

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychosociálních věd a etiky

Magisterská práce

**Péče o geriatrického pacienta, uspokojování jeho  
spirituálních potřeb ve zdravotnickém zařízení**

Care of Geriatric Patients and Meeting Their Spiritual Needs  
at the Medical Clinic

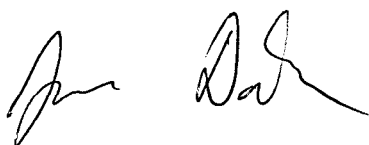
Vedoucí magisterské práce: MUDr. Jiřina Ondrušová

Diplomant: Jan Došek, HT - PSV

Praha 2006

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně a uvedl veškeré použité prameny informací a prameny literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb. Zejména se skutečností, že UK – HTF má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je UK – HTF oprávněna ode mne požadovat úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním v knihovně UK – HTF.

V Praze dne 20. června 2006

A handwritten signature in black ink, consisting of two distinct parts that appear to be initials or a stylized name, possibly 'Jan' and 'Dok'.

Chtěl bych poděkovat MUDr. Jiřině Ondrušové za její rady, trpělivost a ochotu podílet se na této diplomové práci. Dále bych chtěl poděkovat prof. MUDr. Evě Topinkové, že mi umožnila provést výzkum na Geriatrické klinice VFN v Praze. Mé díky patří také MUDr. Mádlové a Mgr. Z. Pospíšilové.

# OBSAH

Anotace.....	6
Annotation.....	7
Úvod.....	8
<b>1 TERMINOLOGIE .....</b>	<b>12</b>
1.1 Stáří a stárnutí.....	12
1.2 Gerontologie.....	13
1.3 Demografie stáří.....	14
1.3.1 Demografický trend.....	15
1.3.2 Důsledky stárnutí obyvatelstva.....	17
<b>2 STÁŘÍ Z POHLEDU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE.....</b>	<b>19</b>
2.1 Období raného stáří.....	19
2.2 Období pravého stáří.....	21
<b>3 ZVLÁŠTNOSTI CHOROB VE STÁŘÍ.....</b>	<b>23</b>
3.1 Polymorbidita.....	23
3.2 Zvláštnosti v klinickém obraze.....	23
3.3 Geriatrické syndromy.....	24
3.3.1 Somatické geriatrické syndromy.....	24
3.3.2 Psychické geriatrické syndromy.....	29
3.3.3 Sociální geriatrické syndromy.....	33
3.4. Narušená komunikační schopnost geriatrických pacientů.....	36
3.4.1 Afázie.....	36
3.4.2 Alexie a agrafie.....	38
3.4.3 Apraxie.....	38
3.4.4 Agnózie.....	39
3.4.5 Dysartrie a anartrie.....	40

3.4.6 Dysfagie.....	40
<b>4 ETICKÉ PROBLÉMY V GERIATRII.....</b>	<b>41</b>
4.1 Základní strategie komplexní péče o osoby vyššího věku.....	42
4.2 Etika v komunikaci se seniory.....	43
4.3 Ageismus.....	44
4.3.1 Hlavní předsudky o stáří.....	45
4.3.2 Hlavní zdroje ageismu.....	46
4.4 Významné dokumenty.....	47
4.5 Mezikulturní rozdíly ve stárnutí.....	52
<b>5 POTŘEBY GERIATRICKÉHO PACIENTA.....</b>	<b>53</b>
5.1 Kvalita života.....	53
5.2 Potřeby a jejich členění.....	54
5.3 Biologické, psychosociální, spirituální potřeby ger. pacienta.....	55
5.3.1 Biologické potřeby.....	56
5.3.2 Psychosociální potřeby.....	57
5.3.3 Spirituální potřeby.....	61
<b>6 VÝZKUM.....</b>	<b>69</b>
6.1 Výzkumný problém.....	69
6.2 Cíl výzkumu.....	70
6.3 Hypotézy.....	70
6.4 Metody výzkumu.....	71
6.5 Metodika výzkumu.....	71
6.6 Výsledky šetření.....	73
6.7 Závěry šetření.....	76
<b>Závěr.....</b>	<b>79</b>
<b>Seznam literatury.....</b>	<b>81</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>86</b>

## ANOTACE

Tématem této práce je problematika péče o geriatrického pacienta a uspokojování jeho spirituálních potřeb ve zdravotnickém zařízení. Vzhledem k tomu, že spirituální, ale i biologické, psychické a sociální potřeby do značné míry souvisí se zdravotním stavem seniorů je značný prostor teoretické části věnován zvláštnostem onemocnění geriatrického pacienta. Důvodem je těsná provázanost všech rovin prožívání člověka ve vyšším věku.

Úvodní část této práce je věnována základní terminologii, definicím a demografickému vývoji týkající se této problematiky. Obsahem další části je téma stáří z pohledu vývojové psychologie s důrazem na sebepojetí seniorů, na přijetí sociálních rolí charakteristických pro tento věk a na celkové změny, které souvisí se stářím. Dále je věnován prostor zvláštnostem průběhu onemocnění u lidí vyššího věku a velkým geriatrickým syndromům. V další části je nastíněna problematika etiky v geriatrii, včetně ageismu. Tato kapitola obsahuje také některé významné dokumenty, které se zabývají etickou rovinou péče o seniory a mezikulturními rozdíly ve stárnutí. Závěrečná kapitola teoretické části se zabývá biologickými, psychickými, sociálními a spirituálními potřebami geriatrického pacienta a kvalitou života hospitalizovaných seniorů.

Cílem výzkumné části této práce je v nejprve zjistit, poměr věřících a nevěřících hospitalizovaných geriatrických pacientů na oddělení geriatrické kliniky VFN, Londýnská 15, Praha 2. U skupiny věřících pacientů poté získat informace o saturaci jejich spirituálních potřeb v tomto zařízení, popřípadě o možnosti zlepšení uspokojování těchto potřeb.

## ANNOTATION

A topic of this work is care of geriatric patients and meeting their spiritual needs at the medical clinic. Regarding the fact that the spiritual but also biological, psychological and social needs relate largely to seniors' health condition, a large part of the theoretical section deals with distinctive features of geriatric patients' illness as all levels of a senior person's experience are largely interlinked.

The first part consists of basic terminology, definitions and demographic development of this issue. The second part deals with old age from the perspective of developmental psychology with emphasis on seniors' self-approach, on acceptance of social roles which are characteristic for this age, and on changes related to old age. Also distinctions of the illness process of seniors and key geriatric syndromes are talked about. In the next part the issue of ethics in geriatrics including ageism is addressed. This chapter contains some important documents about the elder care ethics and intercultural aging differences. The final chapter of the theoretical part deals with biological, psychological, social and spiritual needs of geriatric patients and quality of life of hospitalized seniors.

The first target of the research part is to find the ratio between hospitalized geriatric religious and atheist patients at the VFN Geriatric Clinic, Londýnská 15, Praha 2, and to find information about saturation of the religious patients' needs, possibly the potential of improvement of meeting these needs.

# ÚVOD

Slovo „spirituální“ se stalo dnes poněkud módním, je v mnoha kontextech značně vágní, nicméně vyjadřuje - populárně řečeno - velmi důležitou pravdu: situaci člověka nelze řešit jen ekonomickými, technickými, fyzickými a psychickými procesy manipulujícími prostředky. Moderní péče o pacienty seniory zdůrazňuje, že potřeby člověka, které mají být uspokojovány, jsou biologické, psychologické, sociální a spirituální (duchovní)

Dále je třeba střízlivě, ale s důrazem říci, že nenahraditelné životní ztráty, nemoc, utrpení, a smrt jsou vážné věci, svrchovaně vážné. Není možné je odložit, obejít, měnit v žert, jako to možné u mnoha jiných věcí života. Ale ti, kdo se s nimi nevyrovnávají a utíkají před nimi se právě o toto pokoušejí. Trpící na to ovšem nemůže přistoupit. Závažné je právě to, že na cestě snášení bolesti, utrpení a konečně v umírání nedisponuje člověk plností svých fyzických i psychických sil, naopak, jsou oslabeny, případně ho opouštějí. Naproti tomu duchovní stránka či vrstva člověka nemusí být těmito skutečnostmi zasažena. A tak se bolest, ztráty, nemoci a dokonce i cesta ke smrti mohou stát životními úkoly, a to zcela zásadními. Právě v závěrečných fázích života může jít o dotvoření, zhodnocení, smíření a konečně vyústění celého bytí. V křesťanství pak jde o vyústění do setkání s Bohem, a to plného a definitivního, nezvratného.

Pro toho, kdo trpícího nemocného doprovází, to představuje úkol naslouchat, chápat, provázet, pomáhat ve zvládnutí úkolu utrpení a ztrát, ale také poučit se a nechat se obdarovat. Má-li tedy být adekvátně reagováno na duchovní potřeby člověka, nejde v první řadě o to, něco mu "dodat", ale být ve vztahu, podporovat obousměrně životodárné vztahy potřebného člověka s druhými lidmi a podle možnosti i s Bohem. Tato dimenze se ovšem netýká jen geriatrických pacientů. Nechce-li člověk změnit svůj život v banalitu a nemáme-li chápat nouzi člověka a pomoc v ní jen jako mechanickou záležitost, měli bychom se snažit objevovat duchovní dimenzi ve všech starostech, strastech a úkolech člověka, které se ho hlouběji dotýkají.



Tato práce pojednává především o duchovním rozměru. O rozměru spirituálních potřeb geriatrických pacientů. Člověk je bytost duchovní. Duchovní dimenze mají lidé po celý život, potřebu lásky, víry, naděje, potřebu smyslu života, bezpečí a jistoty. V určitých životních situacích však vystupují spirituální potřeby více do popředí. Jsou to situace prožívání ztráty, bolesti, utrpení, vážné nemoci.

Nemohu opominout osobní vztah k tomuto tématu. Po dobu šestnácti let pracuji na geriatrickém oddělení Všeobecné fakultní nemocnice jako zdravotní bratr a poslední rok také jako jáhen Církve československé husitské. Za tuto dobu jsem měl možnost setkat se s nespočtem hospitalizovaných seniorů. Mohl jsem doprovázet desítky, ne-li stovky, umírajících v jejich poslední fázi života. Viděl jsem mnoho utrpení a bolesti plynoucí z fyzických postižení, ale i z psychosociálních problémů a narušených mezilidských vztahů.

Na druhou stranu se mi dostalo velkých obdarování při této práci a to od samotných pacientů. V krizových situacích, jako je například vyrovnávání se s nevléčitelnou chorobou, samotné umírání, dochází často k vyhraněným emočním stavům. Je-li člověk ochoten na chvíli se zastavit, podat nemocnému ruku, moment s ním být, třeba i jen mlčet a spoluprožívat jeho bolest, dostane se mu obdarování ze strany pacienta například v podobě jeho upřímné vděčnosti.

Z mé mysli zřejmě nikdy nezmizí výraz staré ženy, se kterou jsem byl v těch úplně posledních chvílích jejího života. Byl u ní diagnostikován karcinom pankreatu v pozdním stadiu s rozsáhlými metastázemi do kostního aparátu. Velmi trpěla bolestmi, které ji provázeli po dobu několika měsíců, umírala velice těžko. Analgetika nezabírala, dokonce ani injekce morfinu. Při jedné noční službě jsem trávil většinu času u jejího lůžka. Už jsem nevěděl jak jí ulevit od bolesti. Protože já sám jsem věřící a věděl jsem, že i dotyčná byla praktikující křesťankou, začal jsem se modlit a přitom ji držel za ruku. Do této chvíle jsem zcela nechápal jakou sílu může mít modlitba. Pacientka se po několika minutách trochu uvolnila, jakoby bolest ustupovala. K ránu potom odešla z tohoto světa s výrazem, který se mi vryl do paměti. Na její bolesti zmučené tváři se

v okamžiku smrti rozhostil výraz obrovské úlevy a něčeho, co by se snad dalo označit jako úsměv člověka, který má to nejhorší za sebou. Tyto silné chvíle a později i příběhy dalších pacientů, mě přesvědčily o tom, že při práci s dlouhodobě nemocnými, dementními a umírajícími seniory je saturace jen biologických potřeb poněkud málo. Toto povolání vyžaduje celého člověka, který pacienta seniora vnímá komplexně se všemi jeho potřebami. Tedy biologickými, psychosociálními i spirituálními.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Na začátku této práce se snažím o základní terminologické vymezení pojmů stáří, stárnutí a gerontologie. Určitá část této kapitoly je věnována demografii a demografickému vývoji.

Dále se snažím pohlédnout na stáří z pozice vývojové psychologie, která rozčleňuje období stáří na rané a pravé.

V další části se podstatnou měrou věnuji zvláštnostem chorob ve stáří, velkým geriatrickým syndromům, protože se domnívám, že tyto různá zdravotní postižení ovlivňují nebo proměňují i potřeby geriatrických pacientů. Například narušená komunikační schopnost u pacientů postižených cévní mozkovou příhodou. Oni často nemohou verbálně vyjádřit svá přání a potřeby, a tak se stává, že se pozapomíná, že mají také jiné potřeby, než jen biologické.

Dále jsem se pokusil nastínit etické problémy v geriatrii, vyzvednout závažný problém ageismu a uvést významné dokumenty, jejichž naplnění by mělo výrazně zlepšit situaci seniorů, a to nejen seniorů v ústavní péči.

Poslední kapitola teoretické části je věnována potřebám geriatrického pacienta ve zdravotnickém zařízení. Uvádím všechny čtyři roviny těchto potřeb. Potřeby biologické, psychické, sociální a spirituální. Nejvýznamnější oddíl této kapitoly je však věnována potřebám spirituálním (duchovním), které jsou základním tématem této práce.

Cílem výzkumné části této práce je v první řadě zjistit, jaký je poměr věřících a nevěřících hospitalizovaných geriatrických pacientů na oddělení geriatrické kliniky VFN, Londýnská 15, Praha 2. U skupiny věřících pacientů poté získat

informace o saturaci jejich spirituálních potřeb v tomto zařízení, popřípadě o možnosti zlepšení jejich uspokojování.

# 1 TERMINOLOGIE

## 1.1 Staří a stárnutí

„Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp.“ (KALVACH 2004 s. 47)

Na stařecký fenotyp působí mnoho faktorů, např. vlivy prostředí, zdravotní stav, životní styl, sociálně ekonomické vlivy, psychické vlivy včetně sebehodnocení, adaptace. Mnohočetnost a individuálnost příčin a projevů, vzájemná provázanost i rozpornost jsou příčinou obtížného vymezení a členění stáří. Proto rozlišujeme stáří kalendářní, sociální a biologické.

Kalendářní stáří můžeme jednoznačně vymežit. Nepostihuje však interindividuální rozdíly. Posouvá se věková hranice, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a zlepšuje se zdravotní a funkční stav stárnoucí generace. „Dnes je za počátek stáří vesměs považován věk 65 let a o vlastní stáří se hovoří od věku 75 let, který se jeví jako uzlový ontogenetický bod.“ (KALVACH 2004 s. 47)

„Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění.“ (tamtéž) Sociální stáří v sobě zahrnuje neschopnost adaptace na penzionování, ztrátu životního programu, sociální a společenskou osamělost, pokles životní úrovně, ztrátu soběstačnosti a nebezpečí diskriminace ze strany společnosti (ageismus). Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování.

„Biologické stáří je označení pro konkrétní míru involučních<sup>1</sup> změn daného jedince.“ (KALVACH 2004 s. 48) Tento pojem nelze přesně vymežit a není ani

---

<sup>1</sup> Invulce je fyziologické zmenšení určitého orgánu, jeho návrat do původního stavu po splnění jeho funkce, zpětný vývoj.

shoda o tom, co by měl vyjadřovat. Obvykle se hodnotí funkční stav, výkonnost, kondice i patologie.

## 1.2 Gerontologie

„Gerontologie<sup>2</sup> je věda o stárnutí a stáří. Zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí a vypracovává vědecké podklady pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči o staré občany.“ (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 7)

Je to věda, která využívá poznatky i z jiných oborů (sociologie, psychologie a další), komplexní a integrovaná. Gerontologii jako vědní obor můžeme dále rozčlenit na tři hlavní části:

1. gerontologii experimentální,
2. gerontologii klinickou (geriatrie<sup>3</sup>),
3. gerontologii sociální.

„Gerontologie experimentální se zabývá otázkami, proč a jak živé organismy stárnou. Těžiště biologického výzkumu dnes spočívá především na celulární a molekulární úrovni.“ (KALVACH 2005 s. 49)

„Gerontologie klinická čili geriatrie se zabývá starým člověkem ve zdraví a nemoci, jmenovitě diagnostikou, léčbou, rehabilitací a prevencí chorobných stavů a jejich sociálních důsledků.“ (HEGYI 1996 s. 7)

Geriatric vymezuje pojem geriatrického pacienta s jeho charakteristikami, jimiž jsou :

- biologický věk,
- polymorbidita,
- změněná symptomatika a průběh chorob,

---

<sup>2</sup> Pojem gerontologie pochází z řeckého slova geron, gerontos (starý člověk, stařec) a logos (nauka).

<sup>3</sup> Výraz geriatrie vznikl z řeckých slov geron (starý člověk), iatrea (léčení).

- sklon ke komplikacím,
- sklon k adaptačnímu selhání,
- změněná reakce na léky,
- psychosociální příznaky,
- specifické geriatrické syndromy.

Gerontologie sociální studuje vzájemné vztahy mezi populací vyššího věku a společností. Obsah sociální gerontologie je velmi široký. Mezi hlavní oblasti sociální gerontologie lze zařadit podle Zavázalové (2001 s. 8):

- Otázky demografického stárnutí, jeho kritéria, vývoj a důsledky.
- Sociálně ekonomickou situaci seniorů.
- Společenské prostředí, zejména bytové poměry seniorů.
- Sociologickou a sociálně psychologickou problematiku stárnutí a stáří.
- Sociálně lékařské a sociálně psychologické aspekty poskytování komplexní péče o seniory.
- Právní a etické aspekty péče o seniory.
- Problematiku přípravy na stáří.

