

PSYCHIKA PACIENTŮ STÁRNOUCÍCH A UMÍRAJÍCÍCH

Bakalářská práce

MICHAELA KINDLOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD.

Komise pro studijní obor: V-obecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení:

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezentováním zprístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne

ABSTRAKT

KINDLOVÁ, Michaela. *Psychika pacientů stárnoucích a umírajících*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Praha. 2010. s. 69.

Hlavním tématem bakalářské práce je psychika pacientů stárnoucích a umírajících. Práce je především teoretická, obohacená o praktické rady a doporučení nejen pro sestry, jak o tyto pacienty pečovat a jak s nimi jednat, ale také pro laickou veřejnost. Veškerá sestra přichází s pacienty stárnoucími a umírajícími do kontaktu téměř každý den a je nutné, aby k nim uměla přistupovat. Jestliže sestra nebude mít teoretickou základnu, není možné, aby byla péče o umírající a stárnoucí kvalitní. Další částí práce je komunikace, která obsahuje informace o tom, jak s nemocnými komunikovat. Poslední dvě kapitoly poskytují cenné rady a doporučení a ošetřovatelskou diagnostiku zaměřenou na oblast psychiky společně s návrhy na řešení jednotlivých problémů.

Klíčová slova: Diagnostika. Komunikace. Péče. Psychika. Stárnoucí. Umírající.

ABSTRACT

KINDLOVÁ, Michaela. *Psyche of aging and dying patients*. College of Health, o.p.s., qualifications degree: Bachelor's degree. Leader of the work: PhDr. Anna Mazalánová, PhD. Prague. 2010th. p. 69.

The main theme of my thesis is the psyche of aging and dying patients. My work is primarily theoretical, enriched by the practical part and recommendations not only for nurses to care for these patients and how they act, but also for the general public. The nurse comes into contact with the aging and dying people almost every day and it is necessary that they knew how to treat. If the nurse doesn't have a theoretical basis, it is impossible for her to care about these dying and aging patients well. Another part of my work is about communication which contains information how to communicate with these patients. The last two chapters provide advice, recommendations and nursing diagnosis focusing on the psyche together with proposals for solving particular problems.

Key words: Aging. Care. Communication. Diagnosis. Dying. Psyche.

P EDMLUVA

V-ichni lidé stárnou a d íve í pozd ji budou pot ebovat v pé i o vlastní osobu pomoc a ve v t-in p ípad je to práv sestra, která tuto pomoc poskytne. Sestra se s pacienty stárnoucími a umírajícími p íchází do kontaktu tém každý den a je d ležitě, aby s takovými lidmi um la jednat a pe ovat o n . Je to práv sestra, která se s umírajícím pacientem lou í jako poslední.

Tato práce vznikla ve snaze zam ít se na psychickou oblast lidské osobnosti, která postupem asu stárne a umírá. Cílem práce je seznámit ve ejnost s problematikou gerontologie a tanatologie a poskytnout nejen sestřám rady a doporu ení, jak s pacienty stárnoucími a umírajícími komunikovat a jak pe ovat o jejich du-i. Práce obsahuje teoretickou základnu, která je d ležitá k pochopení problematiky a pro aplikaci do praxe sloufí cenné rady v komunikaci a pé i.

Výb r tématu práce byl ovlivn n mojí vlastní zku-eností nejen z praxe, ale i z pouhého flití v dne-ní spole nosti, která ke star-ím lidem nechová dostate nou úctu a sestry neposkytují dostate nou a erudovanou pé i o tyto pacienty. Podklady pro bakalá skou práci jsem erpala z knifních a internetových pramen .

Práce je ur ena nejen pro studenty zdravotnických obor , kte í se setkávají se stá ím a úmrtím tém každý den, ale také pro írokou ve ejnost, aby jim pomohla pochopit více do hloubky problematiku stá í a umírání a prohloubit ke v-em takovým lidem respekt, úctu a pochopení.

Touto cestou bych ráda pod kovala vedoucí bakalá ské práce PhDr. Ann Mazalánové, Ph.D. za odbornou pomoc, cenné rady, trp livost a podporu, kterou mi b hem vypracovávání bakalá ské práce poskytovala.

OBSAH:

ÚVOD	10
1 Psychologie stárnutí	11
1.1 Základní terminologie	11
1.2 Stárnutí a stáří.....	12
1.3 Psychické změny.....	14
1.3.1 Proměny kognitivních funkcí	14
1.3.2 Změny osobnostních vlastností	18
1.4 Změny v sociální oblasti.....	19
1.5 Význam víry ve stáří.....	21
1.6 Pohled nejčastějších duševních poruch ve stáří.....	22
1.6.1 Demence.....	22
1.6.2 Delirium	24
1.6.3 Depresivní stavy	25
1.6.4 Závislost na alkoholu a psychotropních látkách.....	25
2 Psychologie umírání	27
2.1 Umírání.....	27
2.2 Fáze umírání a smrti.....	29
2.3 Akceptace smrti a postoj k ní.....	30
3 Sestra a komunikace se stárnoucím a umírajícím člověkem	32
3.1 Specifika komunikace se stárnoucím člověkem	33
3.2 Specifika komunikace s umírajícím člověkem	34
4 Úloha sestry v péči o stárnoucí a umírající pacienty	36
4.1 Potřeby stárnoucích a umírajících.....	36
4.2 Léky používané v psychiatrii a gerontopsychiatrii	37
4.3 Úloha sestry při měření kvality psychiky	39
5 Příklad aplikace ošetřovatelského procesu u pacienta stárnoucího	41
5.1 Ošetřovatelská anamnestika.....	41
5.2 Stanovení sesterských diagnóz	55

DOPORU ENÍ PRO PRAXI.....	61
ZÁV R.....	62
SEZNAM POUFITÉ LITERATURY	63
SEZNAM P ÍLOH	65

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZ

- Afázie** ó ztráta schopnosti e i
- Agitovanost** ó neklidná aktivita, rozrušenost
- Analgetika** ó léky proti bolesti
- Anémie** ó chudokrevnost
- Arytmie** ó nepravidelná srde ní innost
- Apatie** ó nete nost, lhostejnost k vn jím podn t m
- Ataxie** ó porucha koordinace pohyb
- Degradace** ó snížení, pokles, znehodnocení
- Hypertrofie** ó zbytn ní
- Hypokinéza** ó snížená schopnost a dovednost pohybových aktivit
- Hyponatrémie** ó nedostatek sodíku
- Hypotenze** ó nízký krevní tlak
- Inhalace** ó vdechování
- Inkontinence** ó neschopnost udržet moc/stolici
- Intravenózní** ó nitrofilní způsob aplikace do krevního ob hu
- Iontogram** ó výsledek vyšet ení iont (kationt a aniont) v krvi
- Ireverzibilní** ó nevratný
- Kardiální** ó srde ní
- Labilita** ó nestálost
- Lucidita** ó jasnost v domí
- Mydriáza** ó rozší ení zornice
- Nefrektomie** ó odstran ní ledviny
- Per rectum** ó skrz kone ník, kone níkem
- Prolongované** ó prodloužený, p etrvávající
- Protruze** ó vysunutí dop edu, vytla ení, vyklenutí, vyklon ní, výh ez
- Retence** ó zadržování, zadržování
- Reverzibilní** ó vratný
- Rezignace** ó trpná odevzdanost
- Rigidita** ó ztuhlost, nehybnost, tvrdost
- Tachykardie** ó zrychlená srde ní innost
- Terminální** ó kone né
- Tremor** ó t es

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CNS	í í í í í í í í í í í ..	centrální nervová soustava
CHRI	í í í í í í í í í í í	chronická renální insuficience
WHO	í í í í í í í í í í	Světová zdravotnická organizace
DM	í í í í í í í í í í í í	diabetes mellitus
ICHS	í í í í í í í í í í	ischemická choroba srdeční
EKG	í í í í í í í í í í í ..	elektrokardiogram

ÚVOD

Sestra přichází do kontaktu se stárnoucími a umírajícími pacienty téměř každý den. Moderní ošetřovatelství, jakožto v dnešní disciplína, poskytuje pacientovi holistickou péči i zaměřenou na individuum jedince. Péče o stárnoucí a terminálně nemocné je náročná, a proto se mnoho sester kontaktu s takovými lidmi snaží vyhnout. Příčinou nemusí být jen neochota sestry, ale také neznalost v oboru psychologie, nedostatečné poznání pacientovi osobnosti a také nedostatečné dovednosti v oblasti komunikace. Společnost v etnách, kterých sestra vnímá staré lidi jako stejné, stereotypně se chovající osoby, které jsou špičkově na obtíž. Tyto šmyčky o stáří mohou vést k nerespektování obou stran – jak mladých, tak i starých lidí a k psychickým problémům mnoha stárnoucích osob. Cílem této práce je zasvětit zdravotnickou i laickou veřejnost do problematiky psychiky pacientů stárnoucích a umírajících. Práce poskytuje všeobecným sestřím rady, jak o tyto pacienty pečovat a jak s nimi komunikovat. Pochopí-li nejen zdravotnická veřejnost, že staří a umírající lidé jsou také špičkově lidmi, mohla by se míra tolerance zlepšit a zdravotnická péče z kvalitnit, což by mělo pozitivní vliv na jejich psychiku.

Tato práce je zaměřena především na psychologii stárnutí a umírání. Psychologie stárnutí v sobě zahrnuje nejvýznamnější jevy a změny, které se ve stáří vyskytují. V kapitole psychologie umírání se snažíme poukázat na velké negativní změny v oblasti psychiky umírajícího pacienta. Komunikace je významnou složkou v práci sestry, a proto je důležitá již v nově nastávající práci. Správná komunikace dokáže dokonce ovlivnit prožívání jednotlivých pacientů.

Kvalitní péče o stárnoucí a umírající pacienty je velmi náročná a bez újmy na zdraví jak svého, tak i pacientova, jí může plně poskytovat jen zkušená sestra, která má odborné dovednosti a teoretické vzdělání v oboru. V případě umírajících pacientů se často uplatňuje tzv. paliativní, neboli úšlechtilá péče. Metodou poskytování kvalitní ošetřovatelské péče je ošetřovatelský proces, který v práci vyžaduje část pozornosti.

1 Psychologie stárnutí

Stárnutí a stáří s sebou přináší mnoho problémů nejen somatických, ale také psychických a sociálních, které s těmi somatickými úzce souvisí. Zhoršené psychické zdraví je způsobeno mnoha faktory. Jedním z nich je polymorbidita, neboli více se vyskytujících se nemocí najednou, dále také nízký sociální status, ztráta partnera nebo jiného blízkého člověka, změna osobnostních vlastností a jiné. K pochopení problematiky je důležité znát základní terminologii a fenomény stárnutí a stáří. Spíívajícími v něm přibývají problémy v oblasti kognitivních funkcí a osobnostních vlastností. Na které změny dosáhnou až do takových rozměrů, řekněme z nich můžeme rozvinout některé psychiatrické poruchy, jako jsou demence (nejčastěji Alzheimerova nemoc), delirium, deprese nebo závislost na alkoholu a jiných psychotropních látkách a lécích.

1.1 Základní terminologie

Gerontologie a gerontologická psychologie (z řeckého gerón, 2. p. gerontos = starý člověk a logos = slovo, nauka) je věda zabývající se problematikou stárnutí a stáří. Zkoumá příčiny stárnutí, koncipuje teorie stárnutí, soustřeďuje a třídí poznatky o stárnutí a stáří. Zabývá se zdravotními, psychologickými a sociálními důsledky stárnutí. Od 90. let 20. století se gerontologie profiluje také jako interdisciplinární obor v pregraduálním i postgraduálním studiu. Gerontologická psychologie studuje psychické změny v průběhu stárnutí a stáří. Tuto problematiku zkoumá jako poslední fázi ontogeneze lidské psychiky. Nejedná se o studium izolovaných psychických jevů, ale především o pochopení dynamického systému procesu vývoje jedince za celého jeho dožítí. Psychologové hovoří o tzv. psychologii životní cesty (life-span psychology), popřípadě biodromální psychologii (ecký bios = život a dromos = běh) nebo psychologii životního běhu (Křivohlavý, 2002).

Gerontologie se dělí do 3 okruhů :

- Gerontologie experimentální řeší otázky, proč a jak živé organismy stárnou. V současnosti se rozvíjí především na molekulární úrovni. Metodicky cenné jsou longitudinální studie.
- Gerontologie sociální se zabývá vztahem starého člověka a společnosti v etnografickém fenoménu stárnutí populace - má aspekty demografické, ekonomické, politické, sociologické, psychologické, etické, právní, urbanistické i další.
- Gerontologie klinická, neboli geriatrická se zabývá zdravotním a funkčním stavem ve stáří, zdravotními podmínkami kvalitou života starých lidí, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikou a léčbou ve stáří (Zimmelová, 2010).

Geriatrická je specializovaný lékařský obor (v ČR od r. 1983) zabývající se funkčním a zdravotním stavem starých lidí a zvláštnostmi chorob ve stáří. Etymologicky je pojem odvozen od řeckého gerón (starý člověk) a iatró (léčím), anglické označení: geriatrics. Zahrnuje prevenci, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci a geriatrické ošetřování.

Gerontopsychiatrická je podobor psychiatrická zabývající se psychikou a duševními onemocněními starých lidí.

Střední délka života udává v letech, ve kterém zemře padesát procent populace v určité skupině. To znamená, že polovina lidí určité v určité skupině žije déle, než je střední délka života.

1.2 Stárnutí a stáří

Stárnutí je pojem, pro který existuje mnoho definic. Zjednodušeně lze říci, že stárnutí je posledním přirozeným obdobím v životě člověka a poslední možností, kdy lze aktivně ovlivnit kvalitu stáří, kdy dochází k postupnému rozvratu organismu a k degradaci funkcí jednotlivých orgánů. Konkrétní dobu, ve které člověk zestárne, nelze stanovit. Rychlost stárnutí je podmíněna biologickými, psychickými a sociálními faktory (Gruberová, 1998).

Stárnutí je proces, který je v lenu do celkového životního dělovka, což naznačuje například i anglický termín *ageing*. Stárnutí je plynulým procesem v rámci celého života (Křivohlavý, 2002).

K významným projevům přirozeného stárnutí patří jeho individuální závislost, disociace a asynchronnost (zmeny postihují jedince v různé míře, mezi nimiž existují rozdíly v nástupu, podobě a rychlosti zmen), typické jsou involuce a regrese. Stárnutí je poslední etapou ontogeneze v život jedince, do kterého se promítají předchozí období (Křivohlavá, 2000).

