostatečné teplo v obytných místnostech, měli by tu udržovat také průměrnou vlhkost, měli by mít dostatek tekutin (které jsou samy o sobě předpokladem dostatečného prokrvení), vydatnou výživu a dostatek pohybu.

Odlišnosti nemocí ve stáří

Pacient vyššího věku vyžaduje v mnoha aspektech odlišný přístup oproti přístupu k pacientům mladších věkových skupin. Známe případy, kdy pacient končí na JIP v důsledku polypragmatie, dehydratace, podvýživy. Víme o případech, kdy je demence nebo deprese zaměňována s arteriosklerózou. Je až obdivuhodné, kolik interních diagnóz se do této „škatulky“ hodí. Další kapitolou je předoperační vyšetření, neboť operace je u pacientů vyššího věku obzvláště rizikovou situací, ke které je třeba přistupovat zcela individuálně. Zvláštním aspektem je invazivita vyšetření nebo terapie u seniorů. K tomu je třeba jistě notná dávka zkušeností. Zde je zřejmě největší problém, protože biologická hranice je pro každého jedince jiná. Všichni známe situace, kdy sedmdesátiletí i osmdesátiletí pacienti jsou mnohdy v lepším psychickém i fyzickém stavu než mladší jedinci.

Typické pro staré pacienty je, že pouhý výčet diagnóz u starého člověka neříká příliš mnoho o jejich funkčním stavu. Proto geriatrické disponuje různými nástroji

k posouzení funkční zdatnosti pacienta a jeho psychického stavu. Cílem geriatrické péče není léčení jednotlivých patologických laboratorních či jiných nálezů. Hlavním kritériem přístupu ke starým pacientům je snaha co nejvíce zlepšit kvalitu života a stav soběstačnosti.

Nejtypičtějším rysem onemocnění ve stáří je **multimorbidita**, přítomnost několika onemocnění najednou. Tato onemocnění se vzájemně prolínají ve své symptomatologii a dochází k modifikaci klinického stavu. Důsledkem multimorbidit je polypragmazie (užívání mnoha léků najednou). Bohužel často nejsou vzácnosti pacienti vysokého věku, kteří užívají mnoho různých léků (často dvanáct i více). Tato situace vzniká v důsledku zaběhnutých schémat: příznak – doktor – tableta nebo diagnóza – doktor – tableta.

Řetězce komplikací a bludné kruhy jsou bohužel také pro stonání ve stáří charakteristické. Typické také je, že mezi komplikující faktory patří nejen následky a příznaky onemocnění samotných, ale také nežádoucí účinky různých léků či důsledky léčebných postupů. Vznikají tak situace a stavy, kdy se nám jen po velmi pečlivém zvážení všech okolností a vyšetření podaří odhalit tu skutečně prvotní příčinu. Jako příklad bychom mohli uvést následující srovnání. Mladý člověk je pro akutní zánět průdušek léčen antibiotiky, protože po léčích zvrací, rozhodne se je vysadit. Není to sice správné, ale jinak zdravý organismus si nějak poradí. Starší člověk užívá antibiotika také pro akutní zánět průdušek, protože po nich zvrací, rozhodne se je také vysadit. Během zvracení však došlo k dehydrataci, pacient je zesláblý a na několik dní ulehne, málo jí a pije. Dojde k otoku dolní končetiny (vzniku trombózy), které si pacient příliš nevšímá, z této trombózy se uvolní trombus a dojde k plicní embolizaci. Dojde ke zhoršení dušnosti, která má však jinou, daleko závažnější příčinu.

Další zvláštností onemocnění ve stáří je **symptomatologie vzdáleného orgánu**. U pacienta dojde k poruše jednoho systému, ta se však projeví příznaky, které bychom přičítali spíše poruše systému jiného. Například srdeční selhání, akutní infarkt myokardu, dehydratace, ale také infekční onemocnění se mohou projevit nejprve buď deliriem nebo ložiskovou neurologickou symptomatologií (obrazem cévní mozkové příhody). Dochází tak často k tomu, že geriatričtí multimorbidní pacienti „nezapadají“ do oborového popisu činnosti jednotlivých nemocničních oddělení, a často jsou různě odmítáni, překládáni a odesíláni, aniž by našli včasnou, přiměřenou a správnou péči, diagnózu a terapii, která by jim dala šanci vrátit se do původního (premorbidního) funkčního stavu. Při troše cynismu lze ovšem říci, že symptomatologie vzdáleného orgánu je pro pacienta ještě relativně výhodná, neboť alespoň některé příznaky mohou upozornit okolí na jeho závažný zdravotní stav. Ve stáří dochází velmi často k tomu, že se typické a očekávané příznaky one-

mocnění neprojeví vůbec (**mikrosymptomatologie, asymptomatický průběh**). Proto vidáme u pacientů seniorského věku afebrilní průběh různých infekčních onemocnění, která proto mohou zůstat nedignostikována. Také bolesti se při různých onemocněních neobjevují, takže až 80 procent infarktů myokardu může u lidí starších 75 let proběhnout bez bolesti. To platí také pro náhlé břišní příhody, které jsou u starých lidí přinejmenším stejně tak záluďné jako u dětí. Staří lidé mají **sklon k „celkovému“ často velmi špatně definovatelnému zhoršení stavu**, který mnoho lékařů neznalých problematiky medicíny stáří chybně ohodnotí a podcení. Nepovažují jej ani za důvod pro hospitalizaci na nemocničním lůžku.

Instabilita

Je typickým příznakem, který se objevuje ve stáří. Její výskyt je důsledkem zhoršené funkce a koordinace muskuloskeletálního systému, oslabení smyslového a prostorového vnímání. K tomu se samozřejmě mohou přidat onemocnění ve stáří častá, která instabilitu zhoršují (zhoršené prokrvení či degenerativní postižení některých oblastí mozku, neuropatie dolních končetin u diabetiků a podobně). Nepříznivě působí některé léky. Mohou to být nepřiměřeně dávkovaná diuretika, ale zejména hypnotika (u mnohých z nich efekt přetrvává ještě podstatnou část následujícího dne) a mnoho jiných psychoaktivních látek, jejichž vedlejším účinkem může být slabost, obluženost, závratě i hypotenze. Pády samozřejmě může způsobit předmět umístěný v cestě, nevhodný koberec, kluzká podlaha a podobně, ale stejně tak i neochota seniora používat kompenzační pomůcky (hůl, chodítka, správně umístěná madla).

Pády a úrazy ve vyšším věku

Pády závažně ohrožují seniory a mají mnohé významné důsledky. Souvislosti každého pádu bychom měli pečlivě prošetřit, a jestliže se nám nepodaří pád uspokojivě vysvětlit vnějšími příčinami, měli bychom vždy volit lékařské vyšetření. Mnoho pádů je totiž způsobeno závažnými poruchami zdravotního stavu. Ty by mohly zůstat nerozpoznány a mohly by pacienta ohrožovat i nadále. Není vzácností, že například akutní infarkt myokardu či vážná srdeční arytmie se projeví jenom pádem.

Pády, ale i jiné úrazové děje, vedou k poraněním. V posledních letech nabývají na významu také dopravní úrazy seniorů jako chodců či jiných účastníků pro-

vozu. U pacientů vyššího věku stejně tak jako u pacientů mladších vidáme jak poškození měkkých tkání (svalů, šlach, krevní výrony atd.), tak poškození kostí (zlomeniny).

Léčba těchto stavů je samozřejmě obdobná jako léčba u pacientů jiných věkových skupin. Přesto se ve vyšším věku vyskytují určité zvláštnosti, na které bychom chtěli upozornit. Tyto zvláštnosti vycházejí z odlišností organismu ve vyšším věku.

Ve stáří je daleko častější osteoporóza, úbytek kostní tkáně, kosti jsou proto lomi-
vější a křehčí. Častější jsou proto právě takzvané osteoporotické zlomeniny (kom-
presivní zlomeniny obratlů, zlomeniny krčku stehenní kosti, Collesova fraktura
předloktí a podobně).

Pro pacienty vyššího věku a pro pacienty s osteoporózou je také charakteristické, že ke zlomenině vede relativně nenápadný úrazový děj, takový, který by poško-
zení silného skeletu nemohl způsobit. Také klinický obraz zlomenin ve vyšším
věku a v osteoporotickém terénu je jiný. Bývá přítomna bolest, která však nemusí
být výrazná, často bývá nápadné jen jiné postavení končetiny (zejména rotace
patrná na rotaci nohy při zlomenině krčku stehenní kosti), krevní výrony v okolí
zlomeniny mohou být překvapivě malé, bolest se může promítat zcela atypicky
(zlomenina krčku stehenní kosti může způsobit bolest, která se promítá do bří-
cha). Zlomeniny pánve, ke kterým v mladším věku dojde pouze na základě vel-
mi intenzivního úrazového děje, mohou být ve stáří důsledkem „nenápadného“
pádu, bývají časté a mnohdy bývají přehlédnuty.

Úrazové děje vedou ve vyšším věku častěji ke zlomeninám. Jejich projevy mo-
hou být relativně nevýrazné, a proto je po nich třeba aktivně pátrat. Chirurgická
léčba je obdobná jako v mladším věku. Pro rehabilitaci po poraněních měkkých
tkání či kostí ve vyšším věku platí rehabilitační paradox: čím je pacient křehčí,
hůře hybný, tím intenzivněji a co nejdříve se snažíme rehabilitovat, aktivizovat
a mobilizovat. Názor geriatrů je v tomto případě daleko radikálnější než názor
chirurgů a ortopedů. Jejich doporučení týkající se odlehčení či fixace samozřejmě
respektujeme, nebrání nám však v tom, abychom geriatrické pacienty co nejdříve
vertikalizovali a mobilizovali tak, aby zůstala zachována jejich fyzická kondice
a nedošlo k rozvoji imobilizačního syndromu. Jinými slovy lze říci, že silný mladý
jedinec si může v klidu počkat, až se jeho zlomenina zahojí, křehký starý člověk si
toto čekání dovolit nemůže.

IX. Delirium – Deprese – Demence

Dalším stavem, ke kterému je pacient vyššího věku velmi náchylný, je delirium, delirantní stav. Termíny delirium – deprese – demence představují kardinální trias gerontopsychiatrie. Proto by každý pracovník, který se setkává s geriatrickými pacienty, s nimi měl být alespoň v základních rysech obeznámen.

Poruchy kognitivních funkcí

Ve stáří dochází relativně často ke vzniku syndromu demence, jehož nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba. Někteří z forem demence trpí asi 1–3 procenta 60letých lidí. Prevalence demencí však s věkem velmi výrazně narůstá, takže u 80letých a starších lidí se vyskytují již v cca 30 procentech (toto číslo je i vyšší podle různých studií prevalence demencí). Demence je patologickým stavem, není součástí normálního stárnutí a jak vyplývá z výše uvedených čísel, stále platí, že většina pacientů vyššího věku demencí netrpí.

Demence je syndromem, k jehož rozvoji dochází v důsledku patologických změn v mozku, nejčastěji atroficko-degenerativních (Alzheimerova choroba), vaskulárních (aterosklerotické postižení mozkových cév a jeho důsledky) a dalších. Tento syndrom tvoří jednak porucha kognitivních funkcí (myšlení, paměti, orientace, soustředění, schopnost vyjadřovat se a porozumět řeči atd.) a jednak komplexní problematika psychiatrických příznaků a poruch chování (zejména depresivita u počínajícího syndromu demence, neklid, bloudění, agresivita a podobně ve fázích rozvinuté demence). Konstantní součástí a důsledkem syndromu demence jsou také poruchy soběstačnosti, nejprve v instrumentálních, později také základních sebeobslužných aktivitách. Demence mají závažné sociální dopady nejen pro pacienta, ale také pro celou rodinu, neboť se jedná o chronická, dlouhá období trvající a progredující onemocnění, kdy pacient potřebuje nejen dohled, ale s postupem onemocnění také prakticky nepřetržitou péči.

Demence je souborem příznaků. Jde zejména o poruchy paměti, myšlení, soustředění, potažmo i chování. Je výsledným stavem mnoha onemocnění, z nichž zdaleka nejčastější jsou Alzheimerova choroba a cévní onemocnění mozku. Zdaleka nejobávanější a nejmedializovanější příčinou, byť zatím u člověka naprosto vzác-

nou, je BSE – nemoc šílených krav. Výsledek všech těchto procesů je ale stejný: demence – selhání mozku jako orgánu. **Demence je vždy důsledkem choroby. Demence není nikdy důsledkem pouhého stárnutí.** Stařecká demence jako taková neexistuje, to je nutné zdůraznit. I když není demence součástí normálního stárnutí, je častější u starších lidí.

Pro pacienta můžeme mnoho učinit právě tím, že budeme příčinu demence diagnostikovat včas. Často se setkáváme s pokročilými stadii demencí, které nebyly včas diagnostikovány.

Naopak můžeme pacienta zásadním způsobem poškodit, pokud budeme každého starého pacienta považovat za „dementního“. Příliš často se také setkáváme s chybně pozitivními diagnózami demence u pacientů, kteří dementní nejsou, ale například nedoslýchají, v důsledku somatické příčiny se u nich rozvinul deliriozní stav apod.

FÁZE DEMENCE

Průběh demencí lze schematicky rozdělit na tři stadia:

1. počínající a mírná demence, kdy dominují zejména poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí
2. středně pokročilá demence, která se již projevuje poruchou soběstačnosti a pacient vyžaduje častý či převážný dohled
3. pokročilá forma demence, kdy je pacient odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit

S postupující progresí onemocnění potřebuje pacient stále více péče a pozornosti ze strany pečujících. Péče o pacienta klade na pečující často neúměrné nároky, které mnohdy zcela přesahují jejich síly a možnosti. Nutným předpokladem pro co nejdéší setrvání pacienta v domácím prostředí v péči rodiny je pomoc a podpora pečující rodiny. Jedná se o významný aspekt, který je u nás dosud naprosto podceňován. Přitom jednotlivé programy podpory pečujících rodin byly velmi pečlivě vyhodnoceny a dostatečně byla prokázána jejich účinnost i z ekonomického pohledu. V mnoha zemích se staly pravidelnou a zcela integrovanou součástí péče o pacienty postižené demencí (Austrálie, Nizozemsko, Skandinávie a podobně).

ABC DEMENCE

Kromě výše uvedených fází je podstatné si uvědomit, že demence nepředstavují pouhou poruchu kognitivních funkcí, i když tato je vlastně definuje. Demence jsou provázeny změnami a poruchami chování a pestrou psychiatrickou sympto-

matologií, vedou k poruše soběstačnosti a mají významné sociální dopady pro pacienta a jeho rodinu. To je vyjádřeno schématem, které často uvádí anglosaská literatura:

A – activities of daily living (porucha soběstačnosti a sociální dopady)

B – behaviour (behaviorální a psychiatrická symptomatologie)

C – cognition (porucha kognice)

Pokud se snažíme učinit si co neúplnější obraz stavu pacienta s demencí, je třeba, abychom se zabývali nejen poruchou kognitivních funkcí, ale ještě dalšími doménami, které jsou pro pacienta a jeho rodinu důležité. Měli bychom si také učinit obraz o pokročilosti syndromu demence, o tom, v jaké fázi demence se pacient momentálně nachází.

Kognitivní – poruchy paměti, soustředění, orientace, myšlení. Tyto příznaky k nám pacienta vlastně přivádějí s podezřením na možnost Alzheimerovy choroby či jiné příčiny demence.

Behaviorální a psychologické příznaky (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia – BPSD) – mohou výše uvedené předcházet a často tomu tak bývá. Může se jednat o významné a nápadné změny u frontálního postižení (postižení čelního laloku), nevhodné či nepřiměřené chování, „odbržděnost“, netaktnost a podobně. Ty se vyskytují zejména u Pickovy nemoci. Může jít také „jen“ o úzkost, depresivitu, poruchy spánku a podobně, tedy o příznaky, které často ku škodě všech u lidí středního věku bagatelizujeme. V pokročilejších fázích onemocnění se vyskytují závažnější BPSD, zejména neklid, halucinace a bludy, agresivita, bloudění, inkontinence. Tyto příznaky jsou často důvodem umístění pacienta v zařízení, protože často se rodina nemůže o pacienta starat právě proto, že je neklidný, agresivní, utíká a nebo má jiné poruchy chování.

Sociální změny – přicházejí také velmi záhy, nemocní se často straní společnosti více, než by to odpovídalo jejich zdravotnímu stavu, někteří si znepřátelují okolí svým chováním, někdy se podílejí také obavy rodiny na jejich rychlé sociální izolaci. V pozdějších stadiích onemocnění se zhoršuje také soběstačnost pacienta, a to nejprve v instrumentálních aktivitách denního života, později i v základních aktivitách denního života.

POSUZOVÁNÍ STAVU PACIENTŮ S DEMENCÍ

Progrese onemocnění

Celkový stav pacientů s demencí a pokročilost onemocnění posuzujeme na základě různých škál. Nejužívanější je Reisbergova škála GDS (Global Deterioration Scale). Tato škála umožňuje posoudit závažnost demence. Pro přiřazení k jednotlivému stupni škály je zapotřebí zjistit informace od pacienta i jeho rodinných příslušníků a upřesnit si je dle charakteristiky jednotlivých stupňů škály.

Soběstačnost pacientů s demencí

Pro posuzování soběstačnosti pacientů s demencí můžeme posuzovat výše uvedené škály instrumentálních a bazálních aktivit denního života. Existují škály, které lépe odpovídají specifické problematice demencí, ty se u nás používají zpravidla na specializovaných pracovištích.

Poruchy chování

Také pro posuzování poruch chování existuje mnoho škál, nejčastěji používanou je NPI (Neuropsychiatric Inventory) a BEHAVE-AD.

DOTAZNÍK PRO PÉČI

Abychom mohli pacientům s demencí zajistit kvalitní péči, která bude jim i jejich rodinným příslušníkům přinášet užitek, potřebujeme znát některé skutečnosti z pacientova života, jeho zájmy, oblíbené aktivity a naopak to, co nedělá a nemá rád.

Jednotlivá pracoviště, která se zabývají problematikou demencí, využívají své vlastní dotazníky, které jim umožní se s pacientem lépe seznámit a přizpůsobit tak péči jeho potřebám.

PŘÍSTUP K ČLOVĚKU S DEMENCÍ

Eva Jarolímová

Péče o člověka s demencí je náročná, dlouhodobá a vyčerpávající. Pokud ale máme dostatek informací o podstatě této nemoci, její včasnou diagnózu, adekvátní léčbu a praktikujeme vhodný přístup k nemocnému, můžeme si ušetřit mnoho sil i energie. Zlepšit spolupráci s nemocným, navázat hodnotný vzájemný vztah a podstatnou měrou zlepšit kvalitu života nemocného i jeho pečovatele.

Je důležité k člověku s demencí přistupovat vždy s respektem. Jestliže dobře porozumíme, čím člověk s demencí prochází, a známe dobře projevy této nemoci, snáze pochopíme, proč se nemocný v daných situacích chová určitým způsobem. Je důležité mít na paměti, že osoba s demencí navzdory nemoci je stále jedinečná a cenná lidská bytost. Pokles na úrovni kognitivních funkcí u takto nemocných osob má za následek zvýšenou zranitelnost a potřebu podpory. Každá osoba s demencí je jedinečný jednotlivec s vlastními velmi odlišnými zážitky ze života, se zálibami, koníčky i tím, co rádi nemají. I když jsou symptomy u osob s demencí nějak známy a popsány, demence každého jednotlivce ovlivňuje různým způsobem. Navíc, každý člověk z okolí nemocného, ať již jednotliví členové rodiny, přátelé nebo pečující, reagují na jeho problémy často různým způsobem. Proto je potřeba informací a jednotného přístupu v péči o člověka s demencí nezbytná a relevantní.