„Hlavním cílem gerontologie je předcházet předčasnému, urychlenému a patologickému stárnutí, usilovat o zdravé stárnutí a stáří. Prodlužovat plnou soběstačnost až do pozdního věku, zlepšovat kvalitu života lidí i ve vyšším věku, přidávat nejen léta života, ale i aktivní život a zdraví létům.“ (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 9)

### **1.3 Demografie stáří**

„Stáří obyvatelstva je výsledkem procesu demografického stárnutí. Demografie jako nauka o obyvatelstvu zkoumá jeho složení a pohyb. Složení

obyvatelstva je výsledkem jeho pohybu a dlouhodobých reprodukčních procesů. Významnou charakteristikou obyvatelstva je jeho věkové složení. Stárnutí je proces, jehož výsledkem je různý stupeň stáří. Stárnutí je proces všeobecný (stárne celá populace) a zároveň individuální (stárne konkrétní jedinec). Lidé nestárnou stejně rychle. Dokonce jednotlivé orgány nestárnou souběžně. Proto se setkáváme s četnými individuálními odchylkami. Proto věk kalendářní nemusí odpovídat věku biologickému. Rozeznáváme stáří kalendářní, biologické, psychologické, sociální, demografické a další. Vysoký kalendářní věk nemusí ještě znamenat vysoký věk psychický či sociální.“ ( ZAVÁZALOVÁ 2001 s.11)

Stupeň demografického stáří se měří podílem osob vyššího věku v populaci. Demografické stáří se liší od stáří biologického. Vztahy mezi individuálním biologickým stářím a demografickým stářím společnosti jsou velmi složité.

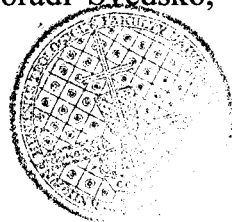
Demografické stáří je vymezeno stářím biologickým, a to tím intenzivněji, čím více se za poslední léta střední délka života blíží maximální hranici lidského života. Ale i sociální faktory podstatně ovlivňují rychlost a stupeň demografického stárnutí.

### 1.3.1 Demografický trend

Pro demografické účely musíme vymezit určité hranice kalendářního věku. Za dolní hranici demografického stáří je nejčastěji považován věk 60 - 65 let. Tato hranice je historicky proměnlivá. V současnosti je trend posunu k vyšším věkovým skupinám.

Celosvětově se zaznamenává stárnutí populace, a to nejen ve vyspělých, ale i v zemích rozvojových. Roste procentuální podíl staršího obyvatelstva na celkové populaci.

„Koncem šedesátých let devatenáctého století byli podle doporučení OSN za demograficky staré považované populace s více než 7 % obyvatelstva ve věku nad 65 let. Tuto hranici kromě Turecka dosáhly už všechny evropské země. K nejstarším evropským populacím v roce 1990 patřili podle pořadí Švédsko,



Norsko, Belgie, Velká Británie, Německo, Rakousko, Dánsko a Itálie.“ (HEGYI 1996 s. 8)

Pro současný demografický trend jsou typické tyto faktory: klesající porodnost, snižování úmrtnosti, zvyšování střední délky života, nárůst skupiny velmi starých lidí ( nad 80 let ), nárůst indexu feminity<sup>4</sup>.

V České republice je trend obdobný jako v ostatních evropských zemích. Nejrychleji naše populace stárla v letech 1950 - 1970. Po roce 1970 proces demografického stárnutí naší populace až do roku 1990 vcelku stagnoval pro poměrně vysokou porodnost. Rychleji však probíhalo tzv. vnitřní stárnutí, tedy že stoupal počet osob nad 75 a nad 80 let života, to s sebou přinášelo již tehdy zvyšování objemu potřeb zdravotní a sociální péče o staré občany.

„Po roce 1990 v důsledku snižování úmrtnosti a především prudkého snižování porodnosti dochází k rychlejšímu celkovému demografickému stárnutí, než jsme to ještě na začátku devadesátých let očekávali.“ (Rabušic In Zavázalová, 2001 s. 16)

V roce 1999 bylo v České republice 18,2 % obyvatelstva ve věku nad 60 let. Věkovou strukturu naší starší populace ovlivňují nepravidelnosti ukazatelů reprodukčních procesů minulých generací.

„Byly zpracovány různé varianty prognóz vývoje našeho obyvatelstva. Podle jedné z nich (střední varianta Českého statistického úřadu z roku 1997) by vývoj v příštích dvaceti letech mohl probíhat tak, jak ukazuje tabulka č.1.

---

<sup>4</sup> Feminita znamená poměr žen k mužům v dané věkové skupině.



Tab č. 1. Prognózy stárnutí obyvatelstva České republiky - střední varianta Českého statistického úřadu z r. 1997 (In Zavázalová, 2001 s. 17). Podíly na celkovém počtu obyvatelstva v procentech.

Rok	60 let a více	65 let a více	80 let a více
2000	18,4%	13,8%	2,41%
2005	20,0%	14,2%	3,20%
2010	23,0%	15,7%	3,75%
2015	25,5%	18,5%	4,01%
2020	27,0%	20,9%	4,30%

Podle této varianty se odhaduje, že celkový počet obyvatelstva České republiky se nebude podstatněji měnit (10,1 - 10,2 miliónu), avšak značně narostou počty i podíly obyvatelstva vyšších věkových skupin.“ (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 17)

### 1.3.2 Důsledky stárnutí obyvatelstva

Stárnutí obyvatelstva jako přirozený výsledek sociálně ekonomického a demografického vývoje přináší řadu důsledků pro společnost i jednotlivce.

Stárnutí populace zasahuje podle Zavázalové (2001 s. 17) především tyto hlavní oblasti:

1. ekonomické
2. sociálně zdravotní
3. sociologické a sociálně psychologické
4. osobní (životní problémy seniorů)

Mezi nejdůležitější ekonomické důsledky stárnutí obyvatelstva patří nezbytnost tvorby vyššího hrubého domácího produktu při nižším podílu ekonomicky aktivního obyvatelstva.

Dále zvyšování výdajů na sociální zabezpečení a zvyšování výdajů na zdravotní péči. Sociálně zdravotní důsledky vyplývají především z vyšší nemocnosti seniorů a zvýšené potřeby a spotřeby zdravotní a sociální péče.

Sociologické a sociálně psychologické důsledky demografického stárnutí jsou dány především změnami postojů ve společnosti, změnami v charakteru rodiny (úbytek vícegeneračních), změnami v charakteru bydlení (větší podíl osamoceně bydlících), změnami ve vzdělanosti, životní a kulturní úrovni.

Stárnutí a stáří přináší také pro jednotlivce řadu problémů a nepříznivých osobních důsledků. Na prvním místě je to částečná či úplná ztráta soběstačnosti v důsledku zhoršujícího se zdravotního stavu. Nelze opominout i finanční situaci seniorů, která je většinou špatná. S tím je spojena i ztráta určité životní úrovně na kterou byl jedinec zvyklý za ekonomicky aktivního života. Dále jsou to problémy v zabezpečení adekvátního bydlení, správné výživy. Nemalou měrou se na osobních problémech seniorů podílí rovina psychologická. Ztráta zájmu, uspokojování spirituálních potřeb a izolovanost a osamělost, která bývá po ztrátě soběstačnosti kardinálním problémem. (ZAVÁZALOVÁ 2001 s. 18)

## 2 STÁŘÍ Z POHLEDU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE

Vývojová psychologie rozděluje stáří na dvě období. Na období raného stáří a období pravého stáří. Za pravé stáří považuje období po 75. roce života.

### 2.1 Období raného stáří

Z hlediska vývojové psychologie má etapa lidského života, kterou nazýváme stářím, svůj specifický význam. „Hlavním vývojovým úkolem stáří je dosažení integrity v pojetí vlastního života.“ (Erikson In Vágnerová, 2000 s. 444)

„Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života jako celku pochopením jeho smyslu. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec. Vyrovnání se s vlastním životem usnadňuje i vyrovnání se se smrtí jako jeho nevyhnutelným důsledkem.“ (VÁGNEROVÁ 2000 s. 444)

„K dosažení integrity jsou nezbytné tyto podmínky:

1. Pravdivost k sobě samému, uplynulý život je třeba vidět takový jaký byl
2. Smíření, vlastní život je třeba přijmout
3. Stabilizace a generalizace postoje k životu-prožitá zkušenost mění vztah k životu zcela obecně, umožňuje nadhled. V rámci dosažení integrity je starý člověk schopen chápat život šířeji, ve všech jeho souvislostech.
4. Kontinuita, v rámci integrity je možné uvažovat o vlastním životě jako součásti většího celku, tj. celé společnosti ve vztahu k minulosti i budoucnosti.“ (Říčan In Vágnerová 2000 s. 444)

„Dosažení integrity vede k pochopení vlastního života jako nedílné součásti generační posloupnosti. Integrita stáří, a tím i zhodnocení vlastního života, závisí

na zvládnutí úkolů předchozích vývojových období.“ (VÁGNEROVÁ 2000 s. 445)

„V průběhu stáří dochází k postupnému zhoršování všech tělesných funkcí. Tento proces je individuálně variabilní a závisí na interakci dědičných předpokladů a vlivů vnějšího prostředí. Ve stáří dochází ke kumulaci různých chorob - polymorbiditě. Mění se i celkový zevnějšek člověka. V období stáří se mění i mnohé psychické funkce. Některé z těchto změn jsou podmíněny biologicky, jiné jsou důsledkem působení různých psychosociálních faktorů. Dochází k celkovému zpomalení psychických procesů, zhoršuje se koncentrace pozornosti i paměťové funkce. Senioři bývají citově labilnější, mění se jejich volní vlastnosti. Změny v oblasti osobnosti jsou typické návazností na dřívější osobnostní strukturu, prohlubují její typické znaky.“ (VÁGNEROVÁ 2000 s. 489)

Období raného stáří sebou přináší problémy v rovině sociální. Objevují se překážky v dosažení sociálních kontaktů. Dochází k úbytku a proměně sociálních rolí jednotlivce.

Velkým mezníkem bývá odchod do důchodu, který znamená ztrátu jedné velké sociální role, a to role profesní. Nová role starobního důchodce nižší sociální status.

„S postupujícím věkem vzrůstá význam manželského partnera. Je hlavním zdrojem pocitu jistoty a bezpečí, sounáležitosti a sdílení života. Významným stresorem stáří bývá nemoc, případně úmrtí manželského partnera. Ovdovění vede k opuštěnosti a ke zvýšení pocitu osobní bezvýznamnosti. Ve skupině ovdovělých starých lidí převažují ženy. Kontakt s dětmi a vnuky uspokojuje mnohé psychické potřeby seniora. Součástí identity starého člověka zůstávají osobně významné role a kompetence, které měl v minulosti i dosud zachovalé kvality, na něž je pyšný. Velmi důležitou součástí identity je rodina. Sebepojetí starého člověka ovlivňuje i jeho zdravotní stav.“ (VÁGNEROVÁ 2000 s. 490)

## 2.2 Období pravého stáří

Období po 75. roce života je označováno jako životní fáze pravého stáří. V tomto období, kterého se část starších lidí nedožívá, je starý člověk ohrožen zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci. Tyto zátěže mohou být, vzhledem k aktuálnímu stavu starých lidí, někdy subjektivně téměř nezvládnutelné. Míra závažnosti konkrétní zátěže pro určitého člověka závisí na jeho osobnosti, zkušenostech, hodnotovém systému, ale i na aktuálních psychických a somatických kompetencích. Lidé ve věku pravého stáří se mohou z hlediska svých kompetencí významně lišit, diference je v této věkové skupině značná. Na jedné straně jsou lidé, kteří jsou oceňováni pro svou moudrost a nadhled. Na druhé straně tohoto spektra je relativně početná skupina těch, kteří jsou poznamenáni značným psychickým i somatickým úpadkem. Příčiny tak nápadných změn bývají obvykle patologické. Nejde pouze o důsledek pokročilejšího stárnutí, ale o projev různých onemocnění, které ovlivňují funkci centrální nervové činnosti. (VÁGNEROVÁ 2000 s. 492)

Typické zátěžové situace tohoto období jsou nemoc a úmrtí partnera či dalších blízkých lidí z vrstevnické skupiny. S tím přichází i problém sociální izolace a opuštěnosti. Dále je to zhoršení zdravotního stavu, úbytek tělesných i psychických schopností, spojený se ztrátou soběstačnosti a očekáváním smrti. K typické zátěžové situaci také patří v neposlední řadě ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu častou hospitalizací či přemístěním do ústavní péče. (tamtéž)

„Psychické funkce jsou v období pravého stáří zatíženy různými chorobnými změnami. Závažným problémem stáří je demence, která postihuje 20 % lidí starších 80 let. Staří lidé trpí často depresí. V tomto období se zvyšuje počet dokonaných sebevražd. Senioři bývají méně soběstační a v důsledku toho jsou nuceni měnit styl svého života, respektive svoje životní prostředí. Umístění do domova důchodců, či do jiné podobné instituce, je zásadnějším narušením

navyklého stylu života. Adaptace na takovou změnu je pro starého člověka velmi náročná. Staří lidé nemívají obvykle strach ze smrti, ale bojí se umírání, bezmocnosti a dlouhého trvání takového utrpení.“ (VÁGNEROVÁ 2000 s. 508)

„Život ve své druhé polovině neznamena vzestup, rozvoj, rozmnožení, životní rozmach, ale smrt, neboť jeho cílem je konec...Vznikání a zanikání tvoří jednu a tutéž křivku...Smrt je duševně stejně důležitá jako narození a je stejně tak integrální součástí života.“ (Jung In Vágnerová, 2000 s. 508)

## **3 ZVLÁŠTNOSTI CHOROB VE STÁŘÍ**

Zvláštnostmi chorob ve stáří se zabývá především geriatrie, ale uplatňují se zde i jiné vědní a zdravotní obory. Nemoci ve stáří mají svá určitá obecně platná specifika. Jsou to především polymorbidita, zvláštnosti v klinickém obraze nemoci, geriatrické syndromy a sociální rozměr onemocnění ve stáří.

### **3.1 Polymorbidita**

Polymorbidita znamená přítomnost více chorob vyskytujících se současně. K příčinám zvýšené morbidity a také mortality patří dle Hegyi (1996 s.14) :

- Sklon k insuficienci (nedostatečnosti) orgánů. A to především z důvodu involučních změn a snížením prokrvení orgánů.
- Sumačním účinkem nox (škodlivin) degenerativních a nádorových onemocnění.

Tyto morfologické a funkční změny vedou k zvýšené citlivosti k celkovému orgánovému selhání. Nebezpečí polymorbidity (multimorbidity) spočívá také ve spuštění tzv. dominového efektu. Určité onemocnění, obvykle akutní, dekompenzuje současně či postupně přidružená chronická onemocnění. Obvykle je s tímto spojeno i často nevhodné a nadměrné užívání léků jejichž účinky se mohou často vzájemně vylučovat nebo jsou spolu zcela inkompatibilní. Dochází pak k iatrogennímu postižení pacienta. (KALVACH 2004 s. 205 - 206)

### **3.2 Zvláštnosti v klinickém obraze**

Zvláštnosti v klinickém obraze spočívají především v netypických příznacích onemocnění. V nevýrazných či jen velmi malých příznacích pro dané onemocnění a změněném průběhu chorob.

Tyto zvláštnosti symptomatologie jsou výsledkem změněného organismu a změny osobnosti nemocného . (Hegyí 1996 s. 14)

„Klinický obraz bývá často ovládán projevy nespecifickými a univerzálními. Patří k nim především stereotypní neurologicko - psychiatrická symptomatologie encefalopatie (onemocnění mozku) za sekundární dekompenzace mozkové činnosti jako obvykle nejfragilnější aktivity organismu geriatrického pacienta.“ (KALVACH 2004 s. 206)

### **3.3 Geriatrické syndromy**

Specifické geriatrické syndromy jsou multikauzální etiologie a bývají často přehlíženy a považovány za důsledek stárnutí. Geriatrické syndromy postihují:

1. somatickou oblast,
2. psychickou oblast,
3. sociální oblast.

#### **3.3.1 Somatické geriatrické syndromy**

##### **a) instabilita, závratě a pády**

„Příznaky stárnutí se na rovnovážném systému projevují obdobně jako na většině orgánů. Citlivost jednotlivých receptorů a schopnost adekvátně vyhodnocovat získávané informace involučně klesá.“ (Vrabec In Kalvach, 2004 s. 210)

Dochází ke snižování počtu rovnovážných receptorů. Klesá jejich reakční rychlost v důsledku stárnutí. Poruchy rovnováhy znamenají ztrátu prostorové orientace. Instabilita je velkým problémem většiny seniorů. „Většina starých lidí si přechodně či trvale stěžuje na pocity závratí, nejistoty při stožení a chůzi, na slabost nohou a na zhoršení pohyblivosti. Objektivně lze u nich sledovat



nejistou a pomalou chůzi, poruchy rovnováhy a neschopnost vyrovnat její vychýlení.“ (KALVACH 2004 s. 208)

Závratě ( vertigo ) jsou poruchy rovnováhy. Patří k nejčastějším obtížím, na které si nemocní vyššího věku stěžují. Asi 50% závratí je spojeno s poruchami kardiálními a oběhovými. (KALVACH 2004 s. 209)

Zvláštním druhem závratí je závrať vyvolaná ortostatickou hypotenzí. „Jako ortostatickou hypotenzi označujeme stav, kdy krevní tlak v důsledku poklesu adaptační schopnosti postavení se do stoje poklesne o víc než 20 mmHg systoly a 10 mmHg diastoly. Nejčastější příčiny ortostatické hypotenze ve vyšším věku jsou upoutání na lůžko, rychlá změna polohy, některé léky, dehydratace a onemocnění nervového systému.“ (HEGYI 1996 s. 31-32)

Hlavním rizikem závratí a celkové instability jsou pády. Pády jsou zdrojem významné sekundární morbidity (nemocnosti) a mortality (úmrtnosti) plynoucí ze zlomenin, imobilizace a jiných vážných zranění a následných stavů.

