

## GERONTOLOGIE, GERIATRIE, GERIATRICKÝ PACIENT

V dnešní době je střední délka života 78,1 let u žen a 71,5 let u mužů. Počet obyvatel ČR starších 65 let dosahuje téměř 15 %. Statistické údaje dokládají, že každý třetí člověk, který vstoupí do ordinace praktického lékaře, je starší 60 let (MLČOCHOVÁ, 2009). Stárnutí populace se stalo důležitým fenoménem, se kterým musejí počítat nejen systémy zdravotní péče, sociálních služeb a zabezpečení. Týká se celé společnosti včetně jejích politiků na centrální, regionální, ale zejména na místní úrovni, kteří budou stále častěji stavěni před problémy a výzvy plynoucí ze stárnutí populace. S problematikou stáří ze všech aspektů včetně aspektu zdravotního by proto měli být obeznámeni ti, kteří se budou se staršími občany setkávat z titulu své profese organizátorů služeb, příslušníků pečujících povolání, sociálních či duchovních pracovníků, politiků a podobně (HOLMEROVÁ, 2007).

### CHARAKTERISTIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

V literatuře se setkáváme s různými definicemi stárnutí a stáří. Langmaier a Krejčířová popisují stárnutí jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti. Mühlpachr vysvětluje, že stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti (MÜHLPACHR, 2008). Americký lékař Guttman prezentoval katastrofický pohled na stáří „*Stárnutí je proces, který vede od plného zdraví ve středním věku k psychickému rozkladu, ve kterém končí těžcí staří pacienti: zmatenost, dezorientace, nepoznávání nejbližších, apatie nebo naopak bezcílný neklid, mrzoutství, schopnost zajímat se nanejvýš jen o jídlo, naprostý egocentrismus, citové vyhasnutí, pouhé tělesné vegetování. Takto to dopadne s námi všemi, pokud nezemřeme včas*“. Tento pohled bere naději a houževnatost v péči o duševní stav starých lidí, brání vidět pozitivní lidskou hodnotu toho, co psychicky upadajícímu člověku zbývá, a toho, co se ještě v jeho životě může stát, vede k **terapeutickému pesimismu, k zanedbávání péče v institucích i doma!** (ŘÍČAN, 2004).

Stárnutí je fyziologický proces, stárneme už od narození. Tento proces má vysoce individuální charakter a jeho průběh závisí na množství okolností. Jarošová tvrdí „*věk je jednou ze základních charakteristik člověka, a ačkoliv každý individuálně stárne, z hlediska chronologického stárneme všichni stejně*“ (JAROŠOVÁ, 2006, s. 11). Stáří je pro mnoho lidí spojeno s bezmocností, nemocí, sociální izolací, závislostí a nesoběstačností. Mnoho lidí si myslí, že je potřeba seniory umístit do speciálních, pro ně určených zařízení. Jde pochopitelně o škodlivý názor, který je v rozporu se strategií péče o seniory v České republice.

### Pojem stárnutí

Stárnutí je proces, ve kterém se násobí změny, kterými organismus člověka prochází celý svůj život. Těmito změnami myslíme změny tělesné (konstituci člověka nebo vzhled člověka), funkční, psychické a biochemické. Stárnutí také znamená snížení schopnosti adaptace orgánů a soustav organismu například při stresových situacích, což může mít za