V přístupu k nemocným s demencí je také třeba nezapomínat na potřeby a pocity těchto osob.³⁶

Delirium, delirantní stav (dříve akutní stav zmatenosti)

Jedná se o poruchu mozkové činnosti v důsledku různých příčin. Mohou to být infekční onemocnění (bronchopneumonie, ale také infekce močových cest), srdeční selhání, které způsobí nedostatečné prokrvení mozku, ale také bolest, retence moči, hypoglykémie, sensorická deprivace včetně imobilizace, důsledek užívání či náhlého vysazení psychofarmak.

36 Holmerová I., Aas E.: *Problémy a přání rodinných pečovatelů a zdravotnických pracovníků – norský-český projekt*. Kloeversen, 1999.

Jedná se o akutní stav, který je reverzibilní (vratný), trvá řádově hodiny až dny. Je přítomna porucha myšlení, orientace, paměti, vnímání, pozornosti, bývá přítomen neklid, agresivita, halucinace i bludy.

Tento stav je zapotřebí odlišit od demence. K tomu nepotřebujeme žádné složité diagnostické pomůcky či přístroje. Stačí pečlivá anamnéza a klinické vyšetření. Zjistíme-li, že se tento stav rozvinul během několika hodin či dnů, je jasné, že se nejedná o demenci. Pro správnost je však třeba připomenout, že delirium se může vyskytnout i u pacientů s demencí a výrazně zhoršit jejich stav.

Za typickou považujeme následující kazuistiku: Na informační linku České Alzheimerovské společnosti se obrátila mladá žena. Chtěla se informovat, zda její babička netrpí Alzheimerovou chorobou, protože je dezorientovaná. Proto ji nechtěli vzít do nemocnice. Po podrobném dotázání jsme zjistili, že se jednalo o 84letou pacientku, bývalou zdravotní sestru, která žila dosud zcela samostatně, a to vcelku bohatým společenským životem, dobře vycházela s rodinou i přáteli. Byla zcela soběstačná. Starala se o svou domácnost i finance, větší nákupy platila kreditní kartou. Předchozí den ji rodina našla ležet v posteli ještě kolem poledne, což naprosto nebylo jejím zvykem. Byla unavená, dezorientovaná, nevěděla, který je den a kolik je hodin. Odpoledne se její stav ještě zhoršil, takže nepoznala ani vnučku. Při cestě na toaletu upadla. Chvilími byla i neklidná. Rodina zavolala svého praktického lékaře, který pacientku doporučil k hospitalizaci na interním oddělení. Lékař na ambulanci pacientku odmítl a své rozhodnutí rodině zdůvodnil tím, že pacientku nemůže přijmout, protože je dezorientovaná a neklidná, že by z oddělení utíkala a oni nejsou na takové pacienty zařízení. Rodina tedy pacientku odvezla zpět a druhého dne se vnučka obrátila s výše uvedeným dotazem na naši poradnu. Pacientku jsme doporučili k přijetí na jiné oddělení, kde byla hospitalizována. Tento příběh skončil happy endem, protože po přeléčení bronchopneumonie (která se v tomto případě projevila pouze deliriem) se pacientka v dobrém stavu a stejně soběstačná vrátila domů.

Delirium, jak již bylo výše uvedeno, je stavem akutní dezorientace, zmatenosti, neklidu (dříve se používalo termínu akutní amentní stav). Jedná se o selhání mozkových funkcí z příčin, které se zpravidla nacházejí mimo mozek. Může to být pooperační stav či stav po úrazu, infekční onemocnění, srdeční selhání, vyčerpání a podobně. Delirium je vždy stavem akutního zhoršení celkového stavu, které se projevuje zhoršením mozkové činnosti. Takto musíme k pacientovi přistupovat. Jedná se o stejně závažnou situaci, jakou je například dušnost, krvácení a podobně. Delirium je vždy stavem, který musí řešit lékař.

Deprese

Deprese je častým onemocněním i ve středním věku a velmi častým onemocněním ve věku seniorském. Jedná se o chorobnou změnu nálady, o dlouhodobý smutek, špatnou náladu, jejíž důvod mnohdy není ani znám. Změna nálady je za normálních okolností vysvětlitelná špatnou životní situací, ztrátou, tragickou událostí. Smutek po těchto událostech trvá vždy jen určitou (obvyklou) dobu. Jestliže smutek a špatná nálada přetrvávají dlouhodobě, jsou provázeny pocity beznaděje, vlastní nicotností, opuštěností, bezvýznamnosti a podobně, nejedná se již o normální stav, ale o onemocnění, depresi.

V mladém a středním věku se deprese projevuje zejména pocity smutku a beznaděje, ve vyšším věku jsou lidé spíše apatičtí, rezignují na svou situaci a zanedbávají veškerou péči o sebe. Deprese je onemocněním závažným, jejím fatálním vyústěním může být sebevražda. Ta ohrožuje samozřejmě také pacienty vyššího věku, možná dokonce více než pacienty mladé. Staří lidé často nechťejí hovořit o psychických příznacích, často se za ně stydí. Proto chodí k lékaři s různými stesky, které se často mění a jejichž pravá příčina nemusí být zřejmá, často prodělávají různá zbytečná vyšetření. Deprese je vždy značným utrpením pro pacienta, a proto pacienti pomoc vyhledávají. Somatické (tělesné) příznaky, které pacienti lékaři nabízejí, jsou pouze jakýmsi voláním o pomoc. Bohužel lékaři se často příliš zaměřují na somatickou stránku onemocnění a na možnost psychického onemocnění nepomyslí, a to zejména při výše uvedených somatizovaných příznacích.

Docent Vojtěchovský se spolupracovníky analyzoval případy dokonaných sebevražd starých lidí. Došli k alarmujícímu závěru: většina seniorů, kteří spáchali sebevraždu, navštívila ještě několik dnů či týdnů před tímto zoufalým činem svého ošetřujícího lékaře. Z výše uvedeného vyplývá, že pomyslet na možnost, že pacient trpí depresí, může mít zcela zásadní význam pro jeho další osud. Zejména bychom měli být pozorní u pacientů, kteří jsou smutní, apatičtí, hovoří o sebevraždě, nevidí význam svého života, neprospívají, špatně se s nimi komunikuje a spolupracuje, mají různé bolesti a další příznaky, pro které lékař neshledává důvodu. Na možnost deprese bychom měli lékaře upozornit také my, často je rodina či profesionální pečující pacientovi nejbližší a mohou tyto příznaky nejlépe posoudit.

Diagnóza deprese má velký význam také proto, že deprese je onemocněním, které je léčitelné. V současné době mají lékaři k dispozici mnoho léků (antidepresiv), které příznaky deprese odstraní či alespoň zmírní tak, že jsou pro pacienta únosné. Moderní antidepresiva mají minimum nežádoucích účinků a lze je pohodlně dávkovat. Nejedná se o návykové látky, a to je další skutečnost, kterou musíme svým pacientům (často neochotným psychoaktivní léky užívat) velmi pečlivě vysvětlit.

Deprese se může také projevat tím, že se pacient, zejména pacient vyššího věku, hůře soustředí, orientuje, řeší problém. Tento stav se může rozvinout až do obrazu výrazné kognitivní poruchy, kterou nazýváme pseudodemencí při depresi. Vzhledem k tomu, že je deprese (na rozdíl od demence) relativně snadno léčitelná, je vhodné, aby lékař provedl v těchto hraničních situacích zkoušku léčby antidepresivy (terapeutický test).

DEPRESE VE STÁŘÍ

Deprese ve stáří má podobně jako jiná onemocnění odlišnou symptomatologii než deprese nižšího věku. Diagnostika a terapie je tím velice znesnadněna. Vede však k narušení běžných životních funkcí a mnohdy ke zhoršení současných tělesných onemocnění nebo k jejich častější exacerbaci.

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí jsou základními kritérii pro diagnózu deprese jednoznačně abnormní depresivní nálada trvající alespoň dva týdny, ztráta zájmů, aktivit, které jsou jinak běžné, pokles energie a zvýšená navitelnost. Dále by měl být přítomen alespoň jeden z následujících příznaků:

- ztráta sebedůvěry
- neodůvodněné prožívání pocitů viny
- opakované myšlenky na smrt, sebevraždu nebo sebevražedné myšlenky
- snížená schopnost koncentrace, pocit neschopnosti myšlení
- změny psychomotorické aktivity, zpomalení nebo naopak agitovanost
- porucha spánku
- změna chuti k jídlu (snížení nebo naopak zvýšení)

Ve stáří mohou být jednotlivé příznaky a projevy deprese modifikovány somatickým postižením. Z hlediska etiologie mohou být rizikovým faktorem: věk nad 60 let, ztráta blízkých (partner, partnerka, děti), polymorbidita, insomnie, hypochondrie a sebevražedné pokusy v minulosti.

Podle zahraničních studií bývá uváděna prevalence deprese u mužů nad 65 let 0,4 %, u žen 1,4 %. V případě hodnocení všech depresivních symptomů je výskyt až 10 %.³⁷ Tito jedinci však nesplňují kritéria deprese jako taková. Lze však očekávat, že číslo není přesné, protože řada pacientů není v tomto směru vyšetřována. Samozřejmě se výskyt těchto symptomů liší u různých diagnóz. Rizikovými jsou pacienti s kardiologickým onemocněním, onkologickým, ale i nemocní s chronickými vertebrogenními obtížemi, imobilizací z jakéhokoliv důvodu apod.

Prevalence deprese a depresivních symptomů se liší u seniorů hospitalizovaných, žijících v institucích a v domácím prostředí. Uvedme data ze studií v České republice.

U hospitalizovaných nemocných s Alzheimerovou chorobou je výskyt deprese v 50 procentech. Epidemiologický průzkum populace vyššího věku žijící v domácnostech odhaduje výskyt depresí na 8–9 procent. U seniorů nad 85 let je uváděn výskyt deprese v domácím prostředí ve 20 procentech.³⁸ Při šetření výskytu depresivních symptomů u seniorů žijících v institucích se dostáváme ještě k vyšším číslům. V aktuální studii Gerontologického centra Praha je zjištěna depresivita u 46 procent seniorů žijících v domovech důchodců. U 12 procent se jedná o těžkou depresivitu a u 34 procent o středně závažné depresivní symptomy.³⁹ V další české studii je prevalence depresivních příznaků vysoká: 44,8 procenta u seniorů v léčebnách dlouhodobě nemocných, 50,6 procenta v domovech důchodců.⁴⁰ Výsledky této studie jsou na horní hranici rozptylu obvykle uváděné prevalence deprese/depresivity ve světových studiích.

Ve vyšším věku v souvislosti s polymorbiditou může dojít k iatrogennímu vyvolání deprese. Mezi léky, které vedou při dlouhodobém podávání k rozvoji deprese nebo depresivních symptomů, patří: některá antihypertenziva (betablokátory, blokátory kalciových kanálů, metyldopa), steroidy, analgetika, antiparkinsonika, psychofarmaka (benzodiazepiny).

Z hlediska neuropatologických změn jde u deprese především o nedostatek dvou neurotransmiterů: serotoninu a noradrenalinu na synaptické štěrbině. V důsledku toho se mění citlivost receptorů, dochází k jejich zvýšené citlivosti. Terapeuticky zasahujeme na této úrovni, tj. ve zvýšení obsahu neurotransmiterů různým mechanismem působení.

Antidepressiva 1. generace (tricyklická antidepressiva) blokují zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu presynaptickou membránou. Tento druh antidepressiv však ovlivňuje i jiné receptorové systémy – např. acetylcholinergní. V tomto případě může dojít k poruše paměti a ke vzniku anticholinergních delirantních stavů.

Z těchto důvodů je tento typ antidepressiva nevhodný pro seniory.

Antidepressiva 2. generace (thymoleptika) jsou specifičtější pro serotonin a noradrenalin. Ještě více selektivními antidepressivy 3. generace jsou inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, které prakticky neovlivňují jiné neurotransmitery. Používají se pro všechny věkové skupiny.

38 Vojtěchovský M.: Deprese ve stáří – některé novější poznatky a praktické rady. *Sestra*, roč. 99, č. 5 (1999), s. 3–4.

39 Vaňková H., Holmerová I., Veleta P., Janečková H.: *Přehližená deprese u seniorů v residenčních zařízeních*. Hradec Králové: 12. celostátní kongres, 2006.

40 Topinková E., Neuwirth J.: Depresivní syndrom geriatrických pacientů v ústavní péči. *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 93, č.4 (1997), s. 181–188

Antidepresiva 4. generace jsou selektivními inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a/nebo noradrenalinu bez ovlivnění jiných neurotransmitterových systémů.

Nedílnou součástí léčby deprese je psychoterapeutický přístup k pacientovi. Důležité je rovněž poučení rodinných příslušníků a pečovatelů.

Rozhodně není vhodné problémy zlehčovat. Naopak je nutné situaci s pacientem dokonale analyzovat. Někdy s pomocí členů rodiny, pečovatelů nebo praktického lékaře. Je nutné vysvětlit pacientovi nebo pečujícímu průběh onemocnění, nutnost dodržování terapie a nebezpečí vlivu náhlého vysazení antidepresiv na stav nemocného.

Často se lze setkat v ambulancích s tím, že deprese nebo depresivní projevy nejsou včas rozpoznány. Stačí k tomu použít k vyšetření orientační posouzení pomocí Geriatrické škály deprese podle Yessavage – krátká verze⁴¹ (tab. č. 10).

Toto vyšetření může být prováděno v domácím prostředí pracovníkem domácí péče. Je otázkou, zda by nemělo být z důvodů vyššího zachytu tohoto rizikového faktoru nemocnosti ve stáří součástí primární péče o každého seniora.

Geriatrická škála deprese podle Yessavage – krátká verze⁴²

Otázka	Odpověď
Jste v zásadě spokojen(a) se svým životem?	ANO – ne
Opustil(a) jste mnoho ze svých zájmů a aktivit?	ano – NE
Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano – NE
Pocítujete často nudu a prázdnotu?	ano – NE
Máte většinou dobrou náladu?	ANO – ne
Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ano – NE
Jste většinou šťastný, šťastná?	ANO – ne
Cítíte se často bezmocný, bezmocná?	ano – NE
Zůstáváte raději doma, než byste šel (šla) ven a podnikal(a) nové věci?	ano – NE
Máte pocit, že máte více problémů s pamětí než ostatní?	ano – NE
Myslíte, že je pěkné žít v této době?	ANO – ne
Tak jak jste na tom právě nyní, připadáte si bezcenný, bezcenná?	ano – NE
Cítíte se plný (plná) energie?	ANO – ne
Pocítujete svou situaci jako beznadějnou?	ano – NE
Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ano – NE

41 Kalvach, Z., Zadák Z., Jiráček R., et al.: *Geriatric gerontology*. Praha: Grada, 2004: 187

42 Tošnerová T., Bahbouch R.: *Orientační vyšetření deprese a demence v ordinaci praktického lékaře. Opmíjené diagnózy ve stáří*. Praha: Beaufour-Ipsen International, 1999.

Hodnocení: **každá odpověď vytištěná tučně velkými písmeny = 1 bod**

0–5 bodů: **norma**

>5 bodů: **suspektní deprese**

Česká standardizace: **0–7 norma, 8–12 mírná deprese, 13–15 těžká deprese**

Důležitým preventivním faktorem deprese je fyzická aktivita. Přestože nejsou potvrzeny důkazy o přímém terapeutickém vlivu fyzické aktivity, existují v současné době studie potvrzující její vliv na zlepšení nálady a snížení výskytu deprese.

X. Úzkost ve vyšším věku

Miroslava Holá

Každá etapa lidského života má své problémy a z toho pramenící nejistoty. Malé dítě se seznamuje se světem a neví, co všechno ho čeká. Mladý člověk rozvíjí svoji osobnost, hledá své cíle a neví, jak se do života zařadí. Dospělý člověk buduje svoji rodinu a své pozice a neví, zda se mu to podaří.

Starý člověk již v zásadě vše vybudoval. Mohl by být klidný a spokojený. Pravda však je, že se musí spokojit s tím, co má a čeho dosáhl. Vzhledem ke svému věku už nemůže zásadně změnit své postavení a prostředí a je pasivně závislý na zdrojích, které dříve získal, nebo které mu společnost poskytuje. Se ztrátou svých tělesných a duševních sil musí slevovat ze svých potřeb a zvyklostí a snižuje se i jeho ekonomické zajištění.

Moudrý starý člověk se na toto období připraví a dokáže si najít i v tomto věku způsob života, se kterým se ztotožní a na který si zvykne. Zkušenost však ukazuje, že se **velká část staré populace s novým životním stylem vypořádat nedokáže a propadá úzkosti nad otázkou: co se mnou bude dál?**

Lékařská věda prodlužuje lidský život, oddaluje smrt, a to i za cenu mnoha handicapů a obav, jak zvládnout problémy života provázené četnými psychosociálními zátěžemi, jako jsou chronické nemoci, ztráta soběstačnosti, citová i ekonomická nouze a osamělost.

Život v obavách, úzkostech a s depresí patří k nejčastějším problémům stárnoucí populace. Hlavní stresory vyššího věku jsou: vážná nemoc, smrt partnera, ztráta soběstačnosti, nedobré vztahy s dětmi a obava z vlastního konce.

CO JE TO ÚZKOST

Úzkost je nepříjemná emoce, kterou vnímáme jako prožitek starosti, obavy, nejistoty a napětí provázený vegetativními projevy. Úzkost prožíváme v různé míře všichni. Je ovlivněna nejen genetickými faktory, ale i vývojem jedince v průběhu života. Základní strategií u silnějších jedinců je její vytěsnění, které navenek vypadá tak, jako by člověk na nepříjemné myšlenky zapomněl.

Úzkost je těsně spojena se strachem. Podle některých autorů úzkost nemá předmět ani konkrétní původ a vztahuje se k budoucnosti. Naopak strach se vztahuje k určitému objektu a je vázán přítomností. Praxe však ukazuje, že obvykle nelze oba pojmy oddělit, protože převážná část prožitků strachu a úzkosti je někde uprostřed. Bojíme se tmy, ale není přesně určeno, co nás ve tmě ohrožuje. Bojíme se nemoci, nevíme však, které, ani jak bude probíhat. Proto rozdělení prožitků strachu a úzkosti je spíše orientační.

Úzkost je důležitá, protože zlepšuje adaptaci, podporuje pozornost, zvyšuje aktivitu a nutí člověka zlepšit svůj stav nebo se bránit. Výrazně ovlivňuje chování, jednání, myšlení, vnímání a někdy i vědomí člověka.

Pokud překročí určitý práh, působí opačně, to znamená, že se snižuje aktivita, objevuje se strnulost a stereotypie v chování, zhoršuje reakce na okolí, zužuje pozornost, zhoršuje paměť. Délétrvající úzkost zhoršuje většinu základních nemocí a podílí se i na vyšší úmrtnosti. Vede k poruchám spánku, psychickému utrpení a nadměrná může končit i sebevraždou.

ÚZKOST U LIDÍ VYŠŠÍHO VĚKU

Samotné stáří bývá zdrojem vzniku úzkostných stavů. Staří lidé mají sníženou schopnost přiměřeně reagovat na stresy a především sníženou schopnost zotavit se z dopadů stresu.