Pro stárnutí existuje několik měřítek. Jedním a nejbližším měřítkem je chronologický (kalendářní, matematický) věk. Toto měření stárnutí však samo o sobě moc nevyovídá. Mnohem praktičtější je určení tzv. skutečného, neboli funkčního věku, který nemusí odpovídat věku kalendářnímu. Existují staří mládenci, kteří ani vzhledem ani chováním nevypadají na svůj věk, stejně tak jako mezi námi flíjí špedit zastárlí, kteří mají v 50 letech vzezření 70letého starce (Háková, 1990; Hamilton, 1994).

Další používanou mírou je sociální věk. Tento věk se odvíjí od toho, co se od jedince v určitém biologickém věku ve společnosti očekává a jaké v ní plní role.

Pro pojem **stárnutí** neexistuje jediná definice. Světová zdravotnická organizace považuje v kové rozmezí 45 až 59 let za tzv. střední, neboli zralý věk, rozmezí 60-74 let za rané stárnutí nebo vyšší věk. V tomto období hovoříme o starším nebo stárnoucím věku. Vlastní stárnutí nastupuje po věku 75. roku, kdy jsou nejnápadnější klinické zvláštnosti a problémy. Jako senescenci, nebo věk pokročilý, stařecký, definujeme v kové rozptí 75 až 89 let. flíjící věle 90 let jsou považováni za dlouholeté (Háková, 1990; Hamilton, 1994; Křivohlavá, 2000).

Nkteří badatelé dleí stárnutí na mladší stárnutí (65 - 75) a pokročilé stárnutí (75 a více). Další variantou dělení starých lidí do 65 let je dělení na kategorie třetího a čtvrtého věku. Štětí v kō označuje aktivní a nezávislé stárnutí, kdeflto štvrtý věk je označení pro osoby, které nejsou kompetentní pro zajištění vlastních potřeb, a tudíž jsou závislé na druhých lidech (Hamilton, 1994; Gruberová, 1998).

V anglosaských zemích se užívá dělení stárnoucích osob na mladé staré (young old) ve věkovém rozmezí 65 - 74 let, staré (old old) v období 75 - 84 let a velmi staré (very old) od 85 let a více (Gruberová, 1998).

Stáří je poslední etapou, fází, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje (Vágnerová, 2007, s. 299).

1.3 Psychické změny

Biologicky podmíněné změny v jednání, prožívání a uvědomování lidí mohou být projevem stárnutí a tudíž mohou být fyziologické. Mezi takové příznaky patří celkové zpomalené psychomotorické tempo, potíže s pamětí, pozorností apod. Může jít ale o porážky některých psychických chorobných stavů, jejichž diagnostika je zvláště na počátku nemoci obzvláště obtížná. Tyto nemoci mohou vést k zásadním změnám osobnosti (např. Alzheimerova demence).

1.3.1 Proměny na kognitivních funkcích

Ve stáří dochází k nerovnoměrné proměně jednotlivých schopností i celkové struktury poznávacích procesů. Výraznou změnou je celkové zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů (Vágnerová, 2007, s. 317 - 318).

Percepce

Snížení percepčních schopností je způsobeno zhoršovujícím se stavem smyslových orgánů, především zraku a sluchu. Dochází ke ztrátě průhlednosti očí, což vede k ochabování zrakové ostrosti. Dochází i ke změnám ve vnímání barev. Sníží se citlivost zvláště k vyšším frekvencím akustického spektra. S přibývajícím věkem se stále častěji vyskytuje nedoslýchavost. Zhruba do 70 let je vnímání chuti poměrně stálé,

v pokročilejších stádiích dochází ke snížení prahu percepce chuti pro slané a sladké potraviny. Starší lidé se musí více soustředít na vnímané jevy a tato skutečnost ho do značné míry zatluje, což se projevuje emocionálním rozladěním, například úzkostí nebo depresí. Dnes existují kompenzační pomůcky. Brýle jsou i staršími jedinci přijímány dobře, jelikož jsou součástí dnešní moderní doby a nosí je mnoho lidí. Naslouchadla představují ze strany psychiky pacienta větší problém. Symbolizují úbytek kompetencí a představují pro pacienta určitá omezení. Navíc jsou lidé se sluchadly stigmatizováni. Kromě toho je obtížné se na ně adaptovat, přeměňují a zesilují i nepříjemné zvuky, které mohou pacienta dráždit a rušit. Lidé se zhoršujícími percepčními schopnostmi se začínají izolovat od světa a společnosti, proto se tak vyhýbají nepříjemným situacím (Vágnerová, 2007; Křivohlavý, 2002).

Pozornost

Pozornost je schopnost soustředít se na určité věci nebo si je zapamatovat bez ohledu na přítomnost rušivých podnětů. Zchovalá úroveň pozornosti je jedním ukazatelem celkového fungování kognitivních funkcí. Ve fyziologickém stárnutí nebývá pozornost do takové míry narušena, ale by komplikovala staršímu člověku každodenní činnost. U starších lidí je narušena především tzv. výběrová pozornost, což je schopnost soustředít se na daný úkol za přítomnosti rušivých podnětů. Velkým problémem bývá vyvolávání tzv. rozdělené pozornosti, tzn. schopnosti vnovat se více zdrojů informací a současně je zpracovávat. Vytrvalá pozornost, tedy umění koncentrovat se na daný úkol, přitom se nenecháme rozptýlovat, je ve stáří narušena jen do malé míry. V jednoduchých činnostech, které člověk provádí už léta automaticky, nenastává potíže. Během stárnutí se začínají objevovat problémy v pozornosti především při zvukových podnětech, které nelze tak snadno eliminovat. Může tak dojít k selhávání v činnostech, které jedinci dříve nedělali problémy. Jestliže člověk přesouvá pozornost z jednoho podnětu na druhý, udělá více chyb. Starší lidé se nedokáží soustředít na více podnětů najednou, a jelikož je jejich kognitivní kapacita omezená, zpracují méně informací (Vágnerová, 2007; Hamilton 1994).

Pam

Pam označuje termín velmi složitý, který není snadný popsat. Existuje více druhů paměti, například paměť krátkodobá (primární), která uchovává informace po dobu několika minut a dlouhodobá (sekundární), v níž jsou uchovány informace v časovém intervalu od několika minut až po mnoho let nebo do konce života. Dále dělíme paměť na epizodickou, která se týká událostí související s životem a zkušenostmi jedince a sémantickou, která je vzhledem ke zkušenostem jedince nezávislá a týká se například ukládání obecných informací a znalostí ze školy. Explicitní paměť je schopnost zaměřit si vybavit nějakou informací. Naopak paměť implicitní je spontánní, bezúmyslná, objevující se náhodně. Velmi důležitým pojmem pro studování paměti je TBR (z anglického to-be-remembered), neboli množství poloflek, které si má osoba zapamatovat. Kapacita paměti je tudíž schopnost jednotlivce zapamatovat si co nejvíce množství TBR poloflek (Rozsypalová, Švehlová, Mellanová, 2003; Vágnerová, 2007; Hamilton, 1994).

Krátkodobá paměť u stárnoucích lidí slábne. Problém spočívá v ovládnutí paměťových procesů, především v procesu zvaného shlukování, který představuje dlouhý výčet TBR poloflek. Zapamatovat si tento výčet dává starším lidem problémy, takže si při zapamatování pomáhají rozdělením výčtu na několik malých skupin. Starší lidé mají problémy též s kódováním paměťového materiálu, což je také způsobené zhoršenou percepcí a pozorností. Trvá déle, než jsou podněty zaregistrovány a zpracovány (Hamilton, 1994).

Dlouhodobá paměť je též narušena. Seniori mají problém s uchováním nových informací, které nedokážou dostatečně rychle zpracovat a tak není možné tyto informace kvalitně přesunout do dlouhodobé paměti. Vzhledem k tomu dochází k jejich ztrátě nebo zkreslení. Z toho vyplývá, že paměť seniorů bývá především méně pestrá. Ovlivněny jsou též procesy vybavování a ukládání informací. Vybavení bývá pomalejší a nepřesné, což bývá ještě umocněno některými závažnými situacemi, například stresem. Znovupoznávání bývá lepší než vybavování.

Implicitní paměť na základě zkušeností zůstává zachovalá, což se projevuje například schopností vyvolávat důvěru v zkušenosti, aniž si člověk uvědomuje, že tak dělá. K jejímu výraznému

poklesu dochází až po 70. roce života (Kramářová, 2000; Vágnerová, 2007; Hamilton, 1994). Výkon **explicitní paměti** začíná klesat po 50. roce života.

Úbytek **epizodické paměti** bývá nejnápadnější. Staří lidé si nepříjemně vybavují vzpomínky a zážitky ze svého života. Důvodem tzv. falešných vzpomínek je menší přesnost aktuální paměti. Starší lidé bývají více zaměřeni do minulosti, která je pro ně uspokojivější, plná krásných zážitků a optimistických vzpomínek. Proto senioři rádi vyprávějí příběhy ze svých mladých let. Události z těchto let pro ně byly významné, pomáhaly je formovat a proto se k nim i po mnoha letech vrací (Kramářová, 2000; Vágnerová, 2007; Hamilton, 1994).

Sémantická paměť zůstává i během stárnutí v poměrně dobrém stavu, a když staří lidé tomu často nevěří. Může však sloužit jako kompenzační mechanismus pro další učení a může sloužit i implicitně (Kramářová, 2000, Vágnerová 2007, Hamilton 1994).

Intelligence

Staří lidé byli vždy považováni za moudré, životem zkoušené osobnosti, kterým však už schází důvtip, bystrost a jejich myšlení je považováno za pomalé a trochu chápatelné. Takto zjednodušené pojetí inteligence nikdo empiricky neprohlásil za pravdivé. Dříve se inteligence chápala jako jediná, obecná vlastnost, nazývána písmenem šgō (šgeneral intellectual capacityō, neboli šcelková intelektuální kapacitaō) podle Charlese Spearmana, jedním z otců testování inteligence. Touto inteligencí se testovaly schopnosti verbální, numerické a zrakovo-prostorové. Dnes je však toto pojetí nahrazeno specializovanějším dělením na krystalickou a fluidní inteligenci, jejichž autory jsou Cattell a Horn (Hamilton, 1994).

Fluidní inteligence bývá označována jako mechanika inteligence. Pro lepší pochopení si můžeme pojem fluidní inteligence přiblížit pojmem šdůvtipō. Fluidní inteligenci můžeme definovat jako schopnost řešit problémy, pro které neexistují již předem daná řešení. Testy této dovednosti zkoumají v domostech co nejméně. Metodou tohoto testu je zadání úkolu rozpoznat pravidlo, které spojuje skupinu polofek a poté určit další polofku v řadě nebo označit polofku, která do řady nepatří. S tímto druhem

testu se jífl skoro kařdí setkal v IQ testech. Její pokles u starých lidí je podmíněn změnou fyziologických funkcí centrální nervové soustavy (dále jen CNS). Dochází p i tom k neschopnosti zpracovávat nové informace, ke snížení flexibility myšlení a schopnosti e-ít správně a rychle problémové situace. Ke zhoršení tohoto typu inteligence p íspívají nedostatky v pozornosti, paměti i celkové zpomalení poznávacích procesů. Je důležité podotknout, že změny v inteligentních dovednostech probíhají u kařdého jedince zcela individuálně. Některí jedinci mohou tudíž změně dobře odolávat (Vágnerová, 2007; Hamilton, 1994).

Krystalickou inteligenci můžeme pro lepší pochopení nazvat pojmem šmoudrost. Tato dovednost se měří jednoduchými otázkami pro definování nejasných slov nebo týkajícími se obecných znalostí (např. šco označuje pojem byrokracie? nebo škdo byl T. A. Edison?). Dalo by se říct, že hodnotí v domosti jedince. Otázky mohou být ale abstraktnější a mohou po testovaném subjektu chtít, aby navrhl řešení daného problému, který může být praktický nebo etický. Odpovědi na tyto otázky měříťlov k pouze tehdy, má-li takové v domosti jífl v hlavě. Krystalická inteligence se v období raného stáří p ílí- nem ní, změna p íchází až po 70. až 80. roce života, kdy dochází k jejímu postupnému zhorování. Starší lidé mají určitě naučené vzorce chování, osvojené znalosti a zpsoby uvařování, avšak často tyto znalosti nedokážou tak dobře aplikovat jako dříve. Zpsob vyuřívání jednotlivých poznatků a zkušeností může být čím dál více stereotypní. V období raného stáří pomalu klesá verbální porozumění a přesnost interpretace verbálního sdělení. Tyto schopnosti jsou ovlivněny vzděláním, a tudíž na ně závisí i jejich úbytek (Vágnerová, 2007; Hamilton, 1994).

1.3.2 Změny osobnostních vlastností

Osobnostní vlastnosti jsou ve svém základu geneticky dané a jsou tedy relativně stabilní. V průběhu celého života jedince se ale dotváří a mění. Změny osobnostních vlastností jsou dány biologickými vlivy, sociálními faktory a faktory prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. Někdy dochází k vzestupu určité vlastnosti, jindy naopak k poklesu. V průběhu života se také může objevit zcela nová vlastnost. Charakterové

rysy označují charakteristiky lidské osobnosti, od nichž se odvíjí chování a jednání jedince (Vágnerová, 2007).

Extraverze neboli společnost, družnost, s v něm klesá a lidé se stávají introvertnějšími, tedy méně otevřenými a společenskými a touží po větší soukromí. Tato tendence je nápadnější u mužů (Vágnerová, 2007; Hamilton 1994).

Psychotismus nám dává údaj o tom, do jaké míry je člověk citově chladný, **neuroticismus** udává míru úzkostnosti, citové lability a nevyrovnanosti. Psychotismus s postupem věku klesá, a to především u mužů. Změny úzkostnosti s věkem nejsou tak nápadné. Dochází k mírnému poklesu, takže staří lidé se stávají více okolnímu svetu šlhostejnějšími, proto nedochází k takovým velkým výkyvům nálady. To ovšem neznamená, že by byli méně citoví. S lhostejností může dojít k postupnému rozvinutí klidu a vyrovnanosti, v horším případě může nastat pravý opak. Starý člověk se může stát rigidním, afelektickým s nezájmem o vše kolem něho. Někteří psychologové tvrdí, že má na rozvoji těchto charakterových rysů vliv společnost a životní styl. Jestliže společnost už nepotřebuje starého člověka, tak se tento člověk uzavře do sebe a tím se rozvíjí míra introverze (Vágnerová 2007; Hamilton 1994).

