

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ , O.P.S.**  
**PRAHA**

**EUTANAZIE - ano či ne - teoretická práce**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Monika Šimánková**

**2007**

# **EUTANÁZIE – ANO ČI NE TEORETICKÁ PRÁCE**

**Bakalářská práce**

**MONIKA ŠIMÁNKOVÁ**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE**

MUDr. Ralbovský

Stupeň klasifikace: Bakalář  
Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31  
Datum obhajoby:

**Praha 2007**

## **ABSTRAKT**

Šimánková, Monika: Eutanázie- ano či ne, teoretická práce. (Bakalářská práce) (Monika Šimánková – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář ve všeobecné sestře. Školitel MUDr. Ralbovský, Vysoká škola zdravotnická Praha, 2007

Hlavním tématem bakalářské práce je zaměření na eutanázii a starší chronicky nemocní lidé. Teoretická část práce charakterizuje stařecký věk, potřeby vycházejících z WHO. Nosnou částí je i zařazení pacientů do běžného života, edukace, péče. Grafické znázornění pohledu starších lidí k chronickým onemocněním, eutanázii a umírání.

## **PŘEDMLUVA**

Jak překonat stáří a nemoci to by každý rád věděl. Existuje množství knih i časopisů s podobnou tematikou jak starší lidé snášejí nemoci, stáří samotné a jak se připravují nebo srovnávají se smrtelností, jak se dívají na eutanázii.

Výběr tématu práce byl ovlivněn při stálém setkávání umírání v nemocnicích, při nakupení chronických či nádorových onemocnění. Materiál jsem čerpala jak z knih, časopisů, ale i od samotných chronicky nemocných.

Práce je určena studentům všeobecné sestry, mohou v ní najít zajímavosti a utvořit si tak vlastní názor na eutanázii.

Úvod	7
<b>1. Aspekty stárnutí</b>	
• 1.1 Psychologické aspekty stárnutí	8-10
• 1.2 Patofyziologie stárnutí	11
• 1.2.1 Výskyt somatických onemocnění ve vyšším věku	12-13
• 1.2.2 Onemocnění kardiovaskulárního systému	14-15
• 1.2.3 Onemocnění pohybového systému	15-16
• 1.2.4 Onemocnění endokrinního systému	17
• 1.2.5 Onemocnění močopohlavního systému	18
• 1.2.6 Onemocnění dýchacího systému	18-19
• 1.2.7 Onemocnění zažívacího systému	19-20
• 1.2.8 Onemocnění smyslových orgánů	20-22
• 1.2.9 Onkologické onemocnění	22-24
• 1.3 Výskyt duševních onemocnění ve vyšším věku	24-25
• 1.3.1 Alzheimerova choroba	25
• 1.3.2 Demence	25-26
• 1.3.3 Ateroskleróza	26
• 1.3.4 Huntingtonova choroba	26
• 1.3.5 Delirijní stavy	26-27
• 1.3.6 Parkinsonova choroba	27
• 1.3.7 Depresivní stavy	27-28
• 1.3.8 Paranoidní stavy	28
• 1.4 Pacient v terminálním stadiu onemocnění z med.hlediska	28-30
• 1.4.1 Práva nevyléčitelně nemocných a umírajících	30-31
• 1.4.2 Problém deklarace diagnózy , prognózy a tanatogénní situace	31-32
<b>2. Paliativní péče</b>	<b>33-34</b>
• 2.1 Pilíře paliativní péče	34-35
<b>3.0 Eutanazie</b>	<b>36-37</b>
• 3.1 Státy uskutečňující eutanazii	37-40
<b>4. Odkaz pro praxi</b>	
• 4.1 Klást důraz na uskutečňování prevence	41
• 4.2 Věnovat pozornost problematice snížení samostatnosti a zvýšení závislosti	41-42
• 4.3 Aktivní příprava na stárnutí	42
• 4.4 Zabránění vzniku sociální izolace	42

•	<b>4.5 Zprostředkování informací</b>	<b>43</b>
<b>5.</b>	<b>Formulace problémů a postup jejich řešení</b>	
•	<b>5.1 Nastolení problémů</b>	<b>44</b>
•	<b>5.2 Formulace pracovních hypotéz</b>	<b>44</b>
•	<b>5.3 Charakteristika použité metody</b>	<b>45</b>
•	<b>5.4 Charakteristika respondentů</b>	<b>45</b>
•	<b>5.5 Analýza a interpretace dosažených výsledků</b>	<b>46-60</b>
•	<b>5.6 Vyhodnocení hypotéz</b>	<b>63-64</b>
<b>6.</b>	<b>Diskuze k výsledkům</b>	
•	<b>6.1 Diskuze k výsledkům v teoretické oblasti</b>	<b>65</b>
•	<b>6.2 Diskuze k výsledkům získaných pomocí dotazníků</b>	<b>65</b>
	<b>Použitá literatura</b>	<b>66</b>
	<b>Příloha - dotazník použitý k průzkumu</b>	<b>67-70</b>

## Úvod

Stárnutí v dnešní době přestalo být výsadou několika šťastných lidí , ale je dopřáno většině z nás. Ještě nikdy v historii lidstva se tolik lidí nedožilo vlastního stáří, teda 80. anebo 90.let. Odhaduje se, že v Čechách žije v současnosti 13,5% obyvatel ve věku nad 65let. Jen za posledních deset let přišlo u nás k významnému poklesu úmrtnosti a k prodloužení délky lidského života. Bohužel v současné době je stárnutí spojené s vysokou nemocností , polymorbiditou , zhoršování fyzické zdatnosti a se snižování samostatnosti. Člověk přicházející k hranici stárnutí je tak konfrontován s množstvím negativních aspektů, které jsou spojené s postupujícím věkem.Těmito změnami si vyžádají pomoc specialistů z více oborů ( medicína, psychologie, léčebná pedagogika, sociologie, teologie apod. ).Celá moje práce přinese ucelený náhled na složitý proces stárnutí jako na každodenní skutečnost s kterou se stárnoucí člověk setkává. Proto se v práci pokusím přinést obraz na proces stárnutí z více aspektů. Využiji přitom moje několikaleté zkušenosti z oblasti práce se starými chronickými a umírajícími pacienty. Kde jsem velmi často svědkem zápasu těchto lidí se smrtí, pokusím se přinést v této práci možnosti tak potřebné pomoci. Práce je systematicky rozdělena do více kapitol, které pomůžou přinést ucelený obraz. V teoretické části se zaobírám problematikou stárnutí z psychologického a medicínského hlediska. Pokusila jsem se zachytit názory na proces stárnutí z pohledů specialistů z rozličných oborů, jako i vývoj péče o staré lidi a možnosti odborné péče. V praktické části prezentuji výsledky mého průzkumu, do kterého bylo zapojeno 90lidí ve věku nad 60let.

# 1.Aspekty stárnutí

## 1.1 Psychologické aspekty stárnutí

"Každý z nás je originální a jedinečná osobnost.Občas se říká : Potom co nás Bůh stvořil, rozbil formičku. Ve skutečnosti je každý z nás utvořený podle jedinečné a neopakovatelné formičky. Nikdo nikdy nebyl, a ani nebude přesně takový jako já nebo ty "(Powel J. 1996). Na začátku života je člověk jako zavřené poupě květu anebo rostliny. Až když se poupě rozevře na slunci a přijme výživu z mateřské půdy, otevře se a odhalí celou svou krásu, která je v ní ukrytá. Tak to je i s člověkem. Nejdřív musí dostat teplo lidské lásky a jistotu i starostlivost rodičovské lásky, aby se mohl rozvíjet. Je to nevyhnutelné, jestliže má člověk ukázat světu svojí jedinečnou krásu, který Bůh vložil do každé lidské bytosti. Tak i člověk, kterému chybí teplé slovo, laskavé povzbuzení, který musí odolávat chladu bez projevu lásky porozumění, zůstane uzavřený do sebe. Člověk pak není schopný přijmout sám sebe, což je předpokladem pro přijetí druhých a přijetí zodpovědnosti za svoje činy. A zodpovědnost souvisí se svobodou člověka. A svoboda znamená možnost volby a zároveň je za svoje rozhodnutí zodpovědný : "Moje svoboda je postavená na tom,že volím to, co jsem a jaký jsem."(Bouland H. 1996). V životě člověka se vyskytuje množství nepříjemných a často deprimujících životních okamžiků a situací, které nemůžeme změnit, ale musí se s nimi vyrovnat. Jednou z nich je i stárnutí. Stárnutí člověka je nezvratný, protirečný, asynchronní a složitý proces. Přináší o moc větší problémy jako jen biologickou degeneraci lidského organismu. To není jen sobecká touha předcházet vráskám a šedinám, ale i problémy psychosociálním, výživové, fyzické. Je přirozeným jevem pro každého jedince, pro každou rodinu, pro každou komunitu a pro každou společnost. Stárnutí jako biologický proces je realitou, kterou je třeba přijmout a právě tuto skutečnost motivovat svůj osobní život k jeho plnému a užitečnému přežití. Povzdechy mnohých kdyby jsem ještě žil,kdybych sem ještě teď byl mladý, kdybych byl ještě svobodný, kdyby sem si ještě mohl vybrat povolání a mnoho podobných dokazují, že potřeba smysluplného a užitečného života je nejvlastnější potřebou každého člověka. Dívejme se teda na stáří jako na výsledek lidské ontogeneze. Je psychický portrét. Aristoteles říkal, že posuzovat starého člověka bez vztahu k jeho předcházejícím etapám vývoje je velmi nevhodné a nesmyslné. Napříč obrovským rozdílům se však některé psychické projevy společné pro všechny staré lidi. Je známé, že typické vlastnosti člověka se ve stáří zvyrazňují. Kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý. Kdo měl rád slovní potyčky, je ve stáří nesnášenlivý a vztahovačný. Samozřejmě takový pohled je velmi hrubí a paušalizující. Dnešní demografická, ekonomická, společenská a zdravotní situace nutí odborníky zvýšit pozornost studiu psychiky. Psychologické aspekty stárnutí se stávají předmětem odborného zájmu prakticky až ve 20.století. Jejich studium je metodicky náročné a těžko přístupné. Výsledky různých studií zatím nebyly zkompletované do obrazu, který by vystihoval plasticitu psychického života starých lidí. Není známá tzv. stařecká norma v psychologii. Poznatky v této oblasti jsou zatím částečné, ale napříč tomu je možné vidět aspoň některé části výsledků. Všeobecně s věkem klesá vitalita a energie, dochází k celkovému zpomalení psychomotorického tempa a senzo-motorické funkční koordinaci. Řeč starých



lidí bývá pomalejší, někdy je rozvláčná. Každá činnost trvá staršímu člověku déle. Na druhé straně je toto negativum vyrovnané důsledností, systematickostí a důkladností. Zdravý starý člověk je vytrvalý a trpělivý i při monotónii činnosti. Za typické je možné považovat poruchy paměti. Zapomínání však není výhradně rysem stáří. Je nesporné, že ve stáří dochází k pravidelnému snížení zapamatovatelnosti, vnímavosti a představitelnosti. Starý člověk si velmi dobře vzpomene na dětství, ale nedokáže si vzpomenout co dělal včera. Novější studie přinesly zajímavé údaje o tom, že i přes poruchy paměti není intelektuální úroveň starých lidí zdravých lidí výrazně poškozená. Základní slovní zásoba, kterou jedinec ovládal už v mládí je zachována až do vysokého věku, u některých má dokonce mírně stoupající tendenci. Většina odborníků z oblasti geriatricke a klinické psychologie udává že ve stáří dochází k úbytku fantazie a invence. Tvořivé schopnosti bývají zachované, ale nápady se nedostávají pohotově. Někdy chybí výraznější motiv pro činnost, která je ještě realizovatelná, ale není vymizelá. Ve vyšším věku klesá celková schopnost adaptability. Staří lidé bývají nejistí až úzkostliví v neznámém prostředí právě tak, jako v rozhovoru s neznámými lidmi. Nápadné povídání konzervativního typu je pravidelně pozorované při přestěhování starého člověka a to i tehdy jde-li o změnu k lepšímu. S nedůvěrou ke všemu se setkáváme u starých lidí velmi často. Staří lidé jsou nedůvěřiví nejvíce k mladým lidem. Od nedůvěry je často už jen krůček k podezřívavosti, která nakonec vyústí do pocitu nejistoty, která se může manifestovat nepřiměřenou starostlivostí anebo úzkostlivostí. Starý člověk se bojí, že ho oklamou, bývá nesnášenlivý, někdy vztahovačný. Protože taky špatně vidí a špatně slyší a není už tak pohyblivý, vysvětluje si i dobré mínění anebo neutrální jednání "po svém". Klesá celková i psychická soběstačnost- stoupá závislost. V nemoci se tato závislost prohlubuje. Starý člověk trpí zvýšenou unaveností, poruchami spánku a mrzutostí. Tyto těžkosti se dají minimalizovat při dobré starostlivosti o staré lidi. Problém však zůstává častý smutek, deprese, sociální a citová deprivace. Závažným problémem je u lidí, kteří ovdověli nebo prožili život jako svobodní a bezdětní. Potřeba blízké osoby a určitého citově laděného partnerského vztahu se ve stáří ještě zvyšuje. A zvláště je frustrující fakt, že věkem se počet příležitostí k navázání potřebné známosti redukuje až je nulový. Staří lidé víc uvažují o smyslu lidského života všeobecně a o smyslu vlastního života. Retrospektivně hodnotí svůj život, vrací se ke svému mládí, k tomu co bylo dobré, anebo zlé. Někdy proto převažuje nespokojenost nad prožitým životem, málokdy převažuje spokojenost. V mnohých případech se uzavírají, žijí víc ve svém světě. Odklon od materiálních hodnot k duchovním - možné považovat za hlavní psychický rys ve stáří. Existují i opačné případy, kdy starý člověk sbírá i nepotřebné věci, haraburdí, protože má strach z bídy a věci mu dodávají pocit jistoty, že se s nimi když tak z bídy vykoupe.

Většina autorů tvrdí, že s postupujícím věkem dochází k celkovému omezení emotivity. Bývají oslabené vyšší city velmi často i estetické citění. Výsledkem bývá nevábny zevnějšek, často zanedbaný, nečistý byt a jiné.

Tvrzení o omezených emocích bývá dávano do souvislosti s tím, že starý člověk opakovaně prožil situaci vyvolávající střídavě kladnou a zápornou odezvu. Je psychickým zákonem, že se intenzita reakce na každé další opakování toho daného podnětu snižuje. Dalo by se tedy všeobecně říci, že starý člověk toho mnoho prožil a nic už ho tak nevyvede z míry. A přeci se stává, že starý člověk mívá pláč na krajíčku. Bývá lítostivý i na malé

podněty, který v něm vyvolávají dojetí, pláč ale i nepřiměřený výbuch zlosti. Citová labilita při emotivní omezenosti je záhadou. Pláč, lítostivost právě tak jako tvrdohlavost, vzdorovitost a negativistické projevy ke všemu a všem je možné často vidat u starých a nemocných lidí. Citová labilita má vztah taky k momentálnímu fyzickému stavu a aktuálnímu podnětu, který je sám o sobě na nižší úrovni, ale ve vnitřním spojení např. při vzpomínce na dávnou událost anebo podobnou situaci vytváří důvod k chování, které okolí klasifikuje jako nepřiměřené. Starý člověk čas od času prožívá strach z chorob, které přeci "musí" přijít, uvažuje o konci vlastního života. To je určitě pochopitelné. U starých lidí bývá zvýšený počet sebevražd, které mívají vztah k myšlenkovým pochodům tematizujícím smrt, ale i k negativní celoživotní bilanci a faktické či imaginární ztrátě perspektivy. Celkový obraz starého člověka charakterizují tedy rigiditu v myšlení a chování, poruchy koncentrace pozornosti i paměti a lpění na zvycích a zvyklostech. Psychika ve stáří má však i pozitiva : vytrvalost v monotónních tělesných i duševních činnostech, trpělivost, někdy větší pochopení pro problémy druhých, rozvaha, větší stálost v názorech i vztazích, obezřetnější a opatrnější přístup k stanoveným úlohám, životní nadhled. Životní a lidská zkušenost, která dovoluje spolehlivě odlišit podstatné od nepodstatného. Celkové ladění starého člověka může být altruistické. Z uvedeného vyplývá, že záleží na osobní zodpovědnosti každého člověka či se pokusí minimalizovat anebo kompenzovat ty vlastnosti, které okolí právem považuje za nepřiměřené. Předpokladem moudré staroby s převahou pozitiv je nejen znalost, jako se účinně bránit prudkému pádu, ale také akceptace skutečnosti, že ten pád nastat musí. Uvážit tedy možné a respektovat zákonité. Pěstovat harmonii a usilovat, aby byla zachovaná i tehdy, kdy věk s sebou přináší pokles životní vitality a čilosti. Ne vždy třeba lidi napomínat a už vůbec odsuzovat, anebo smát se jim, ale chápat, proč dělají to a nebo ono a snažit se jim rozumět. Jen stáří nám ukazuje, co bylo v našem životě podstatné, jen ve stáří vidíme, o co nám kdy šlo, či o sebe, o rodinu, o práci, děti, o lásku či majetek. Starý člověk dobře ví, že nemůže začít znovu, vdát se, či oženit, mít další děti, jiné povolání. Jeho život má definitivní charakter, neboť všechno je už vlastně hotové a jde jen o to jak dokáže tu hru dohrát, jak se dokáže s tím v čem žije vyrovnat jak to všechno dokáže přijmout. Toto období má i svoje přednosti neboť chybným krokem, rozhodnutím si nemůže pokazit celý život, protože už celý život jednoduše není. Lidé ve stáří už nechtějí objevovat nové, ale jen si objasňovat to, co později pochopili. I vlastní minulost vidí starý člověk jinak, neboť lidská paměť život špatně nefotografuje, ale jen tak kreslí. Z této krajiny našeho života se jako nejdůležitější ukazují naše děti, vnoučata a naše vzájemné vztahy. Zdánlivě zahojené a v rychlosti života zapomenuté rány se znovu jítří a kdysi přežití křivdy člověka bolí.

## PATOFIZIOLOGIE STÁRNUTÍ

Jak už jsem uvedla stárnutí je nezvratný, protiřečný, asynchronní a složitý fyziologický proces. Podívejme se tedy na některé faktory, které podle některých autorů ve významné míře vyplívají :

1. zvolený životní styl ,který nerespektuje potřeby mysli, těla, duše, který vede k optimálnímu zdraví a životaschopnosti. Jde o vliv zlovyků, do kterých je jedinec vtáhnutý a kterým podléhá.

2. ekologie prostředí a osobní, působí patologicky na fyziologické procesy stárnutí, tím akcelerují toto nejtěžší období života člověka. Jsou to znečištěné potraviny, ovzduší a voda, které ovlivňují imunitní systém. Do této skupiny bych zahrnula elektromagnetické znečištění, které může způsobit nepopsatelné poškození života. Jde o interakci nepřírodního elektromagnetického prostředí současného světa s nepřírodným elektromagnetismem a jeho zásahem do periodických biorytmů a cyklů života.

3. Stres : nespecifická odpověď organismu na nároky, které nejsou kladné, spouští "syndrom celkové adaptace" smyslem, kterého je zachování struktur a funkce organismu ve stabilním stavu homeostázy. Tento syndrom probíhá ve třech fázích : a to ve fázi nespokojené, odporu či přizpůsobení a vyčerpání. Selye přirovnával první fázi aktivizace imunitního a sympatického nervového systému k dětství člověka s charakteristickým vzdorem nadměrnými reakcemi na různé podněty.

Druhou fází tvoří odpor a přizpůsobování s dospělostí a třetí fází tvoří vyčerpání adaptačních schopností ke starobě, stavu únavy, ztrátě přizpůsobivosti až smrti.

Stárnutí se dá považovat za výsledek souhrnně všech stresů, kterým je člověk po část života vystavený. Stres však nezávisí na tom co se člověku stane, ale na tom, jak reaguje. Choroby nejsou důsledkem určitého typu stresu, ale později chybnou reakcí, tedy naší slabostí.

4. imunitní systém věkem slábne a ztrácí schopnost odolávat útokům cizích elementů, ale i schopnost rozlišit vlastní od cizích. Hypotalamus : centrum imunitního systému je velmi citlivý na emoce a stres a tím může potlačit imunitní funkce. Další příčinou je porušená rovnováha funkcí neurotransmiterů a nedostatek speciálních látek na jejich tvorbu. Absence hodnotný výživy má za následek slábnutí energie mozku, po čase stárnutí vůbec.

Buněčná imunitase skládá s T- lymfocytů. T-lymfocyty zároveň tvoří skupinu hormonálních látek tzv.lymfokými jako interferon IL 21, SIR S apod. T-lymfocyty bojují s potencionálními jedovatými mikroorganismy, karcinogenním ultrafialovým zářením a toxickými chemikáliemi. Oslabení této imunity má logický vliv na proces stárnutí.