Chronická úzkost lehčího typu je proto u starých lidí poměrně běžná. Projev úzkosti je však omezen, protože ti, kdo přežili do vysokého věku, byli již dříve úspěšnější ve zvládnání stresů. Staří lidé dovedou maskovat vážnou úzkost tak, jako dovedou maskovat depresi do jiných poruch.

Místo obvyklé reakce na stres v podobě boje nebo útěku, reagují staří lidé **útlumem** nebo tzv. **zmrazením**. Neobjeví se bouřlivá poplachová reakce, ale fyziologické reakce přesto probíhají. **Chronické stresy** stárnoucích **mohou některé jedince vážně ohrozit**.

Mohou být způsobeny vším tím, co je starému člověku vlastní: pokles tělesné zdatnosti, úbytek nebo oslabení smyslového vnímání, polymorbidita a další problémy jsou nebezpečím pro zbytek jejich života. Stejně tak ohrožují jejich život ekonomické nejistoty, ztráta sebeúcty, prestiže a sociálních rolí.

Symbolický boj a útěk jako reakce na stres ve stáří však nejsou reakcí první volby. **Reakcí starých lidí na stres je uvažování, uznávání, ústup a rezignace.** Není to

však úplné vzdání se. Projevem jsou oslabené emoce, stejně jako kognitivní funkce, stažení se do sebe, omezení životní aktivity, vznik psychosomatických chorob a trvalá navenek neprojevovaná úzkost. Někdy takto ztlumené emoce mohou podmiňovat dekompenzaci již dříve uspokojujivě léčených nemocí nebo dokonce vznik jiných nemocí.

VZNIK ÚZKOSTI

V době nebezpečí nebo stresových situací cítí člověk obavy, nejistotu a strach. Jestliže se toto nebezpečí opakuje, stává se člověk ustrašeným vždy, když se dostane do podobné situace, a reaguje úzkostným stavem. Kromě toho vzniká úzkost jako závažná psychická porucha při jiných duševních chorobách, např. při depresi nebo schizofrenii.

PŘÍZNAKY ÚZKOSTI

1. **psychické** (vnitřní neklid, napětí, pocit bezmocnosti a nejistoty bez zevního podnětu)
2. **psychomotorické** (jemné chvění až třes, zvýrazněné nebo oslabené projevy a gestikulace, agitovanost nebo psychomotorický útlum)
3. **vegetativní** (zvýšení krevního tlaku, zrychlení pulsu a dechu, rozšíření zornic, sucho v ústech, bledost, potivost, nechutenství, nespavost)

Zdroje úzkosti ve stáří

Mezi základní zdroje úzkosti patří: biologické příčiny, psychické změny a vliv sociálního prostředí.

1. BIOLOGICKÉ PŘÍČINY ÚZKOSTI

Stárnutí zasahuje do metabolismu mozku a ovlivňuje somatický stav starého člověka podobně, jako to pozorujeme i u jiných věkových skupin.

Jedná se zejména o tyto změny:

1. změny v metabolismu neurohormonů
2. změny v oblasti mozkové kůry
3. změny v průtoku krve mozkem, zvláště při vaskulárních chorobách (mozková arterioskleróza, hypoxie)

Zdrojem úzkostné poruchy mohou být také četné somatické choroby:

1. systémová onemocnění (srdeční, plicní, jaterní a ledvinové poruchy)
2. endokrinní poruchy (nedostatečná nebo špatná funkce štítné žlázy)
3. chronické záněty
4. neurologické poruchy (stav po mozkové příhodně, stavy po zánětu mozkových blan)

2. PSYCHOLOGICKÉ ZMĚNY

U starých lidí dochází ke **snížení intelektových schopností**, které je zaviněno zejména poruchou vstřípivosti. Většina stárnoucích si uvědomuje toto **omezení**, které **navozuje** u člověka **úzkost**, že nebude schopen přiměřené orientace v běžných životních situacích. Klasickým příkladem je zapomínání jmen a různých dat, později také tváří, které vedou k **nejistotě v běžném společenském styku**. Posléze se zapomínání prohlubuje do obav, že **nezvládne běžné životní úkony**, **nebude si schopen zajistit základní životní potřeby**, protože se **nevyzná často ani v okolí svého bydliště**, **neví, kde dobře nakoupit**, **nevyzná se v cenách**, **neví, na které instituce se správně obrátit**.

K tomu se přidává i **úbytek pohybových schopností**, které starému člověku brání si rychle a přiměřeně zajišťovat své potřeby. Přistupují i **smyslové poruchy** jako nedoslýchavost, případně zrakové oslabení, které výše uvedené ještě zhoršuje.

Kognitivní poruchy nemusí mít hloubku demence, ale už běžná stařecká zapomnětlivost může znejistit starého člověka natolik, že se obává, že se ve společnosti znemožní svou **slovní nevybavností a neschopností se plynně dohovorit** s okolím. Má strach, že se mu budou lidé smát pro jeho nedostatky nebo vzhled. Výsledkem bývá **odklon starého člověka od společnosti**, rozvíjí se **úzkostná porucha**, kterou bychom mohli nazvat sociální fóbií.

Fóbie je úzkost vyvolaná určitými situacemi nebo objekty vně pacienta, které nejsou běžně nebezpečné. Nemocný je však prožívá s pocitem hrůzy. **Sociální fóbie** je strach, že je nemocný pozorován jinými lidmi, má strach ze zvědavých pohledů, jít mezi ostatními lidmi, mluvit na veřejnosti, má strach, že se znemožní, zčervená, má strach z kritiky, z výsměchu.

Celoživotním zdrojem úzkosti člověka je myšlenka na smrt. Smrt je nutné chápat jako přirozenou součást lidského života a potlačení myšlenek o smrti vede k zastírání této skutečnosti a rozvíjí strach z něčeho neobvyklého. Člověk se s touto skutečností nebo strachem z ní různě vyrovnává.

Starý člověk má již bohaté zkušenosti s touto životní jistotou a je-li spokojen s uplynulým životem, bývá většinou s otázkou smrti vyrovnaný. Člověk, který chce v životě ještě něčeho dosáhnout, nebo něco napravit, se bojí, že smrt jeho představy zruší. Věřící člověk, který předpokládá další život po smrti a se svými dřívějšími chybami se vyrovnal, očekává smrt klidněji a se smírem.

Životní zkušenost s umíráním přináší starému člověku úzkost spojenou s **problémem, jak on sám umře**. Proto se staří lidé nebojí tolik smrti jako takové, ale spíše **způsobu umírání**. Většina si přeje zemřít ve spánku nebo náhle uprostřed činnosti. U všech pak zůstává touha po životním konci v jistotě a s **nabídnutou pomocnou rukou, která mu odchod ze života usnadní**. Proto je tak potřebné starému člověku **i tuto jistotu připravit**.

Zdrojem úzkosti ve stáří je i depresivní choroba, která postihuje staré lidi ve zvýšené míře. Trpí jí až 30 procent starých lidí. Zvýšený neklid, kterým se vyznačuje, má původ v úzkosti. Mnohdy také úzkost jako příznak převažuje a závažnost deprese i sebevražedných sklonů stoupá se závažností úzkosti.

3. VLIV SOCIÁLNÍHO PROSTŘEDÍ

V období stáří dochází k výrazné změně sociálního prostředí i změně způsobu života člověka. Nemusí si sice už budovat své postavení a rodinu, ale stává se **méně výkonným, nestačí zvládat běžné pracovní povinnosti, opouští zaměstnání, ale i mnohé aktivity**, které měl rád a na kterých mu dříve záleželo.

Dostavuje se jedna z **nejzávažnějších nejistot – otázka existenční**. Starý člověk už nemůže zásadně změnit současný stav, dosáhnout ekonomického úspěchu ani vybudovat novou rodinnou síť. Proto se **ekonomická otázka a otázka rodinné stability stává dominantou** jeho života. Chápeme proto, proč jsou staří lidé tak citliví na výši svého důchodu a proč se obávají rozpadu své rodiny.

S postupujícím věkem **ztrácí starý člověk úmrtím svého partnera, případně rodinné příslušníky a přátele** a jeho **sociální kruh se zužuje** a uzavírá. Stává se proto nejistým ve společnosti, neboť přichází o opory, které v těchto lidech měl.

Dle Vondráčka staří lidé trpí úzkostí i proto, že je jejich **rovnováha mezi potřebami a prostředím narušena vyššími sociálními potřebami, které jejich okolí nechápe** a nerozumí jim. Tento fakt je také jedním z důvodů generačního problému mezi mladými a starými a **příčinou nejistoty a úzkosti** staršího věku.

Všechny tyto faktory mohou navodit trvalý stav obav, nejistoty a úzkosti starých lidí.

ODBORNÁ POMOC PŘI STAVECH ÚZKOSTI

Odbornou pomoc při stavech úzkosti může poskytnout lékař, případně psycholog. Jedná-li se o závažnější poruchu s výraznými příznaky, je nutné vždy zajistit lékařské vyšetření a léčení.

Psychologická pomoc se zaměřuje především na ovlivnění negativních vlivů stáří při rozvoji úzkosti. Jedná se o poučení rodiny i okolí nemocného o tom, které prvky sociálního prostředí mohou být původci úzkostných stavů.

Členové rodiny se musí snažit:

- upevnit ekonomické jistoty starého člověka (finanční účastí v případě ekonomické krize)
- přesvědčit ho o potřebě tréninku mentálních funkcí jako prevence nedostatku informací
- pomoci mu aktivně vstupovat do životních událostí a společenského života

Jde-li o osamělého člověka, profesionální pečovatel se dostává do role jeho nejbližších a přebírá tak jejich snahu.

Psychoterapeutický přístup vede nemocného k rozpoznání příčin jeho úzkosti a ke konfrontaci s negativními prožitky. Psychoterapeutické postupy mají pacienta připravit na **eventuální psychofarmakologickou léčbu** a podporovat její úspěšnost.

XI. Hlavní rizikové faktory onemocnění a nesoběstačnosti ve stáří – křehkost, dehydratace, malnutrice

Mezi rizikové faktory řady onemocnění s ohledem na znalost veškerých fyziologických změn ve stárnoucím organismu patří stařecká křehkost, dehydratace, nadměrné užívání léků a nedostatečná výživa.

Změny tělesné kompozice ve stáří, křehkost, sarkopenie

Jednou ze změn, které přicházejí s vyšším věkem, je změna složení těla, kdy dochází k přibývání tukové tkáně a vaziva a k úbytku svalové a kostní hmoty. Pokud přesáhne hranici normy, při úbytku tkáně kostní hovoříme o osteopenii nebo osteoporóze, pokud se jedná o úbytek tkáně svalové, jde o sarkopenii. Osteoporóza představuje obecně známou nosologickou jednotku, které bylo věnováno mnoho pozornosti, vědeckých prací, publikací a studií. Sarkopenie zůstávala po dlouhou dobu v pozadí zájmu a teprve v posledních letech se množí publikace s touto tematikou. Celou situaci ještě komplikuje fakt, že tento termín používáme jak pro stav, kdy se jedná o fyziologický úbytek svalové tkáně v důsledku stárnutí, tak pro situaci, která je již zjevně patologická.

KŘEHKOST STÁŘÍ

Dalším pojmem, který se v literatuře objevuje stále častěji, je frailty (z angl.), syndrom křehkosti. Různé odborné prameny uvádějí, že u seniorů (65+) se tento syndrom nebo některé jeho komponenty vyskytují v 5 až 25 procentech. Syndrom křehkosti představuje jednak úbytek svalové hmoty a následně i svalové síly, s tím souvisí snadná unavitelnost, slabost, hypokinéza, zpomalená a mnohdy nejistá chůze, zhoršená stabilita a v důsledku toho zvýšené riziko pádů. Lidé trpící

křehkostí stáří mají zpravidla sníženou chuť k jídlu, ztrácejí tělesnou hmotnost a častěji než ostatní senioři stejného věku trpí depresí a zhoršením kognitivních funkcí. Lidé trpící syndromem křehkosti stáří umírají dříve.

Stařecká křehkost představuje rizikovost, která je dána již samotnými fyziologickými změnami funkce jednotlivých orgánů ve stáří a dále následnou dekondíci. Snížení svalové síly, pevnosti kostí, kloubní pohyblivosti, výkonnosti ostatních orgánů – např. kardiovaskulárního aparátu, funkce CNS, ohrožuje jedince zhoršením soběstačnosti, poruchou pohybové koordinace, pády, zlomeninami, poruchou homeostázy, celkovým zhoršením zdravotního stavu. Takový člověk je často rehospitalizován, představuje větší zátěž pro zdravotní a sociální systém.

Člověk ve stáří je ohrožen stařeckou křehkostí, jejíž míra závisí na genetické predispozici, prevenci, pohybové aktivitě a psychické zdatnosti.

Je tedy důležité sledovat rizikové faktory ve stáří a předcházet jim, včas je co nejvíce eliminovat, tj. více dbát na preventivní programy a edukaci.

SARKOPENIE

Pod pojmem sarkopenie rozumíme progresivní redukci svalové hmoty a svalové síly, která postihuje zejména starší lidi, přichází často společně se ztrátou kostní hmoty a s osteoporózou a způsobuje značné procento dysability ve vyšším věku. V současné době se zkoumají mechanismy, které by mohly vést k sarkopenii, a to zejména inaktivita, oxidativní stres, chronický zánět a celkové změny tělesného složení. Sarkopenie významně přispívá k morbiditě, mortalitě, zhoršení kvality života a rovněž ke zvyšování nákladů na zdravotní péči o seniory. Lidé, kteří trpí sarkopenií a přitom jsou obézní („fat frail“), mají významně horší prognózu než křehcí senioři. Sarkopenii je třeba považovat za významný problém veřejného zdravotnictví. Existují dokonce práce zabývající se ekonomickými dopady sarkopenie, které představují přibližně 1,5 procenta celkových výdajů na zdravotní péči. Tyto údaje jsou významné zejména vzhledem k tomu, že počet seniorů bude v příštích letech výrazně narůstat. Sarkopenie způsobuje nejen poruchu lokomoce, ale dochází také ke zhoršení funkce svalů dýchacích a těch, které jsou důležité pro polykání. Z praxe všichni známe pacienty s atrofickým svalstvem, u nichž rehabilitace má jen malý či žádný efekt, kteří přijímají málo stravy, jedí obtížně, bez chuti, při jídle kašlou, aspirují. Jsou dlouhodobě odkázáni na ošetřovatelskou péči a pokud jim není poskytnuta kvalitně a odborně, jejich stav se rychle zhoršuje.

Biochemický obraz sarkopenie

Zajímavý je i biochemický obraz sarkopenie, charakterizovaný aktivací systému koagulace, vzestupem cytokinů a některých dalších markerů zánětu. Jedná se zejména o interleukin-1beta, tumor necrosis factor alfa a interleukin 6. Některé studie prokazují korelaci mezi hodnotami CRP a IL-6, které pozitivně korelují s množstvím tuku a naopak negativně korelují s hmotností netukové hmoty těla – appendicular lean mass. Úbytku svalové hmoty a rozvoji syndromu křehkosti stáří napomáhají také změny sekrece některých hormonů, které mimo to přispívají k aktivaci mediátorů zánětu. Jedná se kromě pohlavních hormonů (testosteron, dehydroepiandrosteron, estrogeny) zejména o pokles hladiny růstového hormonu (GH) a inzulinu podobného růstového faktoru 1 (IGF – 1). Důležitou roli hraje také oxidativní stres. Několik studií prokázalo vztah mezi hladinou antioxidantů (alfa tokoferol, karotenoidy) a zvýšenou svalovou silou.⁴³

Zhoršení chuti k jídlu a následná ztráta tělesné hmotnosti vedou k úbytku viscerálních bílkovin, což se zobrazí například na hladině albuminu. Snížení sérového albuminu přichází ve vyšším věku společně se sarkopenií.⁴⁴

Nutnou podmínkou pro to, aby si člověk vytvořil a zachoval dostatečnou svalovou hmotu, je jednak správná a dostatečná výživa, jednak dostatečná pohybová aktivita. Svaly, které nejsou používány, postupně atrofují. Nicméně je třeba podotknout, že ani lidé, kteří se snaží udržovat svou kondici pravidelným cvičením, nejsou stoprocentně chráněni vůči sarkopenii. Proto je třeba se domnívat, že příčina sarkopenie je komplexní.

ROLE NUTRICE

Hladovění nebo nedostatečná výživa vedou k úbytku svalové hmoty, tato situace však probíhá rozdílným způsobem ve zdraví a v nemoci či při zátěži. Vzhledem k tomu, že pro stáří jsou typická chronická onemocnění, ale nevyhýbají se mu ani onemocnění akutní, operace či úrazy, je zapotřebí připomenout, že každá zátěž, kterou tato onemocnění představují, má dopad také na svalovou hmotu. Normální reakcí na prosté hladovění je spotřeba zásobního tuku, tvorba a také utilizace ketolátetek, které zabraňují katabolismu, tedy odbourávání svalové tkáně. Pokud je

43 Semba R. D., Blaum C., Guralnik J. M., Mocnrief D. T., Ricks M. O., Fried L. P.: Carotenoid and vitamin E status are associated with indicators of sarcopenia among older women living in the community, *Aging Clin Exp Res*, 2003, Dec, 15(6), 482–7.

44 Baumgartner R. N., Koehler K. M., Romero L., Garry P. J.: Serum albumin is associated with skeletal muscle in elderly men and women, *Clinical Nutrition Program*, School of Medicine, University of New Mexico, Albuquerque, USA.

však organismus ve stresu způsobeném onemocněním či úrazem, zareaguje auto-katabolickou reakcí. Dochází k mobilizaci nejen zásob energie uložené v tukové tkáni, ale také k využívání aminokyselin, elektrolytů, minerálů, stopových prvků a nukleotidů. V situaci stresu je důležité, že jsou tyto substráty k dispozici rychle. Proto pro další osud nemocného hraje nesmírně důležitou roli jednak celkový stav výživy, ale také hmotnost svalové hmoty při vzniku akutního onemocnění nebo během úrazu či chirurgického zákroku⁴⁵. Je tedy možné konstatovat, že každé akutní onemocnění, úraz, operace či další významný zdroj stresu, a to zejména pokud není zajištěna dostatečná nutriční podpora, představují významné riziko úbytku svalové hmoty a vzniku či zhoršení sarkopenie.

Tuto situaci velmi výstižně charakterizuje L. Sobotka: „*Je-li gerontologický nemocný přijat do nemocnice pro akutní onemocnění, velmi často u něho dochází k rychlému a patrnému vzniku tělesné slabosti. Již během krátké doby leží pasivně na lůžku a i po překonání akutní choroby vznikají potíže s jeho mobilizací. Není schopen se postavit, udržet rovnováhu a pohybovat se. Současně se snižuje příjem potravy a tekutin. Téměř před očima mizí zbytky kosterní svaloviny a dále se zhoršují jeho pohybové schopnosti. Postupně se zhoršuje způsobilost nemocného odkašlat, objevuje se povrchové dýchání. Posléze dochází k infekčnímu postižení bronchopulmonálního systému a rozvoji často smrtící pneumonie. Málokdy si však uvědomíme, že právě stav výživy a tělesných zásob energie (zejména proteinů v kosterní svalovině) mohou být příčinami, které výše uvedený negativní průběh choroby způsobují.*“

Přestože se sarkopenie považuje za reverzibilní situaci, její léčení je obtížné a kromě všeobecného uznání účinnosti rehabilitace a nutriční podpory neexistuje konsensus (a dostatek dat) pro její léčení. I akutní ztráta tělesné svaloviny, která může vzniknout během několika dní akutního onemocnění, se i za dokonalých podmínek (dokonalé výživy a rehabilitační péče) často upravuje až několik měsíců (Sobotka). Je tedy zřejmé, že nejúčinnější strategií je prevence situací, které by mohly sarkopenii způsobit či zhoršit. Jedná se především o včasnou diagnózu a léčení onemocnění, a to zejména se stoupajícím věkem pacienta. Dále mají význam opatření vedoucí ke zvýšení svalové hmoty, a to zejména dostatek pohybu a správná, plnohodnotná výživa. Někteří autoři udávají, že významnou roli pro tvorbu svalové hmoty u stárnoucích jedinců hraje zejména aminokyselina leucin⁴⁶. Stejnou úlohu lze předpokládat i u dalších aminokyselin s rozvětveným řetězcem (isoleucin, valin), které svalstvo využívá jako zdroj energie (Sobotka).