Otevřenost novým zkušenostem, zvědavost a tvořivost těles v něm ubývá. Starší lidé bývají konzervativnější, lpí na tradičních hodnotách, kulturu. Jejich adaptace na změny ve světě a společnosti je snížena (Háková, 1990; Vágnerová, 2007).

Patelskost se nemíjí jednoznačně se věkem. Opět záleží na individualitě jednotlivce. Všeobecně je známo, že jsou staří lidé egocentrističtější a více ostatním lidem podezřelí a opatrnější. Nicméně důvěřivost, vlídnost a soucitnost jsou stále na dost vysoké úrovni (Háková, 1990; Vágnerová, 2007).

1.4 Změny v sociální oblasti

V období stáří dochází k razantním změnám v oblasti socializace. Vlivem životních událostí, jako je například odchod do důchodu, úmrtí partnera, změna bydliště nebo

pobyt v určitým institucionálním zařízením, dochází k úpadku různých sociálních dovedností. Dalo by se říct, že dochází k postupné desocializaci. Starší lidé ztrácejí svoji identitu, mají pocitu nepříjemnosti a stávají se závisými na druhých. Je tudíž logické, že jim již některé dovednosti v oblasti socializace nejsou k užitku.

Nejvýznamnější úlohu v životě starého člověka hraje rodina. Jestliže senior rodinu nemá, obrací se často na své přátele a často i sousedy, kteří v životě prožili podobnými situacemi a společnými událostmi.

Faktory zvyšující riziko samoty a izolace starých lidí:

- **Fyzický stav.** Nemocnost, která má za následek snížení hybnosti a jiná omezení způsobují, že jsou starší lidé upoutáni na lůžko, tudíž se jejich možnosti sociálního kontaktu výrazně snižuje.
- **Psychický stav.** Poruchy v oblasti paměti, uvědomování, jednání, komunikace, ale také třeba deprese znemožňují starším lidem udržovat nebo navazovat sociální vztahy.
- **Sociální situace.** Ve starším věku se zvyšuje riziko úmrtí životního partnera, sourozence, přátel a jiných osob, hrajících v životě člověka významnou roli (Vágnerová, 2007).

Způsob zvládnutí samoty a opožděnosti u stárnoucích pacientů:

- Velmi významnou roli ve zvládnutí opožděnosti představuje telefon. Starší člověk je stále v kontaktu s osobami, na kterých mu záleží a má pocit jistoty, že jim může kdykoli zavolat.
- Sousedství je další možností, jak překonat samotu. Bývalý člověk dlouho na jednom místě, vytvoří si zde úzké citové vztahy s lidmi okolo něj. Stěhování tudíž představuje pro starého člověka velmi obtížnou situaci. Schopnost vytvářet nové citové vztahy s jinými lidmi a adaptace je velmi snížena. Takový člověk má pocit, že ztrácí vlastní identitu.
- Náhradním společenským starých lidí se stává zvíře. Stane-li se, že je stará osoba akutně převezena do nemocnice, často první věc, o kterou se zajímá, je právě jeho domácí mazlíček.

- Sdlovací prostředky jsou dobrou kompenzací pomocí starých lidí. Televize vysílá řadu seriálů a telenovel, díky kterým žije stará osoba svůj virtuální život a prožívá osudy svých hrdinů, ba se s nimi ztotožňuje. Rádio a televizní zprávy poskytují starým lidem pohled do společnosti a ukazují, ške se právě do děje. Noviny jsou navíc prostředkovatelem dalších sociálních kontaktů, například v kárách, kárnách, obchodem apod. (Vágnerová, 2007).

1.5 Význam víry ve stáří

Víra má v životlovka zvláštní a nenahraditelný význam. Pomáhá lidem vyrovnat se s vlastní existencí a s útrapami s ní spojenými. Může pomoci ve hledání vlastního smyslu života a někdy hraje významnou roli při formování hodnotového systému jedince. Ve víře zvláštní lidé nacházejí útchu. Nejedná se jen o katolické náboženství. Může jít o jiné formy náboženství. Jako příklad bude uvedena víra v Boha.

Některé lidé v průběhu života opouští životní orientaci k materiálním hodnotám a ubírají se spirituálním a religiozním směrem. Právě víra v Boha jim poskytuje jakousi oporu v době, kdy je nejhůř, a kdy už žádná věcné hodnoty nemají takový význam jako dříve. Starému životlovku poskytuje možnost tzv. duchovnímu růstu. Jedinec ví, že tak jako jeho život má smysl, tak i stárnutí a umírání má svojí podstatu a představuje jakousi cestu do něčeho neznámého, nového a třeba lepšího. Některé ví, že se dostanou do nebe a jiní třeba flíjí v naději, že se po smrti setkají se známými zesnulými nebo je čeká jiná a vzrušující cesta. Modlitba poskytuje celkové uvolnění a pocit úlevy. Jistota božího vedení je především důležitá v době, kdy je starému životlovku nejhůř. Usnadňuje mu tak zvládnout tíživou situaci. Opora Boha mu také přináší pocit bezpečí. Religiozní víra má i sociální význam. Návštěva kostela a účast na bohoslužbách pomáhají starému životlovku kompenzovat role, které ztratil. Zapojuje se tak do společenského dění a představuje náplň jeho života.

Jiný charakter má pojem špiritualita. Ten nezahrnuje pouze religiozní víru, tedy víru v Boha nebo jinou nadpozemskou existenci. Lidé mohou věřit v hodnoty, jako je

láska, mír, zdraví apod. Z toho důvodu i ateisté mohou stárnout a umírat s pocitem celkové vyrovnanosti a klidu.

1.6 Pohled nejastjiých duševních poruch ve stáří

Vlivem degenerativních změn na mozk a jeho atrofie, změnou sociálního statusu a zhoršení celkového zdravotního stavu dochází u starých lidí k rozvoji mnoha duševních onemocnění. Zpočátku nemusí mít onemocnění zjevné symptomy, může se například jednat jen o dlouhodobý stres, který se přemění v úzkostnou nebo depresivní poruchu. Třetina rozpoznatelná je také senilní demence, která je do určité míry fyziologická, od Alzheimerovy choroby. Celkově by se dalo říct, že je u starých lidí mnoho symptomů, které by u člověka mladšího věku byly patologické a znamenaly by onemocnění duševní poruchu, ale u seniorů jsou fyziologicky podmíněny.

Mezi nejastji se vyskytující duševní poruchy v geriatrii patří demence (včetně Alzheimerovy demence), delirium, deprese a závislost na alkoholu a jiných psychotropních látkách a lécích, jako bývají velmi často například hypnotika.

1.6.1 Demence

Demence je nejastji se vyskytující duševní poruchou ve stáří. Je to syndrom charakterizovaný postihnutím, snížením úrovně rozličných vyšších kognitivních funkcí, jako je paměť, myšlení, úsudek, intelekt, schopnost učení atd. Jde o děj, který nastal ať po určité úrovni dosažených schopností. Demence jsou považovány především za onemocnění vyššího věku, a koliv vkové hranice pro jejich vznik jsou velmi nízké. S termínem demence je spojena postupná ztráta duševních schopností, sebekontroly, sebeobsluhy a schopnosti komunikace. Dělí se do tří stupňů a to na mírný, střední a těžký. Dále se dělí do tří základních skupin:

- atroficko-degenerativní, která je nejznámějším zástupcem například Alzheimerovy choroby ;

- ischemicko-vaskulární představující demence způsobené cévními a ischemickými změnami;
- symptomatické (sekundární), které jsou doprovodným znakem jiných onemocnění a stavů, jako jsou například endokrinní, metabolické, traumatologické, infekční choroby a intoxikace farmaky nebo jedy a alkoholismus (Kramářová, 2000).

Projevy demence:

- Porušená paměť projevující se zpočátku především při učení se novým informacím, postupně se však rozšíří do stále vzdálenější minulosti, ať postížený ztrácí základní povědomí o vlastní osobě.
- Myšlení se stává rigidním, zpomaleným a stereotypním, nemocný není schopen plánovat, organizovat, mohou se objevit bludy, v pokročilejší stupni se myšlení stává nesouvislým.
- Pozornost se snižuje.
- Jeje porušená (nemocný obtížně vyhledává vhodná slova, klesá porozumění a nakonec se může objevit i tzv. amnestická afázie).
- Emotivita je narušená. Vyskytuje se emocionální labilita nebo naopak oploštělost, depresivní rozlady někdy spojené s úzkostí, čidce nepřiměřená rozjařenost projevující se snížením zábrán, nejasným vtípkováním a ztrátou taktu.
- Mění se motivace, pacient ztrácí zájem o činnosti.
- Vyskytuje se apraxie, alexie, agrafie, akalkulie.
- Objevují se poruchy cyklu spánek-bdění, někdy vzniká tzv. spánková inverze (období spánku a bdělého stavu jsou převrácené).
- Mění se osobnostní vlastnosti, v pozdějších fázích dochází ke zvýraznění, později naopak k útlumu (Kramářová, 2000).

Nejvýznamnější formou demence je demence podle Alzheimerovy choroby. Existují dvě formy, první je označována jako časná a má začátek před 65. rokem věku, druhá je pozdní, která začíná po 65. roce. Preklinické stádium může trvat několik let, protože pozdější projevy demence mohou být nerozeznatelné od fyziologických znaků stáří. Od prvních příznaků do smrti v průměru uplyne 3 až 7 let, výjimečně až 10, 15 let. Typické pro Alzheimerovu chorobu na rozdíl od jiných typů demencí je fakt, že dochází

k postižení psychických funkcí pomalu, pozvolna, ale trvale progreduje. Etiopatogeneze není úplně známá (Kramářová, 2000).

1.6.2 Delirium

Delirium je kvalitativní porucha v domě s prudkým průběhem. Postižený jedinec je dezorientován, má poruchy vnímání (halucinace), bývá rozrušený a úzkostný. Současně mohou být přítomny i vegetativní příznaky, jako jsou bušení srdce, změny krevního tlaku apod. (Vokurka, Hugo, 2007). Dochází k narušení lucidity v domě. Úroveň lucidity je možné vysvětlit na základě orientovanosti pacienta svou vlastní osobou (zná své jméno, věk, bydliště, datum narození), místem a situací (ví kde je a proč se tam nachází) a časem (zná rok, den v týdnu, datum), (Kramářová, 2000).

Deliria vznikají na organickém podkladě nebo se váží na užívání psychotropních látek. U seniorů jsou častější deliria organická, při nichž jsou dříve v těle systémová onemocnění s následnou mozkovou dysfunkcí. Deliria se často vyskytují u jedinců s kardiovaskulárními poruchami, při infekcích (např. pneumonie), metabolických poruchách, nádorových onemocněních, traumatech mozku a při užívání některých léků, např. antidepresiv nebo antiparkinsonik (Kramářová, 2000).

Švedle poruchy orientace je pro deliria typická dezorganizace myšlení, ve kterém se mohou objevovat prchavé bludy, poruchy vnímání (halucinace i iluze), narušení cyklu spánek-bdění, neklid, agresivita, neúměrná a stereotypní motorická aktivita, změny emoční (úzkost, labilita). Vznik deliria je obvykle náhlý, jeho intenzita v průběhu dne kolísá. Psychické změny jsou často provázeny příznaky tělesnými, k nimž patří např. tremor, ataxie, tachykardie, inkontinence, mydriáza zornic (Kramářová, 2000, str. 24).

Deliria u starých lidí vyžadují psychiatrickou intervenci pro svůj rychlý vznik a často boulivý průběh. Někdy bývají příznaky nenápadné, nemocný může být i tichý, otupělý, častěji jsou však obrazy spojené s neklidem a úzkostí. U všech pacientů je třeba dbát na bezpečnost a při samotném deliriu je třeba zajistit trvalý dohled, který je možný především hospitalizací (Kramářová, 2000).

1.6.3 Depresivní stavy

Deprese je duševní stav charakterizovaný nadměrným, patologickým smutkem. Vyznačuje se smutnou náladou, poruchami spánku, ztrátou zájmů, poklesem energie, sníženým sebevědomím a sebevěrou, výčitkami vůči vlastní osobě, poruchami chuti k jídlu, nezájmem o sex, snížením psychomotorického tempa, pocitu nevykonnosti paměti aj. Neléčené deprese mohou vést až k sebevraždě (Vokurka, Hugo, 2007; Kramářová, 2000).

Uvádí se, že depresivními stavy trpí 15 až 50 % seniorů a ti, kteří mají své zvláštnosti, jako jsou atypičtější příznaky, tělesné projekce a sklon k chronickému průběhu. Depresivní syndromy jsou obtížně diagnostikovány, může dojít k záměně s jinými psychosomatickými onemocněními. Nástup útlaku odpoledne po užití léků (antidepresiv) je delší a léky mívají výraznější nežádoucí účinky. Příčiny depresivních stavů lze přičítat ke sníženému společenskému uznání, izolaci starých lidí, organickému postižení CNS a ztrácející zevní přitažlivosti. Velkou záležitostí představuje ztráta partnera. Depresivní stavy však také doprovázejí organická onemocnění mozku (atrofické procesy, mozkové infarkty aj.) nebo jiná tělesná onemocnění (anémie, hypertenze, ischemická choroba srdeční, systémová onemocnění apod.). Léky používané při léčbě základního onemocnění také mohou vyvolat depresivní stavy. Maximum obtíží bývá spíše po únavě a vyerpání (odpoledne i večer), pacienti mívají sklon k plachosti a obavám. Spánek bývá narušený především ve fázi usínání (Kramářová, 2000).

1.6.4 Závislost na alkoholu a psychotropních látkách

ŠZákladním problémem spojeným s užíváním psychotropních látek je riziko vzniku závislosti, tedy stavu charakterizovaného touhou po jejich užívání spojenou s neschopností toto užívání kontrolovat, vznikem tolerance k užívané látce a rozvojem druhově nespecifických abstinčních příznaků v případě vysazení. S tím jdou ruku v ruce problémy v oblasti duševního i tělesného zdraví a problémy společenské (Kramářová, 2000).

Centrální nervová soustava staršího člověka je k psychotropním látkám citlivější a jejich užívání proces stárnutí urychluje. První skupinou nejčastěji používaných látek jsou alkoholické nápoje, druhou tvoří léky, především analgetika (léky na bolest), anxiolytika a hypnotika (viz kapitola Léky používané v psychiatrii a gerontopsychiatrii). U starších lidí souvisí zneužívání psychotropních látek často s osamělostí, ztrátou kontaktů, zájmu a programu, proto se využívá behaviorální psychoterapie, jejíž součástí je i opětné začlenění jedince do společnosti (Kramářová, 2000).