5. pomalé působení virů hrají úlohu při stárnutí. Jejich dlouhodobý inkubační čas způsobuje ničivé změny. Tento druh viru je schopný měnit geny v organismu bez porušení RNK-přenašení genetické informace. Nejčastější poškozují venkovní buněčnou membránu a organely. Potlačují imunitní systém vytvářet protilátky.

6. volné radikály jsou přechodnými vysoko-reaktivními a potencionálně jedovatými, mezi produkty fyziologické oxidace, kdy dochází ke ztrátě elektronových orbitalů atomů a nebo molekul. Volný radikál může rozdělit jiné molekuly na polovinu, odsekne z nich kousek, zkreslí buňkovou informaci, celkově ničí živé systémy. Volné radikály poškozují buňky a kolagenová vlákna.

### **1.2.1 VÝSKYT SOMATICKÝCH ONEM. VE VYŠŠÍM VĚKU**

S postupujícím věkem nastupuje celá řada změn v somatické oblasti. Pokles výkonnosti sahá do smyslových orgánů přes sexuální funkce až do schopnosti zvládnout tělesnou zátěž.

Méně zřetelně probíhá pokles orgánové úrovně. Akcelerace stárnutí představuje patologické procesy, které dále snižují funkčnost systému. S postupujícím věkem se množí počty nemocných, protože člověk v průběhu života překonává množství chorob, které na něm zachovávají stopy a eventuálně přetrvávají v chronické formě. Proto pojem zdraví je formulovaný ve stáří rozdílně.

Obecně se uvádí následující formulace : zdravý je ten člověk, u kterého není přítomné zjevné onemocnění, který je spokojen se svým stavem, je sociálně adaptabilní a má neporušenou homeostázu. Choroby ve vyšším věku můžeme rozdělit do třech skupin :

1. choroby s přímým vztahem ke stáří (předčasné stárnutí a nebo choroby vyskytující se výhradně ve vysokém věku: senilní demence, stařecký diabetes, stařecká osteoporóza...)

2. choroby s částečným vztahem ke starobě např.: ateroskleróza, hypertrofie prostaty apod.

3. choroby bez přímého vztahu ke stáří např.: choroby přecházející do vyššího věku ze středního

Základními známkami chorob ve stáří jsou multimorbidita, zvláštnosti klinického obrazu a průběh chorob, protahovaný průběh, netypické a vzdálené příznaky. Dále je závažný tzv. akcelerační fenomén, kdy jakákoliv choroba může výrazně urychlit proces stárnutí. Ve stáří se dostávají do přímé souvislosti zdravotní stav a sociální situace starého člověka, kdy sociální situace může vyvolat zdravotní problémy a naopak zdravotní těžkosti můžou zkomplikovat sociální situaci. Ve stáří je vysoký výskyt chronických onemocnění. Chronickou chorobou WHO definuje jako určitou poruchu zdraví, která trvá dlouho, časově neomezeně, nepoznáme její začátek ani konec. Klinický obraz je rozdílný oproti akutním chorobám. Prognóza je nejistá. Zvláštnosti chronických chorob se projevují nejméně ve sféře somatické, psychosociální a sociologické (Hegyí L. 1987). Hegyí uvádí následné zvláštnosti chorob ve vyšším věku

1. Zvláštnosti v somatické sféře :

- otázka výskytu, jsou časté a jejich počet neustále narůstá, choroby se sdružují, vytváří se obraz multimorbidity
- zvláštnosti klinického obrazu. Dnes často přežívají lidé, kteří by bez moderní léčby zemřeli. Vznikají tím nové obrazy chronické choroby jako důsledek "heroické léčby". Často se setkáváme s chronicky nemocnými, kterým chybí některé orgány. Některé chronické choroby nesou v sobě možnost akutní exacerbace anebo akutní rizika konce života.

2. Zvláštnosti v psychosociální sféře:

- život chronicky nemocného je vždy nějakým způsobem omezený. Nemocného je třeba naučit žít se svou nemocí. Chronicky nemocný si vytváří realitu dlouhých perspektiv na rozdíl od akutně nemocného, který si utváří realitu krátkých perspektiv. Pro chronickou nemoc je třeba vytvořit sociální prostor a zabránit tak

- narušení homeostázy chronicky nemocného k jeho prostředí.
- 3.Zvláštnosti v sociální sféře:
- chronická choroba se netýká jen jedince.Důležitý je vztah společnosti k chronicky nemocnému tzv. sociální percepci, jinak vnímání chronicky nemocní jinými lidmi.
- 4."Fenomén ledovce":
- je typický pro více chorobné jednotky ve vyšším a stařeckém věku. Tak jako při ledovci je vidět jen malá část nad vodou, čím větší část je skrytá pod hladinou tak i v klinickém obraze chorob ve stáří se jen část příznaků manifestuje a registruje.
- 5.Chronický průběh chorob:
- choroby s akutním průběhem se s věkem snižují. S věkem výrazně přibývá chorob.
- 6.Sklon ke komplikacím:
- klinický obraz a průběh chorob má sklon ke komplikacím. Nejčastěji jde o komplikace, které je možné zařadit do dvou kategorií: komplikace typu tzv. řetězové reakce , při kterých existence jedné choroby dává podnět pro vznik a rozvoj dalších, např.: chronická bronchitida může vést k plicnímu abscesu a nakonec ke kardiální dekompenzaci.Jako uvádí Čermák (1989) bývá řetězová reakce kauzálně kombinovaných chorob ve stáří velmi častá a proto se považuje za typickou v tomto věku.Druhou kategorií komplikací tvoří tzv. fenomén vytlačení. Jde o komplikaci, která sice nemá kauzální vztah k základnímu onemocnění, ale obvykle mají tak závažnou klinickou symptomatologii, že vytlačila původní klinický obraz a úplně ho ovládla, přičemž často rozhodují i o prognóze choroby. Jako příklady takových komplikací možno uvést akutní imobilizační syndrom poruchy mikce, ztráta pocitu na stolici, inkontinence moče nebo stolice, kvalitativní poruchy vědomí, sklon k dekubitům, poruchy vodního a elektrolytového stavu a jiné. Mnohé symptomy a syndromy mají k procesu stárnutí a ke stáří takový úzký vztah, že se označují za typické symptomy a syndromy v gerontologii a geriatrii

### **DĚLENÍ PODLE ČERMÁKA 1989**

- Specifické syndromy a symptomy: syndromy patologického stárnutí a staroby, progerické syndromy, syndromy urychleného stárnutí, psychosomatický syndrom patologického presenia, specifické syndromy, organické psychosyndromy
- Psychosociální syndromy
- Osobitně klinické syndromy : poruchy spánku, závratě ve starším a stařeckém věku, syndrom ortostatického hypotenze, synkopy u starších lidí, poruchy elektrolitového a vodního metabolismu, poruchy termoregulace, poruchy pocitu na stolici, imobilizační syndrom, inkontinence a retence moči, inkontinence stolice, lékový abstinenci syndrom, dekubity.

## 1.2.2 ONEMOCNĚNÍ KARDIOVASKULÁRNÍHO SYSTÉMU

Početní statistiky dokazují, že kardiovaskulární onemocnění ve stáří mají velký význam, protože se výrazně zúčastňují na morbiditě a mortalitě. V některých krajinách se podílejí až jednou třetinou na příčině všech úmrtí, s malými výkyvy v závislosti od věku a pohlaví lidí nad 65. rokem života.

Na vyšším úmrtí se navíc podílí ischemická choroba srdeční, méně hypertenze a posttraumatické srdeční vady. S postupujícím věkem přibývají poruchy tvorby a poruchy vedení srdečních vzruchů.

Největší počet arytmií se vyskytuje ve skupině pacientů ve věku nad 70. rokem. Se zvyšujícím se věkem dochází k postupnému ukládání tuku mezi svalovými snopci. Tyto změny jsou velmi nápadné na endokrinologii a srdečních chlopní. Srdeční chlopně postupně hrubnou a tvrdnou. Na okrajích chlopní se nachází uzlovité hmoty, které postupně kalcifikují. Jejich důsledkem je vznik srdečních šelestů a chlopněvých vad. Velké cévy především osrdečník postupně hrubne- stává se křehká, na povrchu aorty vznikají postupně vředy, které ve vyšším věku postupně kalcifikují. Následkem těchto změn je zúžení průsvitu osrdečnice, která zpomaluje průtok krve v aortě. Následně vzniká nedostatečné sycení vnitřních orgánů kyslíku. V srdci se nedostatečné sycení krví projevuje bodavou bolestí na hrudníku - angína pectoris, v těžších případech vzniká infarkt myokardu

- **Angína pectoris** je klinický syndrom charakterizovaný záchvatovitými objevováním se svíravých bolestí, lokalizovaných obvykle za sternem. Bolest často doprovází pocit úzkosti. Záchvat nejčastěji vyvolává tělesná aktivita, ale i prudký emocionální stav. Má krátké trvání. V klidu anebo po nitrátu povolí. Infarkt myokardu představuje tzv. náhlou srdeční příhodu, probíhající akutně s rizikem možného úmrtí. Anatomicky jde o nekrózu části myokardu rozličné velikosti, podmíněnou obvykle akutním uzávěrem, trombem některé větve koronární artérie
- **Selhání levého srdce** se subjektivně projevuje nesnášením námahy a dýchavičností, objektivně zvětšení levé komory a příznaky je přetížení
- **Astma cardiale:** při astma cardiale jde o stav, který pacienta vzbudí ze spánku, nutí ho sednout si na postel, nemocný je zpocený ve tváři, nepokojný, má dráždivý kašel apod. Selhání pravého srdce se subjektivně projevuje zvýšenou unaveností a příznaky ze stázy na žilní straně velkého oběhu: edémy na dolních končetinách, nepokojný spánek, bušení srdce, bolesti v epigastriu. Při tromboembolické chorobě je nemocný ohrožený žilní trombózou s následnou plicní embolií, jako i tvorba trombu v srdečních dutinách, hlavně v levé síni při fibrilacích síní s následnou arteriální embolií ve velkém oběhu
- **Dysrytmie** jsou nejzávažnější příčinou synkop v geriatrii. Jakmile se při dysrytmii zastaví mozková perfúze na déle jak 7-10sec, dochází ke ztrátě vědomí ( Adamsov- Stokesov záchvat), jakmile trvá 15-20sec objevují se křeče, které připomínají epileptický záchvat typu grand mal. Synkopu při dysrytmii vyvolává asystola, extrémní tachykardie anebo flutter koneor.
- **Synkopa:** synkopou se rozumí náhle vzniklé krátko trvající bezvědomí, které je způsobené přechodnou poruchou prokrvení mozku, přičemž postižený, jak je bez

podpory padá. Mezi synkopy v geriatrii patří i neúplné vyjádření formy, které se klinicky projevují částečnou poruchou vědomí, závratěmi, pocitem nejistoty apod. Synkopy u starších lidí se vždy pokládají za vážné a musí se přesně objasnit. Synkopy podle vyvolávajících příčin dělíme na synkopy z nedostatečného perfuzního tlaku v mozku z lokálních anebo celkových příčin, jako je pokles systémového anebo ortostatického vysokého tlaku, cerebrovaskulární onemocnění, synkopa při kašli apod. Synkopy způsobené nedostatečným minutovým objemem srdce : je to kardiální synkopa, které podkladem jsou dysritmie, chlopňové vady, myokardiopatie a plicní embolie, synkopy z metabolických příčin, synkopy při intermitentních cerebrálních poruchách překrvení v oblasti a. carotis a při vertebrobasilární insuficienci

- **Hypertenze** : jako hypertenzi označujeme stav opakovaného naměření vyšších hodnot systolického a diastolického TK. Může mít různé příčiny: poruchy hemodynamiky ve velkém oběhu, poruchy endokrinního systému, orgánové onemocnění...
- **Arterioskleróza** je souhrnný název pro přechodné stavy tepenné stěny. Příčina arteriosklerózy není dostatečně objasněná. Pravděpodobně jde o souhrn více faktorů : způsob života a výživy, endokrinní faktory, hypertenze, genetické faktory.

### 1.2.3. CHOROBY POHYBOVÉHO SYSTÉMU

Choroby pohybového systému můžeme rozdělit do 4 základních skupin

- hořčnaté revmatické onemocnění
- degenerativní onemocnění
- mimo kloubní revmatické onemocnění
- metabolické kostní onemocnění

**Osteoporóza** je stav charakterizovaný redukcí množství kostní dřeviny při zachování jejího složení. Osobní skupinu s etiopatogenezií, která se vyskytuje v podrobnosti nepodařilo vysvětlit tvoří involuční či stařecká osteoporóza se nejvíce v šestém decenniu a klimakterická- postmenopauzální. Obě jsou častým a v pokročilém věku téměř pravidelným jevem.

Osteoporóza je chronická kloubní choroba, která se charakterizuje degenerací kloubních chrupavek a novotvorbu epifyzární kosti bez celkových hořčnatých příznaků.

**Polyartritída** je hořčnaté onemocnění pojivových tkání se symetrickým postižením kloubů. DVakrát až třikrát častěji postihuje ženy, největší výskyt se zaznamenává mezi 40.-60.rokem.Hlavním klinickým projevem je artritída, projevuje se ztuhlostí, otokem a bolestivostí, později deformitami a fibrózami, případně kostními ankylozami. Pro chorobu je charakteristická extenzíva, často symetrická polyartrikulární progresse na klouby rukou a nohou. V aktivních stadiích choroby jsou časté celkové příznaky jako únava, malátnost, ztráta hmotnosti,vyšší tělesná teplota apod.

**DNA** je choroba metabolismu, při které se hromadí v těle nadbytek kyseliny močové.

Projevuje se bolestivými artritidami.,, ukládáním solí kyseliny močové v tkáních kloubů a jiných orgánů. Až v 90% postihuje muže. Charakteristickým projevem dny je dnavý záchvat t.j. prudká bolestivá akutní artritída nejčastější metatarzofalangárního kloubu palce nohy,ale i článkových, kolenních a holenních kloubů. Kloub je oteklý, začervenalý, okolí je edematozní, prosáklý. Příznaky: nauzea, nechut k jídlu, podrážděnost, bolest hlavy, malátnost, pocení apod. Dnavý záchvat je časově ohraničený na 1.-2.týdny, v období mezi záchvaty má nemocný pocit zdraví, po opakujících se záchvatech se zpravidla vytváří za několik roků obraz chronické dny s přetrvávajícími kloubními příznaky.Chronická dnová artritída má destrukční a deformující ráz.

**Osteomalacie** je onemocnění dospělých podobné rachitid. Podstatou je nedostatek vitamínu D se současně zvýšenými ztrátami anebo horším přívodem vápníku a fosforu potravou při porušení vstřebávání tuků následkem nedostatkem žluče jako jsou stavy po operacích žlučníku, onemocnění s nefunkčností žlučníku, stavy po resekci žaludku, časté používání laxativ apod.Klinický vývoj těžkostí je pomalý, nejdříve se zjeví jen bolesti v kostech na tlak poruchy chůze. Kosti se totiž ohýbají, vyvíjí se deformity až fraktury.

**Poruchy mobility- imobilita.** Imobilizační syndrom má mnohočetné psychické i fyzické příčiny.Polymorbidita a sklon k omezené aktivitě vlivem fyziologických věkových změn upřednostňují rozvinutí tohoto syndromu. Nejčastějšími známými příčinami imobilizačního syndromu jsou některé vážné chronické choroby, kardiální a cerebrovaskulární příhody, traumata, operace apod. Důležité je většina psychických a kineziopatologických změn je alespoň zpočátku plně reverzibilní při adekvátní léčbě.Na lapidárním charakteru imobilizačního syndromu můžeme použít porovnání o spánku jako bratrovi smrti a o posteli jako bratrovi truhly. Je známé, že syndrom imobilizace je jedním z druhu hospitalismu u starých lidí. Starý člověk vědomě anebo podvědomě z vlastní anebo cizí viny je upoutaný na symptomatologii některé typické psychopatologické a orgánové změny, který rozsah je ve velké míře závislý od premorbidní struktury osobnosti. Nejčastější psychopatologické změny jsou: prohlubující se deprese, strach, panika, exacerebácie předtím už přítomné paranoie, cerebrální organický syndrom, porušení sociálních kontaktů, prohlubující se apatie. Dalším prohloubením tohoto stavu může dojít k poruchám řeči až k mutizmu. K imobilizačnímu syndromu predisponují: osoby pokročilého věku se sníženou psychikou, smyslovou a fyzickou kapacitou, což vedlo ke zhoršením involučního procesu s následným snížením adaptace organismu na exogenní a endogenní vlivy a stresy. Polymorbidita a chronicita chorobných procesů, nedostatek bílkovin a vitamínů, náhlé změny zdravotního stavu starých lidí, sociální izolace a jiné. Prevence imobilizačního syndromu je lehčí jako léčba jeho následků. Proto se všechno úsilí musí zaměřit na realizaci programu psychické stimulace a fyzické mobilizace, na boj proti dekubitům a habitaci, na RHB program a včasné uplatňování prvků denní aktivity nemocného. Správně a včas indikovaný všeobecný mobilizační a speciální RHB program může zabránit vzniku těžkých anatomických a funkčních poruch i nežádoucích komplikací.



#### **1.2.4. CHOROBY ENDOKRINNÍHO SYSTÉMU**

**Diabetes melitus-** cukrovka, je choroba látkové přeměny. Projevuje se především poruchou metabolismu glukózy, hyperglykemií a většinou i glykosurií. Dále se vyskytuje i porucha metabolismu tuků, bílkovin, případně i hospodaření s vodou a elektrolyty. Cukrovka se podle statistických údajů světové zdravotnické organizace častěji vyskytuje náhle, komplikace cukrovky jsou: hypoglykemické kóma, hyperglykemické kóma, rovněž i pozdější komplikace : změny na sítnici, v srdečně-cévním systému, poškození nervů, kožní leze apod. Často mají pro pacienty fatální následky. Neuropatie, retinopatie a nefropatie jsou hlavními komplikacemi, které postihují nemocné s DM. Neuropatie představuje klasický obraz symetrického poškození senzitivních a motorických vláken nervů dolních končetin, když si nemocný stěžuje na únavu nohou spolu se sníženou citlivostí a parestéziemi nejmíň v oblasti chodidel a pod koleny. Některé typy diabetické retinopatie výrazně snižují kvalitu života nemocného např.: bolestivá diabetická neuropatie, autonomní urogenitální neuropatie, autonomní kardiovaskulární neuropatie apod. (Pacovský.V.1997) . Diabetik by měl své onemocnění znát a měl by se naučit mu rozumět a rozpoznávat hrozící komplikace. Ve starším věku to bývá obtížnější, natolik jsou ve starším věku časté poruchy paměti a taktéž úbytek zručnost. Staršímu člověku způsobuje problém naučit se správně aplikovat inzulín. Někdy pro zhoršený zrak má problém natáhnout do stříkačky správné množství inzulínu.

Je nutné si přiznat že staršímu člověku dělá problém i dodržování správné životosprávy a dietního režimu. Virsík K.(1982), uvádí, že diabetická strava s dostatkem masových výrobků je oproti stravovacím návykům většiny starých lidí nákladná. Cukrovka se často vyskytuje současně i s jinými chronickými onemocněními, které si často vyžadují další dietní omezení, tak přichází k situaci, že diabetik ve stáří nezvládá svoje stravování a přichází ke komplikacím způsobené porušováním životosprávy. Tyto komplikace si následně vyžadají hospitalizaci.

**Obezita** je nefyziologický stav nadměrného ukládání tuku v těle. O obezitě hovoříme tehdy, když se překročí normální váha na účet rezervovaného tuku o více jak 10%. Větší nahromadění rezervovaného tuku přitěžuje pohybovému, oběhovému i dýchacímu ústrojí a při zadýchávání a nebo brzkou únavou omezuje tělesný výkon. Se zvyšováním a trváním obezity vznikají přímé i nepřímé následky, podporuje se vznik a nebo manifestace jiných chorob a zhoršuje průběh stávajících chorob. U silných lidí se častěji vyskytují osteoartritické změny: DNA, cholecystopatie, pankreatitida, trombóza, hypertenze, jako i akutní cévní příhody.

U obézních osob se často vyskytují komplikace úrazů, proleženin, hypoventilační hypoxie jako i psychoneurotické komplikace obezity vyplývající z estetického defektu i z omezení všestranné aktivity postiženého.

### 1.2.5 ONEMOCNĚNÍ MOČOVOPOHLAVNÍHO SYSTÉMU

**Inkontinence**- unikání moče je symptom podmíněný mnohými etiologickými faktory. Moč může unikat: nevědomě kontinuálně.

Příčiny jsou různé: vada močového měchýře, vada svěrače, unikání moče mimo močový měchýř apod. S věkem klesá tonus močového měchýře jako i jeho kapacita, která klesá 500-600ml u mladého člověka na 200-400ml u staršího člověka. Nucení močení v důsledku zvýšení tlaku se dá jen těžko potlačit. To znamená, že zdraví starší lidé močí častěji a s větším nutkáním než v mládí. Inkontinence tak hluboko zasahuje do života postižených. Stává se zdrojem velkého duševního trápení a nemocného společensky omezuje.