45 Sobotka L.: Vliv malnutrice na průběh akutního onemocnění u gerontologického nemocného, *Česká geriatrická revue*. 1/2003, s. 32–35.

46 Marcell T. J.: Sarcopenia: causes, consequences, and preventions... Muehlberg W., Sieber C.: Sarcopenia and frailty in geriatric patients: Implications for training and prevention, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 37, Nummer 1, s. 2–8

Již z uvedené stručné informace vyplývá, že etiologie a patogeneze sarkopenie je složitým procesem, na kterém se kromě inaktivity a nedostatečné nutrice podílí mnoho dalších faktorů, akutní onemocnění, chronické záněty, metabolické změny nikoli nepodobné těm, ke kterým dochází u metabolického syndromu. Podrobná analýza těchto změn je nad rámec možností tohoto sdělení. V následujícím textu se soustředíme na roli aktivity resp. hypokinézy, které jistě rozvoj a zachování (resp. úbytek) svalové hmoty a síly do značné míry ovlivňují.

Poruchy hydratace

Dehydratace je rizikovým faktorem determinujícím řadu onemocnění ve stáří, které jsou pro jedince vyššího věku limitující.

Do organismu vstupuje voda spolu s potravou a infundovanými roztoky. Další část vody vzniká při oxidaci sacharidů, tuků a bílkovin. Denní ztráty představují 2000–2500 ml. Z tohoto množství odchází 1000–1500 ml močí, 500 ml pokožkou, perspirací 400 ml a stolicí 100 ml. Při silném pocení a horečce se potřeba tekutin zvyšuje o 1000–1500 ml. Znalost tohoto údaje je klíčovým momentem v péči o nemocné seniory. Průměrná denní potřeba u zdravého jedince činí 1500–2500 ml, což stačí k udržení diurézy a náhradě ztrát vody perspirací a kůží.

Na dehydrataci ve stáří se podílí faktory dané věkem, dále vlivy iatrogenní a psychologické.

Příčinné důvody dané věkem spočívají většinou ve strachu z příjmu většího množství tekutin z obavy z inkontinence, především při omezení hybnosti a ne zcela optimálních bytových podmínkách (toaleta v patře apod.).

Na další příčině participují bohužel i lékaři a zdravotničtí pracovníci, protože nedostatečně kontrolují medikaci svých pacientů a neprovádějí kontrolu. Dochází tím k polypragmazii a mnohdy i lékové intoxikaci, následným dyspeptickým obtížím a v důsledku toho i dehydrataci.

Psychické příčiny mohou spočívat v pocitu nepotřebnosti, polymorbiditě a sociální nejistotě vedoucí k depresivním náladám. Jedním z prvních příznaků může být nejen ztráta zájmu o okolí, rodinu, koníčky, ale i odmítání základních potřeb – příjmu tekutin, potravy. Je smutné, když tento stav bývá označen jak rodinou, tak bohužel mnohdy samotnými zdravotníky jako dekompenzace aterosklerózy. Rozpoznání primární příčiny zhoršení stavu pacienta je pak daleko složitější.

Existují tři typy dehydratace

Podle poměru jednotlivých součástí rozlišujeme tři typy dehydratace. **Hypertonickou**, u které je ztráta vody větší než elektrolytů, **izotonickou**, kdy ztráta vody a elektrolytů odpovídá normálnímu poměru v extracelulární tekutině (ECT), a **hypotonickou** – ztráta elektrolytů je větší než ztráta vody.

K **hypertonické dehydrataci** dochází při nedostatečném přísunu čisté vody bez ztrát Na^+ . Voda difunduje z intracelulárního prostoru do hypertonické extracelulární tekutiny, což je provázáno zvýšením sodíku v séru, kde je zvýšena i osmolalita. Tento stav může nastat při horečce, zvracení, průjmech, onemocnění ledvin. Vidáme projevy slabosti, apatie, někdy neklidu, halucinace.

V objektivním nálezu nacházíme oschlý jazyk, snížení kožního turgoru, laboratorně zvýšení osmolality v moči a v séru, Na^+ a Cl^- v moči, v séru a urey, hemoglobinu, hematokritu a totálního proteinu v séru.

Terapie spočívá v podání nápojů chudých na elektrolyty, např. slabý čaj, stolní voda nebo infuze nízkoprocentních cukerných roztoků. Sledujeme tekutinovou bilanci, diurézu, systémový tlak krve, při těžších stavech při hospitalizaci měříme centrální žilní tlak.

U **izotonické dehydratace** dochází ke zmenšení objemu extracelulární tekutiny. K tomuto stavu dochází při zvracení, průjmech, ztrátě tekutin do výpotků nebo pítštlí, působením diuretické terapie dlouhodobě bez korekce dávkování a stavu kardiopulmonální kompenzace. U pacienta dochází k pocitu slabosti, tachykardii, poklesu systémového tlaku krve, poklesu kožního turgoru, tonu bulbů. Dochází ke kolapsu, rozvoji šokového stavu, poruše vědomí.

Při hodnocení laboratorních výsledků zaznamenáváme nižší odpady minerálů – Na, Cl do moči, vzestup urey, hyperkalemii, hypernatremii, vzestup hemoglobinu, hematokritu, totálního proteinu. Podáváme dostatek tekutin, solí – slané polévky, ovocné šťávy, minerálky, izotonické roztoky NaCl. Při zvracení a průjmech Ringerův nebo Hartmanův roztok.

Při převaze ztrát sodíku nad čistou vodou hovoříme o **hypotonické dehydrataci**. Nebezpečí této dehydratace vzniká při hrazení tekutin pitím čisté vody nebo infuzemi glukózy při současném nedostatečném přísunu sodíku. Rovněž může nastat při chronických renálních chorobách, osmotické diuréze, u diabetu mellitu, při poruše centrálního nervového systému, velkých dávkách diuretik, laxativ a dlouhodobě neslané dietě.

Projevy jsou téměř shodné s předchozími. Nastává pokles krevního tlaku, snížení kožního turgoru, bolesti hlavy, horečka, zmatenost, porucha vědomí až kóma. Laboratorně klesá osmolalita séra, dochází k hyponatrémii a dále dochází ke změnám obdobným jako v předchozích případech – tj. zvýšení hemoglobinu, hematokritu a totálního proteinu v séru.

Terapeuticky dbáme na dostatečný přísun tekutin a solí. Doporučuje se pít málo a často. Parenterálně preferujeme podávání izotonických roztoků s pomalým vyrovnáváním osmolality a elektrolytů.

Důsledky hypohydratace a dehydratace se promítají v řadě onemocnění. Jestliže si uvědomíme, že v důsledku dehydratace dojde ke změnám hustoty tekutin a sekretů v těle, vyplývají z toho i poškození jednotlivých orgánů. Zahuštěním moči dochází k pomnožení bakterií, vypadávání různých nadbytečných elementů do moči. Dochází k infekci močových cest podpořené městnáním v močovém systému při hypertrofii prostaty u mužů a u žen poklesem dělohy. V důsledku déletrvající hypohydratace stav vyústuje v nefrolitiázu, tedy vznik ledvinových kamenů. Ke stejným změnám může dojít v oblasti žlučového systému, kde vzniká cholecystolitiáza (žlučové kameny v žlučníku) nebo choledocholitiáza (žlučové kameny ve žlučových cestách). V oblasti gastrointestinálního traktu je důsledkem chronická zácpa, tolik obtěžující seniory. Může přejít v subileózní až ileózní stavy (neprůchodnost střev), což končí zcela zbytečným operačním zákrokem. Dále se mohou vlivem lékové intoxikace objevit dyspeptické obtíže a stav hydratace se tím ještě více zhoršuje. Změny nevynechávají ani kardiovaskulární systém, kde mohou přispět ke vzniku infarktu myokardu či embolie. Zhoršením expektorace (vykašlávání) v důsledku zvýšené viskozity bronchiální sekrece při infektech horních cest dýchacích může dojít snadno k bronchopneumonii (zánět plic). Dehydratace neprospívá ani oblasti centrálního nervového systému, kde dochází především v letních měsících k tranzitorním ischemickým atakám nebo vzniku náhlých cévních mozkových příhod. Hypohydratace v předoperačním i pooperačním období může mít velmi nepříznivý vliv na průběh rekonvalescence, a tím i na větší zatížení následné péče. Návrat do plnohodnotného života se tak může značně prodloužit.

V rámci kvalitní péče o seniory by mělo být tedy samozřejmostí dbát na dostatečnou rehydrataci, a to jak v domácím prostředí – ve formě edukace pečovatelskými a ošetrovatelskými organizacemi, tak během hospitalizace sledováním denní diurézy. V ambulantní péči je důležité sledovat příčiny dehydratace. Proto je tak důležitý právě pohovor s pacientem a jeho rodinou.⁴⁷

Poruchy výživy ve stáří

Se stoupajícím věkem dochází v organismu k fyziologickým změnám, které ovlivňují metabolické procesy ve stáří. Dochází ke snížení netukové hmoty těla, stoupá podíl tukové tkáně, především hromadění tuku v centrálních orgánech.

Podíl svalové hmoty na celkové hmotnosti klesá s věkem. Mezi 20–30 lety činí 30 procent, ve věku 70–80 let klesá až na 15 procent. Svalstvo je zdrojem aminokyselin potřebných pro tvorbu působků (mediátorů) akutní fáze zánětu, k reparaci tkání a zdrojem energie při stresu.

Energetická potřeba ve stáří se mění v závislosti na změnách složení těla, tělesné aktivity, funkčních schopností organismu. Bazální energetická potřeba (rozdíl mezi hodnotou v mládí a ve stáří) činí 200 kcal /den. Rozdíl v energii spotřebované na denní aktivity dosahuje 400–500 kcal /den.

V příjmu živin se uplatňují dále změny funkce jednotlivých orgánů i regulačních mechanismů. V gastrointestinálním traktu je to ztráta dentice, pokles tonu horního esofageálního svěrače, pomalejší relaxace, snížení motility a sekrece trávicích šťáv, ochablost bránice, změny střevních klků, častá bakteriální dysbalance, snížená vnímavost receptorů rekta na náplň, snížení tonu svěračů.

Ve stáří mají vliv na snížený příjem potravy změny v endokrinní regulaci – změny sekrece gastrointestinálních hormonů. Hladina leptinu produkovaného tukovou tkání klesá. To je signálem pro hypothalamus k zapojení mechanismů snížení příjmu potravy a zvýšení metabolické rychlosti. Substituce testosteronem leptin zvyšuje a dochází tím ke korekci chuti k jídlu. Dalším regulátorem příjmu potravy je oxid dusnatý a cholecystokinin. Oxid dusnatý má vliv na relaxaci žaludečního fundu. Jeho snížená tvorba ve stáří způsobuje předčasnou relaxaci žaludku a tím i pocit nasycení. Pokles lze ovlivnit např. dehydroepiandrosteronem. K pocitu sytosti ve stáří přispívá i cholecystokinin, který má přímý vliv na tonus pyloru a antra.

V civilizovaných zemích dochází ke dvěma třetinám úmrtí v souvislosti se stravovacími návyky. Velký podíl tvoří lidé obézní, ale bohužel i lidé s podvýživou. **Malnutrice (podvýživa)** je stav, k němuž dochází, pokud je příjem základních energetických substrátů a bílkovin nižší než jejich potřeba. Vzniká při sníženém příjmu a neměnicích se potřebách, stejně tak při sníženém příjmu a zvýšených potřebách. Pokročilým stadiem bílkovinné a energetické malnutrice je kachexie (patologické zhubnutí a silná celková sešlost) a nejvyšší stupeň kachexie se označuje jako marasmus (těžká energetická podvýživa).

Příčiny malnutrice ve stáří:

- defekt chrupu
- postižení slinných žláz
- onemocnění dutiny ústní, jícnu, gastrointestinálního traktu a jater
- psychické poruchy – deprese, demence
- snížená chuť k jídlu
- omezená hybnost

Malnutrice se vyskytuje u řady hospitalizovaných pacientů. U 70 procent nemocných, kteří přicházejí do nemocnice s různým stupněm malnutrice, se její stupeň zhorší. Pokud nedojde k léčbě umělou výživou, dochází až u 4 procent k závažným komplikacím vedoucím ke smrti. Pokročilá malnutrice se ve stáří vyskytuje až v 50 procentech.

Podle stavu, ve kterém se organismus nachází v době nouze, rozlišujeme dva typy hladovění: prosté a stresové. Příčina prostého hladovění je v dlouhodobém, nedostatečném přísunu živin a energie. Organismus čerpá energii nejprve ze zásobních zdrojů. Začíná zvýšením glukózy z glukogenních aminokyselin a glycerolu v játrech, stoupá tvorba kontraregulačních hormonů – glukagonu, hydrokortizonu, katecholaminů. Pokračuje lipolýzou v tukové tkáni, glukoneogenezí v játrech, proteolýzou v kosterních svalech. Postupně se snižuje energetický výdej až o 40 procent, snižuje se tělesná aktivita a aktivita kontraregulačních mechanismů. Následuje snížení katabolismu bílkovin, vzestupu ketogeneze, redukci tukové tkáně a redukci kosterní svaloviny. Při stresovém hladovění dochází k současnému působení podvýživy a onemocnění – např. akutní infekce, zranění, kombinace více katabolických vlivů. Během prostého hladovění jsou za 40–50 dní vyčerpány všechny bílkovinné a energetické zdroje a nemocný umírá. Při stresovém hladovění 2–3krát rychleji.

Pro diagnózu malnutrice je nutná především nutriční anamnéza, která se zaměřuje na odhalení nejčastějších rizik a etiologických faktorů: dostupnost stravy, ekonomické zajištění, soběstačnost v denních aktivitách, výživové zvyklosti, chuť k jídlu, přítomnost onemocnění zhoršujících trávení, vstřebávání apod.

K průkazu malnutrice a ke zhodnocení rizika slouží dva soubory otázek:

- Mini Nutritional Assessment (příloha 3, 4) vhodný především pro screening rizika malnutrice v komunitě
- Nottinghamský screeningový dotazník (příloha 5) používaný u hospitalizovaných nemocných

O závažném stupni malnutrice se značným rizikem komplikací svědčí pokles hmotnosti větší než 20 procent za poslední 2 měsíce nebo pokles hmotnosti větší než 10 procent za poslední měsíc.

Při laboratorním vyšetření se prokazuje pokles tělesných proteinů: hypoproteinemie, hypalbuminemie (pod 35–38 g/l), nízké hodnoty transferinu (< 1,5 g/l), prealbuminu (< 0,1 g/l), lymfopenie (<1500×10⁶).

Malnutrice vede k řadě komplikací, které ovlivňují prognózu nemocného seniора. Snížením svalové síly, včetně dechového svalstva, dochází k hypoventilaci a vzniku plicních infektů. Přispívá k tomu i porucha imunitního systému: nejprve buněčné složky, v podobě snížení absolutního počtu lymfocytů, později i humorální odpovědi snížením sérových imunoglobulinů. Tato snížená obranyschopnost může vyústit v bronchopneumonii, močovou infekci, zpomalené hojení ran, končící někdy až septickým stavem.

Malnutrice může způsobovat zhoršení motility střeva, zhoršení střevní bariéry a v důsledku toho i translokaci bakterií do krevního oběhu.

Snížená koncentrace plasmatických proteinů vede k poklesu onkotického tlaku plasmy. Vznikají otoky, porušení transportu železa, kortisolu, léků. S poklesem bazálního metabolismu, poklesem tvorby a koncentrace trijodtyroninu dochází k poklesu termoregulace, která se projevuje snížením tělesné teploty a zimomřivostí.

V důsledku nedostatku vitamínů (B₆, B₁₂, kyselina listová) a stopových prvků (Cu, Fe) může být postižení hemopoetického (krvetvorného) systému – sideropenická, megaloblastická anémie, pancytopenie.

Pro nemocného člověka má správná výživa zcela zásadní význam.

ODLIŠUJÍ SE POTŘEBY JEDNOTLIVÝCH NUTRIČNÍCH SUBSTRÁTŮ VE STÁŘÍ?

Ve stáří vede zmenšování svalové hmotnosti s věkem ke snížení syntézy proteinů a potřeby aminokyselin. Expertní závěr WHO navrhuje jako bezpečnou dávku bílkovin ve stáří 1,0–1,23 g na kilogram tělesné hmotnosti a den (WHO, 1985). Je však otázkou, zda zvýšený přívod proteinů má vliv na poměr svalové hmotnosti a celkové hmotnosti jedince a spolu s průměrnou svalovou aktivitou i na zmírnění sarkopenie.

Přívod sacharidů by měl tvořit 55–60 procent celkové potřeby energie. Převážně by měly být využity komplexní sacharidy se snížením jednoduchých cukrů. Mírné zvýšení dietní vlákniny zlepšuje glukózovou toleranci, střevní pasáž zlepšením trofického stavu tračníku, energetickou rovnováhu. Příjem hrubé vlákniny by měl dosahovat 20–25 g za den.

Příjem tuků se doporučuje ve stáří s ohledem na rizikové faktory arteriosklerózy snížit na 30 procent celkového energetického přívodu.

Při sestavování výživy u našich seniorů nesmíme zapomínat na přísun vitamínů a mikroelementů. Ve stáří dochází ke zvýšenému působení volných radikálů a nárůstu onemocnění z toho vyplývajících. Zvýšení přísunu antioxidantů v dietě může částečně potlačit jejich nežádoucí vliv.

Doporučené denní dávky vitamínů pro lidi starší padesáti let⁴⁸

Vitamín RDA pro věk > 50 let	Příčina změněné potřeby
Vitamín A 800–1000 µg	zvýšená resorpce ve střevě, snížené vychytávání v játrech
Vitamín D 5 µg	snížená expozice slunci, snížený počet receptorů ve střevní sliznici
Vitamín E 8–10 µg	
Vitamín K 65–1,5 µg	
Riboflavin 1,2–1,4 µg	
Niacin 13–15 µg	
Vitamín B ₆ 1,6–2 µg	vzestup homocysteinu při poklesu B ₆ pod 2,0 mg/d
Kyselina listová 180–200 µg	vzestup homocysteinu při poklesu folátů pod 400 µg/d
Vitamín B ₁₂ 2 µg	atrofická gastritida, dysmikrobie ve střevě
Kyselina askorbová 60 µg	
Biotin 30–100 µg	
Pantotenová kyselina 4–7 mg	

Neméně důležitou roli při výživě ve stáří mají látky minerálního charakteru – mikroelementy. Vzhledem k tomu, že ve stáří se mění stravovací zvyklosti, resorpce mnohých živin a složení stravy, dochází mnohdy k jejich deficitu.