2 Psychologie umírání

Umírání a smrt patří v dnešní společnosti k tématům, které jsou víceméně tabu. Populace stárne, prodlužuje se střední délka života, medicína a technologie se neustále zdokonalují a tato skutečnost vede k mínění, že mladší lidé neumírají. Mnoho lidí se se smrtí během celého života vůbec nemusí setkat, a když ano, tak jen vzdáleně. Jestliže nedochází ke kontaktu s úmrtím, pro člověka se tato přirozená část života stane neznámou a obávanou. Dříve lidé umírali více doma, takže se o umírajícího starali nejbližší, většinou rodina a i děti chodily na pohřby.

Umírání se díky neustálému technickému pokroku prodlužuje. V dnešní době je zájem na tom, aby člověk zůstal na tomto světě co nejdéle, což nemusí být vždy k užitku. Terminálně nemocný člověk často chce mít utrpení co nejrychleji za sebou a šetřit se od odchodu na druhý svět. Časté léčebné zákroky nemocného velmi vyerpávají a unavují. Pacient má mnoho práce s vyizolováním osobních cílů, například co bude s dětmi, kdo se postará o vnoučata, a děti budou v práci apod. Umírající se bojí smrti jako takové. Neví, co ho čeká, ať zemře a tento pocit nejistoty mu nahání strach. Ze všech těchto příčin zcela jistě nemůže mít nemocný psychiku v pořádku, anebo alespoň ne do té doby, než své onemocnění přijme a dojde k tzv. smíření.

2.1 Umírání

Umírání je poslední fází života, vlastní umírání se nazývá terminální stav. Jako umírání se označuje proces, který vede k postupné a nezvratné degradaci životních a tělesných funkcí tkání a orgánů, ať nastane zánik individua. Tento jev je pro každého jedince zcela individuální. Díky neustále se zlepšující zdravotnické technice a pokroku v medicíně dochází k prodloužení umírání.

Více než 80 % populace umírá ve věku nad 60 let (Vágnerová, 2007, s. 426). Umírání a smrt bývají často prolongované, což má negativní důsledky nejen na psychiku nemocného, ale také na jeho příbuzné a známé. Proces umírání je

vyerpávající pro obě strany. Nejlepší situace nastává, když nemocný starý člověk umírá doma ve svém teritoriu a stará se o něj stará milovaná a milující rodina a odborníci, kteří za umírajícím docházejí. V tichou se tak ale neděje. Ve většině případů lidé umírají v nějaké instituci, nejčastěji v nemocnici. V dnešní době má ve zdravotnictví nejvyšší prestiž tzv. věť zná medicína, tj. medicína, která umí vyléčit, zvíťazít nad chorobou nebo jiným patologickým stavem organismu. Každý člověk chce flít co nejdéle a pokud možno co nejkvalitněji a to mu právě věť zná medicína umohl uje. Existují však nevětelné stavy, na které je i tato medicína krátká. Právě v této chvíli zaíná hrát primární roli medicína paliativní, neboli tichí, na kterou se často zapomíná (Hákovcová, 2000).

Obecný postoj ke smrti má tři složky:

- Citový vztah. Nejčastěji se objevují obavy a úzkost. Nejde spíše ani o fakt životního konce, jde spíše o strach u utrpení, které může umírání přinést. Někdy může nastat apatie a úplná rezignace. Někdy mohou nemocný projevovat touhu nebo přání zemít často jako důsledek dlouhého utrpení plného bolesti a nemohoucnosti.
- Kognitivní složka. Lidé o smrti a umírání toho přímoc nevědí a ani z různých důvodů to nechťjí. Tento obranný mechanismus pak způsobuje přehvalu emocionálního hodnocení nad rozumovým. Lidé jsou často ochotni mluvit o své smrti a ve chvíli, kdy je v nedohlednu. Někdy naopak lidé přímou rozumový postoj. Smrt chápou jako neodvratnou součást života a z logických důvodů odmítají umírání a smrt citově přflívat. Ani jeden extrém není vhodný.
- Chování jedince je ovlivněno především emotivní složkou. Často se tématu smrti vyhýbá. Před koncem života se popírání smrti mění na tendence hovořit o ní, protože je pro něj toto téma aktuální. Téma diskuze se týká především obav spojených s umíráním (Vágnerová, 2007).

Tanatologie (též thanatologie) je interdisciplinární (lékařské, psychologické, filozofické, teologické, právnícké hledisko) v dní obor, který se zabývá smrtí a všemi fenomény, které jsou s ní spojeny. Název je odvozen z řeckého slova thanátos neboli smrt. Pojem tanatologie je pojmenován podle řeckého boha smrtelného spánku a smrti. Obor tanatologie je poměrně mladý. Jeho vznik spadá do 60. let 20. století, kdy základy

moderní tanatologie polofila po átkem 60. let 20. stol Elizabeth Kübler-Rossová (Ha-kovcová, 2000).

šZralost a integrita osobnosti se projeví i p ipraveností akceptovat vlastní smrtelnostõ (Vágnerová, 2007, s. 430).

šHledání smyslu smrti je stejn náro né jako hledání smyslu flivotaõ (Vágnerová, 2007, s. 433).

2.2 Fáze umírání a smrti

Pre finem. Tento pojem zahrnuje období n kolika m síc aflrok p ed smrtí. Za átek p edstavuje sd lení diagnózy pacientovi. V tomto období by m l být nemocný seznámen se svojí diagnózou, aby se na vlastní smrt mohl p ipravit, nau it se svým onemocněním flít a za ídit si v-echny nedo e-ené problémy. Nem lo by se o umírajícím mluvit jako o "smrteln nemocném", ani nazývat chorobu "smrtelnou". Tyto pojmy berou nemocnému a jeho p íbuzným nad ji. Nahradí-li se pojmem "váfln " i "nevylé iteln " nemocný, ubere se slov m na mortalit .

In finem. Jedná se o umírání v ufl-ím slova smyslu v období n kolika dn , hodin. Je to fáze lidského flivota, která bezprost edn hrani í s lidskou smrtí. Terminální stádium je totoflný termín uflívaný p edev-ím léka i. Jedná se o selhávání flivotn d leflitých orgán a funkcí, které je nezvratné a vede k zániku organismu. Z psychologického hlediska v tomto období p evládají pocity strachu a nejistoty. lov k za íná být dlouhou nemocí vy erpáván a unaven, m fle mít zast ené v domí. Klesá jeho zájem o lidi, situace a prost edí kolem n j. U umírající osoby lze pozorovat introvertní orientaci, i kdyfl byl t eba po celý flivot extravertn zaloflený. Umírající ve snech i v bd lém stavu rekapituluje celý sv j flivot a dochází k jeho bilancování. Pozd ji nabývá na d leflitosti ticho a klid, který si pacient p eje mít. Dochází k odmítání potravy, pot eba tekutin z stává. Na šsmrtelné posteliõ si p eje být pacient sám nebo naopak touflí po blízkosti nejdrafl-ích osob. N kolik dní p ed smrtí zaflívá pacient euforii a radost ze flivota. M fle se zdát, fle se jeho zdravotní stav rapidn zlep-íl. Euforii st ídá smrtelné kóma.

Umírající může mít otevřenou nebo polootevřenou ústa, ale nevidí. Ústa bývají nedovřená a umírající nereaguje na slovní podněty. Světlo ho přestává zajímat. Oči jsou zapadlé a zornice přestávají reagovat na světlo. Umírající člověk má tzv. hippokratovskou tvář a jeho obličej působí unaveným dojmem. Končetiny začínají být chladnější než ostatní části těla a kůže může mít temnější barevný odstín a někdy je lepkavá studeným potem. Taktéž bývají chladné uši a nos. Dech se zrychluje nebo zpomaluje, puls slabne nebo je nepravidelný, klesá krevní tlak a tělesná teplota. Dochází k inkontinenci moči a stolice. Umírající v tichou odchází ze světa, někdy může dojít k nejasným slovním a výkřikům, které mohou signalizovat pacientovu poslední potřebu nebo přání (Háková, 2000; Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995; Misconiová, 1998).

Post finem. Období po smrti individua. Ze zdravotnického hlediska v sobě zahrnuje především péči o mrtvé tělo a spolupráci s dalšími odborníky (např. s psychology, duchovními, sociálními pracovníky) péči o pozůstalé (Misconiová, 1998).

2.3 Akceptace smrti a postoj k ní

Fáze vyrovnávání s nevyléčitelnou chorobou podle E. K. Rossové:

- Stádium šoku. Nastává tehdy, dozví-li se pacient o své nevyléčitelné nemoci. V první chvíli této skutečnosti nemůže uvěřit. Často to vypadá, jako by ani neslyšel lékaře, co mu sděluje. Fakta o svém stavu popírá a izoluje je. Dalo by se říct, že je přehlíbí. Z úst takového pacienta můžeme slyšet slova typu: „To nemůže být pravda, to se mě netýká, to je určitě nějaký omyl,“ apod.
- Stádium agrese nebo zlosti. V tomto stádiu dává pacient svůj zdravotní stav za vinu lékaři a ostatním zdravotníkům. Hnevá se, že ho lékař dostatečně neléčí nebo že nezakročil dříve, aby patologickému procesu zabránil. Pacient si myslí: „Pro se to muselo stát zrovna mně, to není spravedlivé, za všechno můjou ti druzí.“
- Stádium smlouvání může probíhat zcela skrytě. Pacient často mluví s Bohem, protože má pocity viny. Chce se tak zbavit strachu a přejít si být za svou vinu

potrestán. O svých pocitech v t-ínou s nikým nehovo í. V t chto chvílích m fle
sehrát významnou roli duchovní nebo psycholog.

- Stádium deprese bývá asov dlouhé a projde jím v t-ína pacient . Pacient za íná být vy erpán vysilujícími dlouhodobými lé ebnými nebo paliativními zákroky a je zd -en z pov domí, fle ho ekají dal-í. Nemocný lov k se psychicky za íná p ipravovat na smrt, urovnává vztahy v rodin a vy izuje si jiné pot ebné v ci k dosažení svého klidu. Tato cesta je náro ná. Významnou roli sehrává empatie, trp livost a podpora nemocného.
- Stádium akceptace je p ijatelné, av-ak n kte í nemocní ho v bec nedosáhnou. Pacient se smí í se svým koncem a procesu umírání a smrti se pln oddá. Komunikuje p edev-ím neverbáln , toufí po dotycích a blízkosti druhých. N kdy naopak je rad ji sám a v klidu (K ivohlavý, Kaczmarczyk, 1995; Kelnarová, 2007).

E. Stern rozd lil 8 skupin dle toho, jak se pacienti blíffili k odchodu ze sv ta:

- Pacienti se silnou vírou, u kterých dominuje state nost, nad je, povzbuzování ostatních hospitalizovaných.
- Pacienti špsychicky mrtvíõ, u kterých se projevuje apatie, lhostejnost, šje jim jednoõ, co s nimi bude dál.
- Pacienti, kte í jsou v plném v domí a smrt berou jako samoz ejmý konec flivota, nic si nenalhávají.
- Pacienti, kte í necht jí zem ít. asto jsou to lidé, kte í byli velmi dob e materiáln zaji-t ní.
- Pacienti eufori tí a dobré nálady do konce svého flivota, kte í nemyslí na svojí smrt a asto se domnívají, fle se stane zázrak a smrti se vyhnou.
- Pacienti, kte í jsou duchem jinde, ml í a na smrt jsou jifl p ipraveni.
- Nemocní vy erpaní, zesláblí, kte í ufl necht jí flít, nemají sílu dále bojovat (hlavn pacienti se silnými bolestmi).
- Nemocní, kte í filozofují o sociálním dopadu jejich moflného odchodu, necht jí p ijmout fakt, fle se blíffí konec jejich flivota (K ivohlavý, 1991).

3 Sestra a komunikace se stárnoucím a umírajícím lov kem

šKomunikace je procesem odevzdávání informací jednoho jedince druhému bu p ímo, nebo nep ímo. Komunikace je situa ní, dynamická, verbální, neverbální a zalofená na percepci. Udrfluje a rozvíjí lidské vztahyõ (Pavlíková, 2009, s. 114).

Dobrá komunikace m fle pozitivn òvlivnit pacient v psychický stav. V dne–ní dob se v–ak na komunikaci neklade dostate ný d raz, takže jsou nejev t–ími problémy ve zdravotnických za ízeních nedostate né vzd lání zdravotnického personálu v oblasti komunikace, nedostatek dovedností a málo asu. Tpatná a neefektivní komunikace má na psychiku pacienta nefládoucí dopad. Pacient v terminálním stádiu onemocn ní zaflívá stres, který ze sebe pot ebuje ur ítým zp sobem dostat. Jestliffe tyto problémy z stanou skryty, m fle stres vyvrcholit afl v chronický smutek, depresi a apatii. Afektivní poruchy jsou d sledkem sloflitých lé ebných zákrok , jejími nefládoucími ú inky a r znými obavami pacienta (O'Connor, Aranda, 2005).

Pacienti se asto sami cht jí podílet na své pé i a p ejí si o své lé b rozhodovat. Aby tak mohli u ínit, pot ebují informace a o své chorob , o moflnostech lé by, prognóze, a vedlej–ích ú incích. Mnozí pacienti asto šdychtíõ po informacích a hledají je pomocí r zných prost edk jako je internet, televize nebo odborné knihy. Sestry a ostatní zdravotnický personál jim v jejich hledání m flou pomoci, cofl m fle dát pacient m pocity d v ry, jistoty profesionální pé e a áste né zklidn ní. Nové informace jim dávají as na kognitivní a emocionální p ípravu.

Faktory negativn òvliv ující komunikaci:

- ignorace emocionálních projev pacienta,
- vyhýbání se pacientovi,
- poskytování fale–né nad je,
- soust ed ní se více na somatické symptomy nefl na emocionální problémy,
- nedostatek diagnostických dovedností,
- vyhýbání se ur ítým témat m p i rozhovoru,
- soust ed ní se na praktické úkony,

- nedostatek znalostí o tom, čeho se pacienti obávají (O'Connor, Aranda, 2005).

Seznam dovedností pro sestry dle leffitých pro efektivní komunikaci:

- příprava prostředí o zajištění soukromí a dostatek času,
- vyjasnění úřelu rozhovoru,
- navození důvěry,
- schopnost získávat informace,
- aktivní naslouchání a analýza verbálních a neverbálních projevů pacienta,
- empatie,
- objasnění problému,
- zajištění výsledku (O'Connor, Aranda, 2005).