následek projev nemoci. Je třeba zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemoc, nýbrž přirozený fyziologický proces. Je ovšem pochopitelné, že lidé chtějí žít dlouho a stejně dlouho chtějí být zdraví a soběstační (HAŠKOVCOVÁ, 2010). Každý člověk stárne od narození a každý stárne jinak. V určitých etapách života člověk stárne rychleji a v jiných pomaleji (HAŠKOVCOVÁ, 2010). Každý člověk má vlastní rytmus stárnutí, dokonce každý orgán nebo každá tkáň má naprosto jiný rytmus stárnutí a zjistit proto biologický věk každého jedince je velmi náročné a složité. Existují rozdíly mezi chronologickým a biologickým věkem. **Chronologický věk** je věk jedince, který je určen časem, který plyne od narození, vyjadřuje se v letech. Biologický význam není u něho tak důležitý jako význam sociální a právní. **Biologický věk** koresponduje s funkčním stavem orgánů v porovnání s klasickým stavem v určitém věku, jde tedy o pojetí fyziologické. Podle biologického věku se lépe určí skutečný stav stárnutí. Termín **psychosociální čas** je totožný se sociálně historickým osudem člověka a možná je v jistém slova smyslu nejpřesnější. Tento věk dobře odpovídá životnímu příběhu každého z nás (HAŠKOVCOVÁ, 2010). Za obvyklé stárnutí považujeme takové, ke kterému dochází pouze v důsledku plynutí času. Naopak stárnutí patologické závisí na nashromážděných poškozeních vznikajících v souvislosti s nemocí nebo působením faktorů prostředí, ve kterém dotyčný žije. Lze také určit faktory, které mohou zrychlit či zpomalit proces stárnutí. Mezi ty, které stárnutí urychlují, patří: nadměrný příjem potravy, obezita, sedavý způsob života bez fyzické aktivity, vysoký krevní tlak, stres, tabák, alkohol, osamocení, malé společenské zapojení. Mezi faktory, které naopak zpomalují stárnutí, patří: zdravá výživa, klidný a vydatný spánek, častá fyzická aktivita a společenské a pracovní zapojení.

Biologická involuce má u všech seniorů podobný ráz - fyziologické stárnutí, chronické nemoci, nejistota, viditelné znaky stárnutí. Někdo ale prostě stárne rychleji, jiný pomaleji. Mnoho šedesátníků vypadá a funguje na sedmdesát a naopak.

## Charakteristika seniora

Je nutné si uvědomit, že stáří by nemělo být propojeno a spojováno s koncem života, i když smrtí končí. Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny. Důraz je kladen především na kvalitu života nemocného, a to kvalitu života až do konce, doslova do posledního vydechnutí (SVATOŠOVÁ, 2008).

Na členění lidského věku pohlíží různí autoři nejednotně. WHO (Světová zdravotnická organizace) rozlišuje tyto věkové kategorie:

- 30-44 let dospělost,
- 45-59 let střední věk (nebo též zralý věk),
- 60-74 let senescence (počínající, časná stáří),
- 75-89 let kmetství (neboli senium, vlastní stáří),
- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost).

Jiné dělení stáří často používané u nás nabízí Holmerová:

- 65-74 - mladí senioři,
- 75-84 - staří senioři,

- 85 let a více - velmi staří senioři (HOLMEROVÁ, 2007).

Lidé odjakživa toužili žít dlouho a dožít se vyššího, popřípadě i úctyhodného vysokého věku. Dříve bylo velice nepravděpodobné, že se lidé dožili stáří, díky četné kojenecké úmrtnosti přežívali ti nejsilnější a nejschopnější. Naši předkové hlavně umírali na infekční nemoci, například ve 14. století obyvatelstvo Evropy bylo zasáhnuto pandemií moru a později cholerou. Lidé umírali často také na následky úrazů a nemocí, které jsou v dnešní době běžně léčitelné. Nepatřičné hygienické podmínky, velice náročná fyzická práce, chudoba, nulová nebo nedostatečná lékařská péče a další faktory byly příčinou smrti mnohých lidí (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

### **Reakce a adaptace na stáří**

Adaptace a reakce člověka na stáří jsou ovlivněny hlavně jeho osobností, povahovými rysy, výchovou, vzděláním, životními zkušenostmi, prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí a jeho možnostmi. Od okamžiku uvědomění si, že člověk stárne, začíná také jeho psychologická adaptace na stáří (MALÍKOVÁ, 2010, s. 18). Již v šedesátých letech Bromley popsal pět strategických modelů reakce na stáří:

- konstruktivní přístup - senior je optimistický, soběstačný, stanovuje si přiměřené cíle a plány, je smířený se stárnutím,
- strategie závislosti - senior je nesoběstačný, pasivní, očekává pomoc od druhých,
- obranná strategie - senior odmítá přijmout stáří, obává se závislosti na jiných,
- nepřátelský postoj - pro seniora je typická agresivita, podezřívavost, neschopnost realisticky reagovat, nepřátelský postoj k mladým lidem, nevrlost, závistivost,
- strategie sebenenávisti - nenávist vůči sobě samému, senior hodnotí svůj život velmi kriticky, cítí se osaměle, zbytečně (JAROŠOVÁ, 2006).