Mezi hlavní patří **kalcium**, uplatňující se především v patogenezi rozvoje osteoporózy. Absorpce kalcia se věkem snižuje. Především při achlorhydrii (chybění kyseliny chlorovodíkové v žaludku). Chybí zde schopnost přizpůsobení organismu na snížený přísun. Uplatňuje se i vliv nedostatku vitamínu D. Potřeba vápníku ve věku nad 65 let činí 1500 mg na den.

Mezi časté jevy ve stáří patří deficit **železa**. Příčinou bývá snížený přísun, krevní ztráty, sekundární zhoršení absorpce železa při hypochlorhydrii (snížené vylučování kyseliny chlorovodíkové v žaludeční šťávě) a achlorhydrii. Doporučená denní dávka je 14 mg na den.

Nepostradatelnou složkou pro funkci řady enzymů je **zinek**. Ovlivňuje imunologické procesy, hojení ran. Absorpce klesá s věkem. Doporučená denní dávka je pro muže 15 mg a pro ženy 12 mg.

Důležitou úlohu v ochraně polynesaturovaných mastných kyselin před lipoperoxidací má **selen**. Denní doporučená dávka je 70 µg na den pro muže a 55 µg pro ženy. Deficit **horčíku** je u střední a starší populace častým jevem v průmyslově vyspělých zemích. Denní doporučená dávka je bez ohledu na věk a pohlaví 4,5 mg na 1 kg tělesné hmotnosti.

Při nutriční podpoře je cestou první volby perorální podání. Podmínkou je intaktní gastrointestinální trakt. Doporučuje se popíjení (sipping). Bolusové (jednorázové malé porce) podávání tekuté stravy umožňuje nasogastrická sonda. Kontinuální podávání speciálních přípravků pro enterální výživu umožňuje nasojunální sonda. Při nutnosti dlouhodobé nutriční podpory (některá neurologická onemocnění, poúrazové stavy) využíváme perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG) a jejunostomii.

Je třeba upozornit i na to, že stejně jako nedostatek některých komponent umělé výživy je nebezpečný i nadbytek. Nadměrný přísun glukózy způsobuje nadměrnou syntézu triacylglycerolů, následnou steatózu jater, svalstva a hyperprodukcii CO₂. Dále vede k potlačení buněčné imunity, především granulocytů.

Při podávání tukových emulzí je třeba dávat pozor na rychlost podávání, protože ta může vyvolat u nemocných pocit nevolnosti, zimnice, tlak v bederní krajině. Dlouhodobé přetížení může vést k vzestupu jaterních enzymů a přechodnému ikeru.⁴⁹

Imobilizační syndrom

Vzniká v důsledku omezení pohybu. Staří lidé jsou v tomto ohledu velmi citliví. Proto v geriatrici jen velmi neradi vidáme trvalé upoutání pacienta na lůžko, které vzniká například v důsledku permanentního katetru či dlouhodobé infuzní terapie. Prostředky, které cíleně omezují pohyb pacienta, ať jsou mechanické (například oboustranná ohrádka na posteli) nebo farmakologické (tlumivá psychofarmaka), je třeba v geriatrici naprosto minimalizovat a jejich častější používání považovat za špatnou praxi. Staří lidé jsou v důsledku imobilizace ohroženi rychlým úbytkem svalové, ale i kostní hmoty, velmi snadno vznikají proleženiny. Dochází k oblenění krevního oběhu se všemi důsledky včetně rizika trombozy a embolie, dále je zhoršena motilita zažívacího traktu, vzniká úporná zácpa. Může dojít také k retenci moči atd. Imobilizační syndrom je extrémně závažným stavem s dalekosáhlými následky. Proto se v geriatrici snažíme pacienty mobilizovat co nejdříve po operacích a úrazech, aktivizovat, zavádíme fyzioterapii a ergoterapii.

Chronická bolest pohybového aparátu ve stáří

Mezi nejčastější onemocnění ve stáří patří vedle onemocnění srdce a cév hned na druhém místě nemoci pohybového aparátu. Přestože je to velice známý fakt, málokdy se odhalí pravá příčina těchto obtíží. Pacienti užívají množství analgetik, nesteroidních antirevmatik a dalších léků. V důsledku toho nastávají zažívací obtíže, nechutenství, dehydratace. Z toho následně vyplývají komplikace, které mohou ohrozit život: jako infarkt myokardu, embolie plicní, náhlá cévní mozková příhoda. Proto je velmi důležité, aby o těchto aspektech byli informováni všichni pracovníci, kteří se na péči o seniory podílejí.

Nejčastějšími příčinami bolestí pohybového aparátu ve stáří jsou osteoartróza, osteoporóza skeletu a bolesti zad v důsledku degenerativních změn páteře. Ve stáří je však také nutné myslet na osteomalacii a nádorová postižení (metastázy do kostí). Je třeba si uvědomit, že chronická bolest pohybového aparátu může být příčinou i psychických změn vyúsťujících až do deprese. Stárnoucí člověk si začíná uvědomovat, že onemocnění přibývá, že je stále více limitován svým zdravotním stavem. Proto je nutné nepodceňovat jak péči fyzioterapeutickou, tak psychologickou.

Osteoartróza je nejčastějším onemocněním pohybového aparátu ve stáří. Jedná se o degenerativní onemocnění kloubní chrupavky se snížením pevnosti a elasti-

city. Společně s tím dochází k reaktivním změnám kosti pod chrupavkou, kloubní výstelky a tkání v okolí kloubu. Onemocnění je charakterizováno bolestí, deformací a ztuhlostí kloubu. Dochází k omezení pohybu v kloubu a zároveň k jeho nestabilitě. U primární osteoartrózy vlastní příčinu neznáme. U sekundární formy je příčinou trauma, vrozené nebo zánětlivé postižení kloubní.

Jak vzniká bolest při artróze? Kloubní výstelka, stejně jako okolní šlachy, kloubní pouzdro a přilehlé měkké tkáně jsou dobře inervovány, v důsledku chorobných změn, které je postihují, se vyplavují mediátory bolesti (histamin, kininy, metabolity kyseliny arachidonové, prostaglandiny). Na bolesti se dále podílejí i mechanické tlaky osteofytů (kloubních výrůstků), svalové spasmy (zvýšené svalové napětí až stažení svalu), napětí vazů a šlach.

Při artrotickém procesu je málokdy postižen pouze jeden kloub. Většinou se jedná o bolesti na více místech, které svědčí o postižení více kloubů najednou, o takzvané polyartrotické postižení.

Léčba analgetiky je nedostatečná, protože tlumí pouze bolestivou složku. Nesteroidní antirevmatika mají protizánětlivý efekt, ale nepomáhají regeneraci kloubní chrupavky. Proto jsou zejména v počínajících stadiích artrózy vhodné léky, které chrupavku chrání (chondroprotektiva). Důležitá jsou samozřejmě režimová opatření (odlehčení kloubům snížením váhy, používáním ochranných pomůcek) a vhodná je také fyzikální léčba. Při zhoršení stavu (a destrukci – zničení kloubu) je volbou operační zákrok, náhrada kloubu. Víme, že implantace totálních endoprotéz jak kloubu kolenního nebo kyčelního je stále více posouvána do vyšších věkových kategorií. V tomto případě je vhodný pobyt na geriatrickém oddělení k předoperační přípravě, rehydrataci, podrobnému vyšetření, které je sice náročné, ale předchází tak řadě pooperačních komplikací. Pooperační péče by měla rovněž patřit do sféry geriatrické, samozřejmě s důkladnou rehabilitační péčí ruku v ruce. Pacient může být navrácen do domácího prostředí daleko dříve, což je samozřejmě pro něj důležité.

Další nejčastější příčinou bolesti pohybového aparátu je **osteoporóza skeletu**. Je zajímavé, že se myslí na toto onemocnění v období klimakteria, tedy v relativně mladém věku. Poté následuje velice často dlouhé období, ve kterém dochází ke snížení mobility pacienta, jeho fyzické aktivity, ke změnám stravovacích zvyklostí a pacient přichází do ordinací již s bolestí tzv. celého těla. Denzitometrické vyšetření potvrdí osteoporózu skeletu a terapie je poté samozřejmě časově náročnější. Mnohdy přicházejí pacienti až s četnějšími frakturami. Je tedy úkolem ošetřovatelských a pečovatelských týmů, praktických lékařů a všech, kteří se pečují o seniory zabývají, aby stárnoucího člověka upozornili na nebezpečí inaktivity

a v případě imobilizace pacienta si uvědomovali nebezpečí vzniku osteoporózy. Symptomatická forma osteoporózy se zlomeninami obratlů se vyskytuje zhruba u 20–30 procent žen nad 65 let.

Osteoporóza skeletu je onemocněním, při kterém dochází ke snížení obsahu kostní hmoty na jednotku objemu kosti pod normu odpovídající věku a pohlaví. Poměr mineralizované a nemineralizované části je zachován.

U primární osteoporózy rozlišujeme formu postmenopauzální a involuční. Postmenopauzální forma se vyskytuje ve věku 50–70 let. Je charakterizována úbytkem kostní hmoty postihující trabekulární (trámčitou) kost. Rychlost úbytku má krátké trvání (zhruba dekádu). Četnost výskytu je šestnásobně vyšší u žen než u mužů. Zlomeniny postihují nejčastěji obratle a zápěstí. Involuční forma osteoporózy se vykytuje u věku 70 a více let. Postihuje jak trabekulární kost, tak kost kortikální. Rychlost úbytku kostní hmoty je pomalá, ale dlouhodobá. Je snížena zejména novotvorba kosti. Zlomeniny postihují obratle, pažní kost a předloktí, krček a pánev. Ženy jsou postiženy dvojnásobně oproti mužům. Z hlediska etiologie se jedná u primární formy o pokles estrogenů, které mají vliv na snížení resorpce kosti. Dalším důležitým faktorem je snížený příjem vápníku v potravě, dále nedostatek vitamínu D, který ještě dále zhoršuje nedostatek vápníku v těle snížením jeho vstřebávání v tenkém střevě.

Sekundární forma osteoporózy se vyskytuje u endokrinologických onemocnění, jako u Cushingovy nemoci a syndromu (zvýšené funkce kůry nadledvin), zvýšené funkce příštítných tělísek, hypogonadismu (snížené funkce pohlavních žláz), dále u onemocnění ledvin, nádorových onemocnění a při terapii kortikoidy (hormony kůry nadledvin), antacidy obsahujícími hliník. Z hlediska terapie záleží na tom, která složka převažuje – zda snížení novotvorby, nebo zvýšené odbourávání kostní tkáně (osteoresorpce). Terapie je záležitostí lékaře, ale ke komfortu takto nemocných mohou pomoci i ostatní členové týmu tím, že budou podporovat fyzickou aktivitu svých svěřenců a pomáhat jim: při chůzi, zajišťovat rehabilitační péči, pomáhat snižovat riziko pádu, zajistit pružnou obuv, bezpečnost v bytě, zajistit korzet, břišní nebo bederní pásy a upínací bandáže. Důležité je zejména zajištění dostatečného příjmu vápníku, zejména mléka a mléčných výrobků.

Bolesti zad jsou velice častým steskem seniorů. Jejich příčin je mnoho: mohou být důsledkem poškození obratlů a jejich spojení (kompresivní zlomeniny v důsledku osteoporózy, degenerativní změny na meziobratlových kloubech a spojeních, kterým říkáme spondylózy a spondylartrózy). Tyto změny se vždy projeví také v přilehlých měkkých tkáních, které bolí rovněž v důsledku špatných pohybových stereotypů či naopak z nedostatku pohybu. U starších lidí musíme

při problémech se zády myslet také na příčiny sekundární, kdy se do oblasti zad mohou promítat také bolesti, jejichž příčinou je například onemocnění ledvin, žlučníku, srdce či plic, případně na metastázy nádorového onemocnění. Proto zejména u dlouhodobých bolestí zad seniorů je třeba pacienta pečlivě vyšetřit a posoudit rentgenový snímek, ale také provést ještě například izotopové vyšetření kostí, případně tomografické vyšetření či magnetickou rezonanci. V rozvaze nám pomáhá i denzitometrické vyšetření. K tomu, abychom dobře rozpoznali příčinu obtíží nemocného, trpícího chronickou bolestí pohybového aparátu, je tedy nutné provedení řady vyšetření s následnou cílenou terapií, ať fyzikální nebo medikamentózní. Rozhodně nestačí pouze tlumení bolestivé složky. Musíme si uvědomit, že bolest je vlastně jediným upozorněním na odehrávající se změny.

Dyspeptické obtíže u seniorů

Jedná se o pálení žáhy, tlak v oblasti žaludku, větší plynatost apod. Tyto obtíže patří stejně jako v mladším věku mezi nejčastější. Ztráta dentice, pokles tonu horního jícnového svěrače, snížení motility a sekrece žaludečních šťáv – všechny tyto změny ve stáří fyziologicky podporují uvedené obtíže. Velice často v souvislosti s tím dochází i k nedostatečnému vstřebávání potřebných léků.

Obtíže při hiátové hernii (žaludeční kýle) patří rozhodně mezi složitě rozpoznatelné. Žaludeční kýla vyvíjí tlak na srdce, způsobuje tím arytmie, bolesti za hrudní kostí, často mylně vydávané za bolesti při ischemické nemoci srdeční. Není tedy vůbec jednoduché poznat, o jaký druh bolesti se jedná.

Velice důležité je při dyspeptických obtížích myslet na psychiku. Depresivní ladění, úzkost, strach rozhodně nepatří mezi faktory, které by vedly ke zklidnění obtíží. Vhodným doplňkem jsou mnohdy antidepresiva, sedativa.

Při žaludeční kýle jsou velice důležitou složkou medikamentózní terapie i režimová opatření – tj. omezení práce v předklonu, spánek s výše podloženou hlavou, žádné zvedání těžších břemen, méně sladkostí.

Mezi faktory napomáhající vzniku dyspeptických obtíží patří i tzv. polypragmatie, tedy užívání nadměrného množství léků. Při více než 5 druzích léků je vhodné poradit se s internistou, eventuálně geriatrem.

Dyspeptický syndrom rozlišujeme horní, vyznačující se výše uvedenými obtížemi, a dolní se zvýšenou plynatostí, průjmy, někdy i zácpou a bolestmi břicha.

Vedou k tomu změny střevních klků, redukce nervových plexů, častá bakteriální nevyváženost, snížená sekrece trávicích enzymů apod. Proto je vhodné ve stáří nezapomínat při volbě stravy i na hrubou vlákninu, která podporuje střevní motilitu, zlepšuje mikrobiální osídlení a odklízí většinu kancerogenů – tj. látek způsobujících rakovinu střev.

Dobrym doplňkem stravy je v případě prevence rakoviny selen, jehož obsah v půdě je v naší oblasti snížený. Kancerogenem podporujícím vznik rakoviny střev (stále častější v naší populaci) jsou rychle nasolené pokrmy, uzeniny apod. Jejich nadměrná konzumace rozhodně může podpořit dispozici k tomuto onemocnění. Strava se tedy doporučuje pestrá, s dostatkem hrubé vlákniny, výrazně ochucená.

Při dyspeptických obtížích dolního typu, kde je příčinou střevní dysmikrobie, tj. nedostatek bakterií těla vlastních, potřebných k obraně před patologickými bakteriemi, doporučujeme užívání tzv. Jogurt bakterií jako vhodného doplňku stravy. Tyto preparáty je nutné uchovávat v chladném místě, protože jinak hrozí znehodnocení jejich účinku.

Výživová doporučení pro osoby se zažívacími obtížemi:

- rozdělení stravy do menších porcí několikrát denně
- nepodávat příliš sladké, slané, studené ani teplé pokrmy
- omezení nadýmavé stravy, např. luštěnin
- problematická mohou být smažená, tučná, uzená masa a uzeniny
- vhodná je příprava pokrmu vařením, dušením, pečením bez kůže, případně v alobalu, v mikrovlnné troubě
- jako tuky jsou nejvhodnější másla a kvalitní oleje
- vyhýbat se nápojům s obsahem kysličníku uhličitého – perlivé vody a limonády
- omezení kávy, tvrdého alkoholu
- doporučené denní množství tekutin je 1,5–2 litry, přičemž dáváme přednost pitné vodě, stolním a neperlivým vodám, bylinným čajům z máty, heřmánku

XII. Farmakoterapie

Farmakoterapie ve stáří by měla být vždy součástí celkového terapeutického přístupu ke starému pacientovi. Měli bychom dbát na správnou rehabilitaci či pohybový režim a na vhodnou a dostatečnou výživu. V současné době jsou staří lidé ohroženi spíše polypragmazií než nedostupností určitých léků, i když ani zde není ještě vše zcela v pořádku, a to zejména pro dosud existující proskripční omezení.

Světová zdravotnická organizace vydala svůj strategický materiál na prahu nového tisíciletí pod názvem „Zdraví 21 – zdraví do 21. století“. Tato strategie má celkem osm kapitol, třetí z nich, rozčleněná podle jednotlivých životních období, se zabývá také zdravým stárnutím. Tento velmi obecný zdravotně politický dokument se přímo zmiňuje o starších lidech a lécích, a je určitě užitečné jej doslovně ocitovat:

„Starší lidé v řadě případů užívají nadměrný počet léků. Dokonce se zdá, jako by předpisy léků „nahrazovaly“ chybějící a potřebnou rehabilitaci. Omezené schopnosti osamocенých lidí náležitě dodržovat předepsanou terapii jsou závažným a dosud přetrvávajícím problémem.“ Ve stejné kapitole je dále uvedeno: *„Vhodnější zdravotní péče a rehabilitační služby by mohly snížit nadměrné užívání léků u starších osob. V případě, kdy je léky třeba předepsat, ale pacient by si je měl hradit sám, má lékař zvážit i nákladnost zvolené léčby. Obaly léků musí být řádně označeny a tvar, barva, vzhled a chuť a zejména velikost tablet a kapslí musí vyhovovat i osobám, které již mohou mít potíže s jejich polykáním.“*

Obecně lze říci, že farmakologie ve stáří vyžaduje ještě větší pozornost než u lidí mladých a středního věku. Je také riskantnější. Ve vyšším věku vzrůstá výskyt nežádoucích účinků, a to z mnoha již uvedených důvodů. Větší jsou také rozdíly mezi jednotlivými pacienty, a to i stejného věku. U starších pacientů je třeba vždy počítat s tím, že v důsledku zmenšení objemu tělesné vody bude stoupat koncentrace hydrofilních látek (digoxin), čímž se zvyšuje jejich účinek a mohou se dříve vyskytnout nežádoucí účinky. Ty se ještě zvýrazní v důsledku dehydratace, která je ve stáří relativně častá. Další problémy mohou vzniknout naopak v důsledku relativního zvýšení množství tukové tkáně, které prodlužuje účinek lipofilních látek (to je významné například u benzodiazepinů). Zpomaleným vyprazdňováním žaludku může dojít k oddálení účinku léku, navíc v kyselém prostředí může dojít k jeho degradaci. Zpomalená pasáž tenkým střevem může mít za následek větší absorpci léku.

Naopak snížení vstřebávání léku může nastat při zhoršení prokrvení ve splanchniku. Biotransformace je ovlivněna sníženou hmotností jater ve stáří, sníženou aktivitou mikrozomálních enzymů dochází k pomalejšímu odbourávání léků.