Dělení inkontinence:

- stresová inkontinence je nedostatečnost uzávěrového mechanismu na hrdle močového měchýře a uretery při zátěži jako je kašel, kýchání, ohýbání apod.
- nutková inkontinence: je nepotlačená kontrakce detruzora, tzv. nestabilní měchýř, když vnitřní tlak překročí tlak sfinkteru. Její původ může být různý: senzorký při zápalch, tumorech apod. motorický- porucha nervový inervace apod.
- reflexní: inkontinence moči zodpovídá reflexnímu neurogennímu tumoru apod.

Nejčastější příčinou inkontinence moče v geriatrui jsou organické poruchy mozku. Isaac a Wolkey (1964), popsali poškození mozku u 80% inkontinentních pacientů. Častou a všeobecně známou příčinou inkontinence moče jsou amenní stavy, vznikají po přijetí starého člověka do ústavní péče. Inkontinence moče vzniká i jatrogenním způsobem. Můžou jí vyvolat všechny léky snižující vigilitu, např.: hypnotika, neutroleptika, trauzlikvéry a jiné. Spolu s inkontinencí se u starších lidí střetáváme i z mnohými neurotickými obtížemi pocházející z inkontinence

**Retence moče nastává:**

- Jak pacient není schopný vyprázdnit moč z močového měchýře. K nejčastějším příčinám patří: anatomické (adenomy nebo karcinomy prostaty, uzávěry, zatlačené gynekologickým nádorem apod.)
- funkčně- porušení inervace, při akutním onemocnění CNS
- ischuria paradoxa-hypotická ischurie, retence se často projeví až když hypotický měchýř "přetéká". Vyskytuje se u starších lidí po operacích anebo náhlých uložení na lůžko

### 1.2.6 ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍHO ÚSTROJÍ

**Astma bronchiále:** bronchiální astma je choroba charakterizovaná zvýšenou reaktivitou tracheobronchiálního stromu na rozličné podněty, projevuje se rozsáhlými zúženími průdušinek, jehož závažnost se mění spontálně nebo léčbou. Vyvolávající faktory jsou: alergeny, infekce. Provokující faktory jsou: venkovní vlivy, chlad, psychická zátěž a jiné. Častá je kombinace více faktorů. Závažnou komplikací je astmatický záchvat,

kteřý je doprovázený ztíženým dýcháním, pocitem dušnosti s cyanózou, teplým potem na tváři, namáhavým vykašláváním viskózního hlenu hromadícího se v průduškách, s možnou ztrátou vědomí a zřídka i smrtí. Astmatický záchvat trvající i několik dní s nepatrnými změnami v intenzitě, může hrozit i život nemocného a vyžaduje hospitalizaci.

**Chronická bronchitída** je trvalé anebo opakovaně se objevující abnormálně zvýšené mukózní sekrece průdušek, které se klinicky manifestují produktivním kašlem. Kašel s expektorací, který se zhoršuje v zimě, ráno, v chladnu a vlhku, v prašném prostředí. Po rocích trvání vzniká chronický obstrukční emfyzém přidružující kašel s expektorací. I sama chronická bronchitída bez emfyzému může vést k závažné obstrukční ventilační poruše s hypoxií, respirační acidózou a cor pulmonále chronikum.

**Chronický obstrukční emfyzém** plic je stav projevující se abnormálním rozšířením vzduchových prostorech s destruktivními změnami v její stěně. Je to častá choroba mužů, nejvíc kuřáků, nad 40. rokem, kteří mají v anamnéze znaky chron. bronchitidy. Hlavním a vždy přítomným příznakem je dýchavičnost při námaze, nejdřív při větší, která se po letech zhoršuje a znemožňuje aktivní tělesnou aktivitu. Kašel se skromnou anebo hojnou expektorací přechází v dýchavičnost, anebo se k němu přidružuje zanedlouho, přichází v noci, ráno při vstávání při vystavení chladna, zhoršuje se při akutní respirační infekci. Spolu s kašlem můžou být záchvaty dýchavičnosti v pokoji s pískoty, spavost až kóma, cyanóza, zvýšená svalová dráždivost, edém papil na očním pozadí ascites, edémy dolních končetin dokreslující obraz emfyzému ve stádiu respirační nedostatečnosti.

**Tuberkulóza** je onemocnění vyvolané mykobakteriemi. Zdrojem nákazy je nemocný s otevřenou formou TBC a nejrozšířenějším infekčním materiálem je sputum. V minulosti se TBC hojně vyskytovala jako choroba chudých, žijících ve špatných hygienických a epidemiologických podmínkách spojených s podvýživou. Její výskyt byl naštěstí eliminován očkováním, ale zhoršená životní úroveň způsobila její opakovaný výskyt.

### **1.2.7. ONEMOCNĚNÍ ZAŽÍVACÍHO TRAKTU**

**Dyspepsie**- je soubor velmi pestrých příznaků, vznikajících poruchou zažívacích funkcí. Dělí se na dyspepsii žaludeční a střevní podle lokalizace symptomů. Žaludeční dyspepsie provází téměř všechny onemocnění žaludku a projevuje se velmi pestrými symptomy jako například: nechutenství, nauzea, pocitem tlaku epigastria, pálením žáhy, zvracením apod. Střevní dyspepsie je porucha trávení z porušení střevní mikroflóry. Projevuje se nepravidelnou stolicí, bolestivými pocity, přelívání a škrkání ve střevech. Příčiny: nepravidelnost a chyby ve stravování, příznaky neurovegetativní lability a emoční vlivy.

**Vředová choroba žaludku** představuje lokální projev celkového onemocnění organismu. Vyznačuje se sklonem ke spontánnímu hojení, periodickým opakováním se recidiv k jejím brzkým či pozdějším komplikacím mezi které patří krvácení, perforace a možnost maligního zvratu. Vřed v žaludku a nebo duodenu se nejčastěji projevuje bolestí, pálením žáhy a zvracením.

Přidružené komplikace mění klinické symptomy vředové choroby. Velké krvácení z erodovaný cévy ve vředovém ložisku se projevuje náhlou slabostí, mžítka před očima, těžko od žaludku, mdlobami, zrychlené tepové a srdeční frekvenci, nauzeou, zvracení tekuté a nebo kolagulované krve.

Perforace do volné dutiny břišní bývá častou komplikací choroby, která může mít fatální důsledky.

**Obstipace-** zácpa, ztížené vyprazdňování velmi tvrdé stolice. Za normální vyprazdňování můžeme považovat i vyprazdňování jednou za 2-3dny, když je stolice normální konzistence a její odchod nezpůsobuje těžkosti. Na druhé straně za zácpu je třeba označit i denní vyprazdňování když je stolice suchá, tuhá a při defekaci způsobuje bolest. Podle příčin vzniku je možné zácpu rozdělit na tři hlavní skupiny:

- **symptomatická**
- **funkční**
- **spastická**

**Symptomatická obstipace** je taková, při které buď mechanické činitele ztěžují průchodnost střeva anebo jiné bolestivé onemocnění a brání defekaci.

**Funkční obstipace** vzniká v důsledku otupeného defekačního reflexu, takže se stolice shromažďuje a stagnuje v konečníku, v důsledku dyskynézy se spazmy v některých úsecích tlustého střeva takže se stolice nedostává do rekta.

**Spastická obstipace-** v důsledku slabosti a ochablosti tlustého střeva, takže se stolice neposouvá ke konečníku i v případě změny prostředí anebo stravovacích návyků.

### **1.2.8 ONEMOCNĚNÍ SMYSLOVÝCH ORGÁNŮ**

**Poškození kvality zraku:** jsou různé druhy změn na oku při stárnutí. Mnohé stařecké změny se vyskytují s velkou pravděpodobností u všech lidí, i když s malými rozdíly podle rasy, životního prostředí, zatížení apod. K tomu patří například pokles akomodační šířky a výskyt tím podmíněný presbyopie. Další skupinu onemocnění tvoří změny, které se ve stáří nevyskytují u všech lidí a tím vyvolávají dojem osudovosti anebo náhodnosti. Vyskytují se i s velkými časovými rozdíly poměrně často, například katarakta a skleróza retiny a chorioidey. Zvláště početné jsou oční choroby starých lidí, které se vyskytují na bázi stařeckých změn, mezi jinými krvácení do makuly, ablace retiny a zvýšení nitroočního tlaku.

**Amauróza-** slepota, může být úplná anebo částečná. Při úplné slepotě oko nevnímá světelné podněty vůbec. O praktické slepotě mluvíme tehdy, je-li snížení zrakového

ostrosti je takového stupně, že postižený za kontroly zraku nemůže vykonávat ani málo náročné práce, když na ně není vyškolený. Za takovou slepotu považujeme snížení zrakový ostrosti pod 3|60. Jednostrannou slepotu nejčastěji způsobují úrazy. Oboustrannou slepotu způsobují horečnaté onemocnění a glaukom. Slepota výrazným způsobem omezuje i zatěžuje společenskou intergraci postiženého. Omezuje ho v seberealizaci, v pracovním procesu, v rodinném životě, v uplatnění jeho funkce, ve společnosti a snižuje jeho prestiž. Podle statistických údajů víc jak polovina nevidomých je ve věku nad 60.let a tím společenské postižení vystupuje ještě více do popředí. Věkem se stupňující skleróza mozku zhoršuje orientaci v prostoru a zvyšuje dispozici k pádům. Následné úrazy vedou k imobilitě a zvyšují geriatrické riziko

**Ambliopie-** tupozrakost, je klinický pojem, kterým označujeme snížení ostrosti, bez takových anatomických změn, které by toto snížení ostrosti vysvětlovaly. Obyčejně vzniká potlačením anebo zamezením zrakových vjemů- získaná tupozrakost.

**Hypermetropie-** dalekozrakost je stav, kdy se paprsky protínají před sítnicí. Dalekozrací vyrovnávají svůj nedostatek akomodací, při které je potřeba aktivní činnost ciliárního svalstva, proto nadměrná akomodace dělá hypermetroporu- stavy zrakové únavy a bolesti hlavy.

**Myopie-** krátkozrakost je stav, kdy se paprsky protínají před sítnicí. Při těžkých myopiích vznikají na pozadí degenerativní změny, proto při nich bývá snížena zraková ostrost. Krátkozrací jsou náchylní na odloupení sítnice

**Poškození kvality sluchu:** Morbus Meniere, Menierova choroba je onemocnění s nejasnou patogenezi. Choroba se nejčastěji charakterizuje: porucha sluchu, hučení a závratě. Choroba začíná mírným zhoršením sluchu se ztrátou v hlubokých frekvencích přidružuje se hučení a někdy, při náhlých změnách polohy hlavy i závratě. Po kratším anebo delším čase se příznaky náhle vystupňují v záchvat. Prudká točivá závrať upoutá nemocného na postel, je bledý potí se, má nutkání na zvracení a zvrací. Obyčejně má nystagmus nejčastěji v nemocném boku a sníženou dráždivost vestibulárního aparátu, která se při vyvinutých formách mění i na areflexii. Zhorší se sluch a trvá hučení, vystupňované už před záchvatem. Sluch se postupně zhoršuje. Nemocní bývají přecitlivělí na silnější zvuk. Stav postupně vyústuje do hluchoty

**Otosclerosis:** je to primární choroba pouzdra labyrintu charakterizovaná progresivně, novotvorným ložiskem nezralé kosti. Na vznik choroby má vliv dědičnost a konstituce. Obyčejně bývá oboustranná a častěji u žen. Otosklerózu charakterizuje přestavba kompaktní kosti pouzdra labyrintu na spongiózu kost, která se po opakované repozici proliferaci mění na lamelární kost. Klinicky tyto změny charakterizuje progresivní nahluchlost až hluchota.

**Persbyahuzis-** stařecká nahluchlost. Ve starším věku je zřetelnější oslabení sluchu následkem opotřebování sluchového orgánu. Tato porucha se může ještě stupňovat aterosklerotickými změnami, diabetem, kachexií apod. Předčasný vývoj těchto změn může být podmíněný zděděnou familiární progresivní nahluchlostí, která se zpravidla

projevuje u více členů rodiny s různě těžkými poruchami.

### **Poškození schopnosti dorozumět se:**

**Aphasie=afázie**, poškození psychické činnosti, která přispívá složité neuronální síti v kůře mozku při zachované funkci výkonných orgánů, tedy při dobré pohyblivosti pantů, jazyka, hrtanu a dýchací ústrojí.

**Dysarthria:** porucha výslovnosti následkem oslabení řečových svalů a to buď při poruchách periferního, případě centrálního neuronu anebo při poškození jejich koordinace. Dysarthria se může vyskytovat i spolu s afázií. Při neschopnosti vypovídat myšlenky jde o motorickou afázií. Při neschopnosti přijímat myšlenky hovorovou řečí o senzoryckou afázií. Při porušení obou dvou ve velké míře o totální- globální afázií.

Neschopnost vzpomenout si na jména předmětů a na výrazy se nazývá **amnestická afázie**, neschopnost anebo snížená schopnost správně psát je agrafie, neschopnost číst je alexie, neschopnost psát číslice a pracovat s nimi v jednotlivých úlohách s číslicemi je **akalkulacie**. Neschopnost zpívat anebo hrát na hudební nástroj je **amusia**.

Při poškození této rozmanité činnosti se symboly můžou být postižené určité pohyby: hýbat na pozdrav, špulit rty, vyplazovat jazyk apod. tento stav nazýváme **apraxia**. **Parafázie** je zkomolení řeči při afázií. Všechna činnost spojená s řečí u převážné většiny lidí soustředěná do levé hemisféry.

**Amnézie-** je porucha paměti charakterizovaná ztrátou vzpomínek na minulé zážitky, které jsou vyřazené z reprodukce. Amnestická ztráta paměti je ohraničená na určité zážitkové obsahy anebo na určitý časový úsek zážitků. Může být částečná a nebo úplná. Amnézie může být krátkodobá a nebo přetrvává delší dobu

## **1.2.9. ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ**

Onkologická onemocnění je možné jednoduše nazvat i chorobami buněk. Zhoubný nádor vznikne tehdy když se normální buňka pod vlivem venkovních anebo vnitřních faktorů přemění na nádorovou buňku, která se dále rozmnožuje a unikne kontrolnímu mechanismu regulující růst buněk. Předpokládá se, že při přeměně normální buňky na nádorovou musí působit současně minimálně dva faktory anebo impulsy. Je zde celá řada faktorů zúčastněných na této přeměně. Tyto faktory pochází buď z venkovního prostředí např. sluneční záření, chemické látky, způsob stravování, některé viry, životní styl anebo jde o vnitřní faktory lidského těla, které můžou mít nepříznivý vliv např. vrozená vnímavost na některé nádorové onemocnění v důsledku změn dědičného materiálu- chromozomů a genů, které nádorové onemocnění vyvolávají anebo při jejich vzniku způsobila. Mimo nepříznivých genů existují i geny, které chrání člověka proti nádorovým chorobám. Poškození těchto genů může také způsobit zhoubný nádor stejně jako oslaben í imunitního systému. Mezi nejčastější lokalizace zhoubných nádorů ve starším věku podle statistických údajů WHO patří:

- **Karcinom tlustého střeva**, který představuje asi 15% všech zhoubných nádorů.

- Rastie jako solidní nádor má tendenci k ulceraci, zřídka kdy infiltruje a prstencově zužuje průsvit střeva. Obě dvě formy po čase vyvolávají stenózy tlustého střeva.
- **Karcinom rastie**, roste pomalu, brzy metastazuje, na prvním místě do regionálních lymfatických uzlin, zřídka kdy do plic a mozku. První klinické symptomy v místních komplikacích samotného nádoru, z krvácení a jen zřídka z perforace stěny střeva. Nejcharaktičtějším příznakem je střídání zácpy a průjmu a objevování se krve ve stolici. Krev je promíchaná se stolicí a hlenem. Masivní jednorázové krvácení je ojedinělé. Ve včasném stádiu, při nevelkém zúžení průsvitu střeva- pacient pociťuje přelévání ve střevech a nevelké bolesti, které při odchodu stolice i větrů celkem ustanou. Záchvatovité kolikovitě bolesti se vyskytují až při pokročilé stenóze. Hubnutí a anemie se vyskytují značně brzo.
  - **Karcinom konečníku**, příčina neznámá. Polypy a benigní adenomy se pokládají za prekancerózy. Začáteční příznaky jsou nevelké, netypické a proto nedoceněné. První symptom je nejčastější nepravidelnost ve vyprazdňování, ve stolici příměs hlenu, někdy i krev. V pokročilejších stádiích a nejméně při prerastání nádoru do okolních orgánů a tkání a při metastazování, přidružují se bolesti v křížové oblasti, tenezmy, pocit cizího tělesa v konečníku, při rozpadu nádoru krvavý hnis ve stolici a celková alternace
  - **Karcinom prsu** postihuje nejvíce ženy mezi 45,-55.rokem. Projevuje se buď ohraničeným uzlem, který je volně pohyblivý anebo fixovaný ke kůži, resp. spodině. Kůže v místě fixace je vtáhnutá, někdy červená a v případech prerastání nádoru navenek exulcerovaná. Někdy má vzhled pomerančové kůry. Při nádorech v blízkosti prsních bradavek, bývá bradavka vpáčená. Při aktivní formě celý prs v krátkém čase zarudne a oteče.
  - **Karcinom dělohy**, většinou postihuje ženy v menopauze. Pacientky udávají v anamnéze výtok, někdy promíchaný s krví anebo jen krvácí a později udávají bolesti v kříži a hypogastriu. Typickým znakem bývá krvácení o několik roků po poslední menstruaci v menopauze. Rakovinový proces je delší čas ohraničený jen na endometriu, jen později prorůstá do stěny dělohy na sousední orgány (vejcovody, peritoneu), a do příslušných regionálních žláz.
  - **Karcinom plic**, má mnohotvárný klinický obraz, což je podmíněné lokalizací vlastního nádoru, následkem infiltrativního růstu do okolních anebo vzdálených orgánů. Z příznaků v popředí bývá: kašel, bolest na prsou rozličného charakteru, dýchavičnost po námaze anebo v klidu a opakující se zápal plic. Často metastazuje do mozku, pleurální dutiny, kostí apod.
  - **Karcinom žaludku** je nejčastější a nejobávanější nádor zažívacího traktu. Klinické příznaky se při rakovině žaludku objevují zpravidla až v čase, kdy je nádor v pokročilém stádiu, a ani tehdy nejsou velmi charakteristické. Mezi nejčastější příznaky patří nechuť k jídlu, pocit plnosti v nadbříšku, krkání po jídle a neurčitá menší bolest v oblasti žaludku. Po několika týdenní trvání těchto příznaků, kterým pacient nepřipisuje větší důležitost se přidružují celkové příznaky: hubnutí, slabost, únava a bledost jako projev anemie.
  - **Karcinom prostaty** roste velmi rychle a stlačuje močovou trubici a konečník. Projevuje se dysurií až retencí, obstipací až ileusem a celkovými příznaky: anémie, kachexie, horečky. Dále se projevuje příznaky z metastáz do lumbálních svalů a bederních kostí: bolesti v kříži revmatického a ischialgického charakteru.

Zhoubné onemocnění většina nemocných vnímá jako onemocnění doprovázené bolestí, úbytkem životních sil, postupující bezmocností a blížící se smrtí. Představa rakoviny u nás bez ohledu na inteligenci, vzdělání, profesy a sociální postavení vyvolává značnou úzkost a obavy. Už z toho pohledu často pacienti oddalují potřebné lékařské vyšetření. Od doby stanovení diagnózy k vlastnímu zahájení léčby uplyne poměrně krátký čas, což často nestačí, aby se pacient vyrovnal s množstvím psychologických a sociálních omezení (např. s amputací končetiny, prsu, kolostomií apod.). Nemocný potřebuje dostatečný čas a zkušenost, aby se vyrovnal se změnami a přizpůsobil se na nové životní situace. Takto se začíná měnit sociální situace nemocného a také i jeho vztahy v rodině a na pracovišti. Všechny tyto zkušenosti můžou vést až k maladaptivnímu chování anebo jsou zkreslené informace o jeho zdravotním stavu, tím víc je nemocný přinucen se se svou situací vyrovnat sám anebo za pomoci někoho, kdo mu je v těchto chvílích nápomocný. Onkologické onemocnění představuje podnět, na který reaguje každý člověk osobitě. I když onkologické onemocnění nemá často horší prognózu jako mnohé interní onemocnění, zaujímá osobité postavení mezi chorobami. Většina pacientů s rakovinou se dřív nebo později dozví diagnózu svého onemocnění a uvědomí si ho v celém rozsahu. Reakce nemocného závisí od jeho před nemocí osobnosti, věku, rodinného a sociálního postavení, od profesionálního úspěchu a nebo selhání. Pacientovo vědomí, že má onkologické onemocnění do značné míry deprimuje a vyvolává v něm celou řadu změn v psychické oblasti. Rovněž ho však může choroba povzbuzovat k životu v jeho boji s chorobou.