Výrazné změny nacházíme ve vzhledu člověka. Je starý člověk ošklivý? Ovšemže ano. Řídké slabé, šedivé vlasy, pleš, skvrnitá nečistá pokožka, zvadlý zvrásněný obličej, ochablé tělo, vyhublé vráscitě ruce, visící břicho, ňadra, kožní záhyby, neforemné tukové polštáře. Skvrny, drobné nádory po celém těle, vymizelá linie pasu, oteklé či vychrtlé nohy... Ale na tváři geronta lze spatřit též krásu! Vznešený výraz, přitažlivou osobnost, která budí sympatii, úctu, autoritu, důvěru. Kulturní společnost nás vede k solidaritě, k soucitu a ochraně. Stárnutí je úděl všech lidí, jsme článkem v pokračujícím pokolení. Smyslem stáří je prošlapat cestu pro naše děti (ŘÍČAN, 2004).

### **Biologické aspekty stárnutí**

Ve stáří dochází k celé řadě somatických i psychických změn. Z vnějšího pohledu pozorujeme snížení postavy. Věk člověka se také projevuje ve tváři, zejména v její spodní části (špičatější nos, vystupující brada). To má větší psychologický význam než změna postavy a váhy, neboť právě v tváři jsou tyto změny na první pohled nejvíce zřetelné. Zhruba u 90 % osob lze po 60. roce věku zjistit podstatné snížení zrakové percepce a asi u 30 % se také zhoršuje sluch (nejčastěji presbyakuzie – nedoslýchavost). To může mít za následek nejen pokles výkonu v jednotlivých činnostech, ale sníženou možnost rekreace (četba, naslouchání hudbě, mluvenému slovu atd.). Při nedoslýchavosti někdy dochází k psychickým symptomům, jako staženost, izolace až podezřívavost. Tito lidé mají pocit, že druzí hovoří před

nimi o nich, protože oni je stejně neslyší. Takový člověk může více podezírat okolí a hněvat se, konstruovat nesprávné scénáře skutečnosti. Zhoršené zrakové i sluchové vnímání představuje riziko úrazů a ztíženou možnost komunikace s druhými lidmi. Kompenzace zrakového a sluchového deficitu pomocí brýlí, sluchadel a jiných pomůcek může znamenat velkou pomoc v celkovém osobním přizpůsobení i ve společenském zařazení stárnoucího člověka. Žádoucí v tomto případě je udržování vhodné komunikace s využitím nonverbálních projevů (pohlazení, stisk ruky, oční kontakt, úsměv apod.), budování kladných vztahů, důvěry, porozumění a dobré nálady v rodině. Starý člověk je však schopen do určité míry kompenzovat ztráty v oblasti zrakové percepce, nedoslýchavost či pohybovou nejistotu prostřednictvím opatrnosti, pomalejšího tempa, vytrvalosti a zvýšeným volním úsilím, racionalizací a organizací postupu jednotlivých činností, koncentrací a promyšleností jednotlivých strategií, zvýšenou sebekontrolou i kontrolou všech činností a komunikací.

Biologické stárnutí probíhá individuálně u každého jedince a je ovlivněno geneticky a také životním stylem. Malíková uvádí přehled biologických změn:

- **Kardiovaskulární systém** je postižen aterosklerotickými změnami, dochází k snižování elasticity artérií, nedostatečnému zásobování tkání kyslíkem, zvyšuje se tlak krve, snižuje se srdeční výdej, dochází k hypertrofii myokardu.
- **Respirační systém** zaznamenává snížení vitální kapacity plic, snižuje se aktivita řasinkového epitelu s následnými častými infekcemi dýchacích cest.
- **Nervový systém** je postižen na centrální i periferní úrovni. Snižuje se počet neuronů, tvoří se senilní plaky na obalech neuronů, celkově klesá jejich počet. Je snižována rychlost vedení vzruchu.
- **Kosterně-svalový systém** je postižen osteoporózou. Mění se ukládání vápníku v těle, dochází k jeho průniku do buněk a membrán. Snižuje se výška člověka v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a ochabování kosterních svalů.
- **Trávicí systém** zaznamenává pokles motility střev, zpomalení peristaltiky a následné zácpy. Dochází k zpomalenému vstřebávání živin i léků, častému nechutenství i ztrátě pocitu žízně. Senioři také přicházejí o svůj chrup a jsou nuceni používat protézy.
- **Vylučovací systém** zaznamenává snížení funkce ledvin. Snižuje se kapacita močového měchýře, často dochází k močové inkontinenci a infekcím močového ústrojí (MALÍKOVÁ, 2010).