Při farmakoterapii u starších jedinců je třeba dále brát v úvahu funkční stav vylučovacího systému, kdy úbytek renálních glomerulů s poklesem glomerulární filtrace i renální clearance klesá, což je velmi významným faktorem, který je třeba vzít v úvahu při dávkování léků vylučovaných v aktivní podobě ledvinami. Nad 70 let věku je snížen průtok krve ledvinami o 30–50 procent, klesá glomerulární filtrace a dochází ke zhoršení tabulárních funkcí. Tyto aspekty ovlivňují eliminaci léčiv z organismu.⁵⁰ Vzniká nebezpečí toxického působení léků. Protože se málokdy jedná u staršího pacienta o monoterapii, je zde větší riziko i lékové interakce. Kromě medikace evidované praktickým lékařem dochází k medikaci zakoupené samotným pacientem. Nešvarem současnosti je pak nepřehlednost díky svobodě výběru odborného lékaře a neinformovanosti svého praktického lékaře o ordinaci nového léku. Může snadno dojít k nevhodné kombinaci, někdy i paradoxně vzájemně se rušícímu účinku léků. Mluvíme o polypragmazií. Ta je u pacientů ve stáří poměrně dosti častá.

Dalším faktorem, který významně ovlivňuje účinnost farmakoterapie ve stáří, bývá zhoršená spolupráce nemocného, zejména v důsledku kognitivní poruchy či poruchy smyslů. Proto jednoduchá a účelná opatření zajišťující, aby pacient své léky správně užíval, mají pro farmakoterapii ve stáří stejný význam, jako sofistikované farmaceutické přístupy a terapeutická schémata.

Jaká by tedy měla být farmakoterapie ve stáří?

Co nejjednodušší. Ve stáří je třeba počítat s častějším výskytem kognitivních poruch a demence, proto daleko více pacientů potřebuje dohled nad užíváním léků. Zejména pro pacienty v domácím prostředí je praktické podávat léky v jedné či dvou denních dávkách.

Individualizovaná. S ohledem na věk pacienta, jeho funkční stav, funkci jednotlivých orgánových systémů, stav výživy a podobně.

Střídmá. Se zvažováním terapie, která je pro pacienta právě nyní důležitá a té, která je méně potřebná.

Dočasná. Tato zásada samozřejmě neplatí u všech léků, ale měla by být zvážena. V praxi se často setkáváme s tím, že každý lékař nějaký lék pacientovi přidá, málokdo však stávající medikaci redukuje. Mnohé léky přitom lze, nebo dokonce je třeba užívat pouze po určitou dobu či pouze při určitých příznacích.

Moderní. V současné době stále probíhá intenzivní výzkum nových léčiv. Málokteré z nových léků jsou však zcela nové a se zcela jinými účinky než dosavadní lékové skupiny. Většinou se jedná o léky zařaditelné do dosud známých lékových skupin, které však mají oproti dosavadním známým lékům určité výhody. Ty se ani tak netýkají nových účinků, ale spíše možnosti pohodlněji lék dávkovat, menšího rozsahu nežádoucích účinků, příznivého působení také na jiné orgánové systémy, než na které je zaměřen přímý léčebný účinek či léky, které při podávání v jedné indikaci mohou mít výrazný projektivní či preventivní efekt (ACE inhibitory a protekce renálního parenchymu, statiny a velmi pravděpodobná prevence Alzheimerovy choroby). To jsou vlastnosti, ze kterých mohou velmi dobře profitovat zejména staří lidé. Tak jako u ostatních diagnostických a terapeutických postupů také ve farmakoterapii platí zásada, že staří lidé potřebují mladou medicínu. V praxi se bohužel setkáváme s opakem: s polypragmazií vznikající například tak, že nežádoucí účinky jednoho léku jsou mírněny lékem dalším, který vyvolává jiné potíže a tyto jsou příčinou dalších, proto je proskribován ještě jeden lék atd. V geriatrické praxi se pak setkáváme s pacienty, kterým výrazně prospěje úprava terapie a její omezení na několik nejdůležitějších léků.

Problémy s podáváním léků ve stáří

Jiřina Jirásková, Iva Holmerová

POLYPRAGMAZIE

Není naším úmyslem ani účelem tohoto článku soudit preskripční zvyklosti jednotlivých lékařů. Nicméně v praxi často vidíme pacienty, kteří užívají šest, deset, patnáct i více druhů léků. Každý z lékařů, a to zejména z odborných, doporučí nějaký „svůj“ lék. Doporučí, poprvé předepíše, a to aniž by pacienta řádně poučil o potřebné době užívání, o vedlejších účincích, o naopak žádoucím účinku léku, o délce předpokládané doby léčení atd. Tímto postupem se nahromadí našim pacientům většina „chronické medikace“. Léky naordinoval specialista, pacient

na nich trvá, praktický lékař nemá často dosti sil ani prostoru, aby pacientovi vše vysvětlil. Vznikají bludné řetězce, kdy je další lék ordinován pro vedlejší účinky toho předchozího, obdobně další a další. Často vidáme obsolentní léky, které by se již vůbec neměly podávat a je s podivem, že jsou dosud součástí vyhlášky a jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

SKLADY LÉČIV

Seniori své léky užívají, ale často to ani není v jejich silách. Nicméně docházejí stále ke svému lékaři se svými potížemi a místo toho, aby byli vyslechnuti a dostalo se jim jednoduché rady, bývají leckde ve spěchu lékařské praxe odbyti dalším receptem, který v lékárně ukázněně proměňují za léčivo a ukládají. Některé léky po projití expirační doby pouze ztratí svou účinnost (nitroglycerin a podobné látky), některé mohou být po delší době toxické (tetracykliny atd.). Seniorova lékárníčka se tak stává nejen nebezpečnou dětem (ve smyslu „skladujte mimo dosah dětí“), ale také seniorům samým v případě, že se rozhodnou pro medikamentózní samoléčbu.

ORIGINÁLNÍ BALENÍ A JEHO POUŽITELNOST PRO SENIORY

Velmi dobře známe lahvičky s kapkami, které nekapou, střílejší blistry s tabletami, které potom opakovaně a marně hledáme na podlaze. Krabičky, které se nám podaří otevřít až po hlubokém soustředění. Příbalové letáky s velikostí písma, které je nečitelné pro nás, natož pro seniory, odměrky, které jsou sice popsány, ale z které jen strany to je vidět... V tomto výčtu bychom mohli velmi dlouze pokračovat. Opět nezpochybňujeme dobré úmysly výrobců léků ani těch, kteří léky v lékárnách našim pacientům vydávají. Nicméně jenom konstatujeme, že na klienty seniory pomysleli možná ještě méně než výrobci jiného zboží.

SPRÁVNÉ DÁVKOVÁNÍ LÉKU

Je možná nejobtížnějším problémem. V domácí péči používáme otevřené dávkovače, kam sestra připraví léky pro nadcházející dny do své další návštěvy. Většina pacientů seniorů ale služeb domácí péče nevyužívá, nepotřebují je. Potřebují však, aby léky, které mají užívat, užívali skutečně správně, pravidelně, aby na jednotlivé dávky nezapomínali a naopak léky nevzali opakovaně, protože si nejsou jisti, zda již tak učinili. Velmi by proto naší praxi pomohly jednoduché dávkovače připravené v lékárně vždy na určité období, jasně popsané dnem i dobou užívání tak, aby bylo zcela zřejmé, které léky má pacient ještě užívat a které již vzal.

XIII. Inkontinence moči

Močová inkontinence je častá zejména u starších osob. Vyskytuje se přibližně u 20 procent mužů a dokonce až 40 procent žen starších 65 let.

Mnoho lidí se za tuto poruchu stydí. Jsou v rozpacích, zda mají jít ke svému lékaři a požádat ho o pomoc, i když vědí, že by pomoc potřebovali. Někteří si myslí, že potíže, které mají, jsou nevyhnutelnými průvodními jevy stárnutí a že se vlastně mohou jen odstraňovat důsledky poruchy. To zdaleka není pravda. Léčení přitom může být jednoduché: užívání antibiotik k likvidaci infekce močových cest nebo cvičení k posílení svalů, které ovládají močení.

Typy močové inkontinence (mohou se i kombinovat):

Stresová inkontinence: k inkontinenci dojde zvýšením tlaku na močový měchýř při zakašlání, smrkání, smích, zvednutí těžkého předmětu nebo při náhlém, rychlém či silném pohybu.

Nutková (urgentní) inkontinence: osoba pocituje potřebu jít na WC, nestačí však nutkání zvládnout a nedojde včas.

Inkontinence při přeplnění močového měchýře (tzv. paradoxní): močový měchýř je trvale naplněn (pro neschopnost močit nebo pro překážku v odtoku moči) a moč odkapává (jedná se o tzv. inkontinenci z přeplnění).

Močová inkontinence má řadu příčin – nadměrně nebo naopak příliš málo dráždivý močový měchýř, překážka v odtoku moče, infekce, vedlejší účinek užívání léků a podobně. Inkontinence může být i průvodním příznakem vážnější nemoci, rakoviny, diabetu, mozkové příhody, Parkinsonovy nemoci nebo roztroušené sklerózy. U mužů se takto může ohlásit zvětšení prostaty nebo jiná její porucha. V každém případě by o inkontinenci měl být informován lékař.

Diagnóza močové inkontinence je snadná a porucha je po zjištění příčiny často léčitelná. Je důležité, aby nemocný i jeho rodina byli v rozhovoru s lékařem otevření a upřímní, pokud jde o všechny okolnosti týkající se tohoto problému.

Užitečné je zapisovat si, jaký je průběh močení, kdy dochází k inkontinenci, jaké jsou provokující faktory a podobně.

Existuje mnoho možností, jak se s inkontinencí vyrovnat. Vždy je třeba konzultovat lékaře znalého této problematiky (urologa, gynekologa). Léčba může být buď medikamentózní nebo operační, ale existuje také mnoho kompenzačních pomůcek v případě, že léčba nebyla zcela úspěšná. Použití těchto kompenzačních a absorpčních pomůcek by měli pacienti vždy konzultovat se sestrou znalou této problematiky. Věříme, že již v dohledné době budou vznikat i v regionech poradny pro pacientky a pacienty s inkontinencí, kam se tito lidé budou moci s důvěrou obrátit a kde jim poskytnou co nejuplněnější informace a pomoc.

Inkontinence u demence

Inkontinence je jedním z projevů demence a přichází u některých pacientů relativně záhy, u některých až v pokročilých stádiích. Tato kombinace poruch je specifickým problémem, a proto se domníváme, že je nutné se jí zabývat podrobněji.

V každém případě je však nutné, a to i u pacientů postižených demencí, pátrat po příčině inkontinence, konzultovat u žen gynekologa a u mužů urologa, provést kultivační vyšetření moči, protože právě infekce močových cest jsou jednou z částých a zbytečných příčin nejen inkontinence, ale i dalších komplikací.

Toto vyšetření a eventuelní terapie (a také zvážení, zda inkontinenci nezhorší některé z léků, které pacient užívá) musí být paralelní s managementem inkontinence u pacientů postižených demencí. Ten je nutný ovšem i tehdy, pokud nezjistíme urologickou či gynekologickou příčinu.

Inkontinence moči je způsobena různými situacemi v průběhu demence a přichází zejména ve středně pokročilé fázi, zatímco inkontinence stolice přichází později, až ve fázi pokročilé demence.

Inkontinence (a v následujícím textu půjde zejména o inkontinenci moči), může mít u pacienta s demencí mnoho dalších příčin – často nemocný potřebu mikce nesprávně vyhodnotí, často zapomene, nenajde záchod, nedokáže se svléci, splete si místo mikce a podobně. Je proto důležité mít na vědomí, že inkontinence je u pacientů s demencí skutečně specifickým problémem. Její příčinou je podstata choroby, tedy porucha kognitivních funkcí a potažmo chování pacienta.

Proto je vždy důležité u pacientů s demencí vytvořit takový režim, aby k těmto „omylům“ docházelo co nejméně. Je zapotřebí dát i těmto funkcím v denním režimu pacienta určitý řád a pravidelnost tak, aby byly spojeny s aktivitami dalšími, pacient si na ně navykl, očekával je a byly mu příjemné. Režimová opatření, pravidelný a klidný denní rytmus jsou pro pacienty s demencí naprosto klíčové, to ukazují i přehledné studie zabývající se touto problematikou.

Cílem správné ošetrovatelské péče o pacienty postižené demencí je „keep continent“, udržet pacienta kontinentním. Pomáhá k tomu právě správný léčebný režim včetně režimu mikčního, který je jeho integrální součástí. Je třeba, aby se vždy přibližně ve 2hodinových intervalech, ale i častěji, mohl pacient vymočit. Tento režim minimalizuje spotřebu ochranných pomůcek pro inkontinenci (které jsou sice pro tyto pacienty nesmírně důležité, ale představují pouze jakousi pojistku).

Ráno po probuzení je nutná mikce co nejbližší lůžku pacienta (dle stavu a zvyklostí). Pouze někteří pacienti (zejména pacientky) jsou totiž ráno schopni dojit na WC. Proto je mnohdy účelné přistavit nádobu na moč, toaletní křeslo či mísu. Tyto pomůcky nejsou již mnohdy v průběhu dne potřeba a pacient je používá zejména v případě potřeby v noci či ráno.

Jaké musí být toalety pro pacienty s demencí:

- velmi zřetelně označené (vhodnými symboly či nápisy, které jsou pro pacienty zcela zřetelné, například i vyobrazením mísy a podobně, barevně odlišené); nic v tomto případě není směšné, pokud to pacientovi pomáhá v orientaci
- dveře se dají snadno otevírat
- mísa je zvýšená
- dostatečně prostorné
- s madly na přidržení, na které by pacient z mísy pohodlně dosáhl
- dostatečně osvětlené, vytopené, čisté, aby se tu pacient cítil příjemně a nebránil se použití toalety

Proč je důležité zachovávat co nejvyšší míru kontinence u pacientů s demencí? Mnozí z těchto pacientů si neuvědomují potřebu vymočit se včas a na správném místě, ale velmi nelibě nesou skutečnost, že se pomohou, berou to jako prohru, selhání, často se stydí a jsou v důsledku toho plačtiví, neklidní či agresivní.

Proto bychom se k nim měli chovat co nejtaktněji i v případech, kdy se jim nepodaří situaci zvládnout. Nemohou za to, zloba či ostré slovo jenom vytvářejí bludný kruh strachu a úzkosti a ničemu nepomohou. To je třeba si uvědomit i v situacích našich nemocničních oddělení, kde jsou samozřejmě také pacienti s demencí ošetrováni, ale počet ošetrovatelského personálu tomu naprosto neodpovídá.

Vytváření geriatrických oddělení v rámci nemocnic, která by byla dostatečně personálně vybavena i pro ošetřování pacientů s demencí a jinými specifickými problémy vyššího věku však dosud naše zdravotnická legislativa nenapomáhá.

Demence s sebou inkontinenci sice přináší, ale díky našim znalostem a správnému postupu (managementu inkontinence) ji můžeme po dlouhou dobu úspěšně zvládat a oddálit. Moderní pomůcky pro inkontinenci nám v tomto úsilí nesmírně pomáhají.

Přesto musíme na základě zkušeností České alzheimerovské společnosti podotknout, že se dosud ještě příliš často setkáváme s případy nedobré praxe v našich zdravotnických zařízeních. Pacienti s demencí vyžadují svůj specifický režim, a jsou to právě oni, kdo nejsou z povahy svého onemocnění schopni akceptovat režim našich běžných nemocničních oddělení. Dochází tak k jejich nepřiměřenému omezování, a to jednak farmakologicky (zejména staršími typy neuroleptik), jednak fyzicky. To vše vede ke zhoršení jejich stavu a také samozřejmě ke zhoršení inkontinence. Často vidáme u těchto pacientů zbytečně zavedené permanentní katetry, které se dají považovat také za jeden z prostředků omezování. Musíme konstatovat, že i tak dokonalé a užitečné pomůcky, jako jsou právě pomůcky pro inkontinenci, mohou být a také někdy bývají zneužívány nikoli v zájmu dobré praxe, ale v rámci praxe nedobré. Stále se ještě setkáváme s tím, že nám rodina referuje o následujících „ošetřovatelských“ zásadách: „Nechtějte v noci mísu, nemáme dostatek personálu, máte plenky, tak močte do nich.“ Všechny tyto uváděné příklady jsou skutečně politováníhodné.

Pomůcky pro pacienty s inkontinencí bychom měli začít využívat co nejdříve, ovšem používat je diferencovaně s ohledem na individuální potřeby pacientů, v maximální možné míře eliminovat používání permanentních katetrů zejména u pacientů postižených demencí, kdy nejsou de facto zapotřebí.

XIV. Péče na sklonku života

Stein Huseboe, Iva Holmerová

V České republice umírá ročně 105 tisíc lidí, ve většině případů v důsledku chronických progresivních onemocnění. Rozsáhlý a reprezentativní výzkum v roce 2004 ukázal, že ani laická ani odborná veřejnost není spokojena s úrovní péče o umírající. Zatímco převážná většina lidí (75 %) si přeje zemřít doma, skutečnost je jiná, většina lidí umírá v nemocnici nebo zařízení dlouhodobé péče (75 %). Lidé se nejvíce obávají bolesti, ztráty soběstačnosti, odloučení od blízkých, psychického strádání a ztráty důstojnosti. Tyto obavy jsou naprosto opodstatněné, protože výzkum prokázal, že ve třetině až polovině případů nejsou pacientům poskytnuty potřebné informace a není dostatečně mírněna bolest, v polovině případů není dostatečná pozornost věnována psychickému stavu pacienta, není dostatečná komunikace s rodinou a podobně. Péči o umírající hodnotí negativně více než třetina dotázaných zdravotnických pracovníků. Nejhůře hodnotí situaci umírajících v zařízeních dlouhodobé péče, tedy v domovech důchodců a léčebnách pro dlouhodobě nemocné.⁵¹ Tato situace je alarmující a péči o lidi v terminálních stadiích nevyléčitelných onemocnění je třeba zlepšit.

Onemocnění se závažnou prognózou přináší významné životní změny jak nemocnému, tak členům jeho rodiny, kteří se o něj budou v případě potřeby starat. Nejčastěji bývají pečujícími rodinní příslušníci, tedy manžel, manželka, dospělé děti, popřípadě širší rodina a přátelé, kteří pacienta dlouhodobě znají. Jejich vztah se může v průběhu onemocnění měnit. Nemocný potřebuje nejdříve pomoc jen v některých úkonech – připravit jídlo, poklidit domácnost, možná pomoci s oblečením. Postupně se nemocný musí stále více spoléhat na pomoc svého blízkého, jejich vztah se postupně mění a může být vystaven vážným problémům, které jsou spojené s postupnou ztrátou soběstačnosti, hybnosti, paměti, zraku či sluchu. Někdy pacient nepotřebuje pomoc okamžitě, protože nemoc byla teprve nedávno diagnostikována a je zatím soběstačný; tak tomu může být u zhoubných onkologických onemocnění, ale také u Alzheimerovy choroby.

V každém případě v situacích, kdy je stanovena diagnóza závažného, chronicky se zhoršujícího onemocnění, nebo kdy již pacient potřebuje podporu a pomoc ro-

dinného pečujícího, je zcela přirozené, že jak nemocný, tak jeho rodinný příslušník pocítují strach, jsou situací zmateni, chtějí ji popřít a podobně. To jsou zcela přirozené reakce. Mnoho lidí také cítí smutek nad tím, že ztratili zdraví a musejí se vzdát mnohých plánů, někteří jsou touto skutečností šokováni, někteří se zlobí na celý svět. Také tyto reakce jsou přirozené a pochopitelné. Zatím se naprostá většina obyvatel Evropy do této situace bude dostávat, a to až do té doby, než vědecký pokrok prodlouží náš život natolik, že se budeme dožívat „přirozeného konce života“. Dokud tomu tak nebude (a to nebude ještě velmi dlouho), budeme umírat v důsledku nemocí. V současné době již netrpí evropská populace epidemiemi závažných infekčních onemocnění, kterými byly mor a cholera. Lepší sociální a politické podmínky způsobily, že méně lidí umírá v důsledku násilí a úrazů. Prosperita nás chrání před vymíráním v důsledku hladu a minimalizuje následky přírodních neštěstí. To vše vede k tomu, že nikdo z nás nemůže s významnou pravděpodobností předvídat, která nemoc ukončí jeho život. U většiny lidí to bude některá z novodobých „neinfekčních nemocí“, například srdeční selhání či infarkt, rakovina, Alzheimerova choroba nebo cévní mozková příhoda. Lidé budou v závěru svého života stonat na některou z těchto nemocí, jejich zdravotní stav se bude postupně zhoršovat a budou potřebovat péči a pomoc svých blízkých.