„Ve stáří patří pády k nejvýznamnějším příčinám morbidity a mortality, neboť vedle osob trpících poruchami lokomočního aparátu či nervové soustavy (ikty, Parkinsonova nemoc) postihují i zdravé staré jedince.“ ( KALVACH 2004 s. 208 )

Hlavním mechanismem pádů ve stáří je snížená schopnost rychlé adaptace na měnící se a ztížené podmínky při chůzi nebo při vstávání ze sedu, při chůzi ze schodů či na nerovném povrchu.

Pády jsou tedy velkým geriatrickým problémem. U osob vyššího věku jsou časté a značně komplikují jejich léčbu nebo ji významně prodlužují. Pády mají často traumatologické následky, z nichž jsou to nejčastěji fraktury dolních končetin, které seniora imobilizují a v konečných důsledcích vedou ke zhoršení celkového stavu.

## **b) inkontinence moči a stolice**

„Inkontinence moči je podle definice Mezinárodní společnosti pro kontinenci (International Continence Society, ICS ) stav nedobrovolného úniku moči, který představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém.“ (KALVACH 2004 s. 246)

Klasifikace inkontinence moči je různorodá a rozlišuje se mnoho typů inkontinence moči. Tuto klasifikaci inkontinence neuvádím, protože inkontinence není hlavním tématem této práce. Inkontinence moči postihuje výrazné procento geriatrických pacientů , o něco více však ženy. To je způsobeno do jisté míry anatomickými rozdíly. Ženy mají kratší močovou trubici (uretru) a jsou náchylnější k samovolnému odtoku moči.

Po 65. roce věku je inkontinenci moči postiženo až 20 % žen a 2-5 % mužů. Nad osmdesát let věku je to polovina žen a jedna třetina mužů. Odhady pro Českou republiku činí 170 000 až 200 000 inkontinentních osob nad 65. let. (TOPINKOVÁ 2005 s. 34)

Inkontinence je pro každého seniora velmi zatěžující a náročná. Důsledky jsou tělesné, psychosociální a samozřejmě také ekonomické. Mezi tělesné lze uvést iritaci kůže, infekce, dekubity, alergizující vlivy pomůcek a další. Mezi psychosociální důsledky sociální izolaci, ztrátu sebedůvěry, sníženou kvalitu života. Do ekonomických důsledků lze zahrnout především náklady vynaložené na pořízení pomůcek jako jsou vložky, pleny a další. ( KALVACH 2004 s. 247 )

„Inkontinence stolice je definována jako vůlí neovlivnitelné nechtěné vyprázdnění stolice za sociálně nepřijatelných okolností. Postihuje asi 1 % osob nad 65 let. Trvalá inkontinence stolice je doprovázena téměř vždy i inkontinenci moči. Inkontinence stolice je tolerována daleko hůře než inkontinence moči a obvykle vede k umístění do ústavní péče.“ (TOPINKOVÁ 2005 s. 41)

### **c) poruchy termoregulace**

„Tělesná teplota je u člověka jako u ostatních teplokrevných živočichů udržována v teplotním jádře organismu, v tělesných dutinách, ve velmi úzkém rozmezí kolem 37°C s denním kolísáním +/- 0,5°C bez ohledu na rozsáhlé výkyvy teploty okolí. Dosahuje se toho koordinací tvorby a uvolňováním tepla za významného kolísání teploty kůže a akrálních částí končetin.“ (KALVACH 2004 s. 334)

Termoregulační centrum a hlavní termoreceptory jsou v hypotalamu (spodní část mozku) Pomocné termoreceptory jsou v kůži a v míše. Tvorbu tepla zajišťují v klidu především břišní a hrudní orgány, zejména játra. Při námaze jsou to z 90% především svaly, které se podílí na tvorbě tepla. (KALVACH 2004 s. 334)

Ve stáří je účinnost a přesnost teplotních regulací snížena. Poruchy termoregulace jsou vystupňovány chorobnými procesy. K hlavním příčinám patří změna tělesného složení s úbytkem aktivní tělesné hmoty (svalová atrofie), zhoršení teplotního cití, poruchy vazokonstrikce (smrštění, zúžení cév) a vazodilatace (rozšíření cév), atrofie kůže se zánikem potních žláz, vymizení podkožního tuku, dehydratace a další specifické příčiny.

### **d) poruchy příjmu tekutin a potravy**

Ve vyšším věku dochází k fyziologickým změnám, které ovlivňují vnitřní rovnováhu a metabolické procesy. Charakteristickým rysem jsou změny složení těla a energetické potřeby starších lidí. Dochází ke snížení netukové hmoty těla a buněčné hmoty, k poklesu kostní denzity a k celkovému úbytku hmotnosti tělesného svalstva. Výrazně se také snižuje obsah vody v organismu. Stoupá však celkový podíl tukové tkáně. (KALVACH 2004 s. 298)

Ztráta hmoty svalstva má velmi závažné důsledky. Je spojena se zvýšenou úmrtností a morbiditou. Organismus ztrácí energetické zásoby a je tak ohrožen v krizových situacích daleko více než organismus mladého člověka. Tak i

banální onemocnění může mít pro staršího člověka devastující následky a často vede ke zhoršení celkového stavu. Svalstvo je totiž zdroj aminokyselin pro tvorbu reaktantů akutní fáze v průběhu systémové zánětlivé reakce (imunitní systém) a zdroj aminokyselin pro procesy obnovy organismu.

V důsledku těchto fyziologických a často také patologických příčin dochází k dvěma hlavním poruchám příjmu potravy a tekutin. Výsledkem těchto poruch může být malnutrice a dehydratace.

Neexistuje jednotně přijímaná definice malnutrice. Podle různých kritérií jde o současně se vyskytující nezamýšlený úbytek hmotnosti, nedostatečný příjem potravy, nízkou hodnotu indexu tělesné hmotnosti (BMI) a některých laboratorních parametrů. (TOPINKOVÁ 2005 s. 23)

„Malnutrice je patologický stav způsobený nedostatkem živin. Pro pokročilá stadia bílkovinné a energetické malnutrice se používá termín kachexie.“ (KALVACH 2004 s. 301)

Dehydratace patří k nejzávažnějším ohrožením imobilních geriatrických pacientů. Riziko je umocněno současnou kvantitativní nebo kvalitativní poruchou vědomí či závažnou poruchou komunikace (afázie - ztráta vyšších řečových funkcí vznikající v důsledku poškození řečových struktur mozku). Geriatrickí pacienti mají často snížený až setřený pocit žízně. Z tohoto důvodu je nezbytné sestavovat a monitorovat pitný režim každého geriatrického pacienta.

### **e) dekubity**

Dekubitální vřed (dekubitus) je ischemické poškození tkáně vzniklé dlouhodobým působením tlaku. Postihuje kůži, podkoží i hlubší struktury. Dekubity nejčastěji vznikají v místech, kde se tělo dotýká podložky (temeno hlavy, lokty, oblast lopatek, sakrální oblast a paty). (TOPINKOVÁ 2005 s. 28)

Při vzniku dekubitů se uplatňují různé faktory a to zejména působení tlaku, vlhkost v důsledku inkontinence, malnutrice, imobilita, zhoršená krevní cirkulace a některá závažná onemocnění (diabetes, CMP a demence).

Podle charakteru poškození lze rozlišit čtyři stadia dekubitů:

1. Zarudnutí kůže se zvýšenou teplotou postiženého místa, bolestivost a zduření.
2. Tvorba puchýřů, kdy již dochází k povrchovým kožním poškozením.
3. Nekróza kůže, která zasahuje i podkoží.
4. Pokročilá nekróza, zasahující i hlubší struktury tkáně.

### 3. 3. 2 Psychické geriatrické syndromy

#### a) demence

Demence není samostatná nozologická jednotka, ale syndrom. Jde o chronické progredující onemocnění s vysokým invalidizujícím potenciálem a celospolečenským dopadem. V pokročilých fázích je nutná trvalá pomoc druhé osoby a někdy i ústavní péče.

Demence se nejčastěji vyskytuje ve stáří, lze ji však diagnostikovat od druhého roku života člověka. Výskyt demence stoupá s věkem, nad 65 let je demencí postiženo 3 – 7 % populace, v 75 letech 15 %, po 80. roce 20 – 40 % osob. (TOPINKOVÁ 2005 s. 137)

Z demografického hlediska představuje demence závažnou výzvu především pro rozvinuté země. V těchto zemích stoupají absolutní počty starých lidí a s těmito počty zároveň stoupá i počet lidí s demencí. Eviduje se dnes větší množství demenčních pacientů než v minulosti, a tento počet bude narůstat spolu s tím, jak bude stárnout populace. Důsledkem toho budou vyšší nároky na kapacitu zdravotní péče v oblasti psychogeriatric. (STUART - HAMILTON 1999 s. 178)

Aby mohla být diagnostikována demence musí být splněna následující kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí : získaná globální kognitivní porucha postihující paměť a nejméně jednu další oblast (řeč, myšlení, orientaci,

poznávání, úsudek, abstrakci, učení, praxi a exekutivní funkce) dále kognitivní poruchy zhoršují pracovní a společenské zapojení člověka kdy jsou nejprve postiženy komplexní, složité činnosti a v pozdějších fázích i schopnost provádět základní sebeobslužné úkony. Pro diagnostiku je také nutné, aby porucha trvala nejméně po dobu šesti měsíců. (TOPINKOVÁ 2005 s. 137)

## **b) deprese**

„Deprese je stav patologického afektu s převahou smutné nálady, působící na vnímání, poznávání a emoční zkušenost. Přítomny jsou příznaky psychické, somatické a behaviorální.“ (TOPINKOVÁ 2005 s. 145)

Deprese postihuje 7 - 15 % osob nad 65 let žijících v komunitě, vyšší prevalence je u seniorů hospitalizovaných a v dlouhodobé ošetrovatelské péči (20-30 %). Často zůstává nerozpoznána a neléčena. Suicidiální pokusy ve stáří jsou z 60-90 % v důsledku deprese. (TOPINKOVÁ 2005 s. 145)

Kromě smutku, který je při depresi dominantní, můžeme sledovat tyto další symptomy: změny psychomotorického tempa (bradypsychismus), poruchy subjektivního hodnocení vlastních schopností i životního postavení, a to jak ve vztahu k přítomnosti, tak i k budoucnosti. Dále jsou to poruchy spánku, které jsou u depresí konstantní, poruchy chuti k jídlu, kdy výrazně převládá nechutenství, porucha soustředění, která bývá spolu s poruchou motivace a aktivity tak významná, že postižení nejsou schopni smysluplné činnosti. U depresí se také často vyskytuje suicidiální chování s velmi silným pocitem zbytečnosti, ztráty smyslu života a neužitečnosti pro druhé. Deprese jsou spolu s demencemi a delirií nejčastější psychické poruchy vyššího věku. (KALVACH 2004 s. 554 - 555)

### c) delirium<sup>5</sup>

Deliria jsou jedny z nejčastějších a také nejzávažnějších psychických poruch ve stáří. Jsou to stavy, většinou krátkého trvání, avšak převážně recidivující, při kterých dochází ke kvalitativní poruše vědomí. Tato porucha je různé hloubky a délky a dochází velmi často ke kolísání kvality vědomí. Deliria mohou být značně různorodého klinického obrazu. (KALVACH 2004 s. 258)

Obecně se ale dá říci, že příznaky deliria nastupují rychle, obvykle během hodin. Jejich intenzita kolísá během krátkého časového úseku a příznaky ustupují při odeznění vyvolávající příčiny. Typický je náhlý vznik globální kognitivní poruchy. Objevují se poruchy paměti a myšlení, dezorientace, řeč ztrácí logiku i stavbu, odpovědi jsou nepřiléhavé a neodpovídají realitě. Mohou se objevit iluze i halucinace a prchavé bludy. Takový pacient nedokáže rozpoznat nevhodnost či nebezpečnost svého jednání a zvyšuje se riziko poranění. Obvykle je také přítomna alespoň částečná amnézie. Poruchy soustředění a pozornosti jsou typickými znaky stejně jako poruchy spánkového rytmu. Vyskytují se také neurologické příznaky jako je třes, porucha koordinace, zvýšený puls, rozšířené zornice, kolísání krevního tlaku a často také inkontinence. (TOPINKOVÁ 2005 s. 132 - 133)

Delirium se nejčastěji vyskytuje u akutně hospitalizovaných seniorů. Při přijetí se vyskytuje až u 15 - 30 % geriatrických pacientů. Po chirurgických výkonech dokonce až u 40 - 60 % pacientů vyššího věku. S deliriem se setkáváme v terminálním stadiu somatických chorob až u 85 % umírajících. Delirium zvyšuje celkovou mortalitu, ohrožuje pacienta trvalou ztrátou soběstačnosti, úrazem, prodlužuje hospitalizaci, zvyšuje riziko trvalé ústavní péče. V praxi bývá nedostatečně diagnostikováno. (TOPINKOVÁ 2005 s. 131)

---

<sup>5</sup> Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN - 10) definují delirium jako přechodný organický psychosyndrom s akutním začátkem vznikající v důsledku somatické nebo psychické choroby nebo poruchy přesahující adaptační schopnost mozku.

#### **d) poruchy chování**

U seniorů, zejména při přítomnosti organické poruchy spojené se syndromem demence, se mohou vyskytovat poruchy chování. Chování se stává společensky nevhodným až nepříjemným. Četnost poruch chování i jejich intenzita roste s tíží demence. Může se objevit porucha chování bez agresivity, s verbální agresivitou i s agresivitou brachiální. Někdy se naopak vyskytuje pasivita až apatie. Není však výjimkou výskyt podrážděnosti, paranoidity a mohou se přidat poruchy myšlení typu bludů nebo poruchy vnímání typu halucinací či iluzí. Poruchy chování skoro vždy doprovází poruchy spánku. (KALVACH 2004 s. 188 - 189)

#### **e) poruchy adaptace**

Poruchy adaptace jsou nazývány geriatrickým maladaptacním syndromem. Etiologií adaptačního selhání ve vyšším věku je chronický stres, přičemž stresory jsou povahy biologické, psychické i sociální. Chronický stres je takový, že na něj organismus nedokáže adekvátně reagovat a adaptovat se. (HEGYI 1996 s. 16)

Zvláštnosti adaptace ve vyšším věku jsou podmíněny změněným funkčním stavem organismu, poruchou adaptačních mechanismů, polymorbiditou a častějším výskytem komplikací, změněnými životními podmínkami ve stáří. Rizikové faktory, které zhoršují a někdy spoluvyvolávají geriatrický maladaptacním syndrom jsou: duševní choroba, stavy zmatenosti, ztráta soběstačnosti, hrozba vzniku závislosti, osamělost, ztráta partnera, změna místa pobytu (neznalost prostředí), mobilita, ztráta životního programu a mnohé další. Geriatrický maladaptacním syndrom je typickým problémem pacientů staršího věku a výrazně snižuje kvalitu života. Ovlivňuje ve svých důsledcích morbiditu a mortalitu. (HEGYI 1996 s. 16 - 17)



### 3. 3. 3 Sociální geriatrické syndromy

Jako geriatrické sociální syndromy označujeme klinicky významné situace, které postihují jedince vyššího věku a vznikají při narušení jeho rovnováhy při přímém působení nepříznivých sociálních činitelů a nebo při nepřiměřené reakci seniora na ně. Jedná se především o dysfunkci rodiny, sociální izolaci a násilí páchané na starém člověku. (HEGYI 1996 s.20 - 21)

Dysfunkce rodiny vzniká, když rodina není schopná nebo ochotná plnit svoji podpornou funkci vůči svému členovi v seniorském věku. Ten na to může reagovat celou řadou psychosomatických obtíží, někdy až adaptačním selháním. (HEGYI 1996 s. 21)

Sociální izolace znamená vyřazení jedince ze společnosti. Toto vyřazení může být dobrovolné a nebo vynucené. Sociální izolace vzniká: z faktorů psychosociálních, jako je ztráta společenské úlohy a prestiže odchodem do důchodu, pocitem nepotřebnosti, nepřipraveností na stárnutí, omezením, které spočívá v poruše zdraví (inkontinence, ztráta zraku nebo sluchu), extrémní chudoba. Dále z osamělosti po ztrátě partnera, z antisociálního chování jako je porucha chování, sociální deprivace a jiné. (HEGYI 1996 s.21)

Sociální izolace se projevuje různými způsoby: psychosociální deprivací při pasivním způsobu života a odmítání komunikace a pomoci, syndromem osamělosti se snahou o samostatnost bez ohledu na reálnou situaci, syndromem závislosti s nízkým sebehodnocením a snahou přijímat pomoc i v situacích kdy to není nutné, ztrátou pocitu bezpečí, strach ze sociální budoucnosti, ztrátou životních jistot, syndromem čtyřech stěn, způsobený ztrátou programu. Dále ponorkovou chorobou, která je projevem izolace uvnitř malé skupiny, snažící se zachovat neměnnost situace. Dostavuje se i zanedbávání sama sebe a domácnosti. Vynucování pozornosti stížnostmi na často nepatrné problémy je signalizací potřeby pomoci. (HEGYI 1996 s. 21)

Rizikové faktory, které se podílejí na sociální izolaci jsou: psychosociální faktory, jako například vázanost na zaměstnání, přítomnost handicapů

(inkontinence, hluchota, slepota), objektivní osamění (vdovství), sociálně rizikové osoby s antisociálním chováním.