### **Psychické aspekty stárnutí**

Psychické aspekty stárnutí úzce souvisí s biologickými. Zhoršení smyslového vnímání omezuje jejich sociální komunikaci, což může mít za následek nedůvěřivost, úzkost, strach. Dochází k zhoršení paměti a to zejména na nové události, postřehu, odolnosti vůči stresu. Senioři se fixují na dávné události, staré vzpomínky, svoje postavení, majetek. Minulost bývá posuzována kladně. Dochází k horší adaptaci na nové situace, respektive vše nové. Senioři se neradi rozhodují. Individuálně také klesá inteligence a tvořivost. Citové vztahy ve stáří jsou poznamenány zejména ztrátou partnera, stoupá význam rodiny. Senior zastává v širší rodině důležitou roli dědečka, babičky, pradědečka, prababičky. Malíková popisuje emoční nestabilitu až labilitu, výkyvy nálad, někdy však citovou oploštělost až apatii (MALÍKOVÁ, 2010). Většina seniorů je citově zranitelná a od ostatních očekávají pochopení a projevy úcty

(KLEVETOVÁ, 2008). Dochází k zvýraznění osobnostních a povahových vlastností, zejména těch negativních.

V oblasti duševní lze někdy jen těžko odlišit, kdy jde o přirozené involuční změny a kdy se jedná o součást či následek duševní poruchy. Duševní činnost starých lidí je zpomalena. Klesá motivace a zainteresovanost. Duševní síly zůstávají zachovány i v pokročilém věku jen když zůstane zachován zájem a horlivost. Zpomalení je také dáno zvýšenou opatrností gerontů, nechtějí udělat chybu a také mají dost času. Emoční prožívání je méně intenzivní, chudší, plošší, převažují emoce negativní – mrzutost, nespokojenost. To je v kontrastu s pozitivními vzpomínkami na minulost a s opomíjením tehdy negativně hodnocených zážitků.

### **Změna osobnosti**

Změny osobnosti ve stáří jsou přirovnávány ke karikatuře sebe samého. Starý člověk již nedokáže tlumit, držet na uzdě nepěkné vlastnosti. Zvýrazňuje se lakota, panovačnost, teror, podezíravost, mrzoutství. Ale některé vlastnosti se naopak mohou utlumit například hysterie. Hrozbou stáří je podezíravost a chorobný stupeň paranoidita. Setkáváme se s ní zejména u samotářů a sama o sobě vede k osamocení. Často ji podporuje hluchota, nedoslýchavost. Na druhé straně je třeba být opatrný v úsudku, zda nejde o oprávněné podezírání.

Osobnost starého člověka bývá narušena také demencí. Mezi laiky jde o hanlivý výraz. V psychiatrii znamená úbytek rozumových schopností větší, než odpovídá věku. Projevuje se poruchami paměti, zejména krátkodobé. Dlouhodobá paměť bývá déle zachována. U demence Alzheimerova typu jsou patrné změny osobnosti a chování (ztráta zájmů, přestává navštěvovat přátele, upadá ve sféře eticko-estetické, ochuzené myšlení, nepřiměřené projevy sexuality).

Stáří bývá též spjato s depresemi. Jde o chorobné smutky, duševní bolest spojenou s neklidem, úzkostí. Často se objevují jako reakce na těžkou ztrátu – smrt, amputaci, stěhování, doprovází tělesná onemocnění. Lze je léčit, ale prvotní je odstranění pravé příčiny. Deprese může být i smrtelná, pacient suiciduje. Velmi vhodná je psychoterapie s povzbuzením, účastí, rozumným domlouváním.