Přes tato zjevná fakta není dosud naše veřejnost schopna dostatečně diskutovat o otázkách souvisejících s potřebami a péčí na sklonku života. Tento postoj má však jeden zásadní a závažný důsledek: ani pečující ani nemocný nejsou připraveni na konec života a na to, co péče na sklonku života znamená.

V této kapitole se budeme zabývat některými aspekty konce života z pohledu nemocného i pečujícího. Je velmi důležité, aby nemocný i poslední období života strávil co nejlépe, bez obtížných příznaků a zbytečných starostí.

DŮLEŽITOST KOMUNIKACE

Lidský život je charakteristický sociální interakcí a komunikací zejména s rodinou a blízkými přáteli. Právě tito lidé se scházejí při určitých významných příležitostech – narozeninách a jmeninách, při narození dětí, svatbách a výročích. Umírání je obdobím života, které se odehrává ve zvláštním utajení, a smrt zůstává tabu. Také tyto situace ale jsou normální součástí života. V těchto okamžicích zůstáváme často němí, neumíme komunikovat, i když jsme při jiných událostech v komunikaci velmi zdatní. Vznikají zbytečná nedorozumění a závěr života mnoha lidí je poznamenán bolestí, strachem a smutkem. Avšak i toto období života může být pozitivní, může být příležitostí prověřit životní zkušenosti, dokončit a rozhodnout, co je třeba, soustředit se na to, na čem skutečně záleží. Důležité však je zajistit nemocnému, aby netrpěl zbytečnou bolestí a jinými nepříjemnými

příznaky a pocity. Klíčem k dobré péči na sklonku života je otevřená a čestná komunikace mezi všemi, kterých se problém týká: nemocným, rodinným pečujícími, ostatními členy rodiny, přáteli a zdravotníky. Mnoho problémů se tak dá společně vyřešit, a to včetně těch následujících:

- jak porozumět onemocnění, jak zvolit léčebný postup a kdy je vhodné jej ukončit (a neprovádět léčbu, která není pro pacienta přínosem, nemá žádný význam pro zlepšení jeho stavu či kvality života – tzv. marnou léčbu). Léčba prodlužující život (kurativní léčba), která již však nemůže pacienta vyléčit a je právě v této situaci léčbou marnou, bude nahrazena péčí zaměřenou na zvýšení komfortu, úlevy od bolesti a ostatních nepříjemných příznaků (paliativní léčba).
- jak zajistit, aby nejbližší rodinní příslušníci a další blízké osoby porozuměli a podporovali rozhodnutí nemocného o léčbě
- pohoda a kvalita života nemocného i pečujícího
- praktické otázky, mezi které patří poslední vůle a další důležité úkony
- emoční záležitosti, neshody v rodině, které by se měly alespoň nyní vyřešit

Otevřená a pravdivá setkání a diskuse mezi všemi zúčastněným jsou nejlepší cestou, jak vyřešit výše uvedené i další problémy a zajistit nejlepší možnou kvalitu života pro všechny. Bohužel často právě popření problému a odmítnutí ústředního tématu blízcího se konce života brání v diskusích o mnoha souvisejících otázkách. To způsobuje, že toto období života prožívá zvláště bolestně jak umírající osoba, tak rodinný pečující.

Ve většině případů, kdy byla stanovena diagnóza vážné či fatální nemoci, zbývají měsíce či dokonce léta života. Pro zachování plnosti a dobré kvality života je naprosto nezbytné, aby se otevřeně hovořilo o možnostech léčení a dalších volbách, aby o těchto věcech začali hovořit s nemocným nejen jeho blízcí a pečující, ale také zdravotníci, a to co nejdříve je to možné.

Všichni potřebují vědět, co mohou očekávat, jak rychle bude onemocnění postupovat a teprve poté se mohou poradit a rozhodnout se společně, jaký léčebný plán zvolí, co je pro nemocného nejlepší. Zvláště důležité je učinit toto rozhodnutí co nejdříve u onemocnění, která oslabují myšlení a schopnost rozhodování, například Alzheimerova choroba. V tomto případě dojde dříve či později k situaci, že se pacient nebude moci samostatně rozhodnout, anebo by jeho rozhodnutí nemuselo být respektováno z pouhé pochybnosti, zda je ještě schopen se rozhodnout správně. Pokud pacient sepíše svá přání ohledně budoucí léčby a péče v době, kdy je ještě schopen se rozhodovat, nazýváme tento dokument „living will“ nebo „advance directives“. Do češtiny jsme tento pojem přeložili jako „ustanovení vůle“⁵².

52 Viz například *Ustanovení vůle ohledně budoucí léčby a zdravotní péče*. Stanovisko Alzheimer Europe 6/2005. In: *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. Gerontocentrum. Praha, 2007.

Ve všech diskusích o možnostech léčby bude hrát lékař významnou roli, a to zejména v počátečních fázích. Uvádíme otázky, na které možná bude chtít nemocný nebo pečující slyšet od lékaře odpovědi, aby se lépe orientovali:

Jak bude nemoc postupovat, o čem bude třeba se rozhodovat?

Jak se bude nemoc projevovat, jaké budou její příznaky?

Jaká je doba pravděpodobného dožití s touto nemocí (jaké je minimum a jaké maximum)?

Jak asi nemoc ovlivní život nemocného, pečujícího i dalších členů rodiny?

Pokud nebude nemoc reagovat na navrženou léčbu, jaké jsou ještě další možnosti?

Jak je to s bolestí a dalšími nepříjemnými a obtěžujícími příznaky? Jaké jsou možnosti jejich zvládnutí?

Pomůže lékař najít další specialisty (chirurga a podobně) v případě, že to bude třeba?

Jestliže se stav nemocného zhorší natolik, že se o sebe nebude moci starat a rozhodovat, bude to lékař, kdo zaručí dodržení domluveného postupu?

Odpovědi na výše uvedené otázky by měly pomoci nemocnému rozhodnout se, jak si počínat, jaké léčebné postupy jsou nejlepší. Další diskuse s lékařem odpoví na další otázky, které vyvstanou a umožní, aby byl nemocný i pečující připraven na všechny možnosti a situace, které nemoc přinese.

Zhoršování zdravotního stavu a blízkost smrti jsou témata, o kterých se v naší společnosti těžko hovoří. Často se zdá snazší předstírat, že stav není tak vážný, jako ve skutečnosti je, nebo předstírat, že je vše normální a v pořádku. Zatímco tyto přístupy se mohou zdát „snadnou“ nebo „nejlepší“ možností, ve skutečnosti tomu tak není. Rodina a blízcí přátelé se nevzchopí k tomu, aby poskytl co nejvíce podpory a lásky, když nevědí, jaká situace je ve skutečnosti. Naopak se mohou cítit dotčeni či odstrčeni tím, že nejsou správně informováni. Dále je třeba vzít v úvahu i možnost praktické pomoci, kterou mohou rodina a přátelé poskytnout nemocnému i pečujícímu. Podpůrná síť milujících a přátelsky nakloněných blízkých může zásadním způsobem zlepšit kvalitu života jak nemocného, tak pečujícího. Následující problémy je třeba zvážit a vzít je za východisko pro začátek roz-

hovorů s těmi, kteří byli v životě nejdůležitější, a kteří budou důležití i s blížícím se koncem života:

Jak bude nemoc postupovat, co mohou blízcí očekávat?

Jak by mohli pomoci, jak by měli v určitých situacích reagovat?

Co bude potřebovat ten, kdo o nemocného pečuje, co by pro něj bylo možné učinit, jak mu pomoci?

Jak si přeje nemocný trávit svůj čas ve společnosti blízkých? Někteří lidé jsou rádi, když jsou s blízkými a přáteli sami, jiní mohou i přes svou nemoc vyhledávat větší společnost.

Jaká má další přání, a to včetně těch, která se týkají jeho pohřbu a dalších věcí po jeho smrti?

Možná existují zcela osobní věci, nevyřešené vztahy, stará nepřátelství. To vše se může zdát nyní malicherné a je možné dospět k porozumění a smíření.

NEVYŘEŠENÉ PROBLÉMY

Poslední problémový okruh je zvláště důležitý. Pro nemocného je důležité vyřešit záležitosti, které se vyřešit mají, jinak se stávají často zdrojem stresu, pocitu opuštění nedokončeného, sklíčenosti. Pro rodinného příslušníka nebo přítele později může nevyřešení problému prohloubit smutek a ztížit truchlení po smrti nemocného.

Po stanovení diagnózy terminálního onemocnění může vyvstat mnoho praktických otázek a problémů, kterými se musíme zabývat. Jedná se například o poslední vůli, zaplacení dluhů, převod majetku a podobně. Jestliže se nemocnému nepodaří tyto záležitosti vyřešit, může to způsobit stres, nepohodu a dokonce finanční ztrátu. Naopak vyřešení těchto otázek přinese mír v duši pro všechny zúčastněné a umožní nemocnému v klidu věnovat pozornost věcem, které jsou důležité.

Dobrou možností je, když se nemocný poradí s někým, komu může důvěřovat a naplňuje veškeré kroky tak, aby postupně zařídil vše potřebné a uchránil se tak zbytečného stresu a zmatků.

Oblasti, o kterých se často diskutuje:

Právní dokumenty, které musejí být připraveny, zaopatření dětí, poslední vůle.

Připravit dokumenty související s poslední vůlí tak, aby byly dobře dostupné. Jedná se zejména o bankovní účty, cenné papíry, pojistné smlouvy, další důležité listiny a smlouvy a podobně.

Vyrovnat finanční závazky.

Uskutečnit darování (například na dobročinné účely).

Zajistit hladké předání pracovních povinností, pokud je to třeba.

Rozhodnutí týkající se těla. Nepřeje si nemocný darovat orgány pro transplantaci, či by naopak chtěl darovat celé tělo vědecké instituci? Pokud ano, které instituci? Pokud nikoli, jaký pohřeb si nemocný po smrti přeje? Kremaci, nebo uložení do hrobu, s obřadem či bez obřadu?

Mnoho otázek spojených s koncem života lze řešit ve společných diskusích, ať se týkají zdravotní péče, podpory nemocného i pečujícího i zcela konkrétních a praktických, organizačních problémů. Tyto diskuse mohou ale pomoci řešit mnoho dalších problémů, těch, které je mnohdy obtížné předpovídat a je na každé rodině, aby je vyřešila, ať již se jedná o nedobré osobní vztahy v rodině či s přáteli, dezorientaci či nezájem, strach či nepohodu.

PEČUJÍCÍ

Poskytování péče o příbuzného nebo jinak blízkého člověka je náročné a vyčerpávající zejména s blížícím se koncem života. Je to období, kdy se stupňují jak psychické, tak fyzické nároky na pečujícího. Proto je nutné si uvědomit zátěž pečujícího, která bývá snadno přehlížena. Velmi časté je mylné přesvědčení, že pečující musejí ignorovat své vlastní potřeby a věnovat se jenom nemocnému. K tomuto tlaku se ještě přidávají pocity smutku a hrozící ztráty, které často blízcí pečující prožívají při doprovázení těžce nemocného pacienta. Například v situacích, kdy pacient onemocní Alzheimerovou chorobou, se musejí pečující neustále přizpůsobovat novým situacím vzniklým při postupu onemocnění, musejí měnit svůj život podle potřeb nemocného. Ve snaze maximálně se přizpůsobit a vyhovět nemocnému se dostávají do sociální izolace a vzniká pocit samoty a deprese. Velmi často jsou však tyto příznaky zanedbávány, není jim věnována dostatečná pozornost. Jestliže se vyskytnou některé z následujících příznaků deprese, pečující by měl v každém případě vyhledat lékaře a svěřit se mu se svými obtížemi:

- smutek, ztráta chuti k činnosti a životu
- pesimismus
- ztráta zájmu o koníčky, práci, společenský život a sex
- obtíže v rozhodování, a to i v nenáročných situacích
- neklid a předrážděnost
- ztráta chuti k jídlu a nechutenství, nebo naopak přírůstek na váze z přejídání „ze stresu“
- špatný spánek, zejména buzení brzy ráno
- depresivní, temné nebo beznadějné sny
- myšlenky na sebevraždu

Nejlepším způsobem, jak se vypořádat s těmito pocity, je nenechat je vůbec rozvinout. K tomu však potřebuje pečující pocit, že někdo má o něj zájem, že se o něj někdo stará. Nesmí být ochromen žalem ze současné situace a musí mít pocit, že jeho vlastní potřeby nejsou zanedbávány. V mnoha případech se pečující potřebuje ujistit o tom, že má oporu, další příbuzné a známé, kteří mu pomohou a kterým se může svěřit. Důležité je také, aby se mohl spolehnout na pomoc zdravotníků.

Ještě jednou zdůrazňujeme, že i v těchto otázkách je nesmírně důležitá komunikace, v případě potřeby a vhodnosti je třeba přizvat k těmto diskusím také nemocného. Jestliže rodina a přátelé porozumí rozsahu zodpovědnosti a povinností, které rodinný pečující přijal, a pochopí to, bude pravděpodobněji, že mu poskytnou účinnou pomoc a oporu.

Na otázku, která péče pomoci a podpory je pro ně nejdůležitější, odpoví pravděpodobně většina pečujících, že nejceněnější formou pomoci a podpory je tzv. respitní (úlevová, oddechová) péče. Jedná se o převzetí péče o nemocného, aby si rodinný pečující mohl na určitou dobu odpočinout, mohl zařídit své věci a mít přitom pocit, že o nemocného je dobře postaráno.

Emoce pečujících jsou často negativní, trpí depresí, smutkem. Zejména pokud žil v blízkém vztahu s nemocným po dlouhou dobu svého života. Proto je velmi důležité, když pečující najde možnost sdělit své pocity. Pečující potřebuje někoho, kdo bude ochoten naslouchat a rozumět. Někoho, kdo je ochoten vyslechnout strasti a starosti pečujících, aniž by mu sděloval „svoje trápení“. Může to být někdo z rodiny či blízký přítel, samozřejmě také praktický lékař nebo kdokoli, komu je možné důvěřovat a věřit v jeho porozumění.

Pečující potřebuje oporu a pomoc pro udržení psychické rovnováhy. Příbuzní a přátelé by si měli uvědomit, jak je důležité, aby měl také čas na odpočinek. Měli by mu ho umožnit tím, že na určitou dobu v týdnu, například jedno či dvě odpo-

ledne nebo večery zajistí péči o nemocného a umožní tak pečujícímu vydechnout. Tato forma pomoci a odpočinku pečujícího není důležitá jen pro něj, ale také pro nemocného i pro rodinu a přátele, kteří tuto pomoc poskytují. Je to pravidelná příležitost ke společnému setkávání.

Pravidelná doba jídla je důležitá pro psychickou a fyzickou pohodu, které jsou potřebné k tomu, aby se pečující vyrovnal se všemi nároky péče. Může se to zdát zbytečné nebo těžko proveditelné vzhledem k množství práce a starostí. Ale pečující by ani v tomto ohledu na sebe neměl zapomínat, měl by jíst pravidelně a v klidu. Věnovat pozornost tomuto doporučení se skutečně vyplatí, hovoří pro to mnohé zkušenosti rodinných pečujících.

Pokud rodinná či přátelská podpůrná síť skutečně dobře funguje, je to dobré pro nemocného i pro pečujícího. Ovšem ne všichni pacienti a pečující žijí v blízkosti svých příbuzných nebo obklopeni přáteli, kteří jsou schopni a ochotni jim účinně pomoci. Pokud pečující rodina tyto sociální sítě nemá, je třeba pomoc hledat jinde.

V každém případě je dobré se poradit s praktickým lékařem. Ten by měl nemocného znát, pravidelně ho navštěvovat, může mu předepsat domácí ošetrovatelskou péči a doporučit agenturu domácí péče. Sestry pak budou docházet za nemocným a pomáhat s jeho ošetřováním tak, jak lékař naordinuje. Dále je možné se obrátit přímo na některý z hospiců, pokud se nacházejí v dostupné vzdálenosti, nebo na domácí hospicovou péči Cesty domů. Potřebné informace o péči o pacienty s demencí podá také kontaktní místo České alzheimerovské společnosti.

Pečovatelskou službu potřebují ti, kteří nejsou schopni obstarat svou domácnost, zejména lidé vyššího věku, kteří pečují o nemocného. O možnostech a rozsahu pečovatelské služby je možné se informovat na sociálním odboru městského či obecního úřadu, v současné době vznikají registry sociálních služeb na krajských úřadech.

Také některé neziskové organizace (Charita, Diakonie) poskytují služby v domácnosti, včetně ošetrovatelské a pečovatelské služby, provozují denní centra, ošetrovatelské domy a podobně.

V případě náhlého zhoršení zdravotního stavu je třeba společně s lékařem zvážit hospitalizaci v nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných nebo na oddělení tzv. následné péče. Zejména pacientům s onkologickým onemocněním je určena péče v hospicu.

Důležité je, aby se pečující informoval také o možnostech sociálních dávek, zejména příspěvku na péči. Pečující rodině poradíme, aby se obrátila na příslušný sociální odbor obecního či městského úřadu.

ÚSTŘEDNÍ POSTAVENÍ NEMOCNÉHO

Poslední měsíce a léta života jsou důležitá zejména pro nemocného. Nabízí se mu možnost, aby zrekapituloval svůj život, soustředil se na to, co je pro něj důležité a zvážil, jak co nejlépe využít času, který mu zbývá. Proto je nesmírně důležité, aby se cítil co nejlépe, co možná komfortně, aby nebyl vystaven zbytečné bolesti a dalším obtížím, které nemoc přináší, ale které lze zpravidla velmi úspěšně odstranit díky vhodné léčbě. Také pečující může pro nemocného v tomto ohledu mnoho učinit, potřebuje mít znalosti a informace. Tady jsou některé z nich.

Snad nejdůležitější zásadou, kterou je třeba mít stále na paměti, je skutečnost, že **dospělý nemocný je stále dospělým člověkem**, a to s naprosto všemi právy, která mají ostatní dospělí lidé, včetně práva na důstojnost a být respektován. Pečující může být nesmírně unaven a přetížen, může mít velmi naspěch a před sebou ještě mnoho úkolů, které je potřeba udělat. To vše je naprosto pochopitelné, avšak snažit se ulehčit si situaci nesmí nikdy vést k ponížení nemocného člověka, k omezení jeho svobody a možností volby.

Je třeba respektovat, jak si pacient přeje být oblečen, co chce jíst, s kým se chce setkat nebo zda potřebuje být sám a podobně. Výjimka z tohoto pravidla je možná pouze v situacích, kdy pacient není schopný se rozhodnout sám. I v těchto situacích je ale třeba aktivně pátrat po tom, co chce a co nechce, co je mu příjemné a co nikoli.