### **1.3. VÝSKYT DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ VE VYŠŠÍM VĚKU**

Stařecký věk není doprovázený jen vysokou nemocností, ale i těžkostmi sociálními a duševními, ve většině však je kombinace mnohých faktorů, které postihují různé oblasti biologie na nejrůznější úrovni. Odehrává se na úrovni molekulární, biologie buněk, tkání, orgánů a systémů v komplexu celého lidského organismu. Tomuto procesu stárnutí se nevyvíká ani CNS. Stárnutí se týká nejen jeho struktury, ale i psychických funkcí. Jedním z nejstarších kritérií stárnutí je uváděná hmotnost mozku. Je dokázané, že s přibývajícím věkem ubývá mozek na váze signifikantně. Lepším kritériem involuce mozku je prostor mezi kalvou lebky a objemem mozku. Tento se stává s přibývajícím věkem větší. Choroby ve stařeckém věku jsou vždy multifaktorového původu přičemž každá somatická choroba přináší s sebou i určitou emocionální komplikaci. Při vzniku psychických projevů starých lidí se nevyhnutelně musí brát v úvahu více příčin jejich vzniku, protože mimo somatického stavu a organických poruch při jejich vzniku způsobí i celá řada jiných faktorů psychiatrických, sociologických, biologických a jiných, vlastních každé osobnosti. Při sociálně empirických vyšetření bylo pozorováno, že izolace jako inervace varianty mezi osobnostními charakteristikami: genetickými a sociálními faktory ve vývoji a průběhu psychických poruch ve vyšším věku má jen pořádný význam. Proto vícero autorů zastává názor, že především ve skupině psychogenních chorob, ale i u organických onemocnění mozku je sociální izolace skoro následkem jako příčinou. Je



mnoho faktorů, které přispívají ke vzniku nových anebo k zhoršení existujících duševních onemocnění a poruch. Na prvním místě se udává "šok" z nepřípraveného odchodu do důchodu. Projevuje se rozmanitostí psychopatologického obrazu. „Práce je životní cestou člověka, identifikuje ho se společností. Jsou hluboké emocionální důvody, proč chce člověk pokračovat v práci. Je to víc než prostředek k tvorbě života, je to cesta k životu, je to život samý.“ (Ďoubal S.1994)

Proto by se měl stárnoucí člověk připravit na odchod do důchodu a zabezpečit si už v době přípravy tzv. druhou životní kariéru.

Vědecká skupina SZO, která se zabývá problematikou duševních onemocnění ve vyšším věku navrhla následnou klasifikaci duševních poruch v seniu.

Tato klasifikace sestupuje doposud různorodé diagnostické schémata, uvádíme v mezinárodní statistické klasifikace

- Atrofická psychóza a jiné cerebrovaskulární poruchy lehké organický psychosyndrom, středně těžký organický psychosyndrom, těžký organický psychosyndrom
- Akutní zmatenost
- Presenilní demence: Morbus Alzheimer, Morbus Pick
- Afektní psychóza: pozdní deprese, pozdní mánie
- Schizofrenie: pozdní schizofrenie
- Paranoidní syndrom: parafenia
- Neuróza: akutní psychogenní reakce, reaktivní vývoj
- Stařecké změny osobnosti

### **1.3.1. ALZHEIMEROVA CHOROBA**

Alzheimerova choroba je primární degenerativní mozková choroba neznámé etiologie s charakteristickými neuropatogenímí a neurochemickými rysy. Obvykle je nenápadná v začátcích a postupně se rozvíjí v průběhu několika roků (2-3 i víc). Může začínat ve středním věku, vzácně dřív, ale sklony jsou ve vyšším věku. U forem začínajících dřív, než v 65-70.roku bývá častější výskyt podobných onemocnění v rodině, rychlejší průběh a známek poškození temporálního a parentálního laloku, které zahrnují dysfazii a dyspraxii. V případech s rychlejším začátkem je průběh pomalejší, charakterizovaný degenerativním deficitem vyšších kortikálních funkcí. V iniciálních fázích choroby je v popředí celkový nepokoj, zvýšená dráždivost, depresivní rozložení. Mimo toho se objevují příznaky apraxie a afázie.

### **1.3.2. DEMENCE**

Demence je pokles paměťových a jiných kognitivních schopností v porovnání s pacientovou předcházející úrovní. Demenci ve všednost dělíme na: multi-infarktová demence, demence při Parkinsonově chorobě, alkoholová demence, demence při nitrolebeční hypertenzi, posttraumatická demence, epileptická demence atd.

Při senilní demenci dochází etiopatogeneticky k atrofii gangliových buněk mozku a jejich

postupnému opotřebení, odbourávání což se projevuje klinicky snížením intelektu, poruchami paměti, poruchami orientace, redukcí slovní zásoby a schopností vyjadřování, snížení kritičnosti s následnými poruchami chování. Typickým příznakem bývá euforie a hypomanie. Velmi často se opakují epizodické stavy zmatenosti. V oblasti jemné motoriky bývá narušené už v brzkém stádiu. To se projevuje poklesem manuální šikovnosti, vytrvalosti při výkonech, neobratnosti při pohybech apod. V duševní sféře dochází k rigiditě, fixaci starých návyků, je odmítán každý nový postup, alternativa, výrazněji se redukuje citové vazby a projevy. Nemocný trpící na senilní demenci si bohužel svůj stav neuvědomuje v důsledku čehož přichází k mnohým poruchám v sociální oblasti a oblasti komunikace. Senilní demence podle více autorů má větší převahu u žen.

### **1.3.3. ATEROSKLERÓZA**

V rámci aterosklerotických změn mozku se vyskytují následné příznaky: psychické příznaky, které mají zčásti pseudoneurastenický charakter, nemocný si stěžuje na unavenost, podrážděnost, duševní i fyzickou slabost. Rozčilují se pro hlouposti i na malé neadekvátní podněty reagují pláčem. Mimo to se zhoršuje paměť, nemocný si těžko vzpomíná na jména, slova, události nejvíce v blízké minulosti, t.j. čerstvé zážitky. V duševní práci je méně výkonný a nepružný, těžko se rozhoduje, stává se závislým na druhých lidech. Myšlení je spontánní, zhoršuje se schopnost koncentrace, oslabuje se úsudek. Nové věci se mu nelíbí, naopak chválí staré časy, pro rychlou unavitelnost a špatnou koncentraci nevydrží dlouho číst, nadává na autora, že má těžký sloh. Nemocný je i precitlivělý na běžný hluk na ulici, na křik, na děti.

Fyzické příznaky: bolest hlavy, nespavost, únava. Často pozoruje ospalost ve dne, která kontrastuje s nespavostí v noci. Pacienti rychle usnou- spánek je však povrchní a krátký. Jasně neurologické příznaky, které vyplývají predilekčního postižení artérií v mozkové kůře bazálních ganglií a na bázi mozku. Vznikají psychické příznaky, ale někdy i Jacksonovi epileptické paroxsy, traumatické monoparézy, poruchy řeči atd.

### **1.3.4. HUNTINGTONOVA CHOROBA**

Huntingtonova choroba je dědičné onemocnění, které se začíná ve všeobecnosti projevovat až po padesátém roce života. Onemocnění se dědí dominantně, přičemž existují i výjimky. Onemocnění postihuje mozkové neurony. Hmotnost mozku může klesnout až o 30%. Patologickoanatomický nález ukazuje na degeneraci bazálních ganglií, které má za následek vznik hyperkinézy, následkem atrofie kůry vzniká demence, která se projevuje výrazně porušenou výslovností.

### **1.3.5. DELIRANTNÍ STAVY**

Delirium je etiologicky nespecifikovaný organický syndrom, charakterizovaný současně

probíhající poruchy vědomí, pozornost vnímání, myšlení, paměti, psychomotoriky, poruchy mluvy, spánku a bdění. Je třeba zdůraznit faktor věku především nad 60.let a reverzibility. V praxi se v rámci delirantního stavu můžeme střetnout s těmito příznaky:

- neschopnost soustředění smyslové iluze anebo halucinace
- fragmentové myšlení
- zpomalené myšlení- poruchy orientace v čase, místě a poloze
- poruchy řeči
- narušený smysl pro realitu

### **1.3.6. PARKINSONOVA CHOROBA**

Vyskytuje se více ve vyšším věku nad 50.let dochází k poškození šedé hmoty mozkové- globus pallidum, globus neostriatum.

Klinické příznaky často nastupují nenápadně. V popředí klinického obrazu stojí snížení automatiky, mimiky, porucha koordinace pohybů a výrazný třes prstů, jazyka a hlavy. Tremor nejčastěji postihuje horní končetiny. Je přítomný v klidu, zmírňuje se při pohybu a ustupuje ve spánku. Zvýrazňuje se při soustředění a stresu. Chůze bývá šoupavá s přítomnými malými krůčky. Když je přítomna porucha rovnováhy, pacient se stává náchylný k pádům a častým úrazům. Výslovnost je monotónní. Z psychické stránky je charakteristická výrazná neposednost, výrazný nepokoj. Je zvýšená potivost a tvorba slin v důsledku poruch hypotalamu a endokrinních žláz.

### **1.3.7. DEPRESIVNÍ STAVY**

Deprese je definována jako závažná protahovaná změna nálady, myšlení a jednání doprovázených somatickými a vegetativními projevy trvající týdnů až měsíce, kterých intenzita není pro pacienta zvládnutelná běžnými obrannými mechanismy. Depresivní syndrom není klinickou jednotkou, ale představuje heterogenní skupinu onemocnění. Staří lidé postupně v průběhu stárnutí ztrácejí pocit společenského uspokojení ze života, ubývá osobních kontaktů- velmi často se vyrovnávají se ztrátou nejbližšího partnera.

Klinický obraz depresí ve vyšším věku:

- Poruchy nálady jsou charakterizovány smutnou depresivní náladou s pocitem ztráty energie a pocitem bezmocnosti, někdy bývá přítomna i úzkost.
- Obsah myšlení. Pacient bývá bradypsychický, stěžuje si na poruchy soustředění, nedokáže se pro nic nadchnout, ztrácí svoje původní zájmy. Objevuje se pocit chorobně nízkého sebevědomí, pocit viny a sebeobviňování, beznaděje a pesimismu ústící do nezájmu o život, který "nestojí za to žít", časté jsou myšlenky na sebevraždu
- Změny chování. Pacient mívá zpomalené psychomotorické tempo, jeho řeč je tichá a monotónní. Často se bez příčin rozpláče. Změny tělesných a vegetativních funkcí jsou u starých pacientů pravidlem.

Nejčastější jsou poruchy spánku s typickým ranním probuzením, poruchy příjmu potravy doprovázeným ztrátou chuti do jídla, úbytkem hmotnosti apod. Depresivní stavy tvoří nejfrekventovanější onemocnění ze skupiny gerontopsychiatrických chorob.

### **1.3.8. PARANOIDNÍ SYNDROM**

S podezřívavostí a vztahovačností se u starých lidí setkáváme poměrně často. V odborné literatuře se uvádí, že 5-8% starých nemocných s psychiatrickou diagnózou má závažné paranoidní symptomy. K rozvoji poruch myšlení při paranoidním syndromu přispívají některé psychologické a osobnostní změny nastupující v procesu stárnutí. Ve stáří se zvyšuje senzitivita na kritiku vlastní osoby- egocentrické ladění. Významnou úlohu v rozvoji paranoidního syndromu sehrávají senzorní defekty, nejvíce poruchy sluchu a zraku. Často vedou k nesprávné interpretaci reality, pocity, že ostatní se mu za zády posmívají. Okolní svět tak starý člověk vnímá jako nepřátelský a ohrožující. Starý člověk reaguje lhostejně až nepřátelsky a paranoidní myšlení soustřeďuje na nejbližší osoby. Klinický obraz paranoidního syndromu má velmi širokou škálu projevů od klinicky málo významných nedůvěřivosti až po persekční bludy a halucinace. Nejčastější bludy ve stáří jsou okradení, výsměch, pronásledování a blud manipulování. Starý člověk se tak může stát nebezpečný sobě ale i okolí. Paranoidní myšlení a jednání není vždy patologickým projevem onemocnění. Hodně starých lidí je zneužívána. Vždy je proto důležité vyloučit zda strach, podezřívavost a úporná vztahovačnost není v konkrétním případě odůvodněnou reakcí na skutečnou stresovou situaci.

### **1.4. PACIENT V TERMÁLNÍM STÁDIU ONEMOCNĚNÍ Z MEDICÍNSKÉHO HLEDISKA**

Problém smrti patří k nejstarším problémům lidstva. Jsme jediné bytosti, co vědí o své smrtelnosti. Z přírodního mimolidského hlediska se smrtí neděje nic zvláštního. Všechno se mění a smrt je jen taková změna živého, při které přestává být živé a vrací se mezi mrtvé, neživé. Měli bychom být s naší smrtelností vyrovnání. Nejsme a ono "neurento mori", kterým se nám smrt v životě připomíná, nás vždy vyděsí. Máme strach ze smrti a bráníme se jí vcelku kulturně. Snažíme se prodloužit si svůj život, tvoříme si představy o nesmrtelnosti. Vcelku se totiž cítíme faktorem naší smrtelnosti zrazení, zaskočení, jako i způsob, jakým nás smrt zvláště překvapuje.

Často uprostřed radosti, tvořivé činnosti, často bez zadostiučinění za křivdy, které na nás napáchal, často bez splnění slibu a nadějí které v nás vzbudil. A přece to je život, který je sám oklamáný smrtí jako zásahem vyšší moci. Smrt je zakódována v životě, o čem však on subjektivně neví jako dítě co se narodilo se smrtelnou chorobou. Život se se smrtí nikdy nesmíří, i když bude končit co nejdůstojněji, neboť ona bude vždy vítězem. Život

každé bytosti se tedy nevyhnutelně končí smrtí, které podléhají všichni bez výjimky. Tento závěr se neodvratně vnucuje, potvrzovaný neustále novými fakty: lidi okolo nás umírají. Jsme přímými svědky smrti a v jistém smyslu též oběťmi- když ztrácíme příbuzné, přátele, blízké, jsme oběťmi spolu utrpení když se nemůžeme smířit s jejich odchodem. Dokonce i tehdy, když děláme co je v lidských silách, abychom je zadrželi. Jsme oběťmi také v jiném smyslu. Ta jistá smrt hrozí neustále nám samotným. Žijeme ve stínu smrti a každodenně se k ní přibližujeme. Je přitažlivější zmiňovat se o terapeutickým efektu, než o problémech nevléčitelně nemocných. Nad zrozením se zamýšlíme radši než nad rozloučením se životem. Podle prognostických gradací bývá řeč o čtyřech skupinách nemocných:

- vyléčitelných
- nevléčitelných bez výhledu na uzdravení
- moriturus, smrtelně nemocných (ohrožených+)
- morbundus, umírající

V geriatrii do první skupiny patří nemocní s exacerbacemi chron. onemocnění s akutními onemocněními. V super-specializovaný současné medicíně se používají mnohé postupy, které dokážou zachránit i zdánlivě ztracený život. Tabulizace smrti pokročila do takové míry, že zdravotničtí pracovníci byli nuceni začít se učit o zákonitostech umírání od svých pacientů. "Požádali jsme vážně nemocné, aby se stali našimi učiteli. Umírání v širším slova smyslu nastává už tehdy, když nemocný začíná být konfrontován s realitou konečnosti." (Kubler- Ross.E.1992)

Elizabet Kubler- Rossová 1992 rozlišuje 5 fází kterými prochází umírající:

- První fáze: Šok. Já ne! V této fázi se chová nemocný impulzivně a nekontrolovatelně, vyskytuje se tu velké riziko sebevraždy.
- Druhá fáze: Hněv. Proč já? Tato fáze je charakteristická tím, že se nemocný začíná vyrovnávat se svým osudem.
- Třetí fáze: Možná, že přece já ne! V této fázi dochází k výraznému tápání umírajícího mezi iluzí a jistotou.
- Čtvrtá fáze: Deprese a zoufalství. V této fázi je velmi důležité, jak se umírající cítí po psychické stránce. Depresivní nálada umírajícího vede k tomu, že žádá aktivní eutanázií. Nemocní, kteří překonali tuto fázi prožili ještě šťastné dny.
- Pátá fáze: Umírání. Ano, musí to být! Toto období neprožívají všichni nemocní a je nesprávné jak je nucený ke smíření.

Životní zápas nemocného trpícího maligním onemocněním s infanšní prognózou probíhá v určitých stádiích. Už od prvních příznaků onemocnění v tzv. nulové fázi nemocný cítí, že něco není v pořádku a vyhledává lékaře, který diagnostickými metodami potvrdí zhoubné onemocnění. V našich podmínkách informování obyčejně nastává fáze tápání, když lékař už zná diagnózu a hledá způsob jak nemocného informovat. Více skupinami bylo zjištěno, že schopnost lékaře oznámit pravdu nemocnému závisí od jeho vlastního postoje ke smrti. Mnozí lékaři se bojí, aby nemocný unesl tíhu pravdy, obávají se nekontrolovatelného výbuchu jeho emocí a proto volí vyhýbavý postoj anebo se uchýlí k milosrdné lži. Proti metodě milosrdné lži svědčí fakt, že většina nemocných se o svém onemocnění dozví různou formou, a to v přímé souvislosti na množství lidí znající diagnózu v jeho okolí. Dnes i u nás převládá tendence informovat nemocného, jako je to jen aktuálně a individuálně možné. Reakcí na pochopení nepříznivého stavu je negativní bouřka, nazývaná výkřikem anebo psychickým šokem. V této fázi často musí lékař

sáhnout k psychofarmakám, než začne fungovat fyziologická první linie obrany, a to popření závažného stavu. Nemocný si na určitou dobu dokáže říct: "To se mě netýká", aby v rámci této dočasné obrané strategie nasbíral síly na další boj. Jen u malé části nemocných se potlačuje existenciální situace stává nosným programem posledního období života. U většiny nemocných se však potlačený negativní zážitek v podvědomí začíná vracet v podobě jakéhosi vetřelce spánku anebo v denním snění.

### **1.4.1. PRÁVA NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH A UMÍRAJÍCÍCH**

#### **Pacient má právo:**

- aby byla respektována jeho lidská důstojnost
- znát jména zdravotníků, kteří se o něho starají
- vědět co se s ním bude dít, které příznaky se budou objevovat po různých zákrocích
- na to aby po dobu hospitalizace byly uspokojené základní vitální potřeby
- psychické a sociální potřeby
- aby se s ním jednalo ohleduplně

Práva nevléčitelně nemocných a umírajících tak vyplývají ze základních lidských práv a svobod člověka. Nevléčitelně nemocný a umírající pacient má právo na humánní starostlivost. Pacient má právo, aby ho v posledních chvílích života doprovázela osoba podle jeho přání.

Práva nevléčitelně nemocných a umírajících vycházejí z přesvědčení že:

- největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít v pokoji a důstojně podle možností s útechou a podporou rodiny a přátel
- prodlužování života by nemělo představovat výhradně cíl medicínské praxe, ta se také musí zajímat o pomoc při zmírnění utrpení
- povinnost chránit a mít v úctě důstojnost člověka ve všech obdobích jeho života
- právě tak jako lidská bytost začíná svůj život a slabosti a závislosti, potřebuje ochranu a podporu při umírání

V chartě práv umírajících osob se dále uvádí: "Mám právo na čestné odpovědi na moje otázky. Mám právo na to, aby mě nikdo nelhal".

Je velkým omylem předpokládat, že umírající věří všemu, co se mu říká. Umírající ve své osamělosti hledají komunikaci, výměnu myšlenek a pocitů s lidmi okolo sebe ještě zoufalejší než jiní pacienti.

Nevléčitelně nemocní a umírající by měli být informováni o způsobu léčby, když je možná, ale i o své prognóze a možnosti paliativní léčby. Většina pacientů si přeje, aby byla schopná ovlivňovat věci před smrtí.

Práva nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů můžeme rozdělit do třech základních skupin:

- Právo na komplexní paliativní péči
- Právo na sebeurčení a svobodné rozhodování
- Právo na život a ochranu proti úmyslnému usmrcení

Práva nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů jsou v současnosti ohrožené nejvíce:

- nedostatečným přístupem k paliativní péči a léčby bolesti
- častým nedostatkem léčby fyzického utrpení a nedostatečným zohledněním psychických, sociálních a duchovních potřeb
- umělým prodlužováním procesu umírání, buď použitím nepřiměřených léčebných prostředků, anebo pokračování v léčbě bez souhlasu pacienta
- nedostatkem dalšího vzdělávání a psychologické podpory pro zdravotnický personál pracující v paliativní medicíně nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel pacienta, kteří by jinak mohli přispět k zmírnění lidského utrpení a z toho, že se stane břemenem a bude plně závislý na svých příbuzných a přátelích.