### **Sociální aspekty stárnutí a duchovní život**

Mezi nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty stáří patří odchod do důchodu, zhoršení finančního zabezpečení. Zhoršuje se možnost kontaktů s přáteli, dochází k osamělosti z důvodu ztráty blízkých, k sociální izolaci. Omezení je také v společenských, kulturních a jiných aktivitách. Dochází často ke změně prostředí, stěhování, změně životního stylu. Objevují se obavy z nesoběstačnosti, fyzické závislosti z důvodu onemocnění (MALÍKOVÁ, 2010). K pozitivním sociálním aspektům stáří řadí Jarošová (2006, s. 31) dobré rodinné vztahy, pevná citová pouta, funkční rodinu, plánovanou ekonomickou přípravu na důchod, efektivní vyplnění volného času a možnosti uspokojit potřeby seniora. Většina seniorů se brání dožití v sociálním zařízení. Jednoznačným trendem do budoucna je dožít ve svém prostředí event. mezi svými.

Víra pomáhá v osamělosti, mírní a pomáhá nést nejrůznější těžkosti, pomáhá v hledání integrity, harmonizuje vztahy s okolím, naučí medитovat, rozjímat. Je však třeba být i ostražitý k možným negativním následkům víry.

### **Ageismus - věková diskriminace**

Pojem ageismus poprvé použil americký psychiatr Robert Butler v roce 1968 v článku Washington Post v souvislosti se segregační bytovou politikou. Původní a dodnes pravděpodobně nejrozšířenější definice ageismu hovoří o stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich stáří. Pojem bývá někdy opisován synonymem „věková diskriminace“ nebo „diskriminace na základě věku“. V průběhu času se objevila celá řada nových definic, zejména se snažících celý pojem zpřesnit, respektive rozšířit o celé spektrum „věku“ – tedy i na osoby mladší. První česká sociologická definice zní:

Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.

Kalvach a Onderková popisují, že se jedná o odepírání léčby z důvodu věku, přisuzování negativních vlastností všem starým lidem, infantilizaci, odepírání možnosti rozhodnout se, ponižování důstojnosti. Pokorná hodnotí, že ageistické postoje se vyskytují v ošetrovatelské péči častěji než jinde. Pečovatelé hodnotí seniory jako „šedou masu“, která má stejné problémy související s věkem. Důsledkem ageistických postojů v ošetrovatelské péči je neúčinná spolupráce, snížené sebevědomí, dopad na kognitivní schopnosti a psychické zdraví, zvýšená závislost, snížené očekávání (POKORNÁ, 2013).

### **Mýty o stáří**

Některé mýty o stáří zapustily pevné kořeny i v dnešní společnosti. Rozšířený je **mýtus homogenity**. Od určitého času se nám jeví stáří a chování seniorů stejné. Potřeby seniorů většinou nerozlišujeme, i když na základě vzhledu starých lidí, některé znaky, jako je pomalejší chůze, šedivé vlasy a vráscitý obličej, se nedají u všech stárnoucích lidí popřít. Musíme si ale uvědomit, že potřeby se odvíjejí od cílů, kterých chce senior dosáhnout, a samozřejmě bereme v potaz i jejich věk. Jelikož senioři mají větší část života prožitou a každý senior jí prožil jinak, jsou i jejich potřeby velice individuální a odlišné. Podle odborníků tento problém nazýváme výrazná heterogenita potřeb seniorů.

**Mýtus ignorace** – jeho jádrem je přesvědčení, že člověk, který je starý, nepracuje a není užitečný, nemůže být naším partnerem ani spolupracovníkem. Nemůže být dokonce ani naším protivníkem (sokem). Nestojí těm mladším ani za slovo, ani za pozornost. Je možné ho přehlížet (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

**Mýtus neužitečného času** vychází opět jen z představy, že ten, kdo nic nedělá, nechodí do práce, je neužitečný, zároveň se stává přítěží pro ostatní a pro společnost všeobecně. Měli bychom si uvědomit, že staří lidé si zaslouží úctu a zabezpečení na stáří, právě proto, že dříve, myslíme tím, v produktivním věku, byli užiteční (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

**Mýtus falešných představ** se zakládá na hlubokém pocitu jistoty, že dostačující nebo vyhovující hmotné zajištění starých lidí, je předpokladem jejich spokojenosti a že i tuto spokojenost je schopen vytvořit.