K nejhorším sociálním syndromům patří pro své důsledky zanedbávání a týrání seniorů (elder abuse)<sup>6</sup>. Převážně se vyskytuje jako jeden z projevů domácího násilí uvnitř rodin. Tomu jsou vystaveni především slabší, závislí jedinci. Od běžné násilné trestné činnosti se domácí násilí liší ambivalentními vztahy mezi nejbližšími příbuznými, což je jeden z důvodů ojedinělého nahlášení případu obětí. I společnost bývá tolerantnější a mnohé projevy přehlíží jako běžné problémy v rodině. (KALVACH 2004 s. 352)

Násilí na starém člověku je tedy poměrně časté a má svoje typické projevy:

- O zneužívání jde, když se od starého člověka vyžaduje více fyzické, psychické pomoci a ekonomické podpory než je schopen zdravotně a ekonomicky poskytnout.
- O zanedbávání jde, když vznikne deficit v citových vztazích, nedostatek podpory, starostlivosti a projevů rodinné soudržnosti.
- Týrání může být fyzické či psychické. Fyzické násilí je častější než se předpokládá a jeho obětí jsou nejčastěji ženy. Psychické týrání se projevuje hrozbami, příkořím, nátlakem, snahou o institucionalizování nebo zbavení svéprávnosti. (HEGYI 1996 s.21)

Členové rodiny, kteří špatně zacházejí se svými seniory, se tak chovají z různých příčin. Špatné zacházení je většinou způsobeno přepracovaným pečovatelem (členem rodiny), který týrá slabou a závislou starší osobu. Chronická únava a přepracovanost pečovatele je jeden z vážných důvodů špatného zacházení. Další důvody vedoucí k elder abuse jsou, že sám pečovatel má zdravotní obtíže a někdy si jen do určité míry uvědomuje, že jeho chování a činy jsou násilné. Někteří pečovatelé se domnívají, že jsou oprávněni používat

---

<sup>6</sup> Elder abuse je označení pro zanedbávání a týrání seniorů. Významněji se tomuto problému věnuje pozornost až v posledních letech. Existují také označení „elder abuse and neglect“, „abuse of the elderly“ nebo „elder mistreatment“. V České republice je tomuto problému věnována pozornost až v posledních letech zásluhou MUDr. T. Tošnerové, MUDr. Z. Kalvacha. Csc. a dalších.

moc, aby mohli trestat a ovládat své blízké. Násilí na seniorech v rodině je označováno jako model donucovacího dohledu, který jedna osoba vykonává nad druhou osobou. Opakované fyzické či psychické napadání škodí, vzbuzuje strach a znemožňuje napadenému člověku, aby dělal co si přeje a nutí ho, aby se choval způsobem, který mu nevyhovuje. (TOŠNEROVÁ A KOL. 2002 s. 16 – 18)

Ústavní péče, zvláště dlouhodobá, je považována za vysoce rizikovou z hlediska nevhodného zacházení, zanedbávání i všech forem týrání a zneužívání. Důvody jsou podobné jako při špatném zacházení v rodinách, ale přidružují se k nim i jiné. Je to například vysoká míra bezbrannosti pacientů seniorů včetně značného výskytu demence, fatických poruch a trvalého upoutání na lůžko. Dále osamělost značné části pacientů, praktická nemožnost nemocných seniorů ústavní zařízení dočasně či trvale opustit. V neposlední řadě je to potom syndrom vyhoření (burn out syndrome) u ošetrujícího personálu. (KALVACH 2004 s. 358)

„Křehkost pacientů způsobuje, že mezi péčí velmi kvalitní a nebezpečnou může být jen zdánlivě malý a zvenčí obtížně postřehnutelný rozdíl. Není také obecný konsenzus o povaze ústavního elder abuse, o kontextu, úmyslnosti, o vzorcích chování. V posledních letech se zvláště v USA, ale třeba také v Německu vzedmula vlna kritiky proti poměrům v ošetrovatelských zařízeních. Přes zvýšený zájem a mnohá zlepšení jsou výsledky stále považovány za vážné. Z hlediska nevhodného zacházení se ve studii 15 000 zařízení nejčastěji zjišťoval výskyt dekubitů (14,4 %), fyzických omezení (13,3 %) a ztráty důstojnosti (13,2 %). Alarmující jsou zvláště pohybová omezení. Nedostatečná individualizace péče a supervize, nezájem o dysfagii a stav chrupu jsou považovány za hlavní příčinu hladovění, malnutrice a hubnutí. Za jádro problému je považována míra vzdělanosti personálu.“ (KALVACH 2004 s. 358)

### 3. 4 Narušená komunikační schopnost geriatrických pacientů

„Obdobně, jako je tomu u ostatních funkcí CNS, fatické a symbolické funkce jsou výsledkem činnosti řady pracovních okrsků centrálního nervstva, které jsou spolu vzájemně propojeny, a vytvářejí tak různě uspořádané neuronální sítě. Postižení určitých konkrétních oblastí mozkové kůry, podkoří, nebo asociačních drah bílé hmoty může vést k pestré, zajímavé a leckdy bizarní symptomatice.“ (KALVACH 2004 s. 267)

Geriatřičtí pacienti často trpí poruchami vyšších řečových funkcí v důsledku svých onemocnění (cévní mozková příhoda, demence). Osoby s fatickou poruchou vyžadují specializovanou logopedickou péči za hospitalizace a mnohdy i dlouhodobě po propuštění. U geriatrických pacientů se klinická logopedie zabývá nejčastěji problematikou afázie, alexie, agrafie, apraxie, agnózie, anomie, afázie při demenci, anartrie a dysartrie, dysfagie, poruch grafomotoriky, hlasu a sluchu.

#### 3. 4. 1 Afázie

Afázie představuje získané narušení komunikační schopnosti týkající se poruch symbolických funkcí (jazykových schopností). Jedná se o postižení centrálního kortikálního analyzátoru a efektoru řeči. Toto postižení se vyskytuje nejméně u 20 % pacientů zasažených cévní mozkovou příhodou<sup>7</sup> (CMP) a v různé míře je lze předpokládat u většiny – ne-li u všech pacientů s kortikálním typem demence. (KALVACH 2004 s. 267)

Odhaduje se, že více než 80 % populace má řečové centrum uloženo v levé hemisféře a tato skutečnost není v každém případě doprovázena leváctvím. V jazykové dominantní hemisféře lze rozeznat kortikální centrum „analýzy“ řeči a centrum „efektoru“ řeči, který se zabývá programováním mluvidel a expresí

---

<sup>7</sup> V České republice se odhaduje výskyt CMP na 200 případů na 100 000 osob za rok. V Německu vzniká afázie asi u 30 % pacientů s CMP.

vnitřní řeči. Asociační oblasti v nedominantní hemisféře zajišťují pak většinu neverbálních a emotivních složek řeči (mimika, gestikulace a modulace řeči). Izolované postižení pravé hemisféry při standardní dominanci tak může vyústit v tzv. dysprozodii<sup>8</sup>, kdy neverbální komponenty řeči chybí. (KALVACH 2004 s. 267 - 268)

Brocovo řečové centrum je uloženo ve frontálním laloku dominantní hemisféry a zajišťuje motorický výkon řeči. Toto centrum je pojmenováno po francouzském neurologovi Paulovi Pierre Brocovi, který ho objevil již v roce 1861. V roce 1874 německý neurolog Karl Wernicke objevil, že centrum porozumění slyšené řeči je uloženo nedaleko od Brocova centra a to v temporálním laloku dominantní hemisféry. Toto sensorické centrum po něm bylo pojmenováno. (KULIŠŤÁK 2003 s. 171)

Existuje mnoho klasifikací afázií, což je důsledkem rozdílného pohledu různých oborů. V současnosti je nejrozšířenější Bostonská klasifikace, ve které jsou jednotlivé typy afázie identifikovány na základě porovnání výkonů v oblasti spontánní řeči, fluence (plynulosti řeči) a informační hodnoty, opakování, pojmenování a rozumění mluvené řeči. (KALVACH 2004 s. 457)

Základní rozdělení afázie podle místa poškození mozku:

1. Motorická afázie vzniká v důsledku poškození v oblasti Brocova centra. Jde o stav, kdy pacient není schopen uplatnit naučené vzorce mluvy tak, aby je jednotlivé svalové skupiny zajišťující artikulaci koordinovaně a plynule prováděly. Rovněž je narušena verbální fluence, rozumění a opakování slyšeného postiženo není. Objevuje se vynechávání slov, zkrácení vět, agramatismy, dysprozodie, v extrémním případě až slovní salát.

2. Sensorická afázie, při které se jedná o poškození oblasti Wernickeova centra. Postižení tedy mají poruchu rozumění slyšenému, leckdy i psanému

---

<sup>8</sup> Dysprozodie je charakteristická nápadně odchylným užíváním modulačních složek mluvy, tzv. zpěvavá mluva, tvořením nesmyslných rýmů při hovoru.

slovu. Při tomto typu afázie lze pozorovat různý stupeň dezintegrace řeči – od přehazování hlásek, slabik, parafázie sémantického typu, či fonemického typu až k plné dezintegraci či mutismu (útlum mluvních funkcí).

3. Globální afázie, jejíž příčinou je nejčastěji rozsáhlejší léze zasahující planum temporale<sup>9</sup> dominantní hemisféry a jeho okolí, včetně Brocova a Wernickeova centra. V takovém případě většinou nastává ztráta komunikačních schopností (asymbolie). Postižený není schopen opakovat slyšené, rozumět slovům ani produkovat řeč.

### 3. 4. 2 Alexie a agrafie

Alexie a agrafie označují centrální postižení schopnosti číst a psát. Alexie s agrafií se často vyskytují společně.

Alexie se vyskytuje při lézích v levém okcipitálním (týlním) laloku a mediálním temporálním (spánkovém) laloku. Kromě postižení schopnosti číst je tento stav doprovázen obvykle obtížemi s pojmenováním barev, poruchami krátkodobé paměti, zejména zrakové, někdy senzitivními a motorickými neurologickými příznaky v pravé polovině těla. (KALVACH 2004 s. 269)

Čistá agrafie se samostatně vlastně nevyskytuje. Prakticky vždy bývá doprovázena motorickou afázií. Nejde o parézu ruky, ale nefunkčnost konceptů pro písmo. Postižen bývá parietální (temenní) lalok. (tamtéž)

### 3. 4. 3 Apraxie

„Apraxie je definována jako neschopnost správně vykonávat naučené volní úkony v důsledku postižení mozku. Do definice jsou zahrnuty poruchy koordinace, parézy, poruchy citlivosti, poruchy pozornosti nebo vnímání

---

<sup>9</sup> Tato oblast je pokračováním Wernickeovy zóny, která je jednou z nejdůležitějších mozkových struktur, které jsou účastny při mluvení a vnímání řeči. Tato část mozku se podílí na procesech vyšší úrovně včetně senziorické a motorické analýzy, pracovní paměti, pozornosti a jazyka, účastní se sluchových procesů a podílí se na jazykových funkcích.

příkazů.“ (Geschwind In Kalvach, 2004 s. 270) Ve skutečnosti jde o poruchu jakési „hybné řeči těla“, motorické symboliky, tedy konceptualizace, řazení a kombinace správných informací pro vykonání naučeného úkonu o různém stupni složitosti.

Tradičně se apraxie dělí podle Liepmanna (In Kalvach, 2004 s. 270):

1. Ideomotorická apraxie. Jde o neschopnost vykonat na pokyn nebo napodobit specifickou motorickou činnost, přestože představa této činnosti je zachována. Postižena může být oblast končetiny nebo obličeje.
2. Ideatorní apraxie. Jde o klinický syndrom, kdy je postižen pohybový koncept určité činnosti. Pacient neví jak určitou činnost vykonávat.
3. Končetinová kinetická apraxie. Tento typ apraxie zahrnuje motorickou neschopnost jedné končetiny manipulovat s drobnými předměty, ačkoli není přítomna paréza.

Je možné setkat se i s dalšími typy apraxie, jako je např. apraxie řeči, orální apraxie (postižení svalstva tváře a jazyka), apraxie oblékání nebo chůze.

#### 3. 4. 4 Agnózie

Agnózie jsou poruchy poznávání. Smyslové podněty objektivních skutečností se při této poruše nespojují se známými koncepty daných skutečností uloženými v dlouhodobé paměti. (KALVACH 2004 s. 271)

Gnostické poruchy se dělí podle svých izolovaných smyslových modalit:

1. Taktilní agnózie (stereoagnozie) je typem postižení, kdy pacient nerozezná předmět hmatem, zatímco jinými senzoryckými modalitami ano.
2. Zraková (vizuální) agnózie.

3. Sluchová agnózie, při které se jedná o širokou paletu rozloženou od kortikální hluchoty až ke specifickým poruchám poznávání izolovaných typů zvuků. (tamtéž)

#### **3. 4. 5 Dysartrie a anartrie**

Dysartrie je narušení motorické realizace řeči. Obecně zasahuje oblast respirace, fonace, artikulace, faciokineze (obličejová svalová činnost), diadochokineze (přesnost opakování pohybů), reflexní činnosti, tempa a prozodie projevu. Symptomy dysartrie ztěžují srozumitelnost projevu, a tím výrazně narušují komunikaci. (MLČOCHOVÁ 2004 s. 56)

Neschopnost motorické realizace řeči je označována jako anartrie.

#### **3. 4. 6 Dysfagie**

Dysfagie je porucha polykání v důsledku poruchy inervace některé z anatomických struktur zajišťujících jednotlivé fáze polykání. Při příjmu potravy je pak vysoké riziko aspirace. Je proto nutné pacienta poučit o vhodné poloze během jídla a o vhodné konzistenci stravy. Vhodná je kašovitá strava, lépe se kontroluje pohyb sousta. (MLČOCHOVÁ 2004 s. 56)



## 4 ETICKÉ PROBLÉMY V GERIATRII

Etickou problematiku v gerii lze sledovat ve dvou oblastech. Jedná se o etiku poskytované zdravotnické, sociální či domácí péče a o etiku v procesu umírání. Etické problémy v procesu umírání ponechám stranou, protože nejsou tématem této práce.

Člověk nemůže ztratit svou důstojnost dlouhodobou nemocí či dosažením věku, kterému říkáme stáří. Na dlouhodobě nemocné nebo na nevyлéčitelně nemocné se nemůžeme dívat jako na lidi, pro které už život nemá žádnou hodnotu. Mezi jiným bychom tak došli k zúžení motivace ošetřujícího personálu. Měli bychom mít stále na mysli, že ošetřující tým pečuje o nemocné na základě vysoce ceněného etického principu solidarity s nejslabšími ve společnosti. (KOŘENEK 2002 s. 148 - 149)

„Už v roce 1982 se konalo Světové zasedání o stárnutí a stáří ve Vídni, nad nímž převzala záštitu Organizace spojených národů. Významné zasedání mělo značnou publicitu a vlády jednotlivých zemí byly vyzvány, aby problém stárnoucí populace začaly řešit v rámci svých především ekonomických, možností. Ukázalo se totiž, že je třeba každému seniorovi zajistit alespoň základní podmínky pro důstojný život.“ (HAŠKOVCOVÁ 2002 s. 188)

V návaznosti na Světové zasedání o stárnutí a stáří vznikl v tehdejší Československu dlouhodobý program „Úcty ke starším“, pod záštitou Československého červeného kříže. Problematika stárnoucích a starých lidí se stala velmi aktuální. Vedle problémů ekonomických, sociálních a jiných nabývají na síle problémy etické. Postupně se vyčlenila geriatrie jako samostatný lékařský obor, vznikají nové léčebny pro dlouhodobě nemocné a rozvíjí se nejrůznější formy pečovatelských služeb. Vznikají soukromé pečovatelské agentury (home care), denní stacionáře pro seniory (domovinky) a v neposlední řadě také akademie a univerzity třetího věku, které zlepšují kvalitu života seniorů. (tamtéž)

S ucelenou koncepcí péče o seniory i v oblasti etiky přichází Česká (dříve Československá) gerontologická a geriatrická společnost, která byla a je

iniciátorkou mnoha významných celostátních konferencí a monotematicky zaměřených Geriatrických dnů.

Vznikají texty a učebnice klinické gerontologie pro všechny vrstvy zdravotnického personálu. Od roku 1999 vycházejí Gerontologické aktuality na nichž má největší zásluhu Iva Holmerová. Od roku 2003 vychází lékařský časopis Geriatrická revue. Dá se říci, že jednotlivým problémům souvisejícím se stárnutím je v několika posledních letech věnována nesrovnatelně větší pozornost. To platí zejména o etických problémech v geriatrii a o problematice demencí. I v geriatrické praxi se udál výrazný pozitivní posun vznikají specializovaná pracoviště, vycházejí nové standardy ošetrovatelské péče na geriatrických pracovištích. Na geriatrických odděleních dochází k vzdělávání studentů medicíny i jiných oborů. (HOLMEROVÁ a kol. 2003 s. 9 – 11)

Od roku 1994, kdy se uskutečnila první celostátní konference s geriatrickou problematikou v Praze, došlo ke značnému nárůstu v počtu i významu jednotlivých gerontologických pracovních setkání a kongresů, které zaznamenávají stále vzestupný trend v počtu přihlášených účastníků i přednášejících. Stalo se pravidlem, že v květnu probíhají Pražské gerontologické dny a v říjnu ostravské gerontologické dny. (tamtéž)

#### **4.1 Základní strategie komplexní péče o osoby vyššího věku**

V návaznosti na Světové zasedání o stárnutí a stáří ve Vídni byla koncipována základní strategie, zjednodušeně označována jako 4xD. Komplexní péče o osoby vyššího věku je třeba:

1. demedicinalizovat, tedy odmedicinalizovat. Medicína má samozřejmou povinnost postarat se o staré nemocné lidi, ale problém celého stáří vyřešit nemůže.
2. deinstitucionalizovat, to znamená, že péče o potřebné seniory by měla být realizována mimo instituce. V nejlepším případě doma i když třeba

s intervencí zdravotnické nebo sociální pomoci. Pobyť seniora na nemocničním lůžku může být někdy nadbytečný či vysloveně zbytečný.