Práva nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů, které nejsou zakotvené v právním pořádku krajiny, můžou znamenat nebezpečí, že:

- pacient bude umírat exponovaný snesitelnými symptomy (bolest)
- budeme prodlužovat proces umírání proti pacientovi vůli
- pacient bude umírat sám a zanedbaný
- pacient bude umírat pod strachem, že je sociálním břemenem
- bude limitován život udržující léčba z ekonomického důvodu

Právo na komplexní paliativní léčbu je uznané tehdy, jak společnost přijme taková opatření, aby bylo možné:

- zajistit, aby paliativní péče byla uznaná za zákonný nárok každého individua ve všech krajínách
- zajistit, aby příbuzné a přátelé byli povzbuzeni paliativní péče pro všechny osoby nevléčitelně nemocný

Když se ukáže, že rodinná starostlivost je nedostatečná anebo přetažená, musí být poskytnutá alternativní anebo doplňková forma profesionální lékařské starostlivosti

- zabezpečit spolupráci mezi všemi osobami podílející se na péči
- zabezpečit aby nevléčitelně nemocný anebo umírající, pokud se nerozhodnou jinak dostali přiměřenou paliativní péči+ tišení bolesti, i kdyby tato léčba jako vedlejší efekt mohla přispět ke zkrácení života

### **1.4.2 PROBLÉM DEKLARACE DIAGNÓZY A TANATOGENÍ SITUACE**

Problém deklarace diagnózy, prognózy a tanatogní situaci nemocného je tak starý jako sama medicína.

Názory o tom se ubírají třemi směry:

A „Pia fraus“ = milosrdná lež

B „Zamlžit, neříct pravdu.“

C „Mluvit pravdivě o realitě. Povídat pravdu.“

Alternativní pravdivost nemůže být nikdy lež, ani takzvaná lež z milosrdnosti. Vzbuzovat perspektivy vyléčení, které se můžou splnit, je křivdou na osobnosti těžce nemocného. Pacient, který je klamaný ponechává se sám, v tomto rozpoložení mezi narůstající

úzkost z nejistoty a předstíranou nadějí nedostaveného efektu léčby, "Milosrdná lež",bývá dřív nebo později příčinou trpkého zklamání a krizí důvěry k neupřímnému okolí. Může mít následek odmítnutí léčby a agresivitu ke svému okolí. Z hlediska svobody a osobní identity, pacient má právo vědět o své tanatogenní situaci, aby mohl uspořádat svoje případné sociální závazky, najít si emotivní a psychickou stabilitu a mohl naplnit smyslem až do poslední chvíle svého života. Podstatné je, zda si nemocný toto právo nárokuje a uplatňuje. K prvním zastáncům pravdivý informace nemocného patří sám Hippokrates. Ve svém základním díle přikazuje lékařům:"Enuntiatio autem opportuna, sed non esse nocens."

Kritéria,"užitečné deklarační" může shrnout do šesti otázek:

Komu a kdo?

Kdy a kde

Kolik a jako se mají podat informace?

Starostlivost o umírající klade především nároky na naše vlastní emocionální schopnosti na citovou účast. Pro umírajícího je důležité naše chování , náš postoj a naše schopnost empatického vcítění se.

a přeci právě v této oblasti vládne velká nejistota, která nás často svádí k únikovým reakcím, abychom zakryli svou vlastní bezmocnost. Starostlivost o umírající vyžaduje postoj k vlastní smrti. Každý z nás ví, že někdy život skončí. Ale většina lidí se tím odmítne konkrétně zabírat.

Často svůj odmítavý postoj zdůvodní tím, že je dost času myslet na vlastní smrt a když k tomu přijde, problém se nějak zvládne. Zdravotničtí pracovníci( lékaři, sestry, klinický psychologové apod.) přichází při výkonně svého povolání velmi často do styku s umíráním a se smrtí. K tomu přistupuje nekonečné řetěz medicíny skrýt se za věčnost techniky.

Uprostřed hadic dýchacího přístroje monitorů, obvazů a lahví je umírání člověka rozfázované,či rozkouskované na mnoho fyziologických procesů, za kterými se ztrácí osobní prožívání umírání.



## **2. PALIATIVNÍ STAROSTLIVOST. HOLISTICKÉ HNUTÍ**

Pro mnohé nevléčitelně nemocné je jedinou pragmatickou alternativní paliativní péčí. Paliativní péče je aktivní, totální péče o pacientů, který onemocnění už neodpovídá na léčbu, cílem je zlepšit kvalitu života (definice WHO, 1990). Paliativní péče také představuje druh zdravotní péče, která se poskytuje ve formě ambulantní zdravotní péče anebo ústavní zdravotní péče osobě s nevléčitelnou a zároveň pokročilou a aktivně progredující chorobou s časovým omezením přežití.

Paliativní péče se poskytuje nejčastěji v hospicích. Výkladový slovník definuje hospic jako: „přístřešek anebo ubytovna pro putující, opuštěných žebráků, často udržovaném v klášterním pořádku“. Slovo hospic pochází z latinského slova hospitium - pohostinnost, a hospes - přijímač hostů, hostitel, host, toto slovo zároveň symbolizuje vzájemnou péči lidí o sebe navzájem. Hospic má poskytovat ambulantní a ústavní péči pro všechny věkové kategorie nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů.

Hospicová péče je programovaný přístup hledání smysluplného zacházení s nevléčitelně nemocných a umírajících pacientů a jejich rodina, prodloužení smysluplného života a ne psychologického umírání, přijímá se neaktivní léčebná terapie. Stručně řečeno, cílům hospicové péče je paliace, anebo zabezpečení pacientův komfort, spokojenost a pohodlí. Předpokladem tohoto pohodlí je, že pacient bude rád sám sebou tak jak je to jen možné, a že jeho osobnost nebude deformovaná a degradovaná ztrátou soukromí, sociální izolací, léčiv, léčbou, technikou anebo okolím. Je nevyhnutelné, aby pacient dostával množství informací o změnách odehrávajících se v jejich tělech, o předpokládaným směrem choroby, ale i o pravděpodobným scénáři smrti. Ideálem je jak pacientům není nic zatajené a péče není ovlivněná paternalistickým konventem. Nemá v úmyslu urychlit a zpomalit přirozený a nevyhnutelný čas smrti. Tento holistický bio-psycho-sociální model akceptuje všechny potřeby pacienta, ne jen biologické jako tradiční medicína. Hospicová péče se snaží naplnit všechny potřebné potřeby pacienta a jeho rodiny. Světová zdravotnická organizace (SZO) definuje zdraví za takové tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka a ne jen nepřítomnost choroby.

( Kábrt J. 1968). Z této definice zdraví vyplývá kontroverzní myšlenka, že i umírající pacient může být zdravý a samozřejmě i to, že se ho týkají čtyři okruhy potřeb: biologické, psychologické, sociálně a spirituálně. Už z toho je zřejmé, že sám lékař ani sestra tyto potřeby naplnit nemůžou, proto existuje multidisciplinární tým.

Jeho členové korespondují s potřebami pacienta a zpravidla je to mimo lékaře a sestry ještě ošetřovatel, opatrovník, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog, kněz, dobrovolník, podle potřeby jiný zdravotníci a sociální pracovníci. Priorita potřeb se v průběhu onemocnění mění, zatím co na začátku se potřeby převážně biologické v závěrečné fázi velmi často napodobují důležitost potřeby spirituálně

- Biologické potřeby. Minimalizace fyzické bolesti charakteristická převážně u nemocných v terminálním stádiu choroby je hlavním cílem paliativní péče. Akutní bolest má relativně krátké trvání, ale bolest chronická je trvalá s meniacou s intenzitou v čase. Patří sem i zvládání dalších symptomů doprovází chorobu jako: anorexie, dehydratace, slabost, nedostatečné dýchání, infekce, sensorické a motorické dysfunkce.
- Psychologické potřeby. Prioritně tu patří potřeba respektovat lidskou důstojnost a to úplně nezávisle od stavu tělesné schránky pacienta. Člověk není jen množina orgánů podpořený kostrou a obalená kůží. Je jedinečnou neopakovatelnou bytostí

se svým nenahraditelným posláním. Pacient vyžaduje verbální a neverbální komunikaci, získávání důvěry i pocitu bezpečí. Možnost smířit se s vlastní smrtí umožňuje jen pravda. V našich podmínkách se častěji setkáváme se stavem neinformovanosti, bez ohledu na to, zda pacient chce být informovaný anebo ne.

- Sociální potřeby. Sociální izolace, doprovází nejvíc poslední stádium nevléčitelně nemocného pacienta, je v protikladně s jeho společenskou podstatou. Důležitou úlohu sociálně-psychické podpory pro pacienta, jeho rodinu i personál tady je možné mít dobrovolníků.
- Spirituální potřeby. Jsou často zaměňovány s duševními- psychologickými potřebami, ale i tak zůstávají jakýmsi tabu. Spojují se s vírou člověka a s otázkami transcendentu.

Druhy hospicové péče:

- Domácí péče- je vázaná na ambulantní paliativní péči, kam pacient dochází. Pro pacienta je tato forma ideální, ale ne vždy dostačující. Hranice její možnost vznikají tam, kde rodinné zázemí chybí anebo se vyčerpá.
- Stacionární péče- je zřizovaná při lůžkových zdravotních zařízení a je využívána pacientem na denní pobyt z důvodů diagnostických, léčebných, psychoterapeutických anebo azylových, když si rodina potřebuje oddychnout a nabrat nové síly do dalších náročných dnů.
- Lůžková péče- zůstává krajní možností v případech, kdy nestačí anebo není možná domácí ani stacionární péče. Je poskytována v samostatném zdravotnickém zařízení Hospic anebo v jiném zdravotnickém zařízení, kde je udělané oddělení paliativní péče.

## **2.1. PILÍŘE PALIATIVNÍ PÉČE**

Za tradiční pilíře paliativní péče je považována:

- kontrola symptomů má za cíl dosáhnout maximální úlevy od bolesti, ale i ostatních symptomů jako je dyspnoe, anorexie, obstipacie, strach, deprese apod.
- Psychosociální podpora, jejím naplněním je skutečně věcí skoro nemožnou. Rozhodně neodráží častost návštěv, či lékařských vizit. Nejdůležitější jsou vztahy, je tu potřebná empatie, teplý lidský dotyk, úsměv a pochopení. Pacient musí cítit zájem o něho jako člověka.
- Týmová spolupráce, bez nadřazenosti a podřazenosti.
- Respektování pacienta jako člověka.

Dobrá terminální péče musí mít stanovený určitý standart, který je strukturalizuje a zhodnocuje její funkčnost. Rozsah poskytované péče je stejný bez ohledu na to zda je hospic samostatným zařízením, anebo součástí nemocnic.

V rámci z těchto oblastí byly vytvořené specifické principy, které jsou vynikajícím základem pro vybudování programu paliativní péče:

- A. Základní princip charakterizující hospicovou péči. Jedním z principů hospicové péče je poznání a pochopení, že umírání je přirozený proces bez ohledu na to zda je důsledkem choroby anebo ne.
- B. Podstata hospicové péče. Vhodná terapie je cílem hospice, proto je nevyhnutelné definovat je pro tu danou situaci. S pochopením, že smrt je neodvratná jako konečný moment přirozeného pokračování lidského života a že terminální fáze chorobného procesu je nezvratná, je možné stanovit cíle péče
- C. Pacient a rodina. Pacient a rodina jsou smyslem programu hospice. Účast pacienta a rodiny v co nejširší míře na rozhodnutí a poskytované péče by měla umožnit pacientovi a jeho rodině život podle jejich vlastních představ s úctou hodnou člověka až do chvíle pacientovi smrti.

Hospic program je postavený tak, aby se prostřednictvím vhodné paliativní péče dosáhli cíle pacientů a rodin, pro který je program vytvořený. Program má více složek, z kterých každá přispívá k zabezpečení kvalitní péče:

- 1. Hospicová péče je dostupná nepřetržitě
- 2. Hospicová péče zabezpečuje interdisciplinární tým
- 3. Hospicový program vytváří podmínky na neformální způsob podpory ošetřujícího personálu.
- 4. Služby hospiců jsou koordinovány centrální administrativou, lékařská, psychologická a sociální péče
- 5. Na základě pacientových potřeb a preferencí jako určující faktory pro výběr prostředí a místa .
- 6. Je potřebné neustále zlepšovat techniky paliativní péče

### **3. EUTANÁZIE**

život člověka odpradáva zužuje bolest a choroby. V úrovni medicínské péče, aspoň ve vyspělých státech, člověk dosáhl obrovský pokrok. A nejen v nejdůmyslnějším systému zdravotního pojištění garantuje člověku lékařskou péči v širokém rozsahu.

Zvyšuje se průměrný věk obyvatelstva, lékaři dokáží léčit choroby, které by jen přednedávnem znamenali jistou smrt. Všechno má své pro a proti. Vyřešením jednoho problému přináší problém další, často složitější, v duchu známého výroku: „Když zkoumáš neznámé, nevíš co objevíš.“ V paradoxní situaci se často ocitnou lidi žijící ve vyspělých zemích, protože moderní technika se často obrací člověku zády. Toto všechno nás nutí přemýšlet, zda pro člověka v hraničních situacích děláme všechno co je v našich silách. Anebo naopak, někdy méně znamená více.

Už před více jak 100lety Ottův Slovník naučný takto charakterizoval postup lékaře při eutanázii. „Když všechna naděj na uzdravení a život zmizí, lékař nabyl přesvědčení, že je marné každé další léčení, je třeba se starat, aby nemocný v posledních okamžicích života trpěl co nejméně. Když má pacient fyzické bolesti, je třeba podávat léky k tišení i ve větších dávkách než předtím a je v každém ohledu potřebné dbát na to, aby nemocný byl ušetřen různých útrap a nepohodlí.“

Pro téma eutanázie se skutečně přelomovou stala až publikace knihy dvou autorů K.Bindinga a A.Hocha. Stalo se tak roku 1920. Nesla symptomatický název Udělení souhlasu na ukončení života nedobrého žití. V odborných kruzích, ale i v laické veřejnosti zaznamenala velký ohlas. Rozpoutala diskuze o eutanázii nejen ve státě prvního vydání, ale i po přeložení do jiných jazyků prakticky v celé Evropě. Publikace Udělení souhlasu se často a oprávněně připisuje zodpovědnost za legalizaci eutanazie v Německu na konci 20.let a později za Hitlerovou filozofii etnického zabíjení. Co bylo obsahem knihy? Její autoři viděli v „milosrdné“smrti prostředek na uskutečnění blahodárné sociální reformy, která umožní vypořádat se s beznadějně nemocnými osobami. V praxi se eutanázie prováděla v nemocnicích na nevléčitelně nemocných a těžko mentálně postižených osob, často i bez vyžádání souhlasu, Takovéto případy nebyli zákonem postiženi. Zpočátku nebyla koncepce eutanázie rasově motivovaná, dokonce „dobroděnní“ tohoto způsobu bylo odepřeno Židům, považovaných za občany, kteří mají menší práva využívat a podílet se na sociálním pokroku.

V současnosti se v medicíně otevírají možnosti na zmírňování bolesti a prodlužování života, což může přirozený proces utrpení a umírání potlačit anebo zpomalit.

Na jedné straně je zájem pacienta být udržení při životě, jak dlouho to je možné. Právo, jak zabránit zneužití, musí brát do úvahy nejen starostlivých příbuzných a svědomitého lékaře, ale musí počítat i s takovými rodinnými příslušníky, kteří mají zájem na urychlení získání dědictví, anebo s takovým lékařem či ošetřovatelem, pro kterého je léčení a péče o nevléčitelně nemocné nesmyslnou zátěží.

Pokusíme se objasnit si blíže slovo eutanázie. Eutanázie (eu-dobře, thanos-smrt) je slovo gréckého původu, které podle naučného slovníku znamená vědomně zkrácené těžkého smrtelného zápasu anebo v přeneseném smyslu slova pěknou anebo lehkou smrt. S eutanázií se často zaměňuje distanázie a ortonázie. Slovem distanázie se označuje stav, v kterým lékař udržuje naživu pacienta, který je nevléčitelně nemocný, pomocí neobyčejných, často nákladných a těžko dostupných léčebných prostředků a postupů. Lékař využívající takovéto prostředky nemůže pacienta vyléčit, ale v něm uchovávat život. Jak svou starostlivost o nemocného omezí anebo ukončí, způsobí mu smrt.

Ortotanázie je popřením distanázie, stavem, v kterém lékař upustí od léčby nevléčitelně nemocných nákladnými, těžko dostupnými prostředky, a tak způsobí jejich smrt.(J.Drgonec 1992).

C. Huftová (1993) dělí eutanázii na aktivní a pasivní. Pod první skupinu zařaduje tyto definice eutanázie :

- 1. Zabití nemocného na jeho vlastní přání
  - 2. Úmyslné usmrcení nemocného na jeho vlastní přání
  - 3. Usmrcení na požádání
  - 4. Usmrcení ze soucitu
  - 5. Dobře uvážené zakončení života nemocného v e snaze zabránit dalšímu utrpení
- Pasivní eutanázií označuje zastavení umělého a neúčelného prodlužování umírání moderními lékařskými technikami, umělou výživou, hydratací anebo podáváním léků, které zmírňují utrpení, ale můžou současně zkrátit život. Ve všeobecné deklaraci lidských práv v člancích 1,2,3,5 se uvádí: Všichni lidé se rodí svobodní a rovni v důstojnosti a v právech. Jsou obdařeni rozumem a svědomím a měli by se k sobě chovat v duchu bratrstva. Každý je nositelem všech práv a svobod, které zakotvuje tato deklarace, bez ohledu na odlišnosti jakéhokoliv druhu, jako jsou rasa, barva, pohlaví, jazyk, náboženství, politické a jiné přesvědčení, národní anebo sociální původ, majetek, rodové anebo jiné postavení. Každý má právo na život, svobodu a osobní bezpečnost.

Druhý výklad, používaný příznivci eutanázie, spojuje v sobě dvě práva:

- a\ být usmrcený na požádání
  - b\ usmrtit pacienta v případě, jak je to příslušná osoba (nejčastěji lékař) požádaná
- Příznačný pro tyto práva je fakt, že právu na smrt nekoresponduje na druhé straně povinnost reagovat splněním pacientových požadavků, čím je ve svojí podstatě oslabené tvrzení, že právo na smrt, tak jako ho prezentují a obhajují zastáncové eutanázie, skutečně existuje.( Brovinsonová J.M. 1996)

### **3.1. STÁTY USKUTEČŇUJÍCÍ EUTANÁZII**

#### **1.Holandské království**

Holandské království je státem, kde se veřejně realizují eutanázie.

Formálně se tak děje již od roku 1973, když praxe soudů vytvořila precedens, který je základním pramenem anglosaského systému common law. Obsahem příslušných zákonů je i ustanovení, že lékař, který ukončí život pacienta na jeho výslovné a vážné přání, nemá být potrestaný, jak byli dodržené stanovené podmínky. Tato praxe získala podporu a oporu výkonné moci až v roku 1984, když vláda a královská lékařská asociace vydali přesné podmínky na výkon vyžádání eutanázie.

Výkonu vždy musí předcházet dodržení následujících bodů:

Forma žádosti pacienta, který podstatnými a nevyhnutelnými znaky musí být:

- dobrovolnost
- uváženost (v praxi se vyskytli i případy, když interval mezi žádostí a eutanázií byl jen jeden den, dokonce několik hodin)

- trvalost

Tyto prvky musí být splněny současně:

1. Pacientova choroba nemusí být smrtelná, ale musí být vážná.

Tato relativně mírná podmínka vyplynula z rozhodování činnosti soudů, týkající se žalob o oprávněnosti anebo neoprávněnosti eutanázie, při které se přijalo závažné rozhodnutí, že pacientovi problémy nemusí být bezpodmínečně fyzického anebo psychického charakteru, stačí jak jde o psychologickou reakci na chorobu.

2. Utrpení pacienta je nepřijatelné.

Pacient musí být vyšetřen dalším lékařem. Ten je povinný zaujmou nezávislé a objektivní stanovisko k zdravotnímu stavu pacienta. Výrok druhého lékaře, když je v rozporu s rozhodnutí žadatele o eutanázii, zavazuje i prvního lékaře. Holandsky oficiální představitelé se dočasně sebrali i možnost legalizovat nevyžádanou eutanázii. Státní komise pro eutanázii v roce 1987 navrhovala, aby se tato forma "milosrdenství" dále nepovažovala za zločin za předpokladu, že se uskuteční v rámci péče lékařské praxe. Tyto snahy pokračovali i později. V roce 1988 vypracovala Královská holandská lékařská asociace usnese, které odsouhlasilo eutanázii dětí s těžkými vrozenými vadami a osob v trvalém kóma, v jistých případech ji dokonce navrhla jako nejvhodnější prostředek. Tyto návrhy Holandská vláda odmítla s odůvodněním, že jakmile neexistuje žádost pacienta, pak kroky směřující k ukončení života jsou s právním hlediskem vraždy anebo zabití, a ne otázkou eutanázie. I samotní holanďané přiznávají, že umožňují usmrcení na vlastní žádost nemocného je sociálním experimentem. Stálo by za hluboké zamyšlení či zvolili vhodnou formu a nástroje na jeho realizaci.