**Mýtus o arterioskleróze** tvrdí, že jakýkoli starý člověk je sklerotický a tudíž také celkově nemocný. Skleróza starých lidí je chápána jako jednoznačný projev stáří.

**Mýtus zjednodušené demografie** je postaven na domněnce, že člověk se stává starým v den odchodu do penze. Myslíme si, že všichni staří lidé jsou důchodci a že v důchodu lidé přestávají žít. Jako by dál už nebylo nic než jen strastiplné stáří, doprovázené nemocemi s myšlenkami na blízko očekávanou smrt (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

## GERIATRIE A GERONTOLOGIE

Problematikou seniorského věku se zajímají obory geriatrie, gerontologie, gerontopsychologie, gerontopedagogika. **Gerontologie** je obecný pojem pro nauku o stárnutí a stáří. Zkoumá je z pohledu biologického, demografického, sociálního a z mnoha dalších aspektů. Zajímá se o fyziologické procesy stárnutí, které mají za následek omezení funkční zdatnosti seniora. Dělí se na gerontologii sociální, experimentální a klinickou. **Gerontologie sociální** zkoumá dopady stáří a stárnutí na člověka. Sleduje sociální a společenské okolnosti, které stárnutí ovlivňují, a v neposlední řadě prošetřuje a zařazuje sociální potřeby stárnoucích lidí a seniorů. (MUHLPACHR, 2005). **Gerontologie experimentální** studuje psychologické a biologické procesy stárnutí člověka, zabývá se biologickými studiemi tkání, orgánů, organismů a stárnutím buněk. **Gerontologie klinická – geriatrie** je lékařským oborem, který se zabývá diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří, ale také širšími souvislostmi z pohledu veřejného zdravotnictví. Je to samostatný lékařský obor poskytující specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku (HOLMEROVÁ, 2007). Topinková popisuje tři hlavní cíle geriatrie:

- Prvním cílem je časným diagnostikováním, monitorováním a léčbou chronických onemocnění uchovat dobré zdraví seniora.
- Druhý cíl představuje zachování soběstačnosti, zdatnosti, nezávislosti seniora v jeho přirozeném prostředí.
- Třetím cílem je podpora kvality života seniora.

Podle koncepce oboru je geriatrie vymezena následovně:

- Je samostatný lékařský obor interdisciplinárního charakteru.
- Předmětem zájmu geriatrie je stárnoucí a starý člověk ve zdraví a především v nemoci. V širším pojetí pak i ti nemocní, kteří povahou svého onemocnění či funkčním stavem profitují z geriatrického režimu a stylu práce.
- Geriatrie aktivně usiluje o týmovou spolupráci včetně vytváření stálých geriatrických týmů s odborníky (především vysokoškolsky vzdělanými) v ošetrovatelství, fyzioterapii, ergoterapii, sociální práci, eventuálně dalších souvisejících nelékařských oborech. Úzce spolupracuje i s ostatními lékařskými obory (především s neurologií, psychiatrií, rehabilitací a praktickým lékařstvím) a integruje jejich poznatky o starém a nemocném člověku. Ve svém interdisciplinárním pojetí však geriatrie v péči o starého

člověka nenahrazuje činnost ostatních klinických oborů a vychází ze zásady, že každý lékařský obor má své staré nemocné (tzv. oborová geriatrie), o něž pečuje svými specifickými prostředky.

- Geriatrie se ujímá především těch starších nemocných, u nichž dominuje nespecifická symptomatologie nad oborovou, u nichž závažná multimorbidita problematizuje oborové kompetence, či kteří jsou závažně ohroženi komplikacemi odvrátitelnými specifickým geriatrickým režimem.
- Geriatrie rozpracovává do podmínek české společnosti a jejího zdravotnického systému mezinárodní zkušenosti a doporučení týkající se zdravotní a zdravotně sociální péče o seniory, především jejich integrace, participace, nediskriminovanosti a modifikace služeb. Zabývá se rovněž otázkami kvality péče se zvláštním důrazem na zařízení péče dlouhodobé. Primární prevence v rámci konceptu úspěšného stárnutí se stejně jako geriatrické poradenství obrací převážně na osoby středního a mladšího věku.