Stejnou měrou má však na respektování svých nároků a potřeb právo pečující. Proto by měl nemocný, pokud je to v jeho silách, mít snahu porozumět také jeho problémům a těžké situaci, kterou prožívá. Měli by se dohodnout na oboustranně přijatelném kompromisu. Na to by měli dbát také profesionální pečující, kteří této rodině poskytují služby.

V péči nastávají někdy situace, kdy oboustranná komunikace a domluva nejsou možné. Týká se to zejména pacientů trpících pokročilou demencí při Alzheimerově chorobě. V těchto případech je nutné si uvědomit a vysvětlit rodinným pečujícím, že je to nemoc, která může za podivné pacientovo chování. Nemocný to ovlivnit nedokáže a nemůže proto za ně nést zodpovědnost. Přesto je však stále nutné respektovat jeho důstojnost dospělého člověka. V těchto případech je zapotřebí, aby se pečující dobře obeznámil se zásadami péče o pacienty s demencí. Zevrubné poučení o povaze onemocnění, konzultace s odborníky i setkání s ostatními rodinnými pečujícími v rámci svépomocných skupin mu poskytnou mnoho informací, opory i sílu dále pečovat.

Terminální fáze nevléčitelných onemocnění jsou často provázeny **bolestí**, která pacientovi způsobuje značný dyskomfort. Také obavy z bolesti mohou být zdrojem stresu a dyskomfortu zejména u lidí, jimž bylo diagnostikováno onkologické onemocnění. Bolest je však možné v naprosté většině případů tlumit až odstranit. Účinné léky by měl nemocnému předepsat praktický lékař. Jestliže zvolený postup není účinný a pacient trpí dále bolestí, je možné se obrátit na specializovaná pracoviště léčby bolesti, kde zvolí takový postup, který zajistí nemocnému úlevu.

Světová zdravotnická organizace vypracovala důležitý dokument návod jak je třeba postupovat ve zvládnání bolesti, počínaje mírnými formami až po bolesti, které se postupně zhoršují. Postup je stupňovitý a je založen na tom, že zpočátku se vystačí s běžně dostupnými léky proti bolesti, později se přidávají další silnější léky, které jsou vázány na lékařský předpis, nejsilnější bolesti je třeba zvládat nejúčinnějšími léky, tzv. anodyny, opiáty. Pro všechny lékaře je důležitá zpětná vazba, a tak je zapotřebí, aby nemocný svůj stav sledoval a lékaře informoval o všech změnách v charakteru bolesti i o jejím časovém rozložení. Stejně důležité jsou i informace pečujícího.

Kromě bolesti jsou chronická nevléčitelná onemocnění provázena dalšími příznaky, které mohou být buď průvodním jevem onemocnění samotného, nebo mohou vzniknout jako důsledek dlouhodobého omezení pohybu, zhoršené výživy a podobně. Také všem těmto dalším příznakům je třeba věnovat dostatečnou pozornost. Proto uvádíme stručnou informaci o některých z nich a pečujícímu i nemocnému předkládáme návod, co má sledovat, aby zabránil zbytečným nepříjemnostem a komplikacím.

Péče o dutinu ústní je velmi důležitá, protože ústa mají mnoho významných rolí: jídlo, pití, dýchání, řeč. Mnohdy si ani neuvědomujeme, o jak důležitou část těla se jedná. Ústa jsou však také velmi citlivou a zranitelnou oblastí vůči infekci, poranění či suchosti. To vše může způsobit značné obtíže při dýchání, mluvení, jídle a pití. Jestliže není nemocný schopen se samostatně postarat o hygienu dutiny ústní, je třeba, abychom mu pomohli. Jestliže trpí vysycháním úst, můžeme ulevit značně nepříjemnému pocitu, když mu budeme ústa zvlhčovat. Často jsou právě obtíže v oblasti dutiny ústní zdrojem stresu, bolesti, pocitu špatného dýchání a celkového dyskomfortu. To vše můžeme zmírnit, pokud ústům věnujeme dostatečnou pozornost. Důležité je, aby lékař či sestra poradili rodinným pečujícím, jak o dutinu ústní pečovat.

Anorexie (ztráta chuti k jídlu) a **kachexie** (výrazné zhubnutí doprovázené ztrátou svalové hmoty) mohou být pro pečujícího i pacienta zdrojem stresu. Terminální stavy nevléčitelných onemocnění však pravidelně tyto příznaky doprová-

zejí. Existuje však mnoho relativně jednoduchých opatření, jak je možné zmírnit nechutenství a oddálit výraznou ztrátu váhy. Patří sem například dostatečná péče nejen o dutinu ústní, ale i úleva od bolesti, léčení zácpy a ostatních zažívacích obtíží. Dietu je možné upravit podle chuti nemocného a nabídnout mu ji v menších, častěji podávaných porcích. Důležité jsou také výživové doplňky, které se podobají malé krabičce mléka či dětskému nápoji, ale jedná se ve skutečnosti o plnohodnotnou výživu.

Delirium, akutní stav zmatenosti, často doprovází závažná onemocnění, a to zejména u nemocných vyššího věku. Někdy se také může jednat o vedlejší účinek léčby (zejména u léčby tzv. opiáty, silnými léky tlumícími bolest a podobně). Často bývají příčinami deliria různé infekce, špatná výživa či dehydratace, zácpa nebo retence moči, zhoršená funkce srdce a plic a s tím související špatné okysličení mozku. Delirium může vzniknout také jako důsledek špatného spánku, bolesti a stresu. Delirium je vždy závažným stavem, kterému bychom měli věnovat pozornost a poradit se s lékařem. Často lze příčinu deliria zjistit, odstranit a tím zlepšit stav pacienta.

Kromě několika výše uvedených tipů existuje ještě mnoho **drobností**, které můžeme relativně snadno zvládnout, zlepšit tím stav pacienta a pečujícímu zpříjemnit péči. Mnohdy se jedná o situace, které mohou pečujícího polekat nebo uvést do rozpaků. I proto je třeba, aby věděl předem, že se takové věci mohou stát a jak se s nimi vyrovnat.

Otevřené rány a defekty mohou způsobit zápach, který bývá nepříjemný a mnohdy pro pečujícího až nesnesitelný. Proto je důležité místnosti často větrat. Je také možné používat různé hygienické pomůcky a deodoranty, které jsou k dispozici v lékárně. Také některé druhy obvazů a krytí defektů zápach zmírňují. Zápach může způsobovat také infekce.

Inkontinence stolice může být pro ošetřujícího velmi nepříjemná a pro pacienta zahanbující. Mnohdy se jedná o zbytečné trápení, protože častou příčinou neudržení stolice může být paradoxně dlouhodobá zácpa.

Pacienti v terminálním stavu nevléčitelného onemocnění často trpí také duševně. **Strach, úzkost a deprese** způsobují daleko větší utrpení než vlastní fyzické strádání.

Zvláště v posledních letech byl zaznamenán obrovský pokrok ve vývoji a používání nových léků proti depresi. Tyto léky zabrání zbytečnému utrpení nemocného, ale také rodinného příslušníka, který se trápí, když vidí stav svého blízkého. Lé-

čení deprese pomocí antidepresiv, ale také odstranění úzkosti a strachu pomocí dalších účinných léků výrazně zlepšil kvalitu života nemocného a zmírní „břemeno péče“ rodinného příslušníka.

V naprosté většině případů do vztahu nemocný – pečující vstupují lidé na základě dlouhodobého velmi blízkého, často příbuzenského vztahu. Rovnováha tohoto vztahu se často mění s přijetím nových rolí a i tato změna přináší určitý stres a nepohodu. Velmi užitečné je, aby se pečující ani nemocný nenechali novou situací a novými rolami pohltit. Dobré je, aby se zabývali něčím, co s potřebou péče a jejím poskytováním nesouvisí. Hraní karet nebo jiných stolních her, společné čtení (a předčítat může i nemocný), společné sledování videa či poslouchání hudby může přinést pečujícímu i nemocnému mnoho pěkných, klidných a příjemných společných chvil. Mnoho nemocných má zájem sledovat nové informace, někteří se chtějí dále vzdělávat. Za zvážení stojí například Internet – přináší dříve nevídané možnosti a je již snadno dostupný. Nemocný může získat mnohé informace, které poučí i pečujícího. Může navázat kontakt s obdobně postiženými a s organizacemi, které se zabývají problematikou, která je mu blízká.

Poslední fáze života přináší mnoho nároků na nemocného i pečujícího. Jestliže se s nimi neumějí vyrovnat, nemají dostatek informací, jsou jimi zaskočeni, může to mít závažné a nepříjemné následky. Pro nemocného to znamená většinou zhoršenou kvalitu života, nedostatečné zvládání nepříjemných příznaků, sociální izolaci a duševní utrpení. Pro pečujícího pak pocit nadměrného stresu, deprese a viny.

Moderní věda, výzkum a dostatečné znalosti o této problematice dokazují, že většina problémů souvisejících s péčí na sklonku života se dá překonat. Je k tomu však zapotřebí dostatek vůle a informací, pozornost a otevřenost. Zejména komunikace mezi jednotlivými členy týmu, kterými jsou nemocný, jeho rodinný pečující, příbuzní, přátelé a zdravotničtí pracovníci, pomůže mnohé překonat a zajistí, že péče o nemocného na sklonku života bude tak uspokojivá a útěšná, jak je jen možné.

XV. Přílohy

PŘÍLOHA 1

Test instrumentálních všedních činností (IADL)⁵³

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže použít telefon	0
2. transport	samostatně cestuje dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem nebo radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	samostatně uvaří celé jídlo	10
	ohřeje jídlo	5
	jídlo musí připravit druhá osoba	0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce, nebo je úklid nedostatečný	5
	potřebuje pomoc při většině prací, nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musejí být podány druhou osobou	0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
Celkové skóre (0 až 80):		
Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:		
0–40 bodů	závislý	
45–75 bodů	částečně závislý	
80 bodů	nezávislý	

PŘÍLOHA 2

Test základních všedních činností podle Barthelové (ADL)⁵⁴

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně více než 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkové skóre (0 až 100):		
Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:		
0–40 bodů	vysoce závislý	
45–60 bodů	závislost středního stupně	
65–95 bodů	lehká závislost	
100 bodů	nezávislý	

PŘÍLOHA 3

Zhodnocení nutričního stavu pomocí Mini Nutritional Assessment (MNA) – první část⁵⁵

	Položky	Body
Poslední 3 měsíce ztráta chuti k jídlu, obtíže GIT, problémy se žvýkáním a polykáním	těžké poruchy	0
	mírné	1
	bez obtíží	2
Ztráta tělesné hmotnosti v posledním měsíci	více než 3 kg	0
	neví	1
	v rozmezí 1–3 kg	2
	stabilní hmotnost	3
Pohyblivost	upoután na lůžko	0
	pohyb v okolí lůžka, po místnosti	1
	vychází ven	3
Psychický stres v posledních třech měsících	ano	0
	ne	2
Neuropsychické problémy	těžká deprese	0
	mírná demence	1
	žádné problémy	2
Index tělesné hmotnosti BMI	BMI < 19	0
	BMI 19–21	1
	BMI 21–23	2
	BMI > 23	3
Hodnocení	Maximum	14 bodů
	Normální	12 bodů
	Riziko malnutrice	< 11 bodů

55 Kalvach Z., Zadák Z., Jiráček R., Zavázalová H., Sucharda P. a kol.: *Geriatric a gerontologie. Metabolismus a výživa*. Praha: Grada, 2004, s. 304–305.

PŘÍLOHA 4

Zhodnocení nutričního stavu pomocí Mini Nutritional Assessment (MNA)
– druhá část

	Položky	Body
Žije v domácnosti	ne	0
	ano	1
Užívá více než 3 léky denně	ano	0
	ne	1
Dekubity	ano	0
	ne	1
Počet hlavních jídel denně	1 jídlo	0
	2 jídla	1
	3 jídla	2
Příjem proteinů	1x a vícekrát denně mléčné výrobky	ano ne
	2x a vícekrát denně vejce a luštěniny	ano ne
	maso, ryby denně	ano ne
	0–1 ano	0
	2 ano	0,5
	3 ano	1
Ovoce a zelenina denně	ne	0
	ano	1
Příjem tekutin	méně než 3 šálky	0
	3–5 šálků	0,5
	5 a více šálků	1
Způsob příjmu tekutin	s dopomocí	0
	samostatně s obtížemi	1
	samostatně bez problémů	2
Vlastní hodnocení stavu výživy	podvyživený	0
	nehodnotí	1
	nemá nutriční problémy	2

Hodnocení vlastního zdravotního stavu ve srovnání s vrstevníky	nedobrý	0
	neví	0,5
	stejně dobrý	1
	lepší	2
Střední obvod paže	menší než 21 cm	0
	21–22 cm	0,5
	větší než 22 cm	1
Obvod lýtky	menší než 31 cm	0
	31 cm a více	1
Zhodnocení:	maximálně	16 bodů
Celkové zhodnocení z obou tabulek:	maximálně	30 bodů
Hodnocení:	riziko malnutrice	17–23,5 bodů
	malnutrice	< 17 bodů

PŘÍLOHA 5

Nottinghamský screeningový dotazník pro hodnocení rizika malnutrice⁵⁶

	Položky	Body
BMI (body mass index)	BMI < 18	2
	BMI 18–20	1
	BMI >20	0
Nechtěný úbytek hmotnosti v posledních třech měsících	více než 3 kg	2
	do 3 kg	1
	žádný, hmotnost stálá	0
Snížení příjmu potravy v posledním měsíci před hospitalizací	Ano	2
	Ne	0
Stresový faktor/závažnost základního onemocnění	Závažný – polytrauma, rozsáhlé popálení, poranění hlavy, rozsáhlé dekubity, těžká sepe, malignita, pankreatitida, velký chirurgický zákrok, pooperační komplikace	2
	Mírně až středně závažný – nekomplikovaný chirurgický výkon, lehká infekce, chronická onemocnění, proleženiny, cirhóza, renální selhání, diabetes mellitus, chronická obstrukční choroba plicní, nespecifické střevní záněty	1
	Žádný	0
Hodnocení	stav výživy velmi dobrý/dobrá bez další intervence	0–2 body
	nutné monitorování stavu výživy, kontrola s odstupem 1 týdne	3–4 body
	vysoké riziko podvýživy, indikováno cílené vyšetření nutričního stavu a intervence	5 bodů a více

BMI = hmotnost/ (tělesná výška)² v kg /m²

56 Barendrekt K., Soeters P. B., Allison S. P.: Diagnosis of malnutrition. Screening and assessment. In Sobotka, L. (Ed.), *Basics in clinical nutrition*. Praha: Galén, 2000: 2–36.

XVI. Literatura

- Baštecký J., Kümpel Q., Vojtěchovský M. a kol.: *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, 1994.
- Baumgartner R. N., Koehler K. M., Romero L., Garry P. J.: Serum albumin is associated with skeletal muscle in elderly men and women, *Clinical Nutrition Program*, School of Medicine, University of New Mexico, Albuquerque, USA.
- Educating for Dignity, A Multidisciplinary Workbook Dignity and Older Europeans*, 2003. [přel. Kellnerová–Kalvachová L.], Praha: Cesta domů, 2004.
- Haškovcová H.: *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007.
- Haškovcová H.: *Manuálek sociální gerontologie*. České ošetrovatelství. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002.
- Holmerová, I., Aas E.: *Problémy a přání rodinných pečovatelů a zdravotnických pracovníků – norskoočeský projekt*. Kloeversen, 1999.
- Chown, Sheila M.: *Human Ageing*. Penguin books Ltd., England 1972.
- Jurašková B.: Dehydratace – rizikový faktor onemocnění ve stáří. *Česká geriatrická revue*. 1/2003, s. 17–19.
- Jurašková B.: Nutriční podpora v geriatrii. *Lékařské listy*. 13/2006, s. 10–13.
- Kalvach Z., Sýkorová D., Jarolímová E., Vidovičová, L.: *Mezigenerační vztahy a stárnutí*. Metodika pro učitele, Praha 2006.
- Kalvach, Z., Zadák Z., Jiráček, R., et al.: *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada, 2004.
- Křivohlavý J.: *Mít pro co žít*. Praha: Návrat Domů, 1994.
- Kubešová H., Weber P., Meluzínová V., et al.: Změny stárnoucího organismu z hlediska patofyziologie. *Česká geriatrická revue*. 2005; 3(1): 18–23.
- Langmeier J., Krejčířová D.: *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998.
- Mahoney D.: *Moderní příručka dlouhověkosti*. Praha: Academia, 2000.
- Matějček Z., Dytrych Z.: *Radosti a strasti prarodičů aneb když máme vnoučata*. Praha: Grada, 1997.
- Muehlberg W., Sieber C.: Sarcopenia and frailty in geriatric patients: Implications for training and prevention, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 37, Nummer 1, s. 2–8.
- Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003–2007*, schválený usnesením vlády ČR 15. května 2002 č. 485. 2002. Praha. Ministerstvo práce a sociálních věcí
- Pacovský V.: *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990.
- Pidrman V.: Deprese seniorů. *Česká geriatrická revue*. 2005, 3(2), 45–52.
- Přehnal J. a výbor ČGGS: *Koncepce oboru geriatrie*, dopracování, Praha 2001, z www.mzcr.cz, 12. 2. 2006.
- Semba R. D., Blaum C., Guralnik J. M., Mocnief D. T., Ricks M. O., Fried L. P.: Carotenoid and vitamin E status are associated with indicators of sarcopenia among older women living in the community, *Aging Clin Exp Res*, 2003, Dec, 15(6), 482–7.
- Sobotka L.: Vliv malnutrice na průběh akutního onemocnění u gerontologického nemocného, *Česká geriatrická revue*. 1/2003, s. 32–35.
- Topinková E., Neuwirth J.: Depresivní syndrom geriatrických pacientů v ústavní péči. *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 93, č. 4 (1997), s. 181–188.
- Topinková E.: *Geriatrie pro praxi*. Praha: Galén, 2005.

- Tošnerová T., Bahbouch R.: *Orientační vyšetření deprese a demence v ordinaci praktického lékaře. Opomíjené diagnózy ve stáří*. Praha: Beaufour-Ipsen International, 1999.
- Vidovičová L., Rabušic L.: *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti, výzkumná zpráva*. Praha. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2006, www.vupsv.cz
- Vliv demografického stárnutí v rozšířené Evropské unii na oblasti kvality života, podpory zdraví a zdravotnictví. Závěrečná zpráva*. Stefanos Grammenos, Centre for European Social and Economic Policy (CESEP), October 2005 Bruxelles.
- Vojtěchovský M.: Deprese ve stáří – některé novější poznatky a praktické rady. *Sestra*, roč. 99, č. 5 (1999), s. 3–4.
- Zajíc J., Nerad V., Vyroubal P.: Ischemická choroba srdeční ve vyšším věku. *Česká geriatrická revue*. 2006; 4(2): 96–101.
- Zavázalová H., ed: *Úvod do sociálního lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, 1999.

Vybrané kapitoly z gerontologie

**Iva Holmerová, Božena Jurašková,
Květa Zikmundová a kol.**

Tato publikace vznikla v rámci projektu Centrum praktického vzdělání ve zdravotně sociálních službách. Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy.

Pro Gerontologické centrum
vydalo EV public relations, spol. s r. o., Praha v roce 2007

3. přepracované a doplněné vydání

Grafický návrh: Vladimír Pelíšek a Martin Bušek
Prepress: EUROVERLAG spol. s r.o., Plzeň
Tisk: EKON, družstvo, Jihlava
© Gerontologické centrum