3.1 Specifika komunikace se stárnoucím člověkem

Starší lidé mívají v oblasti komunikace značné problémy, které souvisejí se změnami u nich stárnutí. Komunikace bývá někdy pomalá, protože stárnoucí člověk potřebuje na zpracování informace a zformulování nového sdělení delší čas. Tato skutečnost nepokládá ani tak v rozhovoru mezi dvěma lidmi jako ve skupině.

Problémy v oblasti vnímání jsou značné. Starší lidé bývají nedoslýchaví, a od toho se odvíjí jejich schopnost porozumět mluvenému slovu a dorozumět se. Tacy lidé bývají komunikací často velmi unavení, protože je plně soustředění se na rozhovor značně vyčerpává. Jelikoli neslyší všechna slova, dochází k nepochopení obsahu sdělení, a tak se komunikace stává poměrně nepřijemnou záležitostí. Starý člověk se snaží takovým situacím vyhýbat, zvláště pokud jde o cizí lidi a setkání ve skupinách, kdy jsou problémy se sluchovým vnímáním ještě umocňovány hlukem a úmlem (Vágnerová, 2007).

Paměťové problémy jsou delší pí inou neuspokojivé komunikace. Psanému slovu starý člověk jednak lépe rozumí, a jednak nemá takové problémy si ho zapamatovat. Je zde možnost delší expozice obsahu sdělení, takže si jej starý člověk lépe zapamatuje. Nedostatečná kapacita krátkodobé paměti je pí inou skutečností, ale starší lidé svoje

sdelení často opakují. Aby se vyhnuli nejistotě, řeší skutečnosti a jeho komunikační partner si je zapamatoval, raději informaci zopakují znovu (Vágnerová, 2007).

Změny jazykových schopností a inteligence ovlivňují komunikaci jak po stránce kvantitativní, tak po stránce kvalitativní. Zhoršuje se schopnost využití slovní zásoby.

Často se stává být plynulá. Pro složitější sdělení ubývá motivace. Starší lidé mají tudíž tendenci mluvit stručně. Mohou mít obtíže v porozumění textu, který je navíc složitější na pochopení. Ztrácí tak leckdy zájem o sledování národních filmů, tenisových románů nebo sledování různých divadelních představení. V pozdním stáří dochází k problémům artikulace způsobených zhoršením koordinace motoriky mluvidel, a tak je mnohdy velmi obtížné starému člověku rozumět. To může mít za následek neuspokojení všech jeho potřeb (Vágnerová, 2007).

Zásady pro sestry vedoucí k uspokojení efektivní komunikace se starým člověkem:

- Dbát na to, aby měl starý člověk vždy po ruce, případně již nasazené kompenzační pomůcky, jako je naslouchadlo nebo zubní protéza.
- Snažit se zajistit rozhovor v klidném a příjemném prostředí.
- Najít si na komunikaci čas.
- Mluvit na starého člověka z dostatečné blízkosti, případně do ucha, na které lépe slyší.
- Zjistit, zda neztěžuje komunikaci určitá onemocnění, například bolest, nekomfort pacienta, jazyková bariéra, deprese, užívání některých léků apod.
- Dívat se člověku při komunikaci do očí.
- Používat při komunikaci mimiku, gestikulaci a haptiku.
- Mluvit na starého člověka pomalu, srozumitelně a dobře artikulovat.

3.2 Specifika komunikace s umírajícím člověkem

V dnešní době se neeviduje tolik otázka, zda pacientovi sdělit pravdu o nevyhnutelnosti jeho nemoci (v praxi se však stále setkáváme, že pacient nezná diagnózu), nýbrž kdo tak

u iní, kdy, kde a jakým způsobem. Informace o zdravotním stavu poskytuje pacientovi lékař. Nebylo by však vhodné uvádět i o jiných osobách, které by tento fakt mohli umírajícímu sdělit. Takovou osobou by mohla být třeba všeobecná sestra, duchovní, psycholog, nejbližší přítel nebo dobrý přítel. Zkrátka osoba, ke které má nemocný nejbližší citový vztah a důvěru. Předání informace je také důležité. Lékař musí brát v úvahu momentální náladu pacienta a okolnosti, které by mohly předání informací znepříjemnit. Místem by mělo být klidné, kde má lékař prostor pro sdělení pravdy pacientovi. Mělo by být útulné, tiché, dobře prosvětlené na psychiku pacienta. Nejlepší by bylo místo, ke kterému má pacient citový vztah, kde se cítí dobře. To však nemusí být z organizačních důvodů možné. Jakým způsobem sdělovat pacientovi informaci o skutečnosti, že je smrtelně nemocen. Osvědčuje se technika nedirektivního rozhovoru. Tuto techniku však neovládá každý zdravotník, protože vyžaduje dlouhodobý nácvik (Háková, 2000; Kelnerová 2007).

Zásady, které by měly pomoci sestře při komunikaci s umírajícím podle Kelnerové:

- Respektovat právo pacienta na pravdivé informace.
- Informace o zdravotním stavu pacientovi podává lékař.
- Pacientovi ponecháváme naději na zlepšení nebo pozastavení choroby.
- Neurčit, který nemocnému zbývá do konce života.
- Preferovat slova, lépe je vyhýbat se výrazům, které by mohly asociovat smrt.
- Dát možnost umírajícímu hovořit o svých pocitech.
- Naslouchat umírajícímu a rodině.
- Respektovat právo umírajícího nemít bolest. Dávat jistotu, že nebude trpět bolestí.
- Při komunikaci s umírajícím, hovořit i s rodinou.
- Používat i nonverbální komunikaci a taktiku.
- Umožnit umírajícímu hovořit o svých potřebách a zajistit podle možností jejich splnění.
- Rozhovor s umírajícím vnovat, ať se vnovat i jeho nejbližším.
- Komunikovat s rodinou i po úmrtí, přiznat smutek a truchlení (Kelnerová, 2007).

4 Úloha sestry v péči o stárnoucí a umírající pacienty

Všeobecná sestra je osobou, která přichází do kontaktu s osobami stárnoucími a umírajícími v těsné blízkosti. Hlavní úlohou sestry v péči o tyto pacienty je správné posuzování bio-psycho-sociálních a duchovních problémů. V případě umírajícího člověka jde také o poznání příznaků blížící se smrti. Úkolem sestry je o pacienta holisticky, tzn. všestranně pečovat. Sestra přistupuje ke každému pacientovi individuálně, jako k zcela jedinečné a nenapodobitelné osobnosti. V péči o pacienta se předpokládá týmová práce, která je ve funkčně závislém postavení, takže si jednotliví zdravotníci mezi sebou v péči o nemocného předávají informace a navzájem si pomáhají. Sestra by měla být aktivní, k práci by měla přistupovat tvrdě a se zájmem. Dominující je vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného člověka, získání zájmu na uzdravení a jeho aktivizace. Vzhledem k ordinacím lékaře, denně se opakujícím úkonům vymezené provozem pracoviště a stálým fláčením nemocného se namísto aktivní péče staví péče pasivní, kdy je sestra motivována zevně. V péči o umírající a stárnoucí pacienty se uplatňuje především paliativní, tedy tlumící medicína. Sestra se snaží zmírnit pacientovu existenciální tíseň a utrpení nejen péčí o jeho tělo, ale také o jeho psychickou stránku a je trpělivá, empatická a její přístup je citlivý (Jarošová, 2000).

4.1 Potřeby stárnoucích a umírajících

Potřeby tělesné a materiální:

- možnost být doma
- potřeba klidu a soukromí
- potřeba tělesné pohody a být v ústí, plnění všech potřeb, pohodlí
- potřeba být pohlazen
- potřeba být bez bolesti
- potřeba stimulace a aktivity

Potřeby sociální:

- přítomnost, pozornost, zájem a péče rodiny, příbuzných, přátel a známých lidí (sebelepší péče zdravotník nenahradí umírajícímu nejbližší rodinu a domácí prostředí)
- potřeba sociálního kontaktu, aby pacient neměl pocit samoty
- potřeba zájmu o jeho rodinu
- potřeba být společností i nadále prospěšný a užitečný
- neumírat o samotě
- potřeba komunikace

Potřeby psychologické:

- potřeba zachování lidské důstojnosti a sebeúcty
- potřeba naděje
- potřeba kontaktu s psychologem
- potřeba citové jistoty a bezpečí
- potřeba otevření budoucnosti
- potřeba hledání smyslu smrti, ale i prožití života
- potřeba být akceptován
- potřeba otevřené budoucnosti
- potřeba seberealizace

Potřeby duchovní:

- potřeba kontaktu s duchovním
- potřeba spirituálního smíření
- potřeba návštěvy kostela, bohoslužeb
- potřeba mít klid na pomodlení se

4.2 Léky používané v psychiatrii a gerontopsychiatrii

Benzodiazepiny jsou léky proti úzkosti (anxiolytika), které mají sedativní účinek, jestliže se podají se svalovými relaxanciemi. Používají se pro odstranění strachu a napětí

p i psychosomatických onemocn ní a p i poruchách spánku jako hypnotika. U star-ích osob mohou vyvolat excitaci. Mezi nej ast j-í nefládnoucí ú inkny pat í ataxie, ospalost, závrat a zácpa. lov k si na n m fle vybudovat závislost. Mezi benzodiazepiny pat í nap . oxazepam (Serepax) a diazepam (Valium), chlordiazepoxid, medazepam, lorazepam, alprazolam a klonazepam (O'Connor, Aranda, 2005; Mirossay, Mojffi-, 2006).

Antidepressiva jsou léky pouffvané p i depresivních stavech, které jsou definovány chorobným smutkem, intenzivním pocitem šzlého cít ní seõ, nezájmem afl apatií, ztrátou flivotní radosti, nechutenstvím a nerozhodností. Antidepressiva zvy-ují ú inek noradrenalinu, serotoninu nebo dopaminu r znými zp soby. Podle mechanismu ú inku d líme antidepressiva na:

- inhibitory monoaminoxidázy (MAO): moklobemid;
- tricyklická antidepressiva (TCA): amitryptilin, nortryptilin, imipramin;
- selektivní inhibitory zp tného vychytávání serotoninu (SSRI): fluoxetin, citalopram, fluvoxamin (Mirossay, Mojffi-, 2006).

N která antidepressiva mají del-í as nástupu ú inku. P i dlouhodobém uflívání by se nem ly najednou vysadit. U starých lidí se m fle vyskytovat ataxie, poruchy ch ze, ortostatická hypotenze, hyponatremie a m fle dojít ke zhor-ení zmatenosti. N která antidepressiva zp sobují poruchy vid ní, sucho v ústech, retenci mo e, obstipaci nebo naopak pr jmy a zvý-ení t lesné hmotnosti. U citlivých osob m fle dojít k tachykardii, arytmiiím anebo k e ím (Mirossay, Mojffi-, 2006; O'Connor, Aranda, 2005).

Antipsychotika se pouffvají p edev-ím u osob trpících demencí, u kterých p evládá agresivita, poruchy aktivity anebo psychotické p íznaky jako jsou nap . bludy, halucinace nebo neklid. Lidé blíflící se smrtí mohou být mobilní a agitovaní. Chceme-li t mto lidem zajistit d stejné umírání, je n kdy nutné podávat vysoké dávky antipsychotik, které zajistí bezpe nost a zmírní symptomy demence. S podáváním t chto lék roste riziko vedlej-ích ú ink . Hlavním a nejzávafln-j-ím nefládnoucím ú inkem je extrapyramidový syndrom (ES), který se projevuje jako parkinsonismus (svalová rigidita, tremor, hypokineze), av-ak je reverzibilní nebo tardivní dyskinezií projevující se pohyby obli ejových sval (permanentní flvýkání, grimasy, protruze

jazyka) nebo nepravidelnými a rychlými pohyby končetin, avšak tyto symptomy jsou ireverzibilní a vyskytují se při dlouhodobém podávání léků. Antipsychotika se dělí na:

- typická antipsychotika: haloperidol, chlórpromazin, prochlórperazin, levopromazin, tioridazin, perfenazin, tioridazin;
- atypická antipsychotika: risperidon, klozapin, olanzapin, quetiapin (Miroslav, Mojžíš, 2006).

Hypnotika jsou využívána u lidí s poruchami spánku, které jsou u starých lidí velmi časté. Podávání antipsychotik by nemělo být uváflivé, protože jejich užívání je spojeno s rizikem vzniku závislosti (Kramářová, 2000).

4.3 Úloha sestry při měření kvality psychiky

Všeobecná sestra, která poskytuje nemocnému skutečně individualizovanou a odbornou péči, potěbuje nemocného z různých stránek poznat. Nestáčí znát jen somatické problémy, velmi důležitě jsou pro sestru informace týkající se psychické oblasti pacienta. Sestra potěbuje vidět, s jakým úlovkem komunikuje, co ho trápí, jaké jsou jeho zájmy, jak vychází s ostatními lidmi, jaké má psychické problémy a podobně. Díky těmto poznatkům se může sestra naučit být empatická, vést asertivní a účinnou komunikaci, případně nemocnému v komunikaci pomáhat (Stanková, 2006).

V praxi potěbuje tyto informace sestra získat co nejdříve a co nejrychleji, aby byla schopna na potěbu nemocného adekvátně reagovat. Často se nestáčí jen spoléhat na sesterskou intuici a zkušenosti, ale je potřeba využít některých měřících technik, které jsou orientované na psychiku pacienta (Stanková, 2006).

Všeobecná sestra smí používat pouze jednoduché orientační metody. Standardizované specifické diagnostické testy provádí jedině kliničtí psychologové a psychiatři. Sestra není oprávněna je používat (Stanková, 2006).

Mezi jednoduché orientační metody, které sestra může v praxi používat, patří (jednotlivé metody jsou podrobněji uvedeny v příloze):

- zkrácený mentální bodovací test,
- stupnice hodnocení psychického zdraví,
- škála deprese pro geriatrické pacienty,
- Folstein v test kognitivních funkcí Mini-Mental-State test (MMS),
- Glasgowská stupnice hloubky v domí ó GCS (Glasgow Coma Scale).

5 Příklad aplikace ošetřovatelského procesu u pacienta stárnoucího

5.1 Ošetřovatelská anamnestika

Jméno a příjmení: F. T. M.	Pohlaví: muž
Datum narození: 24. 5. 1927	Věk: 83 let
Adresa bydliště a telefon: -----	
Adresa příbuzných: -----	
Rodné číslo: -----	Číslo pojistovny: 111
Vzdělání: střední odborné učiliště	Zaměstnání: asfaltér
Stav: ženatý	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: 2009	Typ přijetí: plánované
Oddělení: interní nefrologie	Ošetřující lékař:

Důvod přijetí udávaný pacientem: Průjmová stolice až 5x denně bez příměsí krve i hlenu trvající od 21. 11. 09, doma užíval flivo i jiné uhlí, bez efektu. Pacient udává bolest kolen.