## **2. Austrálie ( Severní teritorium )**

Austrálie je federálním státem, z jehož ústavy vyplývá, že úprava trestního zákonodárství je zveřejněná jednotlivým celkem svazů. Trestné zákony členů federace obsahují ustanovení, podle kterých se aktivní pomoc při umírání považuje za spáchání trestného činu vraždy.

Neznamená to však, že eutanázie, kterou je možné zařadit do takto postihované činnosti je zakázána. Naopak, některé státy federace přijali zákonné úpravy, označené různými názvy, upřesňující poskytování pomoci při umírání a zavedli možnost odmítnout léčbu. Tyto legislativní činnosti se australské státy věnovali nejméně v 80. letech 20. století, a to dost podrobně. Nevynechali ani ustanovení, podle kterých osoba, která měla poskytnout zdravotní péči, ale osoba v ohrožení života anebo zdraví jí odmítla, není zodpovědná:

- ze spáchání přestupku anebo trestného činu
- za neposkytnutí pomoci v případném civilním dění
- z neposkytnutí zdravotnické péče ani v případech, ve kterých pacient mezitím změnil rozhodnutí, tedy když se člověku má pomoc poskytnout, avšak povinná osoba se o změněných úmyslech nedozví.

Realizace zákonů o pomoci při umírání a možnosti odmítnout léčbu vytvořila vhodné podmínky na legalizaci aktivní eutanázie. Stalo se tak roku 1995, stát severní teritorium,

umožnil zákonem vykonáváním tohoto prostředku. Podle tohoto zákona pod pojmem pomoc ke smrti anebo k navrhnutí smrti pacienta rozumí předepsané látky, její příprava a podání na samopoužití anebo podání smrtelné látky lékařem. Jen když jsou splněné všechny podmínky, které vyžaduje zákon, může lékař poskytnout pomoc ve smyslu tohoto zákona.

Mezi nejdůležitější podmínky, které musí být splněny, před výkonem eutanázie, patří:

- 1. Žádost pacienta, která musí být dobrovolná, svobodná, po náležitém uvážení a při plném vědomí.
- 2. Pacient musí mít minimálně 18. roků, z eutanázie jsou vyloučeni nezletilí a osoby bez úplné schopnosti na právní úkony. Tímto opatřením se má zabránit výkonům nevyžádané eutanázie a zároveň jde o potvrzení její trestnosti.
- 3. Před výkonem eutanázie je lékař povinný se přesvědčit o skutečnostech, zda osoba trpí danou chorobou, která při normálním průběhu a bez následných mimořádných prostředků způsobí smrt, neexistuje žádný léčebný postup ani prostředek, který je dostupný a současně je možné ho rozumně použít v naději na ovlivnění léčby.

Zda takovýto postup anebo prostředek existuje, musí splnit některý z dvou vlastností, a to ulehčit bolest anebo útrapy, anebo ulehčuje a umožňuje umírání přijatelným způsobem.

S ohledem na možné chybné rozhodnutí a na jeho minimalizaci musí být na rozhodování přizván ještě druhý lékař.

Tento je povinný prokázat splnění následujících podmínek:

- není příbuzným, zaměstnancem ani členem stejné lékařské praxe jako první lékař
- je držitelem diplomu z lékařské psychologie anebo jeho ekvivalentu

Druhý lékař je také povinný řádně a důkladně vyšetřit nemocnou osobu, která podala žádost na uskutečnění eutanázie. Výsledkem lékařského vyšetření může být potvrzení následujících třech skutečností:

- že pacient s pravděpodobností rovnající se jistotě v důsledku onemocnění umře
- potvrzení hlediska a prognózy prvního lékaře
- skutečnost, že pacient netrpí léčitelnou klinickou depresí

Možný výsledek vyšetření pacienta druhým lékařem je i nepotvrzené existence výše uvedených skutečností.

Zákon řeší tuto situaci tak, že zruší výsledky předcházejícího vyšetření a v případě, že nemocný na svoje požadavky na ukončení života trvá, umožňuje obnovu celého předcházejícího konání, přirozeně za účasti nových, doteď nezainteresovaných lékařů.

Další povinností lékaře ve vztahu k nemocnému je oznamovací a informační povinnost, kterou musí vykonat před ukončením eutanázie. Pacient má být obeznámený o podstatě onemocnění, jejím pravděpodobném průběhu, léčbě, jako i o mimořádných, těžko dostupných, prostředcích, sloužících na udržení jeho života. Po splnění těchto podmínek, za předpokladu, že žádost nemocného trvá, přičemž projev rozhodnutí ukončit svůj život musí nést všechny znaky vyjmenované v bodě číslo 1., se může realizovat pomoc, tak jako je vyjádřena v tomto zákoně.

Výkon eutanázie se může uskutečnit nejdříve po 48 hodinách po podpisu listiny se žádostí. Až do okamžiku podání smrtící látky se s eutanázií musí přestat, jakmile pacient

naznačí, že se má tak stát.

Druhá vzpomenutá výjimka má zabezpečit, aby nedošlo k ukončení života nemocného ve změněném stavu vědomí, se sníženou anebo úplně vyloučenou možností zastavit nezvratný, život ukončující postup. Pacient může stáhnout svou žádost o poskytnutí pomoci zpět. Zákon neustanovuje žádný předepsaný způsob ani čas, dokdy tak nemocný musí učinit.



## **4.ODESLÁNÍ PRO PRAXI**

### **4.1. KLÁST DŮRAZ NA USKUTEČŇOVÁNÍ PREVENCE**

I když dnes je všeobecně uznávaná zásada, že je lepší prevence než dodatečná léčba a korekce, přeci je velmi těžké prosazovat preventivní opatření. Tato skutečnost má mnohé příčiny, které se i v samotném člověku, který má sklon k tomu, aby žil jen pro přítomnou chvíli, která mu jaksi přináší iluzi, pocit nesmrtelnosti, nezranitelnosti, bez rizikovosti, na chorobu a smrt myslí, až když onemocní. Proto když chceme náš dospělý věk naplnit dobrým fyzickým a mentálním zdravím jako i spokojenou společenskou výkonností, musíme v každé oblasti, která se zabývá našim bio-psycho-sociálním blahem volit zásadně preventivní postupy. Moderní aspekty pojmání problematiky péče o staré chronicky nemocné také jednoznačně poukazují na tuto nutnost, aby se těžiště péče o staré a chronicky nemocné přeneslo do mladších věkových vrstev. Zanechávání zásad preventivní péče je třeba realizovat už v mladém a středním věku. Předcházet chorobám, předčasné starobě a odkázanosti na pomoc účinnými opatřeními v oblasti prevence je nejen racionální a ekonomické, ale i vysoce humánní. Vykonávat léčebno-preventivní činnost znamená usilovat o dosažení stavu plný tělesný, duševní a sociální pohody. Dosahnout tuto pohodu znamená realizovat prevenci ve všech obdobích života jako permanentní proces. Je potřebné zaměřit se na všechny složky prevence: primární, sekundární a terciální. Primární prevence v geriatrici daleko přesahuje rámec zdravotnictví, je úlohou celospolečenskou. Společenský aspekt prevence nespočívá jen v realizaci ekonomických a sociálních opatření, které upravují vztah společnosti k jednotlivci, ale i ve vytvoření podmínek pro maximální dostupnost a praktické využití vědeckých poznatků.

Sekundární prevence zasahuje do před klinického latentního stádia, stádia choroby aktivním vyhledáváním ohrožených, brání rozvoji choroby odhalovat drobných necharakteristických příznaků v prodromálním stádiu choroby anebo v reverzibilním stádiu klinické manifestace choroby. Tato součást prevence si však vyžaduje aktivní spolupráci odborníků z více oborů, ale také i aktivní spoluúčast jedinců.

Úlohy terciální prevence je uchovat funkčnost a kapacitu starého nemocného tak, aby nepřišlo ke stavu bezvládnosti a zabezpečovat péči o bezvládné odkázané na pomoc jiné osoby.

Z dlouhodobého hlediska má největší význam primární prevence. Jednou z jejích úloh je vyhledávání a signalizace rizikových starých osob, rizikové prostředí a rizikové situace.

Včasný a účinný zásah sociálního anebo zdravotního pracovníka může zabránit špatné adaptace a krizové situaci v psychosociální anebo somatické oblasti.

### **4.2. VĚNOVAT POZORNOST PROBLEMATICE SNÍŽENÍ SAMOSTATNOSTI A ZVÝŠENÍ ZÁVISLOSTI**

Rovněž důležité je zaměřit se i na oblast řešení snížení samostatnosti a zvýšené závislosti, ale i na problémy a komplikace, které tyto s sebou přináší. Ověřili jsme si skutečnost, že ve vyšším věku je vysoký výskyt chorob nejvíc degenerativní povahy a

výskyt více samostatných chorob u té samé osoby je pravidlem. Změny vlivem věku a vlivem chorob se sdružují a vedou k poruchám různého rozsahu. Postupně tak klesá samostatnost a vzrůstá závislost, odkázanost na pomoc druhé osoby. Běžná denní činnost, kterou starý člověk vykonával před chorobou s malým úsilím se stává náročnou. Rehabilitace pomáhá ve znovu nabití samostatnosti a umožní pokračovat v běžném životě. Úspěšný program rehabilitace je podmíněn správným poznáním poruchy a jejího vlivu na funkci. Už před rehabilitací je třeba zodpovědět jak příslušná porucha ovlivní hybnost nemocného, schopnost komunikace a jak ovlivní život starého člověka doma, v rodině anebo žijícího v instituci. Mezi rozhodující faktory úspěchu rehabilitace lidí ve vyšším věku patří motivace. Ve stáří často vzniká deprese, hlavně tehdy, když si nemocný uvědomí svoji neschopnost. Jen menší část nemocných je vysoce motivována už na začátku tohoto nepříznivého stavu. Přehnaný entuziasmus maskuje často neochotu vzít na vědomí realitu svého stavu. Ale bude jen málo pacientů zas tak depresivních a níže motivovaných, že při správném přístupu nebudou schopni vůbec spolupracovat. Motivace se zlepšuje každým menším úspěchem. Hlavním cílem rehabilitace u lidí ve vyšším věku je fyzická a psychická aktivace nemocných, udělat je maximálně samostatnými a nezávislými na pomoci jiné osoby. Čas a energie by se neměli zbytečně plýtvat na dosažení nereálných cílů. Až na malé výjimky i ve stáří se nemůže vyslovit dopředu o neúspěšné rehabilitaci bez toho, že by se to nezkusilo.

### **4.3. AKTIVNÍ PŘÍPRAVA NA STÁRNUTÍ**

Je potřebné věnovat zvýšenou péči i přípravě na stáří, kterou je možné rozdělit na zdravotnickou, psychologickou a sociální. Zdravotnická příprava je zaměřená na včasnou diagnostiku onemocnění, poukazování na výskyt rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku civilizačních onemocnění, diagnostika nádorů, přiměřená tělesná aktivita, duševní zdraví a jiné.

Psychologická příprava na stárnutí vychází ze zásad psychohygieny všeobecně a gerontopsychologie zvlášť.

Sociální prostředí ovlivňuje psychiku prostřednictvím pracovních podmínek, kvalifikace, zátěže v rodině a bytových poměrů. Sociální příprava na stáří znamená organizace práce v závislosti na věk, kvalifikaci a vzdělání pracovníka. Příprava na stárnutí je náročnou celospolečenskou úlohou.

### **4.4. ZABRÁNĚNÍ SOCIÁLNÍ IZOLACI**

Sociální izolace představuje jedno z největších rizik u lidí ve vyšším věku. Člověk je tvor společenský, na společnosti závislý. Sociální izolace může být velkým stresem, který může vyústit až k suicidálním pokusům anebo i předčasně smrti. Příčiny sociální izolace můžou být různé: rodina žije daleko, patologicky fungující rodina, bezdětnost, absence příbuzných, neochota komunikace s okolím a jiné.

Významnou úlohu v prevenci sociální izolace představují různé instituce, společenské sdružení a nadace.

#### **4.5. ZPROSTŘEDKOVÁNÍ INFORMACÍ**

Chronicky nemocným lidem ve vyšším věku je potřebné podat ucelené informace o existujících a dostupných variantách zdravotnické a sociální péče. Vytvoříme jim tak prostor pro možnost svobodné volby jako i rozhodnutí o sobě samém. V mnohých případech se nám potvrdil názor, že chronicky nemocným a lidem ve vyšším věku nemají dostatečné informace o možných alternativách domácí péče. V důsledku toho byli vytrhnuti ze svého rodinného prostředí a vzniklo tak velké množství psychosomatických onemocnění a jiných komplikací.

## **5.FORMULACE PROBLÉMŮ A POSTUP JEJICH ŘEŠENÍ**

V předchozích kapitolách jsme si utvořili relativně široký rámec a teoreticky fundované východisko pro konkrétní problémy, jeho zaměření a formulování pracovních hypotéz i otázek, co je obsahem náplní první části této kapitoly.

### **5.1. NASTOLENÍ PROBLÉMŮ**

Předmětem této práce, jak vyplývá z nadpisu je akceptace a vnímání smrti u starých a chronicky nemocných. Téma postihuje široký okruh společensky aktuální problematiky, kterou psychosociální a somatické problémy takto postižených jedinců představují.

### **5.2.FORMULACE PRACOVNÍCH HYPOTÉZ**

Při formulování pracovních hypotéz vycházím z mé práce z doteď získaných údajů o procesu stárnutí, jako i o vlivu přidružených komplikací na jedince v psychosomatické a sociální oblasti.

Hypotéza číslo 1 :

Na základě více analýz jako i praktických zkušeností mám důvod vyslovit předpoklad, že nadpoloviční většina lidí ve věku nad 60let trpí polymorbiditou.

Hypotéza číslo 2 :

Vyslovuji předpoklad, že nadpoloviční většina lidí ve věku nad 60let trpí poruchami duševního stavu, které jsou odvozené od špatného zdravotního stavu, ale i od nepříznivého sociálního postavení.

Hypotéza číslo 3 :

Vyslovuji předpoklad, že nadpoloviční většina lidí ve věku nad 60 let velmi těžko snáší hospitalizaci a omezení s ní související.

Hypotéza číslo 4 :

Vyslovuji předpoklad, že nadpoloviční většina lidí ve věku nad 60 let s ohledem na své duševní zdraví chce být adekvátně informována o svém zdravotním stavu jako i o možných zvratech, komplikacích a omezeních.

Hypotéza číslo 5 :

Vyslovuji předpoklad, že nadpoloviční většina lidí ve věku nad 60 let s ohledem na své duševní zdraví chce být v posledních chvílích svého života ve svém domácím prostředí.

Hypotéza číslo 6 :

Na základě dlouhodobých zkušeností v oblasti práce s umírajícími pacienty vyslovuji předpoklad, že většina lidí se v době hospitalizace střetla s umírajícími pacienty a umírání v nemocničním prostředí považuje za neosobní a velmi deprimující.

### **5.3. CHARAKTERISTIKA POUŽITÉ METODY**

Na získání informací, které by dokázaly moje tvrzení sem si zvolila získávání informací pomocí dotazníku. Dotazník se zakládá na seznamu otázek vypracovaných podle přesně vymezených metodických zásad. Dotazník vyplnila sama zkoumaná osoba anebo skupina osob.

Používají se různé typy otázek, například :

- otázky typu proč ?

- otázky přímé, dialogické, filtrační, katalogové anebo polotématické apod.

Při používání dotazníkové metody se zpravidla striktně dodržuje zásada náhodného výběru a zásada reprezentativnosti vybraného souboru.

### **5.4. CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ**

Průzkum jsem realizovala mezi důchodcemi ve Středočeském kraji. Respondenti byli náhodně oslovení lidé ve vyšším věku . Respondenti žijí v domácím prostředí. Průzkumu se zúčastnilo 96 respondentů. Jedinou podmínkou zapojení se do průzkumu byl věk nad 60 let.

Bližší zjištěné údaje jsou uvedené v následujících grafech.

## **5.5. ANALÝZA A INTERPRETACE DOSÁHNUTÝCH VÝSLEDKŮ**

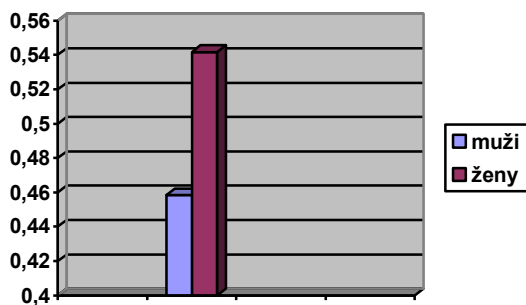
Informace získané pomocí zpracované pomocí kvantitativní analýzy jsem vyhodnotila postupováním po jednotlivých otázkách. Ve zpracování nabídnutých údajů jsem zohlednila i skutečnost, že stanovení hypotézy jsou zaměřené na zjištěné míry akceptace a vnímání smrti u starých a nemocných lidí.

### **Otázka č. 1 : Váš věk ?**

Do průzkumu se zapojilo 96 respondentů. Jejich průměrný věk byl 75,5 let.

### **Otázka č.2 : Vaše pohlaví ?**

Do průzkumu se zapojilo : 44 mužů a 52 žen



Graf číslo 1: rozdělení respondentů podle pohlaví

Muži: počet 44 což tvoří 45,83%

Ženy: počet 52 což tvoří 54,17%

### **Otázka č. 3 : Vaše sociální postavení .**

Do našeho sociálního průzkumu se zapojilo :

29 ženatých \ vdaných lidí ve věku nad 60let

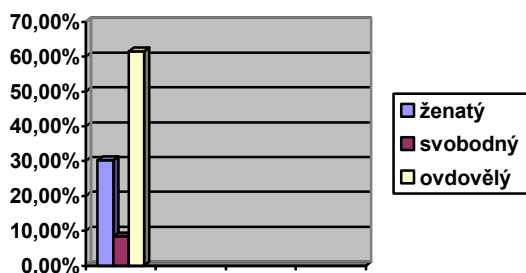
8 svobodných ve věku nad 60let

59 ovdovělých lidí ve věku nad 60let

Z průzkumu vyplývá, že nadpoloviční většina respondentů už ztratila svého životního partnera.

Jak jsem uváděla v předchozích kapitolách ztráta životního partnera ve vyšším věku prohlubuje sociální izolaci starších lidí. Spolupodílí se na vzniku dalších rizikových faktorů, které ovlivňují jejich duševní stav.

**Graf č. 2**



Graf č.2: Sociální postavení respondentů

### **Sociální postavení respondentů**

Žentý, vdaný : 29 což tvoří : 30,21 %

Svobodný : 8 což tvoří : 8,33 %

Vdovec : 59 což tvoří : 61,46 %

### **Otázka č. 4 : V domácím prostředí žije:**

A se životním partnerem

B osaměle

C s blízkými příbuznými

Z 96 respondentů žije:

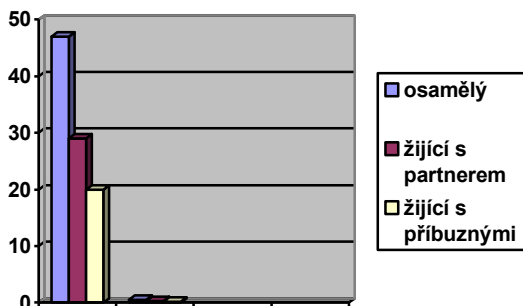
S životním partnerem : 29

Osaměle : 47

S blízkými příbuznými: 20

Z průzkumu vyplývá, že nadpoloviční většina respondentů žije osaměle. Stejně jako ztráta životního partnera i samota se podílí na vzniku rizikových faktorů u lidí ve vyšším věku.

**Graf č. 3**



Graf č. 3 : Domácí prostředí respondentů

Osaměle žijící: 47 což tvoří 48%  
Žijící s partnerem: 27 což tvoří 30,21%  
Žijící s příbuznými: 20 což tvoří 20,83%

#### Otázka č. 5 : Máte diagnostikované chronické onemocnění ?

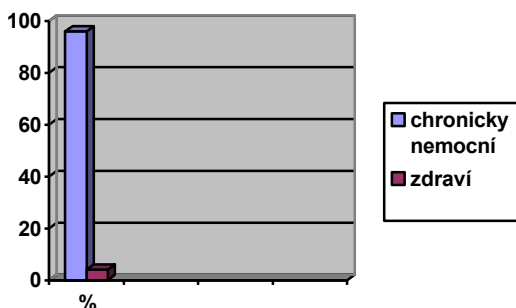
A ano  
B ne

Z 96 respondentů mělo 92 lidí diagnostikováno chronické onemocnění. Potvrdil se tak předpoklad, který jsem uváděla v předcházejících kapitolách, že nadpoloviční většina lidí ve věku nad 60let trpí chronickým onemocněním.