3. deprofesionalizovat, to znamená, že se určité jednoznačně definované profese samozřejmě musejí podílet na péči o staré lidi (např. lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník, pečovatel), ale nikomu z těch, kteří jsou ochotni a schopni spolupracovat na péči, by nemělo být bráněno v prospěšných aktivitách. Koordinace nejrůznějších typů pomoci je však žádoucí.
4. desektorizovat, což znamená, že je třeba opustit představu, že jeden nebo dva resorty (zdravotnictví a sociální služby) pokryjí všechny opodstatněné potřeby starších a starých nemocných lidí. Každý resort lidské činnosti může přispět k řešení dílčích problémů této skupiny.

Úspěch uvedené strategie předpokládá tzv. celospolečenskou prostoupenost seniorské problematiky. (HAŠKOVCOVÁ 2002 s. 190 - 191)

## **4. 2 Etika v komunikaci se seniory (geriatrickými pacienty)**

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
3. Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).

4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.
6. Aktivně ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnucujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetrovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci. ([www.pecujici.cz](http://www.pecujici.cz))

### 4.3 Ageismus

Se vznikem kultu mládí a výkonnosti ve vyspělých zemích vzniká i opačný extrém. Diskriminace na základě věku nazývaný ageismus<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Pojem ageismus nemá český ekvivalent, je odvozen od anglického slova age, které znamená věk, stáří.

„Ageismus je společenský předsudek vůči stáří. Použil jej Robert Hitler, první ředitel National Institute on Aging v USA v roce 1969, který jako první hovořil o diskriminaci na základě věku. Dnes je termín ageismus definovaný širě. Zahrnuje předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči staršímu člověku nebo skupině starších. Hovoříme o stereotypech, kdy v záporném stereotypu jsou vynechány příznivé charakteristiky. Jedná se o výroky a postoje bez pravdivého základu, ale se zdáním, že mají v jádru pravdu. Některé projevy diskriminace jsou zřejmé, některé v podtextu nevyslovené.“ ( TOŠNEROVÁ 2002 s. 6)

#### **4. 3.1 Hlavní předsudky o stáří**

1. Stáří je nemoc. Představa, že nemoc postihuje většinu lidí nad 65 let, že potřebují dlouhodobou ústavní péči, že mají častější akutní onemocnění než mladí a že většina starších lidí se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže zapojit do běžných aktivit.
2. Impotence. Představa, že většina starších se už nevěnuje žádné pohlavní aktivitě. A v případě, že ano je to považováno za něco nenormálního. Převládá názor, že sexualita je v pozdním životním cyklu nedůležitá.
3. Ošklivost. Krása je v naší západní kultuře spojována s mládím. Především pro ženy je tato tendence velmi frustrující a ženy se bojí ztráty mladistvého vzhledu. Tento negativní stereotyp se odráží v používání ponižujícího jazyka při hovoru o stáří.
4. Pokles duševních schopností. Představa, že schopnosti od středního věku klesají, především schopnost učit se, zapamatovat si, poznávat a že se jedná o nevyhnutelný proces v rámci stárnutí.
5. Duševní choroba. Představa, že duševní choroba je ve stáří běžné, nevyhnutelné a neléčitelné postižení. Tato představa je bohužel poměrně značně rozšířena i v řadách zdravotníků.

6. Zbytečnost. Představa, že většina starých lidí je díky zdravotnímu stavu či duchovní chorobě vyřazena, vede k předpokladu, že starší lidé jsou neschopni pokračovat v práci a ti, kteří schopni jsou, tak jejich práce je neproduktivní.
7. Izolace. Představa, že většina starých lidí je společensky izolovaných, či žije osaměle a domněnka, že osamělost je velmi vážný problém pro většinu lidí nad 65 let.
8. Finance. Široký rejstřík názorů od představy, že většina starších je chudá až po předpoklad, že většina z nich je bohatá. Oboje s negativním významem.
9. Deprese. Představa, že starší osoba je nemocná, bezmocná, senilní, neužitečná, osamělá v bídě, tudíž deprimovaná a nutně postižená depresí.
10. Politická moc. Stereotyp, že starší lidé jsou silná, sobecká politická síla. Předpoklad, že politická moc starších lidí odvrátí politiky od potřebných reforem. ( TOŠNEROVÁ 2002 s. 7 - 9)

#### 4.3.2 Hlavní zdroje ageismu

Strach ze smrti, vlastního zániku. Smrt není pojímána jako součást životního cyklu. Je vnímána jako nepřátelská. Stáří vzbuzuje strach, smrt a stáří je viděno jako synonymum. Smrt přestala být viděna jako přirozená a nevyhnutelná součást každého lidského života. Rozvoj medicíny v rozvinutých zemích vymítil smrt z průběhu jednotlivých životních etap, posunul délku života a smrt ponechal v etapě stáří. Předstíráme, že smrt neexistuje. Většina z nás ji ignoruje, neradi si připomínáme vlastní smrtelnost. Toto pak přenášíme v negaci stáří. (TOŠNEROVÁ 2002 s. 12)

Důraz na mládí a fyzickou krásu. Staří lidé jsou ignorováni. Pokud jsou zobrazováni, tak obvykle negativně. V propagaci kultu mládí jsou velmi aktivní

média. Výraznou měrou tak přispívají k nelichotivému hodnocení stáří ve společnosti.

Produktivita je těsně spjata s ekonomickým potenciálem. Oba konce životního cyklu jsou viděny jako neproduktivní. Děti i staří. Střední věk je vnímán jako ten, který nese zátěž o obě skupiny. Děti jsou viděny jako ekonomická investice, kdežto staří jsou vnímáni jako finanční závazek. Odchodem do důchodu jsou staří viděni jako ekonomicky neproduktivní a jsou tím devalvováni. (TOŠNEROVÁ 2002 s. 13)

Způsob jak je zjišťován skutečný stav společnosti vedoucí k ageismu. Stáří bylo v první řadě studované v ústavech s dlouhodobou péčí, ale pouze 5 % populace starších 65 let je institucionalizovaná. Došlo k omylu v tom, že část seniorů v ústavní péči byla vydávána za reprezentativní vzorek celkové populace starších osob. (TOŠNEROVÁ 2002 s. 13)

„Vzhledem k tomu, že moderní společnosti vyznávají kult mládí a ekonomické úspěšnosti, byly prakticky posíleny ageistické tendence. Obecně se projevují formou fyzického, častěji však psychického nebo sociálního násilí, ve zdravotnictví pak skutečnou nebo domnělou preferencí mladších skupin nemocných na úkor starých nemocných lidí. K pocitům nejistoty a odepsanosti, který pociťují někteří staří nemocní lidé nebo jejich rodiny, přispívá i nezanedbatelný a dosud jen částečně zvládnutý problém provázanosti zdravotních a sociálních forem pomoci.“ (HAŠKOVCOVÁ 2002 s. 191)

#### **4.4 Významné dokumenty**

Rok 1999 byl vyhlášen Mezinárodním rokem seniorů. Jeho základním tématem byla „Společnost pro všechny věkové skupiny“, tedy přátelská společnost vůči seniorům a pro seniory. Důraz byl kladen na zapomenutou solidaritu generací. V souvislosti s Mezinárodním rokem seniorů byly formulovány a zveřejněny mnohé významné dokumenty, které se zabývají problematikou etiky v oblasti péče o seniory.

Montrealskou deklaraci formulovali v roce 1999 senioři ze 68 zemí světa a zdůraznili, že starší osoby mají mít právo na sebeurčení a jeho splnění, důstojnost a úctu, svobodu projevu a náboženského vyznání. Starší osoby mají právo na práci, příjem, zdravotní péči a domov. Senioři doporučili Spojeným národům, aby podporovaly Národní plány stárnutí. Montrealská deklarace je stručná a má deklarativní charakter. Její význam tkví, že se senioři nezříkají odpovědnosti za své stáří, protože významnou roli v pozitivní akceptaci vlastního stáří i starých lidí mohou sehrát právě senioři. Vznikají tak nové programy nazývané „Pro seniory a se seniory“. (HAŠKOVCOVÁ 2002 s. 192)

Organizace spojených národů vypracovala zásady s názvem „Přidejte život létům“. Podle tohoto dokumentu mají senioři oprávněný nárok žít nezávislý život, účastnit se aktivně života společnosti, využívat možnosti péče v případě nemoci a snížené soběstačnosti, uplatňovat se ve společnosti a využívat její zdroje a žít důstojný život za důstojných podmínek. (HAŠKOVCOVÁ 2002 s.192 - 193)

Světová zdravotnická organizace popisuje základní principy zdravého stárnutí v dokumentu „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Uvedený text je aktualizován a nabývá konkrétních forem. U nás do programu Stárnout zdravě v České republice. V rámci Evropské unie vzniklo sdružení Eurolink Age v němž jsou zastoupeny všechny členské státy Evropské unie. Sdružení Eurolink Age pak zastupuje nejen sektor sociálního zabezpečení, politiky, odbory a odborníky, ale především jednotlivé organizace starších občanů. Inicjuje, koordinuje, eviduje a hodnotí také národní varianty Akčního plánu zdravého stárnutí. Strategie programu „Stárnout zdravě v Evropě“ je zaměřena hlavně na prodloužení věku prožitého v úplném zdraví bez postižení, na podporu plného a aktivního společenského života a prodloužení doby kvalitního života zlepšením životního stylu a vytvářením stimulačního životního prostředí. V souladu s uvedeným programem je proto třeba podpořit aktivní zapojení starších občanů, podněcovat je ke spolupráci v otázkách zdraví a iniciovat, aby existující problémy byly řešeny v rámci dané komunity. (HAŠKOVCOVÁ 2002 s. 193 - 194)



Klíčovým dokumentem pro Českou republiku je Národní program přípravy na stáří, který vypracovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s poradním sborem jmenovaným tehdejšími prvním místopředsedou vlády a ministrem práce a sociálních věcí Vladimírem Špidlou. Tento dokument byl schválen vládou České republiky na zasedání 15. května 2002. Na přípravě Národního programu přípravy na stárnutí se kromě zástupců státní správy a samosprávy podíleli také zástupci odborné veřejnosti i nestátního neziskového sektoru. (HOLMEROVÁ a kol. 2003 s. 12)

Dalším významným dokumentem je Evropská charta pacientů seniorů. Cílem všech programů koncipovaných pro věkovou skupinu starších a starých osob je udržet jejich praktickou soběstačnost. Jestliže starší nebo starý člověk onemocní, pak je třeba dodržovat zásady, které respektují specifika vyššího věku i zvláštnosti chorob ve stáří. Evropská charta pacientů seniorů konkretizuje, jak má probíhat komplexní péče o nemocné seniory:

1. Obecné zásady. Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit.
2. Komunikace a informace. Starší občan může jako pacient očekávat, že bude zdravotníky považován za partnera a bude se podílet na rozhodnutích, které se budou týkat jeho zdraví a péče o ně. Má právo na vstřícnost a trpělivost. Může být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen při potížích v komunikaci. Právo na pomůcky usnadňující komunikaci. Jasná a šetrná informovanost o zdravotních problémech. Právo na vydání písemné zprávy o zdravotním stavu a diagnóze. Že bude plně informovaný o léčbě a možných rizicích takové léčby. Senior má právo nahlížet do svých zdravotních záznamů. Ošetřující tým je zákonně vázán zachovávat důvěrnost. Dále má právo na řádné šetření svých stížností a na písemnou odpověď.

3. Podpora zdraví. Starší občan může očekávat, že bude informován o zdravém způsobu života, o zdravé výživě a o pohybovém režimu. Má nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.
4. Léky. Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení k jejich nemoci a budou ve vhodném balení.
5. Transport. Starší občan může očekávat, že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení. Dále, že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem.
6. Zdravotní problémy. Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.
7. Nemoc. Staří nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že jí potřebují. Je – li zdravotní stav staršího pacienta natolik vážný, že vyžaduje hospitalizaci, může senior očekávat, že bude ošetřován zkušeným týmem zdravotníků. Tento tým má povinnost respektovat potřeby pacienta seniora, správně diagnostikovat a léčit jeho tělesné a psychické problémy.
8. Zotavení a rehabilitace. Senioři často potřebují delší dobu k uzdravení a navrácení k původnímu stavu před hospitalizací. Proto je důležité, aby zůstali v péči zdravotnického zařízení po celou dobu, která je nutná ke komplexnímu zlepšení jejich zdravotního stavu včetně rehabilitace. V případě, že zdravotní stav seniora neumožňuje zcela nezávislý život po návratu ze zdravotnického zařízení, musí mu toto zařízení zajistit soubor následných zdravotnických a sociálních služeb.
9. Propuštění z nemocnice. Senioři mají být před propuštěním z nemocnice podrobně a srozumitelně informováni o svém zdravotním stavu, o

možnostech další následné péče a mají právo rozhodovat se pro další možnosti využití komplexních zdravotnických a sociálních služeb.

10. Denní centra. Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci, nebo byl právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí, aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci. Dále má právo očekávat, že v těchto denních centrech se o něj bude starat multidisciplinární tým. Je také zapotřebí, aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen dopravu zajistit sám.
11. Respitní<sup>11</sup> péče. Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Proto by měl mít starší pacient nárok na dva až tři týdny respitní péče. Například pobyt v domově důchodců, ošetrovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu.
12. Komunitní a sociální služby. Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby: pobyt v denním centru, domácí péče, noční služby pečovatele, pomůcky při inkontinenci a pomůcky pro zlepšení sebeobsluhy, praní prádla, fyzioterapie, hygienické služby a systém monitorující jeho bezpečnost.
13. Změna domova. Není-li starší člověk již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci. Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musí být se vším včas seznámeni. V instituci má starší občan právo očekávat, že mu

---

<sup>11</sup> Filozofie tzv. respitní péče je založena na zkušenosti, že i ten, kdo celodenně pečuje o potřebnou osobu má nárok na odpočinek a naopak osoba potřebná má nárok na dočasnou změnu pečovatele.

bude vypracován individuální ošetrovatelský plán se kterým bude seznámen. Tento plán bude pravidelně aktualizován a pacient má právo na spolurozhodování, týkající se další péče o jeho osobu.

#### 4.5 Mezikulturní rozdíly ve stárnutí

Jednotlivé národy se liší svým vztahem ke starým lidem. Vědeckou disciplínu, která se těmito rozdíly zabývá se nazývá etnogerontologie. Velice často se diskutuje o tradiční odlišnosti Východu a Západu, např. na Dálném východě požívají staří lidé mnohem větší vážnosti než na Západě. S tím do určité míry souvisí skutečnost, že relativně „primitivní“ rozvojové země si obecně více váží stáří a přičítají mu zvláštní status. Příčinou může být poměrná vzácnost stáří v těchto společnostech a také to, že v kultuře postrádající psanou podobu jazyka mohou být staří lidé obzvláště ceněni pro své vzpomínky na minulost. Velice staří lidé však již často nejsou ceněni tak vysoce. (Perlmutter a Hall In Stuart – Hamilton, 1999 s. 174)

„V západních zemích lze mezi příslušníky národnostních menšin zaznamenat vyšší procento vícegeneračních domácností a užších rodinných vztahů. U určitých etnických skupin (např. Američanů černé pleti) navíc může hrát významnou roli v poskytování sociální péče církev.“ (Jackson a kol. In Stuart – Hamilton, 1999 s. 174)

Staří lidé uvnitř etnických skupin musí čelit tomu, co bylo nazváno dvojím rizikem – problému, že budou vnímáni předpojatě nejen na základě toho, že jsou staří, ale také proto, že jsou příslušníky etnické skupiny. Norman (In Stuart – Hamilton, 1999 s. 174) tento argument ještě vyostřuje, když uvádí, že řada příslušníků etnických skupin ve skutečnosti čelí trojímu riziku, protože se kvůli častým komunikačním problémům potýkají s nemožností získat od pracovníků místních či státních správních úřadů pomoc, kterou potřebují a na niž mají nárok.

# 5 POTŘEBY GERIATRICKÉHO PACIENTA

## 5.1 Kvalita života

Smyslem medicíny je snižování nejen morbidity a mortality (záchrana života), ale také utrpení a bolesti a obecné zlepšování kvality života. V ekonomických programech zaměřených na racionalizaci zdravotnictví (např. v USA Medical Outcomes Study) je kvalita života chápána jako jedno z rozhodujících kritérií efektivnosti nákladů. Kvalita života je kriteriem smysluplnosti zdravotnických služeb určujícím jejich přiměřený rozsah i oprávněnost jednotlivých výkonů. Zcela bazálně je třeba považovat za žádoucí, potřebné, indikované a přiměřené to, co zlepšuje kvalitu pacientova života a za nepřiměřené, nadměrné, samoučelné a neindikovatelné to, co kvalitu života nezlepšuje a ani nepředchází jejímu zhoršení. (KALVACH a kol. 1995 s. 191)

Jako parametry kvalitního života jsou uváděny např. nezávislost, produktivita, životní satisfakce, absence utrpení (bolesti), zachování tělesných, emočních a intelektuálních funkcí, schopnost naplňovat očekávané sociální role a podílet se na přiměřeně smysluplných aktivitách v rodině, zaměstnání a společnosti, pacientovo vnímání celkového zdraví, prospívání a spokojenosti. (tamtéž)

Důležitými faktory ovlivňujícími kvalitu života nemocného jsou podle Kalvacha (1995 s. 192) zvláště:

1. Osobnostní vyzrálость, odolnost a schopnost adaptace na těžkou chorobu.
2. Přesvědčení o smysluplnosti života, překonávání obtíží, krizí, utrpení.
3. Pocit sounáležitosti, dobré sociální zázemí (rodina).
4. Kvalitní sociální komunikace, umění a ochota naslouchat.