Medicínská diagnóza hlavní: Progrese CHRI prerenální etiologie při dehydrataci při opakovaných průjmech

Medicínské diagnózy vedlejší: bronchitida, ICH srdeční, AV blok I. stupně, chronická kardiální insuficience, arteriální hypertenze WHO III. stupně, chronická renální insuficience s diabetickou a vaskulární nefropatií, plicní hypertenze, aneurysma břišní aorty při ateroskleróze, st. p. opakované lumbální kýly I. dx. s recidivou, kýla skrotální, DM II. stupně, hypertrofie prostaty, st. p. nefrektomie I. sin. pro uroterální carcinoma pánvičky, bez známek lokální recidivy a generalizace

VITÁLNÍ FUNKCE P I P IJETÍ

TK: 102/67 mmHg	Vý-ka: 169 cm
P: 89 t/min	Hmotnost: 95 kg
D: 18 d/min	BMI: 33, 26
TT: 36, 6 °C	Pohyblivost: áste n dobrá
Stav v domí: bd lý	Krevní skupina: B +

Nyn j-í onemocn ní: brochnechitis, ICHS, AV blok I. stupn , chronická kardiální insuficience, arteriální hypertenze WHO III. stupn , chronická renální insuficience ó diabetické a vaskulární nefropatie, plicní hypertenze, aneuryzma b i-ní aorty p i ateroskleróze, st. p. opakované t íselní kýly I. dx. s recidivou, kýla skrotální, DM II. stupn , hypertrofie prostaty, kýla skrotální

Informa ní zdroje: léka ská dokumentace, zdravotnický personál, pacient, manfelka

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza:

Matka: zem ela v 85 letech na stá í

Otec: zem el v 82 letech na stá í

Sourozenci: má sestru ó 75 let, ICHS

D ti: dva synové, jeden 50 let - zdrav, druhý 56 let ó DM II. stupn , ICHS

Osobní anamnéza:

P ekonané a chronické onemocn ní: bronchitis, ICHS, AV blok I. stupn , chronická kardiální insuficience, arteriální hypertenze WHO III. stupn , CHRI ó diabetické a vaskulární nefropatie, plicní hypertenze, aneuryzma b i-ní aorty p i ateroskleróze,

opakované t íselní kýly I. dx. s recidivou, kýla skrotální, DM II. stupn , hypertrofie prostaty, kýla skrotální, st. p. nefrektomii

Hospitalizace a operace: st. p. nefrektomii I. sin. pro uroterální ca pánvi ky, bez známek lokální recidivy a generalizace ó 1/2009

Úrazy: neguje

Transfúze: neguje

O kování: b fné

Léková anamnéza:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Verospiron	tbl.	50 mg	1 ó 0 ó 1	Diuretikum –et ící draslík, antagonist aldosteronu, antihypertenzivum
Furon	tbl.	40 mg	1 ó 1 - 0	diuretikum
Agen	tbl	5 mg	1 ó 0 ó 1	Blokátor vápníkových kanál , antihypertenzivum
Anopyrin	tbl	100 mg	0 ó 1 ó 0	antitrombotikum
Euphyllin CRN	tbl	200 mg	1 ó 0 - 1	antiastmatikum
Tulip	tbl	10 mg	0 ó 0 ó 1	hypolipidemikum
Micardis	tbl	80 mg	½ - 0 ó 0	antihypertenzivum
Sorbifer	tbl	100 mg	1 ó 0 ó 0	antianemikum
Milurit	tbl	100 mg	0 ó 1 ó 0	antiuratikum
Lanzul	tbl	30 mg	1 ó 0 - 0	Antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy
Enelbin retard	tbl	100 mg	1 ó 0 ó 1	vazodilatans
Vitacalcin	tbl	250 mg	0 ó 0 ó 1	Minerální látka

Dormicum	tbl	7,5 mg	Po 22:00 hod.	Hypnotikum, sedativum
Tralgit	tbl	50 mg	P i bolesti, max. 3x denn á 8 hod.	Analgetikum, anodynum
Dolgit gel	gel	Ibuprofenum 5 g ve 100 g gelu	2 x denn	Nesteroidní antiflogistikum
Ciplox	tbl	500 mg	á 12 hod. ó 6:00 a 18: 00	antibiotikum

Alergologická anamnéza:

Léky: neguje

Potraviny: neguje

Chemické látky: neguje

Jiné: neguje

Abúzy:

Alkohol: p ílefitostn

Kou ení: exnikotinismus, p ed 20 let 30 cigaret denn

Káva: 2 kávy denn

Léky: dormicum

Jiné drogy: neguje

Gynekologická anamnéza (u žen)	Urologická anamnéza (u mufl)
Menarché: Cyklus: Trvání:	P ekonané urologické onemocn ní: st. p. nefrektomii I. sin. pro uroterální ca pánvi ky, bez známek lokální

Spirituální anamnéza:

Religiozní praktiky: fládné

POSOUZENÍ SOU ASNÉHO STAVU ze dne 25. 11. 2009

Popis fyzického stavu		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	Neudává bolest hlavy ani jiné obtífe.	O ní bulby ve st edním postavení, bez nystagmu, spojivky r flové, sklery bílé, zornice okrouhlé, izokorické, výstupy trigeminu nebolestivé, inervace n. VII soum rná, jazyk oschlý bez povlaku, plazí ve st ední á e, hrdlo klidné, -íje voln pohyblivé, nápl kr ních fil nezv t-ena, karotidy tepou symetricky, bez -elestu, -títná fláza a uzliny nehmatné.
Hrudník a dýchací systém	Udává zhor-ené dýchání, du-nost, ob as dráfdivý ka-el.	Hrudník soum rný, dýchání ísté, sklípkovité oslabené bilat. více vlevo bazáln , bez vedlej-ích fenomén .
Srdcovo-cévní systém	Neudává bolest na hrudi ani jiné potífe.	Srdce poklepov nezv t-eno, akce srde ní pravidelná, ozvy 2 ohrani ené.
B icho a GIT	Pacient má pr jem afl 5 x denn , který trvá ufl n kolik dní. Ob as ho bolí flaludek.	B icho v úrovni hrudníku, dýchá v celém rozsahu, poklepov diferencovan bubínkový, palpa n m kké, nebolestivé, peristaltika fliv j-í. Játra pod obloukem, slezina

		nehmatná.
Mo ovo- pohlavní systém	St fluje si na ob asné ezání v oblasti vývodu PMK.	Tappottement bilateráln negativní, klidná, velká skrotální kýla s p ítomnou peristaltikou, st. p. nefrektomii I. sin. pro uroterální ca pánvi ky, bez známek lokální recidivy a generalizace, hypertrofie prostaty e-ená trvalým PMK, poslední vým na provedena 2. 11. 2009

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Kostrovo- svalový systém	Pacienta trápí ob asné bolesti v kolenou.	Postoj shrbený, svalová atrofie vlivem v ku.
Nervovo- smyslový systém	Pacient udává nedoslýchavost na levé ucho, -patn vidí a nosí brýle.	Výstupy trigeminu nebolestivé, inervace n. VII soum rná, dalekozrakost a nedoslýchavost na levé ucho.
Endokrinní Systém	Pacient neudává fládné potífle, krom problém souvisejících s diabetem.	Diabetes mellitus 2. typu.
Imunologický systém	Pacient nesd luje fládné problémy.	Imunologický systém je vzhledem k etným chorobám v po ádku.
K fle a její adnexa	Pacient udává suchou k flí a její ob asné sv d ní.	K fle je r flová, suchá, na horních a dolních kon etinách studená, mén elastická, kofní turgor je sníflený, chlupy a vlasy pro ídlé, alopecie.

Poznámky z t lesné prohlídky: fládné

Aktivity denního života			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování	Doma	Pacient se stravoval doma ve v t-ích porcích.	Pacient trpí obezitou I. stupn .
	V nemocnici	Pro asté pr jmy byla na ízena -et ící dieta ó aj a suchary, kterou údajn dodrfluje.	Stolice se upravuje, pacient na ízenou dietu dodrfluje.
P íjem tekutin	Doma	Pacient udává, fle vypije asi litr tekutin denn . Navíc má pr jem afl 5x denn . Udává suchou k fli a její sv d ní.	Pacient je vlivem pr jmu a nízkého p íjmu potravin dehydratován ó k fle a sliznice jsou suché, koflní turgor sníflený.
	V nemocnici	Pacient se snaží vypít 2 litry denn , dodrfluje -et ící dietu nutnou pro úpravu stolice.	Stolice se za íná upravovat, pacient dodrfluje -et ící dietu i pitný reffim.
Vylu ování mo e	Doma	Za pacienta odvádí mo PMK.	Za pacienta odvádí mo PMK, diuréza nízká.
	V nemocnici	Za pacienta odvádí mo PMK.	Za pacienta odvádí mo PMK, diuréza se upravuje.
Vylu ování stolice	Doma	Pacient si zt fluje na t flké pr jmy afl 5x denn a na bolest b icha.	Pr jmovitá stolice, dehydratace organizmu.

	V nemocnici	Pr ť jem stále trvá, ale je mén ěstý, bolest b ťcha ustupuje.	Postupná úprava stolice a rehydratace organizmu.
Aktivity denního ťivota			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Spánek a bd ění	Doma	Pacient udává poruchu spánku ó -patn ěsíná a v noci se budí, a proto uťlívá hypnotika. V poslední dob v-ak zhor-ení spánku vlivem bolestí b ťcha a pr ějmu.	Pacient vypadá unaven ě, je podráťd ěný, nep ějemný.
	V nemocnici	V nemocnici uťlívá hypnotika, která v-ak nezabírají tak dob ě vlivem ru-ěcí podn ět z okolí a neznámého prost ědí.	Pacient je podráťd ěný, unaven ěý a nep ějemný.
Aktivita a odpo ěnek	Doma	Pacient doma ěsto sedí u televize a ob ěsasí p ěte noviny, z ědka n ějakou knihu. Co se tý ěe aktivity, chodí se svojí ťlenou na procházky se psem a ob ěsasí pomáhá v domácnosti.	Dle fyzické konstituce lze usoudit, ťe pacient tráví v t-ěnu ěasu spí-ě pasivním odpo ěnkem.
	V nemocnici	Pacient udává sníťlenou aktivitu v nemocnici, související s omezenými mofnostmi. ěte si noviny, sleduje d ění na odd ělení.	Pacient tráví v t-ěnu ěasu v posteli nebo na ťidli u stolu a ěte si noviny. Ob ěsasí jde projít po odd ělení.

Hygiena	Doma	Pacient je z v t-í míry sob sta ný, p i v t-í hygien mu ale dopomáhá manfelka.	Pacient vypadá upraven .
	V nemocnici	V nemocnici zvládá hygienu sám, p i náv-t v mu pom fle manfelka.	Pacient vypadá upraven , není pot eba dopomáhat.
Samostatnost	Doma	Pacient je áste n sob sta ný a samostatný, manfelka mu pomáhá s oblékáním ponofek.	Pacient chodí o berli, je áste n sob sta ný.
	V nemocnici	P i oblékání ponofek pot ebuji dopomoci, jinak v-e zvládá sám.	P i oblékání ponofek pot ebuji dopomoci, jinak v-e zvládá sám.

Posouzení psychického stavu		
	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
V domí	Pacient je p i v domí.	Pacient je p i v domí.
Orientace	Pacient je orientován asem, místem, osobou.	Pacient je orientován asem, místem, osobou.
Nálada	Pacient se cítí bez nálady. Ví, fle je nep íjemný na sebe i okolí. Jako d vod udává dlouhou hospitalizaci a výskyt mnoha onemocn ní.	Objektivn lze dokázat pacientovu –patnou náladu ó je nep íjemný, mrzutý a podráfd ný.

Pam	Staropam	Pacient si pamatuje záflitky ze flivota, av-ak sám p iznává, fle si nem fle na n které v ci vzpomenout.	P i otázkách týkajících se minulosti pacient odpoví, n kdy mu v-ak odpov trvá déle.
	Novopam	Pacient udává asté zapomínání, které mu prý šleze na nervyõ.	Pacient zapomíná ob as uflít léky, je nutná kontrola.
My-lení		Pacient si st fluje na zhor-ené my-lení, tvrdí, fle šufl je starej d dek a nemá to v hlav v po ádkuõ.	U pacienta lze pozorovat pomalej-í tempo v my-lení, p i komunikaci pot ebuje del-í as na odpov a trp livost.
Temperament		Pacient o sob tvrdí, fle je cholerické povahy.	Podle chování lze usoudit cholerický temperament.
Sebehodnocení		Pacient o sob nemluví hezky, vnímá sebe jako šstarého d dkaõ.	Nemluví o sob hezky, spí-e nejen na sebe nadává.
Vnímání zdraví		Pacient hn vá dlouhé trvání hospitalizace a výskyt mnoha etných onemocn ní, která jsou p eváfln chronická.	Mluví o svém zdraví -patn , uv domuje si etnost svých obtíflí.
Vnímání zdravotního stavu		Vnímá sv j zdravotní stav -patn .	Vnímá sv j zdravotní stav -patn .
Reakce na onemocn ní a proflívání onemocn ní		Pacienta mrzí dlouhá hospitalizace a velká nemocnost.	Pacientovi reakce jsou mrzuté. Onemocn ní neproflívá dob e.

Reakce na hospitalizaci	Reakce na hospitalizaci prý zpořádku byla dobrá, ale ufl to trvá moc dlouho.	Pacient není moc pizpůsobivý, je netrpělivý, nepřijemný a mrzutý.
Adaptace na onemocnění	Pacient si údajně na svá onemocnění zvyknul, ale občas je prý kvůli nim mrzutý.	Pacient nejeví známky adaptace na onemocnění, je podrážděný, ale o svých nemocech dokáže hovořit.
Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)	Pacient otevřeně poznává, že je vlivem dlouhé hospitalizace a etným onemocněním neustále ve stresu a neví, co s ním bude dál.	Pacient jeví známky nejistoty a stresu, je nevyspalý, podrážděný, nepřijemný a občas pláče.
Zkosenosti z předcházejících hospitalizací (iatropatogenie, srororigenie)	Se sestrami ani doktory prý nikdy neměl problémy.	Pacient spolupracuje, jen bývá často nepřijemný.

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Komunikace	Verbální	Pacient tvrdí, že dříve býval komunikativnější, teď se trochu komunikaci vyhýbá.	Pacient komunikuje, spolupracuje, občas používá hrubé výrazy.