Graf č. 4 : Výskyt chronického onemocnění

Chronicky nemocní :92 což tvoří : 95,84%  
Zdraví : 4 což tvoří : 4,16 %

**Graf č. 4**



#### Otázka č. 6 : Mělo vaše onemocnění vliv na vnímání vašeho žití ?

A moje víra mi pomáhá překonávat těžkosti spojené s chronickým onemocněním  
B moje chronické onemocnění mě vedlo k návratu církevního vnímání života  
C moje chronické onemocnění ve mně vyvolává pocit bezmocnosti a smrtelnosti

Z 96 respondentů ve věku nad 60 let ukázala skutečnost že :

54 respondentům víra pomáhá překonávat těžkosti

23 respondentů chronicky nemocných se navrátilo k církevnímu vnímání života

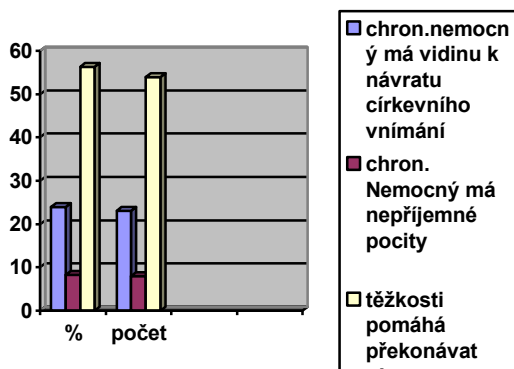
8 respondentů chronické onemocnění navozuje pocit bezmocnosti a smrtelnosti

11 respondentů se nevyjádřilo



Průzkum potvrdil, že nadpoloviční většina lidí ve věku nad 60let vesnici anebo v malých městech byla nábožensky vychovávána a celý život ve víře přežívala, anebo se ve vyšším věku k víře vlivem chronických onemocnění a těžkostí navrátí. Smrtí totiž v náboženském životě nic nekončí, ale přechází do jiné dimenze. V Bibli vidí útěchu při svém utrpení a bolestech.

**Graf č. 5**

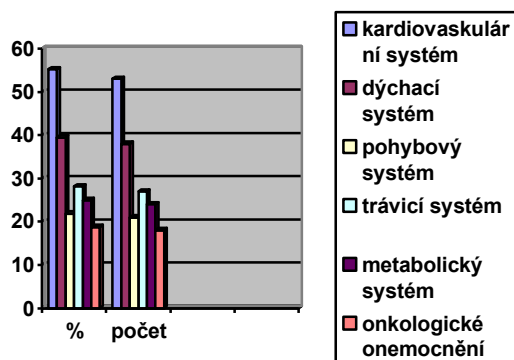


Graf č.5: Změna postoje k vnímání života po diagnostice chronického onemocnění

### Změna postojů k vnímání života po diagnostikování chronického onemocnění

Chronické onemocnění mě vedlo k návratu církevního vnímání 23 což tvoří	23,96%
Chronické onemocnění vyvolává nepříjemný pocit bezmocnosti a smrtelnosti 8 což tvoří	8,33%
Těžkosti mi pomáhá překonávat moje víra 54 což tvoří	56,25%
Nevyjádřili se 11 což tvoří	11,46%

**Graf č.6**



Graf č. 6: Postihuje tělové systémy

### Otázka č. 7: Kterého tělového systému se dotýká Vaše chronické onemocnění ?

- A kardiovaskulárního systému
- B dýchacího systému
- C pohybového systému
- D trávicího systému
- E metabolické onemocnění ( konkrétně cukrovka)
- F onkologické onemocnění

Respondenti uvádějí následovně chronické onemocnění:

Onemocnění kardiovaskulárního systému:	53 respondentů
Onemocnění dýchacího systému:	38 respondentů
Onemocnění pohybového systému:	21 respondentů
Onemocnění trávicího systému:	27 respondentů
Metabolické onemocnění:	24 respondentů
Onkologické onemocnění:	18 respondentů

Průzkum potvrdil, že nadpoloviční většina lidí ve věku nad 60let trpí polymorbiditou. Tento fakt do značné míry ovlivňuje jejich duševní stav, zvyšuje jejich závislost od jiných lidí a ztěžuje jejich společenský a sociální postavení.

Chronické onemocnění postihuje jeden tělní systém uvedlo:	14respondentů
Chronické onemocnění postihuje dva tělní systémy uvedlo:	67respondentů
Chronické onemocnění postihuje tři tělní systémy uvedlo:	11respondentů
Bez chronického onemocnění bylo:	4respondenti

#### Skladby chronického onemocnění:

chronické onemocnění týkající se	
1. kardiovaskulárního systému uvádělo:	53respondentů : 55,20%
2. dýchacího systému uvedlo:	38respondentů : 39,50%
3. pohybového systému uvedlo:	21respondentů : 21,87%
4. trávicího systému uvedlo:	27respondentů : 28,12%
5. metabolického systému uvedlo:	24respondentů : 25,00%
6. onkologické onemocnění uvedlo:	18respondentů : 18,75%

### Otázka č. 8 : Užíváte v souvislosti s Vaším onemocněním pravidelně léky ?

Z 96 respondentů je 92 trvale závislých na pravidelné farmakoterapii

**Graf.7**



graf č. 7 : Sledování pravidelné farmakoterapie

pravidelná farmakoterapie : 92 což tvoří 95,83%  
bez farmakoterapie : 4 což tvoří 4,17%

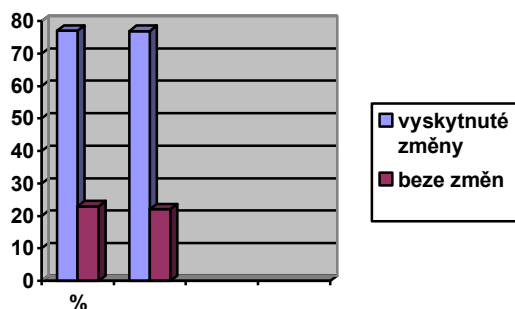
**Otázka číslo 9 : Zpozorovali jste Vy anebo Vaše okolí změny ve Vašem chování, myšlení a konání po diagnostikování Vašeho chronického onemocnění ?**

- A ano
- B ne

Z 96 respondentů 74 lidí uvádí výskyt změn v myšlení, chování a konání po diagnostikování chronického onemocnění. Potvrdilo se tvrzení z předcházejících kapitol o vlivu chronického onemocnění na lidský organismus. Je nutné uvést, že lidé ve vyšším věku jsou více citlivější na každou změnu jejich zdravotního stavu.

Velká část respondentů žije v sociální izolaci dá se předpokládat větší výskyt obličej v duševní oblasti.

**Graf č.8**



Graf č.8: Výskyt změn v chování respondentů po diagnostikování chronického onemocnění

**Výskyt změn v chování po diagnostikování chronického onemocnění.**

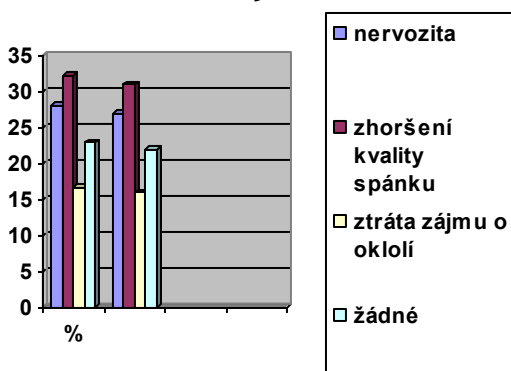
výskyt změn: 74 což tvoří 77,08%  
beze změn: 22 což tvoří 22,92%

### Otázka č. 10 : Byl\ a by jste ochotný\ á uvést jaké ?

Respondenti uváděli následovné změny chování :

Nervozita :	27respondentů
Ztráta zájmu o okolí:	16respondentů
Zhoršení kvality spánku:	31respondentů
Žádné změny:	22respondentů

**Graf č.9**



Graf č.9 : Skladba změn v psychické oblasti.

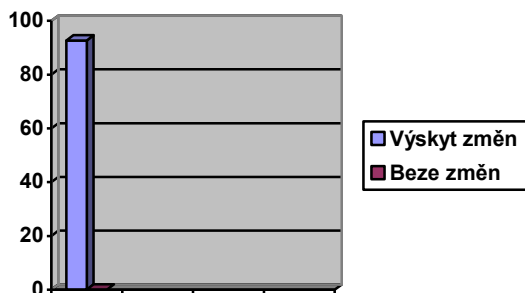
nervozita:	27 což tvoří 28,13%
zhoršení kvality spánku:	31 což tvoří 32,29%
ztráta zájmu o okolí:	16 což tvoří 16,67%
žádné:	22 což tvoří 22,91%

### Otázka č. 11: Přineslo Vám Vaše chronické onemocnění omezení v soukromém životě?

A ano

B ne

**Graf č.10**



Graf č.10: Výskyt omezení v soukromém životě

**Výskyt omezení v soukromém životě**

Výskyt změn: 89 což tvoří : 92,71%

Žádné změny: 7 což tvoří: 7,29%

**Otázka č. 12 : Byli byste ochotný\á uvést jaké ?**

Respondenti ve svých odpovědích uváděli tyto omezení v běžném životě

dietní omezení :	26
snížení sebeobsluhy :	18
pohybové omezení :	49
snížení kvality smyslových orgánů :	57
žádné :	7

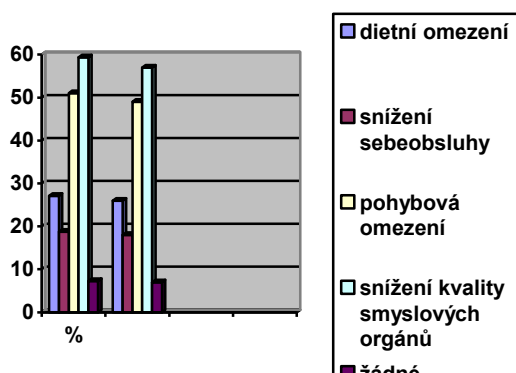
Výskyt jednoho omezení v běžném životě uvádělo: 32respondentů

Výskyt dvou omezení v běžném životě uvádělo: 53respondentů

Výskyt třech omezení v běžném životě uvádělo: 4respondenti

Bez omezení v běžném životě bylo: 7respondentů

**Graf č.11**



Graf č. 11: Skladba omezení v běžném životě v souvislosti s onemocněním

## Skladba omezení v běžném životě v souvislosti s onemocněním.

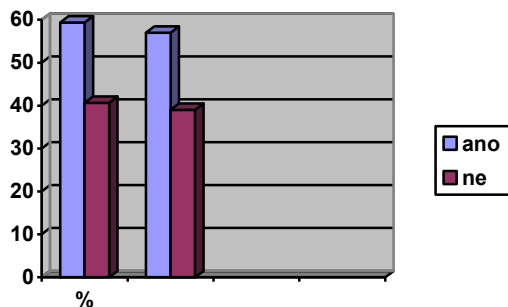
Dietní omezení:	26 což tvrdí : 27,08%
Snížení sebeobsluhy :	18 což tvrdí : 18,75%
Pohybové omezení :	49 což tvrdí : 51,04%
Snížení kvality smyslových orgánů :	57 což tvrdí : 59,37%
Žádné :	7 což tvrdí : 7,29%

## Otázka č. 13 : Máte obtíže s únikem moče ?

- A ano
- B ne

Z 96 respondentů mělo obtíže s únikem moče 57 lidí. Za tímto počtem se skrývají různé formy inkontinence, které podle více autorů se spolupodílí na vzniku psychických potíží. Inkontinenci někteří autoři nazývají tichým společníkem lidí ve vyšším věku. Tichým v tomto smyslu, že lidem je nepříjemné o těchto obtížích mluvit. Velmi často v důsledku nezamírňování následků tohoto postižení přichází k sociální izolaci.

Graf č. 12



Graf č. 12 : Výskyt potíží s únikem moči

## Výskyt obtíží s únikem moči.

obtíže :	ano : 57 což tvoří : 59,38%
	ne : 39 což tvoří : 40,63%

## Otázka č. 14 : V případě zhoršení Vaší prognózy byste upřednostnili :

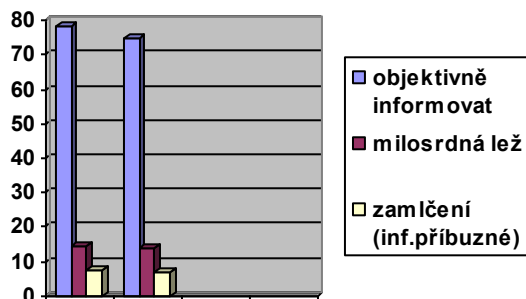
- A teorii milosrdné lži
- B teorii zamlčení (objektivně by byli informováni příbuzní)
- C teorii objektivní informovanosti

Z 96 respondentů by upřednostňovalo :

teorii milosrdné lži :	14
teorii zamlčení :	7
teorii objektivní informovanosti :	75

Z uvedeného průzkumu vyplývá, že nadpoloviční většina respondentů by v případě zhoršení prognózy upřednostnila teorii objektivní informovanosti. Z mých praktických zkušeností v oblasti práce se zdravotně těžko postižených a umírajícími pacienty můžu potvrdit výsledek průzkumu.

**Graf č. 13**



Graf č. 13: Postup při zprostředkování informací o zdravotním stavu.

**Postup při zpracování informací o zdravotním stavu.**

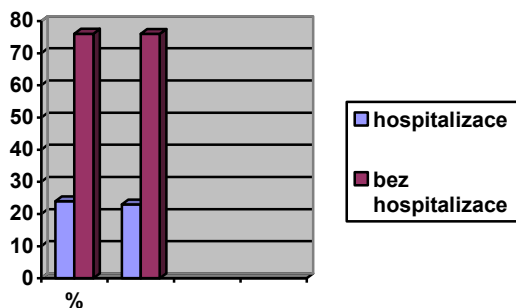
objektivně informovat: 75 což tvoří 78,13%  
 milosrdná lež: 14 což tvoří 14,58%  
 zamlčení (inf.příbuzný) 7 což tvoří 7,29%

**Otázka č. 15 : Byli jste hospitalizováni v souvislosti s chronickým onemocněním ?**

A ano  
 B ne

Z 96 respondentů uvádí hospitalizaci 73

**Graf č.14**



Graf č. 14 : Hospitalizaci na základě chronického onemocnění.

## Hospitalizaci na základě chronického onemocnění.

hospitalizováno: 73 což tvoří 76,04%  
bez hospitalizace: 23 což tvoří 23,96%

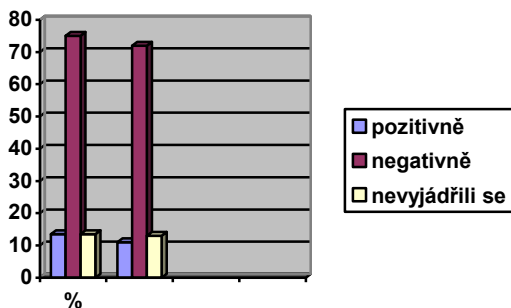
### Otázka č. 16 : Jaké pocity ve Vás hospitalizace zanechala ?

Respondenti ve svých odpovědích uváděli následovné hodnocení hospitalizace :

pozitivní: 11respondentů  
negativní: 72respondentů  
odpověď nevedlo: 13respondentů

Z průzkumu vyplývá, že většina respondentů vnímala hospitalizaci negativně. Jako jsem uváděla už v předchozích kapitolách lidé ve vyšším věku citlivěji reagují na každou změnu. Pobyť na nemocničním lůžku sebou přináší mnohé omezení (ztráta soukromí, vytržení z domácího prostředí, náhlá změna životního stylu, ztráta osobního pohodlí, nepříjemné a často bolestivé vyšetření, ne vždy uspokojivý vztah k zdravotníkům apod.), které je potřebné akceptovat. U lidí ve vyšším věku je proces adaptace složitější a tak vznikají mnohé frustrující situace, které mohou vyvolat hospitalizmus. Celý tento proces se nepříznivě odráží na přežívání a chování staršího člověka.

Graf č.15



Graf č.15 : Pocity respondentů z hospitalizace.

### Pocity respondentů z hospitalizace.

vnímání hospitalizace :

pozitivně: 11 což tvoří : 11,46%  
negativně: 72 což tvoří : 75%  
nevyjádřili se: 13 což tvoří : 13,54%

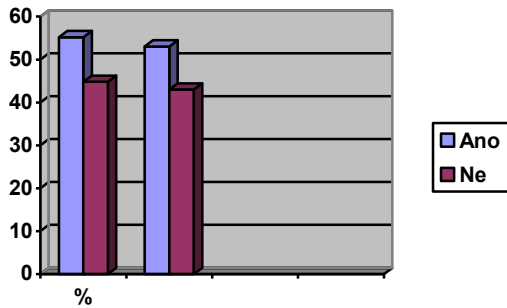
### Otázka č.17 : Setkali jste se v době vaší hospitalizace s umírajícím pacientem?

A ano  
B ne



53respondentů se setkala s umírajícím pacientem. Toto vysoké procento lidí je způsobené faktem, že chronicky nemocní jsou hospitalizováni na doléčovacím oddělení, na kterém nejčastěji přichází k úmrtí pacientů. Lidé ve vyšším věku se tak velmi často konfrontováni z vlastní smrtelností a bezmocností.

**Graf č. 16**



Graf č. 16 : Střetnutí s umírajícím pacientem po dobu hospitalizace

Střetnutí s umírajícím :

ano : 53 což tvoří : 55,21%

ne : 43 což tvoří : 44,79%

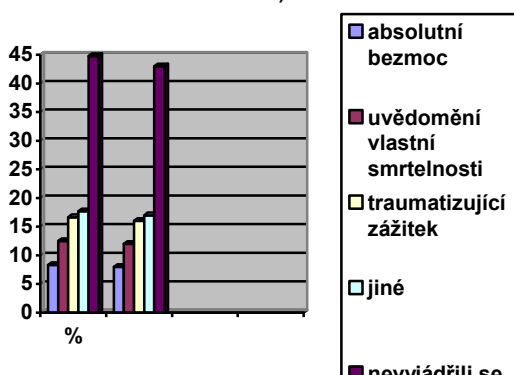
### **Otázka č. 18 : Jak jste vnímali tuto smutnou událost ?**

Respondenti nejčastěji uváděli následující odpovědi :

pocit absolutní bezmocnosti :	8
uvědomění si vlastní smrtelnosti :	12
velmi traumatizující zážitek :	16
jiné :	17
nevyjádřili se :	43

V kategorii jiné se vyskytovaly následující odpovědi: strach z vlastní smrti, strach z bolestí při umírání, strach z toho co bude po smrti( konfrontace z náboženským vnímání smrti jako začátku posmrtného života), pocit absolutní osamělosti při umírání apod. V nemocničním prostředí se často vytvoří mezi lidmi ve vyšším věku pocit spolupatičnosti. Vzájemné porozumění vychází ze stejného postižení a připoutání na lůžko. Umírání a smrt spolupacienta takto citlivě vnímají jako odchod blízkého člověka. Jsou často svědky tohoto bolestivého odchodu, protože pacienti umírají na běžném nemocničním pokoji.

**Graf č. 17**



Graf č.17 : Vnímání umírání spolupacienta.

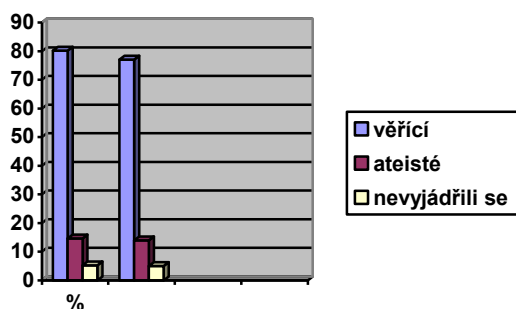
### Vnímání umírání spolupacienta.

absolutní bezmocnost :	8 což tvoří: 8,33%
uvědomění si vlastní smrtelnosti:	12 což tvoří: 12,50%
traumatizující zážitek:	16 což tvoří: 16,67%
jiné:	17 což tvoří: 17,71%
nevyjádřili se:	43 což tvoří: 44,79%

### Otázka č. 19 : jste ochotný\á uvést vyznání víry ?

Z 96 respondentů bylo 77 věřících. Jak jsem uváděla při odpovědích na otázku číslo: 6 velmi lidí ve vyšším věku , kteří žijí na vesnicích anebo v malých městech je nábožensky založená. Z tohoto vyplývá i jejich náhled na záležitosti spojené s umíráním a smrtí.

**Graf č. 18**



Graf č. 18 : Vyjádření světonázoru respondentů

### Vyjádření otázky vyznání víry respondentů.

věřící:	77 což tvoří: 80,21%
ateisté:	14 což tvoří: 14,58%
nevyjádřili se:	5 což tvoří: 5,21%

**Otázka č. 20 : V případě zhoršení Vašeho zdravotního stavu ( s možným úmrtím) by jste upřednostnili pobyt :**

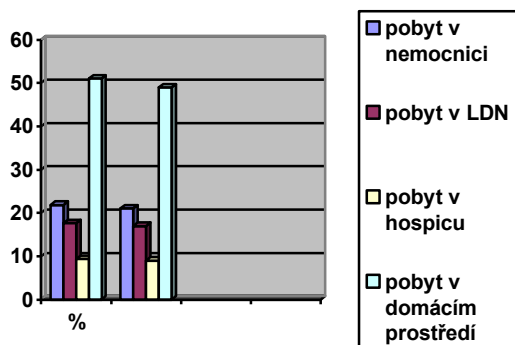
- A v nemocnici
- B v LDN
- C v hospicu
- D v domácím prostředí

Z 96 respondentů by v případě zhoršení zdravotního stavu (s možným úmrtím) upřednostnilo pobyt:

v nemocnici: 21respondentů  
 v LDN: 17respondentů  
 v hospicu: 9respondentů  
 v domácím prostředí: 49respondentů

Z průzkumu vyplývá, že nadpoloviční většina respondentů by v případě zhoršení stavu upřednostnila domácí prostředí. Tuto skutečnost si vysvětlují jako odezvu na střetnutí se s neosobním umíráním v nemocničním prostředí. Zároveň i jako silnou vazbu na domácí a rodinné prostředí, v kterém touží starší člověk umírat v blízkosti svých nejbližších.