Z jiného pohledu lze identifikovat skutečnosti, které se podílejí na poklesu kvality života nemocného:

1. Strádání v základních tělesných potřebách.
2. Bolest.
3. Ztráta soběstačnosti.
4. Osamělost až sociální deprivace.
5. Ztráta životní perspektivy a smysluplnosti.
6. Absence víry v nadosobní principy, ideály, hlubší smysl života.
7. Ztráta životního programu. (tamtéž)

## **5.2 Potřeby a jejich členění**

Základní a obecně platné lidské potřeby lze různým způsobem rozdělovat. Potřeby můžeme rozlišovat z hlediska jejich vzniku i zaměření do dvou základních skupin:

1. Základní, biologické potřeby, které jsou vrozené a mají je, za normálních okolností, všichni lidé.
2. Psychosociální a spirituální potřeby, které vrozené nejsou. Vytvářejí se pod vlivem společnosti, ve které člověk žije a vyplývají z jeho pozice jako sociální bytosti. Jsou mnohem diferencovanější a individuálně specifitější. (VÁGNEROVÁ 2002 s. 57)

Biologické potřeby (označovány také jako pudy) představují vrozenou motivační výbavu člověka a slouží především dvěma souhrnným cílům:

- a) Zachování sebe sama (potřeba potravy, vody, kyslíku, tepla, spánku a další nezbytné potřeby).

b) Prostřednictvím splnění prvního cíle také zachování rodu (zplození a péče o potomstvo).

### **5.3 Biologické, psychosociální, spirituální potřeby geriatrického pacienta**

K významným nástrojům prevence negativních důsledků ústavní péče patří zájem o individuální lidské potřeby. Strukturu těchto potřeb vypracoval již ve 40. letech 20. století A. H. Maslow v rámci konceptu humanistické a transpersonální psychologie. Lidské potřeby lze členit do tří vrstev:

- Potřeby základní, biologické, pudové, zajišťující přežívání jedince (obživa, vyhnutí se bolesti a další). Neuspokojení vede ke stresu, tělesnému utrpení a k celkovému chátrání.
- Potřeby vyšší, jako jsou potřeby podnětů poznávání, konání, lidského kontaktu, komunikace, sounáležitosti, bezpečného zázemí, ale také autonomie a soukromí mezi mnohými, potřeba někam patřit, někým být pozitivně přijímán, být činný, zažívat srozumitelný úspěch, participovat na něčem. Neuspokojení těchto lidských potřeb vede k deprivaci smyslové i emoční, izolaci a k frustraci.
- Potřeby nejvyšší, nadosobní. Tyto nejvyšší potřeby se vztahují ke smyslu života, k seberealizaci, k prospěšnosti, k souznění s nadosobními principy (vztah k Bohu, život v pravdě, služba společnosti). Neuspokojení nejvyšších lidských potřeb vede ke ztrátě smyslu života, k prázdnotě, nenaplněnosti a k úzkosti. (KALVACH 2004 s. 497)

Je pravdou, že čím víc je geriatrický pacient nemocnější a bezmocnější, tím větší je tendence zdravotnického personálu i rodiny redukovat v ústavním prostředí potřeby takového člověka hlavně na bazální, biologickou úroveň. Tedy

na zajištění stravy, hydratace, tepla, na tišení bolesti. To však často nedostačuje. I pacienti trpící demencí či pacienti umírající mají své vyšší potřeby, které bývají přehlíženy, potlačeny a zasuty bazální péčí. I když je tato péče sebelépe myšlena, je to přece jen negativní zploštění lidských potřeb pacienta, našeho blízkého. Takový přístup navíc často vede k odosobnění, k anonymizaci pacienta, která usnadňuje paternalisticko-manipulační přístup ošetřujícího týmu včetně rodiny, k nemocnému člověku. Dochází ke zvěcnění. Člověk je ošetřován jako věc bez komunikace. (KALVACH 2004 s. 497)

### 5.3.1 Biologické potřeby

Biologické potřeby jsou fylogeneticky nejstarší a ontogeneticky nejranější motivační funkce, jelikož slouží k přežití, uchování biologické existence. Jsou velmi významné a mohou mít značnou intenzitu. Jestliže některá z těchto základních potřeb není delší čas uspokojována, stává se na přechodnou dobu osobně dominantním motivem. Za takových okolností ovlivňuje celkové hodnocení situace a chování, které z něho vyplývá, a zaměřuje se jen na takové cíle, které by mohly představovat uspokojení v této oblasti. (VÁGNEROVÁ 2002 s. 57 – 58)

K biologickým potřebám lze přiřadit potřebu zbavit se a vyhnout se bolesti, která vychází z pudu sebezáchovy. Pocit bolesti má charakter signálu ohrožení, bývá doprovázen silným emočním prožitkem nelibosti a strachu. Bolest vyvolává různé obranné mechanismy charakteru útoku (agrese) nebo vede k tendenci z takové situace uniknout. (VÁGNEROVÁ 2002 s. 60)

Bolest je v geriatrii velmi významným problémem. Snad každého seniora něco bolí. O tom svědčí i velká spotřeba analgetik (léků proti bolesti) ve věku nad 65 let.<sup>12</sup> Na geriatrických odděleních je to především bolest chronická. Jako syndrom chronické bolesti se označuje bolest trávající déle než tři měsíce. Bývá

---

<sup>12</sup> V roce 2001 byl nejpoužívanějším léčivem pro seniory v České republice paracetamol, následován kyselinou acetylsalicylovou, ibuprofenem a diklofenakem, což jsou všechno látky působící hlavně proti bolesti.



spojena se závažnými psychosociálními souvislostmi. Ty mohou bolest a její prožitek podmiňovat i být jejím důsledkem. Chronickou bolest často provází úzkost, deprese, osamělost a přináší konflikty do mezilidských vztahů. (KALVACH 2004 s. 344 – 346)

Biologické (fyzické) potřeby slouží k zachování rovnováhy (homeostasis). Na této rovnováze se podílí mnoho faktorů. Musí být zajištěny dostatečné úrovně látek v krvi a těle. Jde o složitý mechanismus, který citlivě reaguje na různé změny a jakékoli větší vychýlení může být životu nebezpečné. K zajištění této rovnováhy je nezbytné, aby organismus dobře fungoval. Ke své práci potřebuje kvalitní, pestrou a dobře stravitelnou stravu, dostatek tekutin, teplo, vzduch a všechny ostatní elementy, které pomáhají udržovat život. Tyto základní fyzické potřeby mají úzký vztah k ostatním vyšším potřebám a ovlivňují je. Biologické potřeby musí být uspokojeny pro zachování života.

### 5.3.2 Psychosociální potřeby

Psychosociální základní potřeby jsou rozvíjené na vrozeném základě, ale jejich vývoj je stimulován a dále modifikován působením vnějšího prostředí, především jeho psychosociální složky. Zaměření (obsah) motivů i způsob uspokojování těchto potřeb je rozličný a zcela individuální. Psychosociálních potřeb je značné množství. Uvádím ty psychosociální potřeby, které jsou pro geriatrického pacienta nejaktuálnější.

Členění je dle Vágnerové (2002 s. 64 – 71):

- **Potřeba bezpečí.** Je odvozena ze základních fyziologických potřeb a projevuje se strachem a obavami z různého ohrožení, které nemusí být jen biologické, ale může mít i sociální charakter.
- **Potřeba společnosti.** Jde o vztahovou potřebu, která se projevuje tendencí vyhledávat kontakty s lidmi na nejrůznější úrovni. Tato potřeba je silnou touhou po sociálním kontaktu.

- Potřeba uznání, úcty a z toho vyplývající sebeúcty. Člověk potřebuje být oceněn např. za svoji snahu a úsilí a na základě toho si ověřuje a potvrzuje vlastní hodnotu. Sociální hodnocení značně ovlivňuje sebehodnocení, ze kterého vyplývá sebeúcta.
- Potřeba lásky a sounáležitosti, to znamená potřeba být někým milován.
- Potřeby sebeaktualizace (seberealizace), které se projevují prostřednictvím tendence rozvinout a uplatnit svoje schopnosti.
- Potřeba stimulace. Potřeba variabilních podnětů v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu. Takové podněty podporují psychickou aktivaci jedince.
- Potřeba citové jistoty a bezpečí, kterou lze uspokojit prostřednictvím spolehlivého a jistého mezilidského vztahu. Osobní zkušenost mění základní postoj člověka ke světu i k sobě samému. V této oblasti jde nejenom o získání pocitu aktuální jistoty, ale hlavně o dosažení pocitu pozitivní naděje a o přesvědčení, že existuje možnost změny negativních zážitků.
- Potřeba otevřené budoucnosti je uspokojována alespoň přijatelnou perspektivou, která umožňuje potvrdit hodnotu, případně další možnost rozvoje vlastní existence i v budoucnosti. Může se tak dít i zprostředkovaně, například identifikací s potomky a přesahovat tak rozměr vlastního života.

V současnosti se konečně začalo pohlížet na geriatrického pacienta jako na bytost, která má své potřeby nejen biologické, ale i vyšší. I když je stále samozřejmě prvořadá saturace základních potřeb, je pozitivní, že se nyní věnuje nemalá pozornost i potřebám psychickým, sociálním a v poslední době i potřebám spirituálním. Změnil se přístup ke geriatrickým pacientům v tom, že je člověk pojímán komplexně, je brán zřetel na jeho jedinečnost a individuálnost. Více než v jiných věkových skupinách u pacientů seniorů platí pravidlo, že všechno souvisí se vším. Například drobné rodinné problémy můžou být

spouštěcím momentem k zhoršení celkové zdravotní situace seniora. K uspokojení psychosociálních potřeb pacientů se vyvíjí a rozvíjí mnoho zajímavých postupů a terapií. Zde uvádím některé z nich:

- Analyticky orientované psychoterapeutické skupiny. Jsou vhodné pro neurotické pacienty, osoby závislé na alkoholu nebo lécích. Cílem je symptomatická úprava podmíněná objasněním nevědomých a předvědomých konfliktů.
- Skupinová psychoterapie se sociokomunikační a psychodynamickou komponentou. Ta je vhodná pro hospitalizované pacienty zejména s diagnózou středně těžké afektivní poruchy a lehčí demence.
- Programově zaměřené tréninkové skupiny. Jsou určeny pro úpravu funkčních defektů nebo změn u demenčních pacientů. Pracují s modely učení.
- Rozhovorové skupiny jsou určeny pro povídání o svých zkušenostech s cílem překonat nějaký konkrétní problém.
- Pedagogicky zaměřené skupiny nemají přesně vymezené diagnostické omezení, jsou určené pro nemocné i pro zdravé osoby. Skupina řeší některé specifické životní situace.
- Skupiny zaměřené na podporu činností a zájmů. Jsou to skupiny vhodné zejména pro osoby, které jsou dlouhodobě v institucionalizované péči. Jejich cílem je aktivizace, snadnější navazování vzájemných kontaktů a posilování sebevědomí.
- Svépomocné skupiny v rámci domovů důchodců a léčeben pro dlouhodobě nemocné ve formě samosprávy obyvatel nebo pacientů. Usnadňují organizaci v rámci instituce.
- Skupiny arteterapeutické jsou vhodné pro obyvatelé institucí pro dlouhodobě nemocné, domovů důchodců a otevřených psychiatrických zařízení. Jejich cílem je aktivovat zájem, tvůrčí schopnosti a zvyšovat sebevědomí grafickými, malířskými a jinými technikami.

- Skupiny muzikoterapeutické. Jsou vhodné pro všechny seniory. Jejich předností oproti verbálním technikám je, že proti němu člověk neklade vědomí odpor, nevyžaduje od pacientů intelektuální práci a logiku. Jsou pro to účinné u psychóz v senu, u demencí, u afázií, u hemiparetiků a parkinsoniků.
- Léčba kontaktem se živými zvířaty. Zvířata obohacují jednotvárné prostředí ústavů dlouhodobé péče, navozují lepší atmosféru a zlepšují vzájemnou komunikaci mezi obyvateli ústavů. U osamocených lidí mohou suplovat potřebu lásky. (KUKOLOVÁ 2005 s.28)

Témata, kterými se senioři na skupinách zabývají, jsou na vědomé úrovni převážně komplikované mezilidské vztahy, a to zejména k dětem a partnerům. Osamělost je také jedno se stěžejních témat. Časté jsou otázky zdraví a nemoci, zatrpkllost vůči mládí, smutek, umírání vrstevníků, strach z progresu vlastní nemoci a nakonec i bilancování a vyrovnání se s koncem vlastního života. V institucích jsou to pak témata nucené hospitalizace, chování spolupacientů, sester a lékařů. Obecně se vzpomíná na staré „dobré“ časy, probírány jsou ekonomické otázky, různá omezení plynoucí z existence vážných chorob, hrozící bezmocnost a stav závislosti na druhé pomoci. Skupinové terapie přinášejí seniorům především zážitek intenzivního společenství. Protože, jak již řekl Aristoteles člověk je tvor společenský. Být spolu, vzájemně si naslouchat, to je to co naplňuje psychosociální potřeby hospitalizovaných seniorů. V homogenní skupině se senioři vzájemně intenzivně podporují, a tím podstatně snižují svou úzkost. Pravidlem je, že člověk (terapeut) pracující s geriatrickým pacienty musí ke stáří přistupovat tvořivě. Měl by stáří vnímat jako úsek života, kdy je možné otevřít nové horizonty. Je nutné, aby se oprostil od tabuizace stáří, od různých falešných představ, od studu a aby se nebál vlastní aktivity a spontánnosti. Při dostatečném entuziasmu, trpělivosti, vcitování se a aktivitě pak může od „svých pacientů“ získat mnoho cenného pro obohacení vlastní osobnosti. (KUKOLOVÁ 2005 s. 29 – 30)

Nejlepší způsob, jak působit na stesky geriatrických pacientů a saturovat jejich lidské potřeby v různých ústavních institucích, je prosté naslouchání. Brát vážně vše, co sdělují, jejich pocity akceptovat a snažit se je pochopit. A tak nejdůležitější terapií na oddělení nejen geriatrickém je prosté „být s nimi“. My nemůžeme nabídnout žádné potom, můžeme nabídnout jen teď. Populace starších lidí v sobě nemá tak velký potenciál jako generace produktivní. To ale neznamená, že nemá v sobě potenciál žádný. Je potřeba tento potenciál v seniorech najít, vzbudit jejich vlastní zájem o jeho uplatnění a tím život ve stáří zkvalitnit. Rozvíjení a prohlubování psychosociálních dovedností a potřeb u seniorů je jednou z cest k takovému zkvalitnění života nejen u geriatrických pacientů.

### 5.3.3 Spirituální potřeby

Spirituální potřeby úzce souvisí především s potřebami psychosociálními. Každý člověk má potřebu smyslu vlastní existence. Člověk potřebuje dát svému životu určitý základní smysl, který by integroval veškerou jeho životní aktivitu nejenom ve vztahu k minulosti, ale i pro budoucí směřování a koordinoval veškeré motivační tendence v jednom základním směru. (VÁGNEROVÁ 2002 s. 72)

Vídeňský psychiatr V. Frankl, zakladatel logoterapeutického směru v psychologii, zdůrazňuje potřebu smyslu života. Hledání smyslu vlastního života je, dle V. Frankla, nejdůležitějším úkolem člověka. V průběhu života se pozice člověka mění a každá nová situace má svůj specifický smysl, který musí jedinec stále znovu objevovat. Smysl života tak není pro Frankla abstraktním pojmem, ale potřebou, která má konkrétní obsah. (VÁGNEROVÁ 2002 s. 72 – 73)

Spiritualita a víra v transcendentní přesah vlastní bytosti má svůj nemalý význam i v seniorském věku. U geriatrických pacientů tento význam ještě stoupá. Je to dáno také tím, že si tito staří lidé velice dobře uvědomují křehkost vlastního

zdraví a konečnost každého života i anticipací vlastní smrti. (VÁGNEROVÁ 2000 s.507)

U seniorů vzrůstá religiozita v závislosti na omezení různých kompetencí jako reakce na různé zátěže a ztráty. Náboženská tradice rodiny spojuje dobu dětství, dospělosti a stáří kontinuální zkušeností, jejíž přínos je ve stáří ještě větší, než byl dřív. Pro lidi vyššího věku je důležitá jak jejich víra, to znamená duchovní hodnoty, které jsou trvalé a přesahují aktuální život, tak církevní společenství, k němuž se hlásí a ke kterému patří. Návštěva bohoslužeb, biblické hodiny a jiné aktivity v rámci církevního společenství nabízejí známé a srozumitelné intelektuální podněty a poskytují starému člověku smysluplnou náplň jeho života. Církevní společenství je významnou součástí sociální identity. Dává seniorovi určitou sociální roli, kterou stáří nezhodnocuje. Spirituální sounáležitost s ostatními věřícími má trochu jiný charakter než běžný kontakt. Tento vztah je užší a privilegovanější. Je to společenství, které se shromažďuje kvůli stejné víře a sdílejí podobnou náboženskou zkušenost. (VÁGNEROVÁ 2000 s. 507)

Spiritualita vyjadřuje lidskou potřebu smyslu života a jeho přesahu. Víra, která je vyjádřena nějakou konfesní příslušností, stabilizuje hodnotový systém a jistotu určitého řádu a pravdy. U seniorů může víra přispět k vyrovnanému postoji k vlastnímu stáří a s ním spojených problémů. Ve stáří, kdy se mnohé životní jistoty pozvolna ztrácejí, je důležitá jistota Boží existence. Člověk je zakotven v životě a přece není omezen krátkostí jeho trvání. (tamtéž)

Krásně to vyjadřují slova jedné evangelické modlitby: *„Doufám, nezoufám. Ty Bože mne hříšného, avšak kajícího věřícího od sebe nezaženeš, ale ospravedlníš, posvětiš, spasiš..“*

Duchovní orientace umožňuje prožít přesah sebe sama. Umožní starému člověku udržet si pocit spojení i se zemřelými lidmi, respektive pocit možnosti existence stejného spojení s pozůstalými i po vlastní smrti. Spirituální potřeby seniora vyjádřené vírou v existenci osobního Boha a jeho prožitek Boha milujícího mu přináší podporu v zátěži. V době úbytku kompetencí a zvýšeného

rizika různých ztrát je pro starého člověka oporou pocit jistoty Božího vedení, která mu pomáhá zvládnout situaci. Bůh mu ovšem zároveň poskytuje bezpečí. Zážitek Boha určujícího náš život dává i negativním událostem nějaký smysl a možnost smysluplného vyústění. Umožňuje mu přijímat ztráty jako projevy Boží vůle, které mohou mít nějaký vyšší smysl. Starý člověk vnímá události jako projev Božího řízení. Dává smysl i jeho smrti. Věřící senior má naději, že smrtí ztratí pouze jednu formu své existence, ale jeho duše bude existovat dál. Bible nechápe tělesnou smrt jako něco konečného a definitivního, ale tak, že smrt je jen branou k životu věčnému u Boha. (VÁGNEROVÁ 2000 s. 507 – 508)

Účast na bohoslužbách i soukromá modlitba umožňují celkové uvolnění a pocit podpory v situaci bezmocnosti, závislosti a osamělosti. Jde o prožitek sounáležitosti s Bohem.