	Neverbální	Pacient potěbuje obecně pohlazení a to především od manželky.	Pacient přijímá pohlazení, doteky a s manželkou se často drží za ruce.
Informovanost	O onemocnění	Pacient je informován.	Pacient je informován.
	O diagnost. metodách	Pacient je informován.	Pacient je informován.
	O léčb a diet	Pacient je informován.	Pacient je informován.
	O délce hospitalizace	Pacient je informován, nicméně hospitalizace prý trvá déle, než by měla.	Pacient je informován, nicméně hospitalizace prý trvá déle, než by měla.
Sociální role a jejich vliv na nemoc, hospitalizaci a změnu životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace	Primární (role související s včím a pohlavím)	Pacient je muž, senior. Včím je samozřejmě včím prý inou jeho nemocnosti a má vliv na její průběh.	Pacient je muž, senior. Včím je samozřejmě včím prý inou jeho nemocnosti a má vliv na její průběh.
	Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)	Pacient je manžel, otec, dědeček, bratr, starobní dědeček.	Pacient je manžel, otec, dědeček, bratr, starobní dědeček.
	Terciální (související s volným časem a zálibami)	Pacient je tenař, posluchač rádia, televizní divák.	Pacient je tenař, posluchač rádia, televizní divák.

MEDICÍNSKÝ MANAŽMENT:

Ordinovaná vyšetření: kontroly EKG, iontoqram, –etná rehydrata ní terapie, kultivace stolice

Konzervativní léba:

Dieta: 9S ó diabetická –et ící

Pohybový režim: pohyb neomezený

RHB: fládná

Výživa: diabetická –et ící

Medikamentózní léba:

- **Per os:** Verospiron 50 mg tbl. 1 ó 0 ó 1, Furon 40 mg tbl. 1 ó 1 ó 0 , Agen 5 mg tbl. 1 ó 0 ó 0, Anopyrin 100 mg tbl. 0 ó 1 ó 0, Euphyllin CRN 200 mg tbl. 1 ó 0 ó 1, Tulip 10 mg tbl. 0 ó 0 ó 1, Micardis 80 mg tbl. 0 ó 1 ó 0, Sorbifer 80 mg tbl. 1 ó 0 ó 0 , Milurit 100 mg tbl. 0 ó 1 ó 0, Lanzul 30 mg tbl. 1 ó 0 ó 0, Enelbin retard 100 mg tbl. 1 ó 0 ó 1, Dormicum 7,5 mg tbl. po 22. hod., Tralgit p i bolesti, max. 3 x denn á 8 hod., Vitacalcin 250 mg tbl. 0 ó 0 ó 1, Ciprox 500 mg tbl. 2 x denn ó v 6:00 a 18:00 hod.
- **Intravenózní:** není
- **Per rectum:** není
- **Inhalace:** Berodual 2 vdechy 2 x denn
- **Jiná:** Dolgit gel 2 x denn

Chirurgická léba: není

SITUA NÍ ANALÝZA:

Pacient, muž, 83 let, starobní d chodce, byl odeslán z urgentního příjmu pro subhydrataci s mírným vzestupem azotemie při přijmu při terapii antibiotiky. Pacient byl recentně propuštěn z interní kliniky, kde byl hospitalizován pro kardiální dekompenzaci. V průběhu hospitalizace antibiotiky (Ciplox) léčena infekce močových cest. Nyní průjmovitá stolice až 5 x denně bez přítomnosti krve a hlenu trvající od 21. 11. 2009. Doma užíval flvo i-né uhlí, av-ak bez efektu. Pacient trpí chronickou dušností, nyní bez progresu, bolesti na hrudi nemá. Při chůzi trpí pacient chronicky bolestmi v kolenou. Pro hypertrofii prostaty má zavedený permanentní močový katétr, který je přechodný, bez obtíží, odvádí. Poslední výměna katétru byla 2. 11. 2009. Pacient je diabetik II. stupně, jeho dieta je diabetická –et ící. Alergii neguje. Pacient žije v bytě s manželkou. Je částečně samostatný, občas potřebuje dopomoci při oblékání a hygieně.

5.2 Stanovení sesterských diagnóz

Stanovení aktuálních sesterských diagnóz dle závažnosti:

- **Tělesné tekutiny, deficit** z důvodu tělesného příjmu a nedostatečného příjmu tekutin, projevující se suchou kůží, suchými sliznicemi a sníženým kožním turgorem.
- **Bolest chronická** z důvodu dlouhodobému přetrvávání kolen a dráždivé flaludku, projevující se verbalizací, nespavostí, únavou a celkovou podrážděností
- **Dýchání nedostatečné**, z důvodu nedostatečnosti plicního a kardiovaskulárního systému projevující se dušností, únavou a zaujímáním ortopnoické polohy.
- **Spánek porušený** z důvodu bolesti, příjmu a změny prostředí, projevující se verbalizací, únavou a podrážděností.
- **Senzorické a percepční poruchy** (zraková, sluchová, kinestetická, chuťová, hmatová, vichová) vzhledem k věku/nemoci, projevující se změnou smyslové ostrosti, porušenými způsoby komunikace, neklidem a podrážděností, změnou obvyklé odpovědi na stimuly.

- **Adaptace poru-ená** vzhledem k v ku, dlouhé hospitalizaci a nemocnosti, projevující se selháváním uspokojování potřeb v jednotlivých oblastech (biopsychosociálních).
- **Pam poru-ená** vzhledem k v ku/nemoci, projevující se stílnostmi na zapomínání, pozorováním pádů zapomínání.
- **Beznaděj** z důvodu zhoršení situace, vzhledem k v ku pacienta, projevující se neteností, výrazem v obličeji, slovním vyjádřením, zhoršením psychického i fyzického stavu.
- **Obraz těla poru-ený** vzhledem na v k/chorobu/vadu, projevující se slovním vyjádřením pocitů, aktuální změnou stavby a/nebo funkce, vyhýbáním se pohledu/dotyku postižené části těla, změny ve společenském zapojení.
- **Sebeúcta poru-ená** vzhledem na v k/onemocnění, projevující se slovním vyjádřením, změnou chování, přecitlivělostí vůči kritice, selháváním v péči o sebe sama.
- **Smutek dysfunkční** vzhledem na v k/onemocnění nebo ztrátu, projevující se slovním vyjádřením pocitů, zhoršením psychického a/nebo fyzického stavu, pláčem, citovou labilitou a změnou chování.
- **Úzkost** z důvodu dlouhodobých problémů souvisejících s velkou nemocností projevující se verbalizací, zvýšeným svalovým napětím, nesoustředěností a sníženou komunikací.

Stanovení potenciálních sesterských diagnóz:

- **Poranění, zvýšené riziko**, z důvodu poruchy hybnosti, užívání rizikových léků a smyslových poruch.
- **Infekce, riziko vzniku** z důvodu zavedení permanentního močového katétru.
- **Duchovní tíse hrozící**, z důvodu dlouhodobého stresu při dlouhodobých onemocněních a nízké sebeúctě.

Sesterská diagnóza:

Senzorické a percepční poruchy (zraková, sluchová, kinestetická) vzhledem k v ku, projevující se změnou smyslové ostrosti, poru-enými způsoby komunikace, neklidem

a podráfd ností
<p>Cíl:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krátkodobý: zajistit bezpečnost pacienta a jeho schopnost postarat se o sebe samého do dvou hodin. • Dlouhodobý: obnovit a udržet obvyklou úroveň poznávání do konce hospitalizace. <p>Priorita: nízká</p>
<p>Výsledné kritéria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacient je na oddělení orientován do dvou hodin. • Pacient má k dispozici kompenzační pomůcky po celou dobu hospitalizace. • Pacient se cítí sebejistý v péči o sebe samého po celou dobu hospitalizace. • Pacient je v bezpečí před úrazy a pády po celou dobu hospitalizace. • Pacient má obnovenou úroveň poznávání do dvou dnů.
<p>Plán intervencí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posuďte schopnosti mluvit a provést jednoduché příkazy do dvou dnů - všeobecná sestra. • Pozorujte behaviorální odpovědi (zda odpovídá stimulům apod.) do dvou dnů - všeobecná sestra, zdravotnický asistent. • Zjistěte, zda pacient vnímá změny do dvou dnů - všeobecná sestra. • Dbejte na to, aby měl pacient vždy k dispozici kompenzační pomůcky (brýle, berle) do dvou dnů - nízký zdravotnický personál, všeobecná sestra, zdravotnický asistent. • Zabraňte sociální a citové izolaci, mluvejte s pacientem do dvou dnů - nízký zdravotnický personál, všeobecná sestra, zdravotnický asistent. • Upravte prostředí (omezte hluk, podněty z okolí) - všeobecná sestra, zdravotnický asistent. • Uspořádejte věci, aby pacient mohl být co nejvíce soběstačný a nehrozilo, že se může zranit - nízký zdravotnický personál, všeobecná sestra, zdravotnický asistent. • Mluvejte během odpočinku pacienta do dvou dnů - všeobecná sestra, zdravotnický asistent. • Během vyšetření se pacienta dotýkejte do dvou dnů - všeobecná sestra, zdravotnický

asistent.

- Umístíte signalizační zařízení na dosah a přesvědčíte se, že ví, zda zařízení je, a umí s ním zacházet – všeobecná sestra.
- Dbejte na bezpečnost pacienta – nízký zdravotnický personál, všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
- Uspořádejte pokoj a nábytek tak, aby pacientovi při orientaci nic nepokáždilo – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
- Dle ordinace podávejte léky a kontrolujte, zda-li si je pacient vzal – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
- Kontrolujte, zda má pacient své brýle, v případě potřeby mu je pomozte vyčistit – všeobecná sestra, zdravotnický asistent.
- Na pacienta hovořte z pravé strany na pravé ucho, na které slyší – lékařský personál.

Realizace: 22. 10. od 17:30 a v průběhu celé hospitalizace

- Pacient byl po oddělení dle kladně proveden. Poté byl požádán, aby ukázal a popsal oddělení sám, abychom se přesvědčili, zda si všechny informace zapamatoval.
- Signalizační zařízení je umístěno tak, aby na něj pacient dosáhl. Bylo mu vysvětleno používání signalizačního zařízení.
- Bylo zkontrolováno, zda má pacient při ruce kompenzační pomůcky (brýle, berle). Došlo k ujištění, zda pacient nepotřebuje brýle vyčistit.
- Jestliže se pacient vyčistí nebo se s ním hovoří, je na pokoji klid (neruší ostatní pacienti, návštěva, není puštěná nahlas televize), aby se pacient mohl soustředit na komunikaci.
- Pacient má berle a brýle při ruce a apeluje se na to, aby kdykoliv kam jde, tak aby kompenzační pomůcky používal kvůli bezpečnosti. Jestliže v pokoji uklízela uklízečka, je pacient upozorněn, aby tam chvíli nechodil, protože by mohl uklouznout.
- Během vyčistění se na pacienta mluví dosti jasně, zřetelně, hlasitě a především na pravé ucho, na které lépe slyší. Při vyčistění a komunikaci se používá vhodná mimika a haptika, aby se pacient cítil bezpečně a věděl, co se s ním dělá.
- Dle ordinace byly pacientovi podávány léky a zkontrolováno, zda je užíval.

- Při komunikaci se pozoruje, zda pacient dává, co se mu sdílí.
- Dochází ke snaze aktivizování, aby ho smyslové a percepční poruchy neomezovaly.

Hodnocení:

- Pacientovi zorientování se na oddělení chvíli trvalo. Pacient nebyl schopný si sám říct, aby se na něj mluvilo především z pravé strany a více nahlas a důrazně, proto bylo apelováno na veškerý zdravotnický personál, aby tak činil. Při smyslových a percepčních poruchách u pacienta nedošlo k pádu ani k fládnému jinému úrazu. Pacient se z počátku hospitalizace cítil nejistě, avšak se to postupně zlepšilo. Signalizační zařízení pacient používal dobře.

Celkové hodnocení: Krátkodobý i dlouhodobý cíl byly splněny.

Sesterská diagnóza potencionální:

Duchovní tíse hrozící, z důvodu dlouhodobého stresu při dlouhodobých onemocněních a nízké sebeúctě.

Cíl:

- Krátkodobý: pacient nalezne a vhodně využívá zdroje do 5 dnů.
- Dlouhodobý: pacient nalezne význam a smysl v životě, dosáhne naděje, míru a spokojenosti do 14 dnů.

Priorita: nízká

Výsledné kritéria:

- Pacient našel vhodné zdroje do 5 dnů.
- Pacient k sobě chová dostatečnou sebeúctu do 7 dnů.
- Pacient dosáhl naděje do 7 dnů.
- Pacient komunikuje s okolním světem do 7 dnů.
- Pacient je v rámci možností spokojený do 14 dnů.

Realizace 26. 11. od 10:30 hod. a v průběhu celé hospitalizace

- Před rozhovorem bylo vytvořeno příjemné prostředí bez rušících elementů. Druhý pacient byl zrovna na vyšetření, takže se vyúfnilo situace. V pokoji bylo utlumené světlo a prostředí bylo tiché.
- Během rozhovoru byla s mírou použita neverbální komunikace – mimika a haptika. Na pacienta se mluvilo jasně, zřetelně a srozumitelně a to především z pravé strany kvůli nedoslýchavosti na levé ucho. Pacient měl nasazené brýle, aby během komunikace viděl na ústa a cítil se jistě.
- Na otázku, co považuje za důvod křivití, odpověděl, že rodinu, ale že ho trápí konfliktní vztah s mladším synem. Dále si také ztříšoval na svůj zdravotní stav a dlouhou hospitalizaci. Pacient byl empaticky vyslechnut a poté mu byly dány rady, jak se synem navázat kontakt.
- Do péče byla zapojena manželka, která pomáhala pacientovi navrátit sebeúctu a spokojenost.

Celkové hodnocení: Krátkodobý i dlouhodobý cíl byly splněny

DOPORU ENÍ PRO PRAXI

Tato práce je určena nejen pro laickou veřejnost, ale především pro všeobecné sestry, kterým by měla přinést nové poznatky v oblasti psychiky pacientů stárnoucích a umírajících a prospěšné rady, jak o tyto pacienty pečovat a starat se o ně.

Z mého pozorování a studování problematiky vyplývá, že jsou pacienti v terminálním stádiu onemocnění velmi choulostiví na jakékoli horší zacházení a jednání, a proto všeobecné sestry musí dát pozor na vše, co dělají a říkají. Sestra by měla být ohleduplná, empatická a trpělivá a její péče individualizovaná, vstřícná a láskyplná. K nemocnému by měla postupovat jako k živé bytosti, i když pacient už třeba odchází na onen svět.