**Graf č. 19**



Graf č. 19 : Volba zařazení v případě zhoršení zdravotního stavu.

**Volba zařazení v případě zhoršení zdravotního stavu.**

pobyt v nemocnici : 21 což tvoří: 21,88%  
 pobyt v LDN : 17 což tvoří: 17,71%  
 pobyt v hospicu: 9 což tvoří: 9,38%  
 pobyt v domácím prostředí: 49 což tvoří: 51,04%

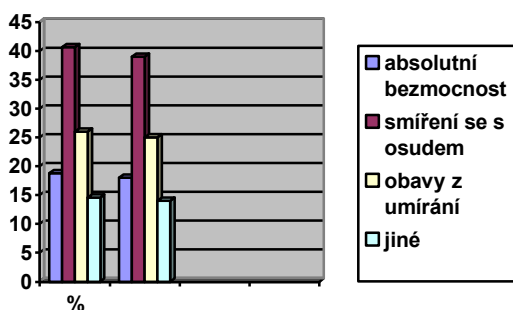
**Otázka č. 21 : Jaké pocity ve Vás vyvolává asociální smrt ?**

Respondenti ve svých odpovědích nejčastěji uváděli :

absolutní bezmocnost: 18  
 zmírnění a naplnění osudu: 39  
 obavy z průvodních znaků umírání: 25  
 jiné: 14

V kategorii jiné se podobně jako při vypracování otázky č. 18 vyskytovaly se následující odpovědi: strach ze smrti, strach z absolutní osamělosti při umírání apod. Uvědomění si vlastní smrtelnosti je velmi bolestná stránka našeho života. Jsme jediní tvoři tohoto světa, které tuto schopnost mají, ale zároveň nám přináší množství nepříjemných pocitů. Neustále nás provází ono biblické : "prach si a v prach se obrátíš". Naše akceptování a vnímání smrti je do značné míry determinovaný otázkou světonázoru. Proces umírání a smrti byl odsouván za stěny nemocničních pokojů. Byl podáván obraz o bolestném utrpení. Existují i jiné náhledy, které vychází z početných výzkumů v oblasti medicíny, sociologie, teologie a psychologie. Poukazují na možnost ulehčení procesu umírání a smrti.

**Graf č. 20**



Graf č. 20 : Pocity respondentů vyvolávané asociací smrti

### **Pocity respondentů vyvolané asociací smrti**

absolutní bezmocnost: 18 což tvoří: 18,75%  
 zmírnění a naplnění osudu: 39 což tvoří: 40,63%  
 obavy z průvodních znaků umírání: 25 což tvoří: 14,58%

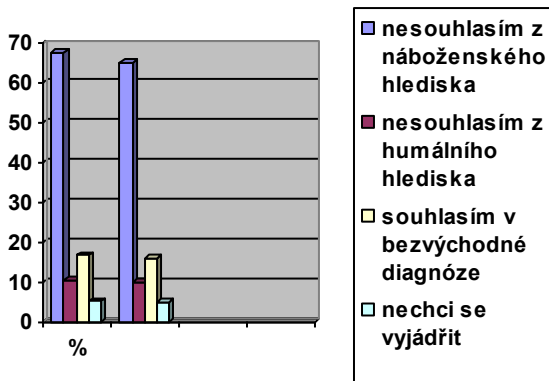
### **Otázka č. 22 : Jaký je Váš názor na eutanázii ?**

Respondenti nejčastěji uváděli následovné odpovědi :

nesouhlas z náboženského hlediska: 65  
 nesouhlas z humánního hlediska: 10  
 souhlasím v bezvýchodné diagnóze: 16  
 odmítli se vyjádřit: 5

Jak vyplývá z průzkumu nadpoloviční většina respondentů nesouhlasí s vykonáváním eutanázie. Významnou roli tu sehrává aspekt náboženského vnímání života: nikdo nemá právo sáhnout jinému na život. V praxi se mnohokrát setkáváme s pacientovou touhou zemřít v případech nevyléčitelné choroby.

**Graf č. 21**



Graf č. 21 : Názory respondentů na eutanázii.

**Názory respondentů na eutanázii :**

nesouhlasím z náboženského hlediska:	65 což tvoří: 67,71%
nesouhlasím z humánního hlediska:	10 což tvoří: 10,42%
souhlasím v bezvýhodných situacích:	16 což tvoří: 16,66%
nechci se vyjádřit:	5 což tvoří: 5,21%

**Otázka č. 23 : Vyskytli se u Vás některé rizikové faktory související s vyšším věkem?**

- A ne
- B snížení kvality zraku
- C snížení kvality sluchu
- D snížení kvality paměti
- E poruchy mobility

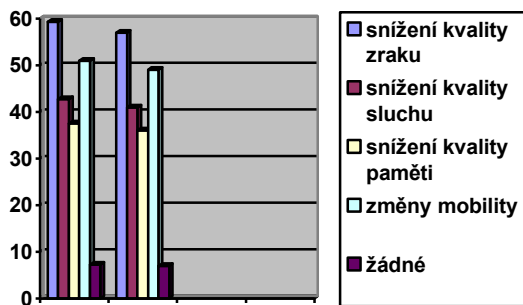
Respondenti uváděli následovné rizikové faktory:

snížení kvality zraku:	57 respondentů
snížení kvality sluchu:	41 respondentů
snížení kvality paměti:	36 respondentů
poruchy mobility:	9 respondentů

Průzkumem se potvrdil výskyt rizikových faktorů souvisejících s vyšším věkem.

výskyt jednoho rizikového faktoru uvádělo:	15 respondentů
výskyt dvou rizikových faktorů uvádělo:	54 respondentů
výskyt třech rizikových faktorů uvádělo:	20 respondentů
žádné rizikové faktory:	7 respondentů

**Graf č. 22**



Graf č. 22 : Výskyt rizikových faktorů souvisejících s vyšším věkem.

**Výskyt rizikových faktorů souvisejících s vyšším věkem.**

snížení kvality zraku:	57 což tvoří: 59,37%
snížení kvality sluchu:	41 což tvoří: 42,70%
snížení kvality paměti:	36 což tvoří: 37,50%
změny mobility:	49 což tvoří: 51,00%
žádné:	7 což tvoří: 7,29%

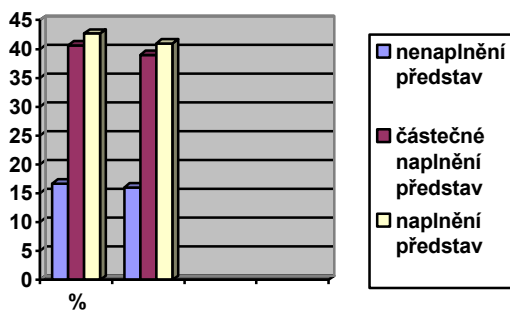
**Otázka č. 24 : Do jaké míry se naplňují Vaše představy spojené s vyšším věkem?**

- A nenaplnují se vůbec
- B naplňují se jen částečně
- C naplňují se

Respondenti uváděli následovné odpovědi:

nenaplnění představ:	16 respondentů
naplnění jen částečně:	41 respondentů
naplnění představ:	39 respondentů

**Graf č. 23**



Graf č. 23 : Naplnění představ respondentů.

**Naplnění představ respondentů.**

nenaplnění představ:	16 což tvoří: 16,67%
naplnění představ:	41 což tvoří: 42,71%
naplnění jen částečné:	39 což tvoří: 40,63%

## **5.6. VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ**

**Hypotéza číslo 1** se potvrdila. Skutečně nadpoloviční většina respondentů trpěla polymorbiditou. Zarážející skutečnost zobrazuje graf č. 4. Průzkumem bylo potvrzeno, že 95,84% těchto lidí trpí chronickým onemocněním. Z hodnocení v grafu č. 6 vyplývá, že většina těchto lidí trpí kombinací více chronických onemocnění.

**Hypotéza číslo 2** se potvrdila. Skutečně nadpoloviční většina respondentů uváděla narušení duševního stavu. Negativní vliv chronického onemocnění na duševní stav uvádělo 74 našich respondentů – 77,08%.

Výsledky průzkumu potvrdili výskyt více rizikových faktorů, které se spolupodílejí na možném vzniku narušení duševní rovnováhy. Zjišťovat rizikové faktory:

### **1. Osamělost.**

Osaměle žije 47 našich respondentů – 48,96% (graf č. 3)

### **2. Ztráta životního partnera.**

Svého životního partnera ztratilo 59 respondentů – 61,46% (graf č. 2)

### **3. Omezení v běžném životě.**

Omezení v běžném životě uvedlo 89 respondentů – 92,71% (graf č.10)

### **4. Snížení kvality smyslových orgánů.**

Snížení kvality zraku uvedlo 57 respondentů – 59,37%

Snížení kvality sluchu uvedlo 41 respondentů – 42,70%  
(graf č. 22)

### **5. Poruchy paměti.**

Poruchy paměti uvedlo 36 respondentů – 37,50%  
(graf č. 22)

### **6. Výskyt chronického onemocnění.**

Výskyt chronického onemocnění uvádělo 92 respondentů – 95,84%  
(graf č. 4)

**Hypotéza číslo 3** se potvrdila. Průzkum potvrdil, že nadpoloviční většina respondentů velmi těžko snáší hospitalizaci a s ní související omezení. V odpovědích na otázku kterou jsem zkoumala pocity lidí ve věku nad 60 let spojené s hospitalizací jsem se střetla s negativním hodnocením hospitalizace až u 72 respondentů – 75% ( graf č. 15)

**Hypotéza číslo 4** se potvrdila. Průzkum potvrdil, že nadpoloviční většina respondentů by v případě podávání informací o zdravotním stavu upřednostnila objektivní informovanost. Tuto variantu poskytování informací si zvolilo 75 respondentů – 78,13%. Vyjádřili tak zřetelnou formu požadavku respektování jejich práv, které vycházejí z charty práv hospitalizovaných pacientů. Podle mého názoru každý jedinec s ohledem na svůj duševní stav, má právo být objektivně informovaný o svém zdravotním stavu. Rovněž má právo na srozumitelnou formu podávané informace o dalších postupech.

**Hypotéza číslo 5** se potvrdila. Průzkumem bylo potvrzené, že nadpoloviční většina respondentů touží v případě umírání zůstat ve známém domácím prostředí. Odpovědi respondentů zřetelně poukazují na silnou citovou vazbu lidí ve vyšším věku na jejich domácím prostředí. Graf č. 19 nám znázorňuje volbu zařízení v případě zhoršení zdravotního stavu ( s možným úmrtím).

Pobyt v domácím prostředí by zvolilo 51,04% respondentů  
pobyt v hospici : 9,38% respondentů

Příčiny jsou determinované píccemi faktory : značné pocity osamělosti v době hospitalizace, velká potřeba přítomnosti blízkého člověka, potřeba fyzického kontaktu a jiné.

Opět tu významnou roli sehrála otázka světonázorového vnímání lidského života. Jak už jsem uvedla většina starých lidí touží po duševním zaopatření v posledních chvílích života.

**Hypotéza číslo 6** se potvrdila. Průzkum potvrdil, že víc jak polovina našich respondentů se v době hospitalizace střetla s umírajícím pacientem (55,20%). Umírání v nemocničním prostředí přitom podstatná část lidí ve vyšším věku považuje za velmi neosobní až deprimující. Při tomto tvrzení vycházím z dlouhodobých zkušeností v oblasti práce s nevléčitelně nemocnými a umírajícími.



## **6.DISKUZE K VÝSLEDKŮM**

### **6.1DISKUZE K VÝSLEDKŮM V TEORETICKÉ OBLASTI**

Představa o obsahovém naplnění této statě spočívá ve vnímání teoretické části jako výsledku analyticko – syntetického úsilí o prezentaci myšlenek, poznatků a informací autorů, kteří podle možností a schopností výběru a přístupnosti literárních pramenů, přispěli k utvoření a dotvoření teoretického rámce a současně východiska k metodické práci. Složitost tématu si vyžádala v teoretické části objasnění jevem i mimo rámec mojí kompetence- medicínu, statistiku- no na druhé straně poskytnuté informace, konzultované s odborníky, vnesli potřebné světlo do samotné informace. Jsem si vědoma nedostatků, které teoretická část práce má, jen jsem vyvinula úsilí, aby v rámci možností vyzněl výsledek prezentovaných poznatků funkčně, totiž, aby mě přivedl příměji k formulování pracovní hypotézy a dalších. Mnohé poznatky z teoretické části mi napomohl lépe pochopit i výsledky, které jsem získala při realizaci průzkumu.

V podstatné míře k tomu přispěly také poznatky z problematiky péče o chronicky nemocný, nevléčitelně nemocný a umírající.

### **6.2. DISKUZE K VÝSLEDKŮM ZÍSKANÝCH POMOCÍ DOTAZNÍKU**

Výsledek v průzkumu přinesly řád podkladům prezentovaných ve větším počtu grafů. Výsledky ve všeobecnosti poskytli obraz o více aspektech vnímání života starých a chronicky nemocných. Jako i náhled o vnímání smrti u starých a chronicky nemocných. Průzkum tak poukázal na skutečnost, že u lidí ve vyšším věku se onemocnění anebo poruchy- latentní anebo manifestní- nevyskytují v jednom, ale obvykle v množném počtu.

Už skutečnost, že početné onemocnění, vyskytují se ve vyšším věku, se nevléčí bez rezidíí, podmiňuje rostoucí nakupení různých poruch a chorob. Každá akutně nebo chronicky probíhající choroba starého člověka nachází: změněný organismus, změněnou osobnost nemocného, resp. Změněný postoj pacienta k chorobě, změněný postoj starého nemocného k lékaři apod. Ve vyšším věku stoupá počet lidí odkázaných na lékařskou nebo opatrovnickou pomoc.

## Použitá literatura

1. Blumental- Barby K. a kol.: Ošetřování těžce nemocných a umírajících. Martin Osveta 1988
2. Bouland, H.: Žij svobodně. Karmelitánské nakladatelství. Kostelní Vydří 1996
3. Bromley, D.B.: Psychologie lidského stárnutí. Smena. Bratislava 1996
4. Brovinsová, Joan M.: Vražda nebo milosrdenství (Dr. Smrt) Praha. Brána 1996
5. Čermák, P.: Vybrané kapitoly z geriatric. Skripta UK Bratislava. 1989
6. Dankwarth, G., Puschel, K.: Sulfide im Senium, Z. Gerontol. 24, 1991, s. 12-16
7. Dieška, D.: Vademekum Medici, Bratislava, Osveta 1972
8. Drdková, S.: Sebevraždy a sociálně zdravotní problémy ve stáří. In : Gerontológia experimentalis bohemico-slovaca. In v. Baláž \ed\, Malacky, Výzkumný ústav gerontologie 1985 s. 272-276
9. Drgonec, J.: Právní otázky eutanázie. Právní obzory, 1992, č. 8
10. Ďoubal, S.: Stárnutí – problém jedince i společnosti. Podpora zdraví, 3, 1994
11. Exupéry, A.: Zem lidí, Tatran 1987
12. Gunter, V.: Žít až do konce. Praha, Vyšehrad 2000
13. Grun, A.: Smrt v životě člověka. Karmelitánské nakladatelství. Kostelní Vydří 1977
14. Haškovcová, H.: Umírání včera, dnes a zítra. Čas. Lék. Čes. 129, 1990
15. Hegyl, L.: Zlyhanie adaptácie vo vyššom veku, Bratislava, Asklepios, 1987
16. Härlng, B.: Viděl jsem tvé slzy. Praha, Vyšehrad 1996
17. Huftová, C.: Eutanázie v současném světě. In Eutanázie. Centrum pro rodinný život, Olomouc, 1993, č. 12-13, s. 8-9
18. Isaac, B., Wolkey, J. : Prognostic factor in elderly patients in the geriatric institution, Gerontol. Clin. 7, 1964, s. 202-212
19. Kafka, J.: Deprese v stáří. In : Novinky v medicíně č. 9, Praha, Avicenum 1992
20. Kalvach, Z.: Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů Praha, Universita Karlova 1993
21. Kábrt, J.: Stručný lékařský slovník. Martin, Osveta 1968
22. Kerčman, P.: Eutanázie, asistovaná vražda. Bratislava, Eurounion 1999
23. Kolibáš, E., Vajdičková, K., Hunáková, D.: Skrining psychických poruch ve stáří. Prakt. lék. 73, 1993, s. 144-147
24. Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S.: Poslední úsek cesty. Návrat domů, Praha 1995
25. Kubler-Ross, E.: Hovory s umírajícími. Hradec Králové Signum Unita, 1992
26. Kubler-Ross, E.: Odpovědi na otázky o smrti a umírání. EM Reflex Praha 1995
27. Paňhala, K.: Social and enviromental factors and major depression in old age. Z. Gerontol. 24, 1991, s. 17-23
28. Pacovský, V.: Geriatrická diagnostika. Praha, Scientia medica, 1994
29. Pacovský, V.: Gerontologie, Praha, Avicenum, 1981
30. Pacovský, V.: Proti věku není léku? Praha, Karolinum, 1997
31. Powel, J.: Proč mám strach milovat. Trnava, Dobrá kniha 1996

# **PŘÍLOHA**

**Dotazník použitý v průzkumu.**

**1. Váš věk :**

**2. Vaše pohlaví :**

**A\muž  
B\žena**

**3. Sociální postavení:**

**A\ženatá\ý  
B\svobodná\ý  
C\vdova\ec**

**4. V domácím prostředí žijete :**

**A\s životním partnerem  
B\osaměle  
C\s blízkými příbuznými**

**5. Máte diagnostikované chronické onemocnění ?**

**A\ano  
B\ne**

**6. Mělo Vaše onemocnění vliv na vnímání Vašeho žití ?**

**A\moje víra mi pomáhá překonávat těžkosti spojené s chron.onem.  
B\moje chron.onem. mě vedlo k návratu k církevnímu vnímání života  
C\moje chron.onem. ve mně vyvolává pocity bezmoci a smrtelnosti**

**7. Kterého tělového systému se dotýká Vaše chronické onemocnění ?**

**A\kardiovaskulárního systému**

**B\dýchacího systému**

**C\pohybového systému**

**D\trávicího systému**

**E\metabolického systému**

**F\onkologického systému**

**8. Užíváte v souvislosti s Vaším onemocněním pravidelně léky ?**

**A\ano**

**B\ne**

**9. Zpozorovali jste Vy anebo Vaše okolí změny ve Vašem chování a konání po diagnostikování chronického onemocnění ?**

**A\ano**

**B\ne**

**10. Byl\ a byste ochotna\ ý uvést jaké ?**

**11. Přineslo Vám Vaše chronické onemocnění omezení v soukromém životě ?**

**A\ano**

**B\ne**

**12. Byl\ a byste ochotná\ ý uvést jaké ?**

**A\ano**

**B\ne**

**13. Máte potíže s únikem moči ?**

**A\ano**

**B\ne**

**14. V případě zhoršení Vaší prognózy by jste upřednostnili ?**

**A\teorii milosrdné lži**

**B\teorii zamlčení (objektivně informovat příbuzné)**

**C\teorii objektivní informovanosti**

**15. Byli jste hospitalizováná\ý v souvislosti s chronickým onemocněním?**

**A\ano**

**B\ne**

**16. Jaké pocity ve Vás hospitalizace zanechala ?**

**17. Setkali jste se během hospitalizace s umírajícími pacienty ?**

**A\ano**

**B\ne**

**18. Jak jste vnímali tuto skutečnost ?**

**19. Jste-li ochotná\ý uveďte Vaše vyznání .**

**20. V případě zhoršení Vašeho zdravotního stavu (s možným úmrtím) by jste upřednostnili pobyt :**

- A\ v nemocnici**
- B\ v LDN**
- C\ v hospicu**
- D\ v domácím prostředí**

**21. Jaké pocity ve Vás vyvolává asociace smrt ?**

**22. Jaký je Váš názor na eutanázii ?**

**23. Vyskytli se u Vás někdy rizikové faktory související s vyšším věkem ?**

- A\ ne**
- B\ snížení kvality zraku**
- C\ snížení kvality sluchu**
- D\ zhoršení paměti**
- E\ snížení mobility**

**24. Do jaké míry se naplňují Vaše představy spojené s vyšším věkem ?**

- A\ nenaplňují se vůbec**
- B\ naplňují se jen částečně**
- C\ naplňují se**