Modlitba má velký význam. Geriatrický pacient bývá velice často z nějakého důvodu imobilní a nemůže se zúčastnit například bohoslužeb konaných na oddělení. Nebo chce být při kontaktu s Bohem sám. V těchto případech má soukromá modlitba své nezastupitelné místo. Je dominantní v uspokojování spirituálních potřeb.

Modlitba je výrazný, ale hlavně přístupový prvek duchovního života s neodmýslitelným vlivem na psychiku, s psychohygienickými a psychoterapeutickými účinky. Je vědomým vyjádřením touhy po spojení s Bohem, záměrným a metodickým obrácením pozornosti na Boha. Modlitba se neodmyslitelně pojí s meditačním rozjímáním, zklidněním a projasněním mysli a také s kontemplací, tichým prodléváním v pocitu Boží přítomnosti. Modlitba jako rozhovor s Bohem dává prostor širokému rozsahu lidských obav, nadějí, přání, předsevzetí, tužeb a úsilí. Realizuje se tradičními modlitebními formullemi, vlastními slovy, ale i mlčením. Bohu jsou předkládány prosby, výčitky, spílání, vyznání, díkyvdání, projevy úcty a chvály, zpytování svědomí, přiznání i dovolávání se Božího zásahu. Výklad psychologických aspektů je názorný u modlitby prosebné. Nezakrytá prosba může znamenat uvědomění si svých přání. Člověk je předkládá nejen Bohu, ale i sobě. Prosba umožňuje přiznání si vlastní

omezenosti. Může být provázena odevzdáním situace do Božích rukou, přičemž řešení, ať již je jakékoli, je předem přijato jako Jeho vůle. To věřícím pacientům umožňuje řešit obtížné situace s větší odvahou a klidem. Pochopitelně lze namítnout, že takové spolehnutí na Boha vede ke ztrátě zodpovědnosti. Upřímná modlitba by však měla obsahovat i vyznání se z vlastní snahy a činnosti. Jde vlastně o vztah, který je založen na vzájemné důvěře a samotné aktivní účasti. (ČUMPLOVÁ 2004 s. 20)

Meditace<sup>13</sup> zapojuje více fantazii a pozornost. Meditace znamená setrvání ve vnitřním klidu, ponoření se do sebe, usebrání a ztišení. Vrcholem modlitby a meditace je pak setrvávání v přítomnosti Boží s vyprázdněnou myslí prožívané jako sjednocení s Bohem ve vše prostupující kontemplaci. Přestože se účinky modlitby, meditace a kontempace na fyzické prožívání nemoci, bolesti a jiných stresových situací nedají nijak věrohodně změřit, mám za to, že věřícím geriatrickým pacientům modlitba výrazně pomáhá zvládat nelehké stavy prožívání vlastní nemoci, omezenosti a osamělosti.

Modlitba působí psychohygienicky, kdy se člověk zastaví ve svém životě, vyjde ze zaběhnutého koloběhu starostí, trápení a stereotypů všedního života. Už samo ztišení a uvedení organismu do klidu je psychohygienou, neboť spolu s jednosměrným zaměřením pozornosti přináší celkový pocit relaxace. Modlitba je také na cestě péče o duši prostředkem k nabytí trpělivosti ve snášení útrap a všedních problémů, přestože nemusí vždy znamenat jejich trvalé řešení. Modlitba nevede k bezproblémové existenci a budoucnosti, ale k celkovému optimismu, trpělivosti, snášenlivosti a vnímavosti pro poezii každodenního života. Jejím smyslem není odstranit ze života problémy, ale dát normálnímu, běžnému životu hloubku a hodnotu. (ČUMPLOVÁ 2004 s. 21)

Spirituální potřeby na sklonku života jsou velmi důležité. Člověk bilancuje, přemýšlí o minulosti, hodnotí svůj život a konfrontuje se s jeho realitou více než kdykoliv předtím. Při bližším pohledu na emoce nemocného zjistíme, že se

---

<sup>13</sup> Latinské „meditatio“ znamená cvičení a vykládá se jako strávení tajemství víry či posvátných textů a hloubání o jejich smyslu. Slovo meditace vychází také z latinského „meditari“ což je pasivní sloveso znamenající být posouván do středu. Rozšiřuje se tím původní význam meditace od rozjímání nad textem k soustředěnému pohroužení vůbec.



objevují pocity libé i nelibé. K pozitivním citům můžeme přiřadit například radost, vděčnost a lásku. K těm negativním třeba úzkost, strach, pocity viny nebo zlost. S blížícím se koncem života nabývají na důležitosti jen ty cíle, které se dotýkají samotné podstaty a smyslu života. Přicházejí události kdy se člověk dotýká transcendentní roviny. Člověku jde o završení jeho existence. Takovému člověku by mělo být umožněno, aby mohl dojít k prožitku klidu a pokoje se sebou a se světem, který opouští. Odchod ze života znamená v podstatě odloučení od všeho k čemu jsme měli emocionálně nabitý vztah. Proto je důležité dát nemocnému prostor pro rozloučení a tím mu umožnit dobrý odchod ze života, tedy odchod s prožitkem vnitřního smíru. To, co nemocný potřebuje slyšet, vyřknout či dát nějakým jiným způsobem najevo, lze shrnout do následujících bodů:

- **Odpouštím ti.** Potřeba odpustit souvisí se završením sebepoznání, s rozpoznáním vlastních pocitů bolesti a zloby vůči ostatním. Odpuštění přináší úlevu a často dramaticky mění vztahy mezi lidmi. Pečující by neměl zasahovat do rozhodování nemocného, zda, komu a co potřebuje nemocný odpustit. Měl by pozorně naslouchat a umožnit mu odpuštění vyjádřit. Ať již slovy či skutky. Nemocný může odpustit i člověku, který již nežije. Pro nemocného je totiž důležitější vlastní prožitek odpuštění než jeho samotné sdělení člověku, kterému patří. Není zcela vázáno na přítomnost toho, koho se týká.
- **Odpusť mi.** Stejnou, ne-li větší úlevu jako odpustit druhému přináší nemocnému získání odpuštění od druhého. Potřeba získat odpuštění vyvolávají pocity viny, který nemocný prožívá. Ani tentokrát by neměl být pacient svými blízkými zrazován v rozhodnutí požádat o odpuštění. Jeho pocity a přání by měly být brány vážně a měly by být respektovány. Nemocný si například může přát, aby k němu byli pozváni příbuzní, se kterými se třeba již dlouho nestýká. V tomto případě je pro nemocného důležité, aby odpuštění uslyšel, uviděl, aby

jej prostě jasně a zcela srozumitelně obdržel. Získání odpuštění přispívá velikou měrou k vnitřnímu klidu nemocného.

- Děkuji. Slovo, které sice zní prostě, ale vyjadřuje mnoho. Souvisí s pocitem vděčnosti, kterou nemocný prožívá vůči svým blízkým. Ti by měli brát toto slovo vážně a nesnižovat jeho význam pro nemocného mávnutím ruky či jej jinak odbýt. Nemocný potřebuje vědět, že jste jeho poděkování opravdu slyšeli a vzali na vědomí. Navíc je to vhodná příležitost k vyjádření vlastního poděkování nemocného za společně prožitý čas.
- Mám tě rád. Věta, pomocí které nemocný vyjadřuje svoji lásku. Může spolu s poděkováním zaznívat opakovaně. Může také zaznít po nekonečně dlouhé době poprvé. A může zaznít po předchozím odpuštění. Nemusí mít jen podobu slov, ale také může být vyjádřena v podobě gest, pohledů, dotyků. I pro nemocného je velmi důležité pocítit, že je milován.
- Sbohem. Slůvko, které vyjadřuje opravdu loučení a odloučení. Je tečkou, dovršením vztahu a konečně i celé existence člověka.  
([www.umirani.cz](http://www.umirani.cz))

V dlouhodobé nemoci u geriatrických pacientů je na jedné straně na řešení spirituálních otázek a potřeb jakoby dost času, na druhé straně je ale dlouhodobá těžká nemoc vyčerpávající, a to nejen tělesně. Jakou roli tedy duchovní (spirituální) dimenze hraje? Jak silně má být její realizace akcentována? Je možné tvrdit, že tato dimenze je určitým základem jak pro způsob, kvalitu a prožívání vztahů k ostatním lidem, tak pro vztah k sobě samému, k vlastnímu životu a u mnohých i k Bohu. Její podpora a realizace nevyžaduje jako partnera rozhovoru a prožívání ve všem stejně smýšlejícího člověka, ale v každém případě člověka, který spirituální dimenzi vnímá, s určitou úctou uznává a sám se před ní neskrývá ani před ní neprchá.

Proto je možné říci, že základním prvkem pro podporu duchovní (spirituální) dimenze nemocného starého člověka je především chápající partner v rozhovoru, který je otevřený všem tématům, které nemocného trápí. Takovýto rozhovor někdy může nabýt vyloženě náboženského charakteru, ale také nemusí. Pokud se tak stane, je zpravidla pro geriatrického pacienta nejdůležitější stupeň důvěry, který k partnerovi rozhovoru má. Dále je to odborná kompetence v oblasti náboženství. Ta je však až na druhém místě. Důležité je, aby ten, kdo saturuje spirituální potřeby nemocného, se mu v rozhovoru přizpůsobil a nechtěl vše stále převádět na svůj vlastní duchovní svět či systém. Vyžaduje to člověka hluboce ekumenicky smýšlejícího, protože jak jsem mohl ve své praxi poznat, denominační rozdíly církví se v nelehké zdravotní situaci seniorů stírají. Tradiční křesťanské církve jsou povětšinou přijímány jednotně.

Je také možné, že přijde v úvahu realizace explicitních náboženských potřeb. Například je žádáno setkání s duchovním, udělení svátostí a jiné. Zde se má nemocnému senioru samozřejmě vyjít všemožně vstříc. Bylo by velmi praktické, kdyby zdravotnický personál bez ohledu na vlastní náboženskou orientaci znal běžné potřeby praktikujících věřících u nás a měl představu o jejich naplnění, aby se nebál neznámých věcí nebo jim z neznalosti nebránil.

Nakonec bych rád uvedl něco, co se těžce dokazuje. Podle mnoha, a to jak starých, tak celkem čerstvých zkušeností, se má za nesporné, že duchovní život člověka většinou nějak pokračuje i ve stavech silně snížené schopnosti komunikace, bezvědomí, demence či kómatu. Jako zdravotní bratr mám nejednu zkušenost ze setkání s pacientem, který řadu dní i týdnů nekomunikoval vůbec se svým okolím, ale při setkání s duchovním zážitkem (většinou v podobě modlitby nebo svátosti) začal komunikovat (i neverbálně) a dovršil prakticky jakýsi vnitřní proces víry a touhy po smíření, který v něm dlouho trval a nakonec došel své plné realizace.

I změna výrazu člověka, přežívajícího například po cévní mozkové příhodě v dlouhotrvajícím bezvědomí, při modlitbě může napovídat o spirituálních prožitcích těžce nemocného. Uvádím to proto, abych podpořil názor, že nemocný

nemá být po žádné stránce „odepsán“ dokud žije, a to ani po stránce své duchovní dimenze, kterou není schopen nijak navenek projevit. Je v tom i naděje, že hluboce chápavým a empatickým přístupem je možno prospět i člověku, který nekomunikuje a kde jde zdánlivě jen o zajištění saturace biologických potřeb.

Křesťan pak je přesvědčen, že jak modlitba za nemocného, tak modlitba s nemocným, jakož i udělení některých svátostí má smysl i tehdy, když nemocný, který by ve stavu vědomí toto vše přijímal, je v bezvědomí a zdánlivě nemůže ani vnímat, ani reagovat.

Domnívám se, že není chybou, když se u dlouhodobě nemocných, dementních, umírajících či jinak těžce postižených geriatrických pacientů předpokládá více duševních a duchovních dějů, než se může na první pohled zdát. V opačném případě by se totiž mohlo našim bližním v utrpení velice ublížit, o něco je připravit v krajních životních situacích a nakonec ochudit i sami sebe o nejintimnější spoluprožívání společenství spirituality a obyčejné lidskosti.

## 6 VÝZKUM

### 6.1 Výzkumný problém

Demografický vývoj posledních let v západní civilizaci jasně vykazuje nárůst obyvatelstva starších věkových skupin. Svět, ale především Evropa stárne. Díky rozvoji lékařské vědy se neustále prodlužuje délka života. V oblasti péče o seniory přicházejí mnohé problémy. Jak zajistit s přibývajícimi léty, kdy se ve zvýšené míře objevují nemoci, také kvalitu života?

Geriatrický pacient má řadu potřeb, které by měli být naplňovány. Od těch nejzákladnějších fyziologických, psychosociálních až po spirituální. V nemocnicích či jiných zdravotně sociálních ústavech je kladen důraz především na zachování života, tišení bolesti, zajištění tepla, tedy na zajištění biologických potřeb. Až v poslední době se začíná pohlížet na nemocné seniory komplexně, v celé šíři jejich osobností, tužeb a potřeb. V rovině spirituality je to však proces velmi pomalý a saturace duchovních dimenzí geriatrických pacientů je stále na okraji zájmu v péči o ně.

Zde se otevírá široký prostor pro působení církví, dobrovolníků. To, co dnes všeobecně nazýváme sociální prací, bylo po dlouhou dobu v Evropě v podstatě doménou církve. V době komunistické totality byly církve vytlačeny i z této oblasti svého působení. Je však z podivem, že téměř po sedmnácti letech od listopadové revoluce v roce 1989 se církve do péče o nemocné seniory zapojují jen velmi málo a pomalu. Myslím si, že právě oblast naplňování spirituálních potřeb geriatrických pacientů či nemocných vůbec, by měla být jednou z domén církví. Mělo by docházet ke koordinované spolupráci mezi zdravotníky, psychology, sociálními pracovníky, osobami v duchovním povolání a dalšími, kteří se podílejí na ošetrovatelském procesu. Tento proces by měl ve svých důsledcích zkvalitňovat život geriatrických pacientů. Rovnováha v saturaci všech potřeb nemocných seniorů může takovou kvalitu přinést.

## 6.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu, který je součástí mé diplomové práce, je získat prostřednictvím řízeného strukturovaného rozhovoru co nejvíce informací o naplňování spirituálních potřeb geriatrických pacientů.

V první části výzkumu jsem se snažil zjistit poměr věřících a nevěřících na geriatrickém oddělení VFN. V druhé části pak zjistit uspokojování spirituálních potřeb věřících pacientů. Závěr výzkumu je věnován otázce možnosti zlepšení kvality života seniorů hospitalizovaných na tomto oddělení a možnosti vylepšení saturace duchovních potřeb věřících geriatrických pacientů.

## 6.3 Hypotézy

Hypotéza 1 – Předpokládám, že víra pomáhá věřícím geriatrickým pacientům lépe zvládat nemoc, hospitalizaci a jejich celkový stav.

Hypotéza 2 – Předpokládám, že návštěvy farářů a pastoračních asistentů ve VFN, Geriatrické klinice Londýnská nejsou časté.

Hypotéza 3 – Předpokládám, že věřící pacienti hospitalizovaní na geriatrii by uvítali, kdyby se ve VFN, Geriatrické klinice Londýnská konaly bohoslužby.

Hypotéza 4 – Předpokládám, že pacienti hospitalizovaní na VFN, Geriatrické klinice Londýnská by uvítali osobní návštěvy faráře.

Hypotéza 5 – Předpokládám, že geriatričtí pacienti by uvítali a měli za prospěšné návštěvy a rozhovory s pastoračními asistenty

## 6.4 Metoda výzkumu

Na získání informací od respondentů jsem použil metodu řízeného strukturovaného rozhovoru s předem připravenými uzavřenými otázkami.

„Rozhovor jako výzkumnou techniku je možno definovat jako systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel.“ (ZICH 2004 s. 39) Rozhovorem lze zjišťovat subjektivní pocity, prožitky, znalosti, názory a zkušenosti vybraných jedinců.

Vzhledem k tomu, že fyzický i psychický stav cílové skupiny neumožňuje dlouhodobější vnímání, obsahoval rozhovor pouze 5 otázek na zjištění základních informací týkajících se dané problematiky.

## 6.5 Metodika výzkumu

Po načerpání poznatků týkajících se problematiky péče o geriatrického pacienta z odborné literatury, nastala fáze přípravy výzkumu a formulace konkrétních otázek do rozhovoru.

Výzkum byl realizován na odděleních Geriatrické kliniky VFN, Londýnská 15, Praha 2, kde v době výzkumného šetření bylo hospitalizováno celkem 80 pacientů. Z celkového počtu 80 pacientů bylo schopno komunikace 59 z nich. Při výzkumu jsem volil způsob přímého individuálního dotazování.

Přípravná fáze výzkumného šetření obsahovala zjištění poměru věřících a nevěřících pacientů. Z celkového počtu 59 hospitalizovaných geriatrických pacientů, kteří byli schopni odpovědi se k víře přihlásilo 43 jedinců, z toho 32 žen a 11 mužů. Věkový průměr zkoumaného vzorku byl 81, 93 let. Nejmladšímu dotazovanému jedinci bylo 62 let, nejstaršímu 99 let.