Laická i odborná veřejnost by si měla uvědomit, že téma umírání a smrti by nemělo být tabu, i když se tak v dnešní společnosti děje. Tímto dvěma jevy bychom se oddalujeme, i když jsme jim velice blízko. Stejně tak pojem šťastí by neměl být zjednodušen, ale brán z mnoha aspektů jeho smyslu.

Všeobecným sestrám, které pracují se stárnoucími a umírajícími pacienty, bych ráda doporučila podrobné nastudování problematiky psychiky těchto lidí, aby lépe pochopily jejich jednání, chování a prožívání. Dále také doporučuji využití zdravotnického procesu v etnodiagnóze, které se týká právě psychiky, komunikace a sociální stránky osobnosti člověka. Sestry by neměly zapomenout, že pacient je holistická bytost, nestáří tedy uspokojovat jenom jejich somatické potřeby.

ZÁV R

Cílem bakalářské práce bylo teoreticky a částečně prakticky prozkoumat problematiku psychiky pacientů stárnoucích a umírajících a zasvětit do problematiky nejen laickou veřejnost, ale především všeobecné sestry, které tak mohou uinit péčím této práce.

Při podrobném studování této problematiky jsem hodně obohatila sebe sama. Díky mnoha zajímavým zdrojům. Jedním z nich je, především studium na Vysoké škole zdravotnické o.p.s. mi poskytlo zajímavé přednášky a praxe na různých pracovištích, díky kterým jsem se rozhodla zvolit téma práce psychika pacientů stárnoucích a umírajících. Zjistila jsem, že na různých odděleních dochází k zanedbávání péče o pacienty, kteří stárnou a umírají. Sestry i ostatní zdravotnický personál si často neuvědomuje, že tak činí. Práce pracovníků pomáhajících profesí je často monotónní, proto je hodně z nich pomalu spíše k tzv. syndromu vyhoření, který se právě projevuje postupným upadáním zájmu o práci a tím i snižováním kvality péče o pacienty. Kvalitní péči potřebují pacienti v terminálním stádiu onemocnění o to víc, a když jim není poskytována, jejich psychický stav se zhoršuje, což má za následek zhoršení i zdraví fyzického a naopak. Pochopila jsem, že jestliže má všeobecná sestra odborné v domosti a praktické dovednosti z oboru tanatologie a gerontologie, pečují o pacienty a jejich duševně s tím pochopením, trpělivostí, respektem a úctou, proto je dokáže lépe rozpoznat jejich potřeby.

V průběhu mého studování a pozorování problému jsem si uvědomila jednoho negativního společenského jevu. Laická veřejnost k seniorům neprojevuje úctu a respekt, které si tyto lidé zaslouží a zachází s nimi jako s odpadem, který patří do koše. Tato skutečnost mě hluboce zasáhla, a proto jsem cítila povinnost napsat o tomto problému a podílet se tak na spolupráci společnosti, v níž se lidé budou navzájem ctít a respektovat.

Touto cestou chci všechny, kteří si tuto práci pečlivě, aby se nad sebou zamysleli a položili si otázku, proč jsou lidé nejsou ohleduplnější a uvědomili si, že i oni budou jednou stárnout a umírat a budou potřebovat kvalitní a vřelou péči, za kterou budou více vděční.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DOEGES, E. Marilyn; MOORHOUSE, Mary Frances. 2001. *Kapesní pr vodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2001, 2. vyd. ISBN 80-247-0242-8.
2. GRUBEROVÁ, Bofena. 1998. *Gerontologie*. české Bud jovice : Jiho eská univerzita, 1998. ISBN 80-7040-286-5.
3. HATŇKOVCOVÁ, Helena. 1990. *Fenomén stá í*. Praha : Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
4. HATŇKOVCOVÁ, Helena. 2000. *Thanatologie*. Nauka o umírání a smrti. Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
5. JAROVÁ, Darja. 2000. *Teorie moderního o-et ovatelství*. Praha : ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-55-2.
6. KELNAROVÁ, Jarmila. 2007. *Tanatologie v o-et ovatelství*. Brno : Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
7. KRAMÁ OVÁ, Nad fda. 2004. *Gerontopsychiatrie*. české Bud jovice : Jiho eská univerzita, 2004. ISBN 80-7040-442-6.
8. K IVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
9. K IVOHLAVÝ, Jaro; KACZMARCZYK, Stanislav. 1995. *Poslední úsek cesty*. Praha : Návrat dom , 1995. ISBN 80-85495-43-0.
10. MIROSSAY, Ladislav; MOJÍŇ Ján. 2006. *Základy v-eobecnej a -peciálnej farmakologie*. Bratislava : SAPIENTIA, 2006. ISBN 80-89271-02-2.
11. MISCONIOVÁ, Blanka. 1998. *Pé e o umírající. Hospicová pé e*. Praha : Národní centrum domácí pé e české republiky, 1998.
12. N MCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorb bakalá ských a magisterských prací. Text pro poslucha e zdravotnických studijních obor* . Praha : Maurea, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
13. O'CONNOR, Margarent; ARANDA, Sanchia. 2005. *Paliativní pé e*. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
14. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. 2006. *Modely o-et ovatelství v kostce*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

15. ROZSYPALOVÁ, M.; ECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A. 2001. *Speciální psychologie*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-342-2.
16. STAŘKOVÁ, Marta. 2006. *České ošetřovatelství 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Edice Národního praktického průruky pro sestry*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-323-6.
17. STUART-HAMILTON, Ian. 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
18. VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
19. VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. 2007. *Praktický slovník medicíny*. Praha : Maxford, 2007, 8. vydání. ISBN 978-80-7345-123-3.
20. VIZUS, 2009. *Definice paliativní péče*. [online], [Cit. 14. srpna 2009]. Dostupné z WWW: <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>.
21. ZIMMELOVÁ, Petra. 2010. *Gerontologie a v dědký obor, historie, teorie stárnutí*. [online], [Cit. 8. února 2010]. Dostupné z WWW: http://www.zsf.jcu.cz/...gerontologie.../gerontologie_teorie_starnuti_p_1_2_3.pdf/.

SEZNAM P ÍLOH

P íloha A ó Seznam práv umírajícího	I
P íloha B ó Zkrácený mentální bodovací test	II
P íloha C ó Stupnice hodnocení psychického zdraví	III
P íloha D ó TM ála deprese pro geriatrické pacienty	IV
P íloha E ó Folstein v test kognitivních funkcí Mini-Mental-State test (MMS)	VI
P íloha F ó Glasgowská stupnice hloubky bezv domí	VIII

Seznam práv umírajícího (Kolierová; Erbová; Olivierová, 1995, s. 828)

Mám právo na to, aby se se mnou zacházelo jako se živým člověkem až do mé smrti.

Mám právo udržovat si naději, a učit se zaměřit na cokoli.

Mám právo na poskytování péče těmi, kteří dokážou udržovat mou naději, a učit se situace zmanipulovat jakkoliv.

Mám právo vyjádřit svoje city týkající se blízké smrti, a to svým vlastním způsobem.

Mám právo zúčastnit se na rozhodnutích, které se týkají péče o mě samotného.

Mám právo očekávat nepřetržitý lékařský i zdravotnický zájem o mě samotného, i když se budou muset šlechetné cíle nahradit cíli sledujícími udržování mé špohody.

Mám právo na to, abych neumíral osamocený.

Mám právo na osvobození od bolesti.

Mám právo na čestné odpovědi na moje otázky.

Mám právo na to, aby mi nikdo nelhal.

Mám právo na to, aby mi ve chvíli, když si uvědomím hrozící smrt, pomohla moje rodina a pomoc byla poskytnutá i mým příbuzným.

Mám právo zemít pokojně a důstojně.

Mám právo ponechat si svoji individualitu a ne být souzený za moje rozhodnutí, které mohou být v protikladu se stanovisky jiných.

Mám právo na rozhovory a rozpravování svých náboženských anebo duchovních názorů bez ohledu na to, co znamenají pro jiné.

Mám právo očekávat, že neporušitelnost lidského těla se bude respektovat i po smrti.

Mám právo na to, aby se o mě starali citliví, starostliví a zkušení lidé, kteří se budou snažit porozumět mým potřebám a kterým přinese jejich konání při konfrontaci se smrtí určité uspokojení.

Příloha B

Zkrácený mentální bodovací test (Stávková, 2006, s. 27)

Zjistíte u nemocného otázkami a úkoly:

1. věk	1	0
2. kolik je asi hodin	1	0
3. adresu*	1	0
4. současný rok	1	0
5. kde je hospitalizován	1	0
6. poznání alespoň dvou osob	1	0
7. datum narození	1	0
8. jméno současného presidenta	1	0
9. odečítat zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat pozpátku měsíce v roce od prosince k lednu	1	0

í í í í í í í ...

**na konci testu by měla být adresa nemocným zopakována, abychom se ujistili, že nemocný dobře slyší.*

Test slouží k orientačnímu zhodnocení. Za každou správnou odpověď má nemocný 1 bod. Nedosáhne-li ani 7 bodů, jedná se o zmatenost.

Příloha C

Stupnice hodnocení psychického zdraví (Stavková, 2006, str. 28)

Polofky:

Skórovaná odpověď

- | | |
|---|-----|
| 1. Cítíte se v těle dobře? | ne |
| 2. Máte často obavy o své zdraví? | ano |
| 3. Trpíte často bolestmi hlavy? | ano |
| 4. Měl v poslední době závratě? | ano |
| 5. Často se Vám třesou ruce při práci? | ano |
| 6. Míváte záškuby ve svalech? | ano |
| 7. V poslední době jste měl bolesti jen z ústa nebo v boku? | ano |
| 8. Vnímáte necitlivost v jedné nebo více částech těla? | ne |
| 9. Máte vždy ruce a nohy dostatečně teplé? | ano |
| 10. Je váš spánek porušený, povrchní nebo jinak narušený? | ne |
| 11. Jdete v těle spát bez myšlenek, které by Vás trápily? | ano |
| 12. Máte rád společnost, jste rád mezi lidmi? | ne |
| 13. Často Vás něco trápí? | ne |
| 14. Jste často plný elánu (energie)? | ano |
| 15. Cítíte se často uřívaný? | ne |
| | ano |

Pacient zatrhne jen ty odpovědi, které se ho týkají.

Skóre 6 a více (souhlasí s odpovědí v testu) svědčí pro poruchu psychického zdraví.

Příloha D

Skála deprese pro geriatrické pacienty (Stanková, 2006, s. 29)

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď ano nebo ne a odpovězte.

1. Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano-ne	1	1	1	
2. vzdal jste se v poslední době mnoha zájmů a aktivit?	ano-ne	1	1	1	
3. Máte pocit, že váš život je prázdný?	ano-ne	1	1	1	
4. Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano-ne	1	1	1	
5. Máte vesměs dobrou náladu?	ano-ne	1	1	1	
6. Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ano-ne	1	1	1	
7. Cítíte se pevně – jistě?	ano-ne	1	1	1	
8. Cítíte se často bezmocný?	ano-ne	1	1	1	
9. Vysedáváte raději, než byste šel mezi lidi a seznamoval se s novými tvářemi?	ano-ne	1	1	1	
10. Myslíte si, že máte v životě potíže s pamětí a s ostatními?	ano-ne	1	1	1	
11. Myslíte si, že je krásné být naživu?	ano-ne	1	1	1	
12. Napadá vás někdy, že život nestojí za nic?	ano-ne	1	1	1	
13. Cítíte se plný elánu a energie?	ano-ne	1	1	1	
14. Myslíte si, že je vaše situace beznadějná?	ano-ne	1	1	1	
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ano-ne	1	1	1	
Celkem:			1	1	1

hodnocení:

1 bod za odpověď ano	u otázek:	2 3 4 6 8 9 10 12 14 15
1 bod za odpověď ne	u otázek:	1 5 7 11 13

0 ó 5 bod :

bez deprese

6 ó 10 bod :

mírná deprese

nad 10 bod :

manifestní deprese vyžadující odborné
vyšetření

Folstein v test kognitivních funkcí **Mini-Mental-State test (MMS)**, (Stávková, 2006, s. 30)

Orientace	maximální počet bodů
Jaký je rok, měsíc, den v týdnu, datum?	5
Kde nyní jste? Země, oblast, město, ulice, číslo domu, ev. v nemocnici? Podlaží, číslo pokoje	5
<i>Za každou správnou odpověď získá nemocný po 1 bodu</i>	
Paměť	
Vyšetřující jmenuje 3 předměty (bílá káva, čaj, chléb), například strom, okno, kniha a vyzve nemocného, aby je opakoval	3
<i>Správná odpověď získá za každý předmět 1 bod</i>	
Pozornost a počítání	
Odečítejte 7 od čísla 100	5
<i>Ukončíte po 5 odpovědích. Každá správná odpověď získá 1 bod.</i>	
Krátkodobá paměť	
Vybavte si a jmenujte 3 divy uvedené předměty	3
Jazyk	
Vyšetřující ukáže 2 předměty (tužka, hodinky) a vyzve pacienta, aby je pojmenoval	2
Opakujte následující: šale, avokádo, a přece:	1
Proveďte po sobě tyto úkony: šveďte papír do pravé ruky a přeložte jej na polovinu a přeložte na stejné straně	3

Peřte a proveřte tento přkaz (nemocný dostane postupně lístky s výzvami): řzavete o i	1
řnapiřte v řtu, obsahující podmřta p řsudekř	1
řnamalujte podle p řdlohy tento obrazecř:	1

Celkem ř ř ř

Hodnocení:	0 ř 10 bod	t řlká kognitivní porucha
	11 ř 20 bod	kognitivní porucha
	21 ř 23 bod	st řdnřho stupn
		lehká porucha

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí GSC (Glasgow Coma Scale), (Šťastná, 2006, s. 31)

1. otevření očí

spontánní	4 body
na oslovení	3
na bolest	2
bez reakce	1

2. slovní odpověď

orientovaná	5
zmatená	4
nekomunikuje	3
nesrozumitelné zvuky	2
žádná odpověď	1

3. reakce na bolest

provede na příkaz pohyb	6
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
nečílená flexe končetiny (dekortikální reakce)	3
nečílená extenze končetiny (decerebrální reakce)	2
nereaguje	1

celkem

15 - 3

hodnocení:	15 - 13 bod	lehká porucha v domí
	12 - 9 bod	střední porucha v domí
	8 - 3 body	závažná porucha v do