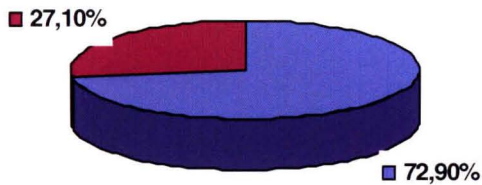
V další fázi výzkumného šetření bylo skupině věřících pacientů položeno 5 otázek z předem připraveného rozhovoru.

Po oslovení respondentů a získání informací jsem přešel k vyhodnocování výzkumu. Jednotlivé otázky v rozhovoru byly koncipovány na základě hypotéz. Odpovědi jsem vyhodnotil matematicko – statistickou metodou a výsledky zpracoval do grafů.



## 6. 6 Výsledky šetření

Graf znázorňující poměr věřících a nevěřících hospitalizovaných geriatrických pacientů na oddělení VFN, Geriatrická klinika Londýnská.

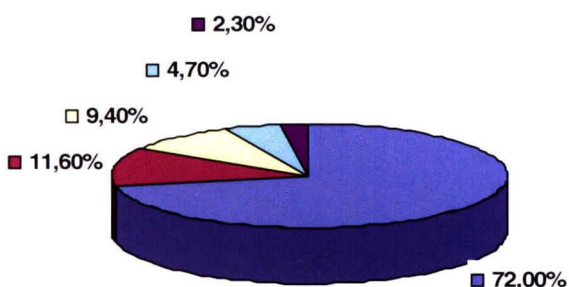


■ věřící  
■ nevěřící

RELIGIOZITA	POČET
Věřící	43
Nevěřící	16

Na oddělení VFN, Geriatrická klinika Londýnská se k náboženskému vyznání přihlásilo 72,9 % dotazovaných pacientů. Celkem 27,1 % pacientů prohlásilo, že jsou nevěřící.

Graf znázorňující zastoupení jednotlivých křesťanských denominací v náboženském vyznání pacientů na oddělení VFN, Geriatrická klinika Londýnská.

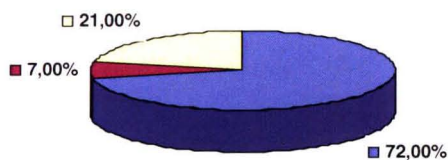


■ římskokatolické vyznání  
■ CČSH  
□ evangelického vyznání  
■ pravoslavného vyznání  
■ svědci Jehovovi

DENOMINACE	Počet
římskokatol. vyznání	31
CČSH	5
evang. vyznání	4
pravoslavné vyznání	2
Svědci Jehovovi	1

Největší počet pacientů (72 %) se přihlásil k římskokatolickému vyznání. Druhé nejvyšší zastoupení (11,6 %) měla Církev československá husitská. K evangelickému vyznání se přihlásilo 9,4 % dotazovaných. Pravoslavné vyznání uvedlo 4,7 % respondentů. Nejmenší zastoupení (2,3 %) měla společnost Svědků Jehovových.

**Otázka č. 1:** *Myslíte si, že Vám víra pomáhá lépe zvládat Vaši současnou situaci?*

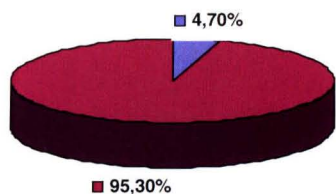


■ ano  
■ ne  
□ nevím

ODPOVĚĎ	POČET
Ano	31
Ne	3
Nevím	9

Na tuto otázku odpovědělo kladně celkem 72 % dotazovaných. Pouze 7 % respondentů prohlásilo, že jim víra nepomáhá lépe zvládat jejich současnou situaci.

**Otázka č. 2:** *Navštěvuje Vás farář či pastorační asistent?*

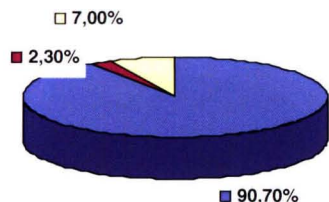


■ ano  
■ ne

ODPOVĚĎ	POČET
Ano	2
Ne	41

Pouze 4,7 % respondentů odpovědělo, že za nimi do nemocnice chodí farář nebo pastorační asistent. Zbýlých 95,3 % dotazovaných uvedlo, že je farář ani pastorační asistent nenavštěvuje.

**Otázka č. 3:** *Uvítal(a) byste, kdyby se zde (VFN, Geriatrická klinika Londýnská) konaly bohoslužby?*

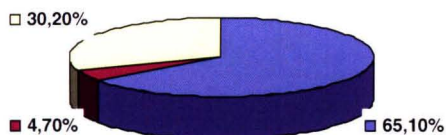


■ ano  
■ ne  
□ nevím

ODPOVĚĎ	POČET
Ano	39
Ne	1
Nevím	3

Na tuto otázku většina dotazovaných (90,7 %) odpověděla pozitivně. Přesné stanovisko nezaujalo 7 % hospitalizovaných pacientů. Pouze 2,3 % respondentů si nepřeje, aby se na oddělení VFN, Geriatrická klinika Londýnská konaly bohoslužby.

**Otázka č. 4:** *Uvítal(a) byste osobní návštěvu faráře?*

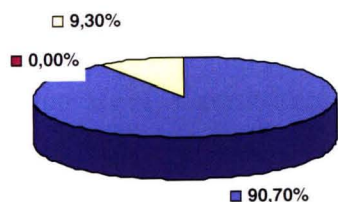


■ ano  
■ ne  
□ nevím

ODPOVĚĎ	POČET
Ano	28
Ne	2
Nevím	13

K této otázce zaujalo kladný postoj 65,1 % dotazovaných. Nevědělo nebo nemělo vyhraněný názor celkem 30,2 % pacientů. Negativně se vyjádřilo pouze 4,7 % respondentů.

**Otázka č. 5:** *Myslíte si, že by pro Vás bylo prospěšná návštěva a rozhovor s pastoračním asistentem?*



■ ano  
■ ne  
□ nevím

ODPOVĚĎ	POČET
Ano	39
Ne	0
Nevím	4

Celkem 90,7 % dotazovaných pacientů odpovědělo, že by pro ně byla prospěšná návštěva pastoračního asistenta. Zbýlých 9,3 % respondentů nemělo vyhraněnou odpověď na tuto otázku. Nikdo nezvolil odpověď ne.

## 6.7 Závěry šetření

H 1 – Předpokládal jsem, že víra pomáhá věřícím geriatrickým pacientům lépe zvládat nemoc, hospitalizaci a jejich celkový stav. Tato hypotéza se potvrdila.

Vzhledem k tomu, že celkem 72 % dotazovaných pacientů odpovědělo, že jim víra pomáhá zvládat jejich současnou situaci je možné tvrdit, že víra či náboženská zkušenost dává geriatrickým pacientům oporu v jejich nemoci a pomáhá jim zvládat překážky, které jsou vyvolány zdravotním postižením. Víra v Boha je pro věřící geriatrické pacienty významnou pomocí v době hospitalizace.

H 2 - Předpokládal jsem, že návštěvy farářů nebo pastoračních asistentů ve VFN, Geriatrické klinice Londýnská nejsou časté. Tato hypotéza se potvrdila



K mé lítosti se bohužel potvrdila hypotéza, že návštěvy farářů či pastoračních asistentů nejsou časté. Dokonce jen 2 respondenti uvedli, že je farář nebo pastorační asistent navštěvuje. To znamená, že 41 ze 43 geriatrických pacientů zůstává bez pastoračních služeb

H 3 – Předpokládal jsem, že věřící pacienti hospitalizovaní na geriatrii by uvítali, kdyby se ve VFN, Geriatrické klinice Londýnská konaly bohoslužby. Tato hypotéza se potvrdila.

Drtivá většina (39 ze 43 dotazovaných) by uvítala konání bohoslužeb na geriatrickém oddělení. Pouze jeden respondent zaujal negativní stanovisko. Protože se na geriatrickém oddělení všeobecné fakultní nemocnice bohoslužby nekonají, myslím si ze závěru této hypotézy, že by bylo prospěšné, kdyby se v tomto ústavu bohoslužebná shromáždění pravidelně svolávala. Senioři by to přijali velmi pozitivně.

H 4 – Předpokládal jsem, že pacienti hospitalizovaní na VFN, Geriatrické klinice Londýnská by uvítali osobní návštěvy faráře. Tato hypotéza se potvrdila.

Nadpoloviční většina dotazovaných (65,1 %) uvedla, že by si návštěvu faráře přála. Hlavním důvodem, proč by si takovou návštěvu přáli, uváděli pacienti potřebu přijetí svátosti, konkrétně svátost eucharistie (Večeře Páně). Zajímavé bylo zjištění, že 30,2 % klientů geriatrické kliniky nedokázalo na tuto otázku zaujmout vyhraněné stanovisko. Pramenilo to z toho, že si návštěvu faráře spojovali především se službou tzv. posledního pomazání. Tedy se službou umírajícím.

H 5 – Předpokládal jsem, že geriatričtí pacienti by uvítali a měli za prospěšné návštěvy a rozhovory s pastoračními asistenty. Tato hypotéza se potvrdila.

Převážná část respondentů (90,7 %) by velmi uvítali návštěvy a rozhovory s pastoračními asistenty. Mnozí z nemocných si připadají osamělí a setkání s lidmi,

kteří jim naslouchají je pro ně vítaným povzbuzením. Tuto skutečnost potvrdilo také to, že nikdo z dotázaných přímo neodmítl návštěvy pastoračních asistentů.

## ZÁVĚR

Problematika uspokojování spirituálních potřeb geriatrických pacientů ve zdravotnickém zařízení je u nás zatím málo prozkoumané téma. I přes určitou možnost čerpání cenných poznatků ze zahraničí praxe je třeba se zabývat tímto tématem i v našich poměrech. Právě bádáním v této oblasti lze usplnit možnost vytvoření podmínek a programů péče o geriatrické pacienty na zlepšení jejich pobytů v ústavních zařízeních a zlepšit saturaci jejich potřeb.

Když jsem se vydal na cestu bližšího poznání této problematiky, narazil jsem na spoustu překážek. Především u nás existuje velmi málo materiálu pojednávajícího o spirituálních potřebách hospitalizovaných seniorů. Většina dostupné literatury dotýkající se této věkové skupiny je zaměřena hlavně na umírající. A i tyto materiály jsou stále ve velmi omezeném množství.

Další překážku představovalo výzkumné šetření geriatrických pacientů. Nebylo jednoduché navazovat kontakt. Někteří měli silně narušenou komunikační schopnost. Jiným jejich onemocnění nedovolovalo udržet pozornost příliš dlouho. Nebo déle trvalo než pochopili význam otázek. To byl největší problém u pacientů s různým stupněm demence.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že spirituální potřeby geriatrických pacientů na geriatrickém klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze nejsou zcela uspokojovány.

Osobně mě velmi překvapil celkový počet seniorů hlásících se k víře. Procentuálně vyjádřeno to bylo plných 72,9 % pacientů. Naprostá většina se hlásila k tradičním křesťanským církvím. Podle mého očekávání největší podíl na zastoupení věřících v této skupině měla římskokatolická církev.

Výsledky výzkumného šetření dále ukázaly, že mnoho hospitalizovaných seniorů by velmi rádi prožívali společně bohoslužebné obecnství i v nemocnici. Vyjadřovali touhu po setkání s Bohem při svátostném společenství. Zároveň by jim nečinilo problémy účastnit se bohoslužeb, kterou by vysluhoval farář jiného vyznání, než je to jejich.



Očekával jsem, že návštěvy farářů nebo pastoračních asistentů na tomto oddělení nebudou nijak časté. Šokovalo mě zjištění, že pouze dva respondenti byli pravidelně navštěvováni duchovními. Chyba nebude jenom na straně církví, rodiny ale zřejmě i na zdravotnickém zařízení, respektive na špatné komunikaci mezi všemi zúčastněnými stranami.

Téměř všichni dotazovaní, kteří byli hospitalizováni na geriatrické klinice VFN uvedli, že by přivítali pravidelné návštěvy duchovních, pastoračních asistentů nebo dobrovolníků, se kterými mohli sdílet své současné problémy, hovořit o víře a Bohu.

V závěrech vyvozených z výzkumného šetření spatřuji velkou závažnost problematiky uspokojování spirituálních potřeb. Myslím si, že je zde stále mnoho problémů nedořešeno nebo se na některé zatím vůbec nepoukázalo. Obrovský prostor se zde otevírá především církvím k jejich misijní a hlavně pastorační péči. Mělo by se více využívat dobrovolnických sil na těchto odděleních. Z vlastní zkušenosti vím, že zdravotní sestra je zavalena prací na uspokojování základních biologických potřeb a rozbujelou, někdy zcela zbytečnou administrativou. Na naplňování spirituálních dimenzí geriatrických pacientů ji prostě nezbyvá čas. Také to není ani jejím posláním. Toto by být posláním především církve a rodiny.

Nezbývá mi než konstatovat, že spirituální potřeby geriatrických pacientů na geriatrické klinice VFN, jsou-li uspokojovány, tak zcela chaoticky, individuálně a jak z výsledků výzkumného šetření vyplývá spíše nejsou saturovány vůbec. Do jaké míry se tento nepříliš pozitivní výsledek podobá situaci v jiných zdravotnických zařízeních podobného typu si netroufám tvrdit. Rozhodně prospěje, budeme-li se touto problematikou nadále intenzivně zabývat. Protože v konečných důsledcích půjde jednou i o nás, nejen o dnešní seniory a jejich kvalitu prožívání, ale i o náš podzim života.



## POUŽITÁ LITERATURA

BAŠTECKÝ, KÜMPEL, VOJTĚCHOVSKÝ A KOL. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-070-8.

BENEŠOVÁ, V. a kol. *Úrazy seniorů a možnosti jejich prevence*. Příbram: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, 2003. ISBN 80-239-2104-5.

CAGAŠ, P. *Spiritualita a osobnostní vývoj*. In *Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2005, roč. 11, č. 5, s. 35 – 37. ISSN 1212-9607

ČUMPLOVÁ, V. *V modlitbě poznáte sami sebe*. IN *Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2004, roč. 10, č. 4, s. 20 – 21. ISSN 1211-5886

GREGOR, O. *Stárnout, to je kumšt*. Praha: Olympia, 1983.

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

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

HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Kutilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha: Knižní klub ve spolupráci s nakl. Columbus, 1997. ISBN 80-7176-536-8 (Knižní klub). ISBN 80-85928-97-3 (nakladatelství Columbus).

HEGYI, L. *Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontologie a geriatricie*. Bratislava: IVZ, 1996. ISBN 80-7163-005-5.

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kol. *Geriatricie a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. a kol. *Vybrané kapitoly z geriatricie a medicíny chronických stavů II. Díl*. Praha: III. Interní klinika 1. LF UK, 1995. ISBN 80-7184-001-7

KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-235-4.

KUBÍČKOVÁ, M. *Stáří jako životní šance*. Praha: Onyx, 1994. ISBN 80-85228-07-6.

KUKOLOVÁ, M. *Mentální aktivizace seniorů*. In *Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2005, roč. 11, č. 12, s. 28 – 30. ISSN 1212-9607

KUKOLOVÁ, M. *Nemocným seniorům psychoterapie pomáhá*. In *Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2005, roč. 11, č. 2, s. 28 – 30. ISSN 1212-9607

KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.

MÁLKOVÁ, J. Problematika špatného zacházení se starými lidmi. In *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2004, roč. XIV, č. 7 – 8, s. 55. ISSN 1210-0404.

MATOUŠEK, O, KOLÁČKOVÁ, J, KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MLČOCHOVÁ, R. *Logoped v gerontologickém centru*. In *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2004, roč. XIV, č. 7 – 8, s. 56. ISSN 1210-0404

ONDOK, J. P. *Bioetika*. Svitavy: Trinitas, 1999. ISBN 80-86036-24-3.

PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J., a kol. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 1995. ISBN 80-200-0497-1.

PLEVOVÁ, J., BOLELOUCKÝ, Z. *Psychofarmakoterapie vyššího věku*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-959-4.

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-078-0.

STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995.

ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0440-4.

TOPINKOVÁ E. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, 2002. ISBN 80-238-9506-0.

TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, 2002. ISBN 80-238-9505-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vydání 3. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0015-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

ZICH, F. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Eupress, 2004. ISBN 80-86754-19-7.



## INTERNETOVÉ ZDROJE

NÁRODNÍ RADA ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH A ČESKÁ GERIATRICKÁ A GERONTOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Desatera komunikace pro pacienty s různým druhem postižení.* 10. 6. 2006  
<http://www.pecujici.cz/publikaceonline.shtml>

KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby pacientů* . 22. 5. 2006  
<http://www.umirani.cz/index.php?lang=cs&cmd=page&id=233&item=11>

ALEŠ, M. *Vývoj obyvatelstva ČR v mezinárodním srovnání* 8. 4. 2006  
<http://csu.statnisprava.cz/edicniplan.nsf/p/1604-02>

NORWOOD, G. *Maslow's hierarchy of needs* 15. 6. 2006  
<http://www.deepermind.com/20maslow.htm>

## PŘEDNÁŠKY

ONDRUŠOVÁ, J. *Gerontologie a sociální geriatric I., II.* UK HTF.

MAREŠOVÁ, L. *Práce se seniory I., II.* UK HTF.

KRAHULCOVÁ, B. *Člověk s narušenou komunikační schopností II.* UK HTF.

# PŘÍLOHA Č. 1

## PYRAMIDA LIDSKÝCH POTŘEB DLE A. MASLOWA



## PŘÍLOHA Č. 2

### DOTAZNÍK

1. Myslíte si, že Vám víra pomáhá lépe zvládat Vaši současnou situaci?
2. Navštěvuje Vás farář či pastorační asistent?
3. Uvítal(a) byste, kdyby se zde (VFN, Geriatrická klinika Londýnská) konaly bohoslužby?
4. Uvítal(a) byste osobní návštěvu faráře?
5. Myslíte si, že by pro Vás bylo prospěšná návštěva a rozhovor s pastoračním asistentem?