**Gerontopedagogika** je věda, nauka o vzdělávání a výchově, edukaci starých lidí, je součástí andragogiky. Přináší teorii výchovy ve stáří a pro stáří. Tato poměrně nová disciplína se zabývá otázkou jak vzdělávat seniory, připravit je na stáří a udělat tuto životní etapu důstojnější. Zvyšuje se věk odchodu do důchodu, proto se hledají nové metody, jak udělat seniory produktivnějšími.

**Gerontopsychologie** studuje psychologické aspekty procesu stárnutí a období stáří, jde o speciální psychologickou disciplínu.

Za zakladatele americké geriatrické školy je považován I.L. Nascher (1863–1944). Ve dvacátých letech minulého století se zabýval problematikou nemocí ve stáří profesor Rudolf Eiselt (1881–1950), který byl od roku 1926 přednostou Ústavu pro nemoci stáří v dosavadním chudobinci Sv. Bartoloměje a později založil při pražské lékařské fakultě kliniku nemocí stáří. Jednalo se o první univerzitní oddělení na světě. Profesor Rudolf Eiselt setrval v čele této kliniky do roku 1939. V roce 1929 byly otevřeny také Masarykovy domovy, na svou dobu moderní a zcela unikátní zdravotně sociální zařízení s 250 lůžky, které bylo bohužel brzy uzavřeno (v roce 1942 v období nacistické okupace) a již nikdy se nenavrátilo původnímu účelu. V roce 1942 byla založena Americká geriatrická společnost, v roce 1946 založil N.W. Shock v National Institute of Health v Bethesdě gerontologickou jednotku. Po druhé světové válce nastal významný rozvoj geriatrie i v Evropě. Významnou průkopnicí byla Marjory W. Warrenová (1897–1960). U nás usiloval o rozvoj oboru významný a moudrý lékař Bohumil Prusík (1886–1964), pražský profesor vnitřního lékařství. Samostatným nástavbovým atestačním oborem se stala geriatrie v roce 1983, v době, kdy byl hlavním odborníkem pro tento obor profesor Vladimír Pacovský.

V roce 1962 vznikla samostatná Československá gerontologická společnost, která byla v roce 1993 přejmenována na Českou geriatrickou společnost a od roku 1994 na Českou gerontologickou a geriatrickou společnost (ČGGS). Od roku 2007 je předsedkyní společnosti prim. doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. Mezi stěžejní dokumenty, vypracované na základě připomínek a podkladů členů výboru ČGGS, patří koncepce oboru geriatrie z roku 2001. Dále



mezi ně patří Národní program přípravy na stárnutí na období 2003–2007 vypracovaný skupinou odborníků a předložený vládě Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Program uznává koncepční a systematickou reakci na demografické a sociální změny a navrhuje řadu změn v oblasti zdravotní péče, vzdělávání, bydlení, sociálních služeb, penzijní politiky. V roce 2006 byla jmenována Rada vlády pro otázky seniorů, jejímiž členy jsou I. Holmerová a Z. Kalvach, za odbornou geriatrickou veřejnost a J. Lorman, předseda občanského sdružení Život 90 (HOLMEROVÁ, 2007).

Významné změny v péči o seniory byly patrné v 80. letech 20. století. V roce 1974 začaly vznikat LDN (léčebny dlouhodobě nemocných), které nahradily tzv. interní oddělení II. typu. Podle statistických údajů získaných v Českém statistickém úřadu za první čtvrtletí roku 2008 61 % obyvatel zemřelo v nemocnicích, 9 % v léčebných ústavech, 5 % v sociálních zařízeních, 2 % jinde. Pouze 20 % obyvatel zemřelo v domácím prostředí. V posledních letech se Ministerstvo zdravotnictví ČR v souvislosti s přípravou zákona o dlouhodobé péči zaměřilo i na léčebny dlouhodobě nemocných, kde jsou často dlouhodobě hospitalizováni pacienti spíše ze sociálních důvodů, což není zcela žádoucí a nenaplňuje smysl těchto zařízení.

V roce 1982 byla na vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří navržena strategie péče o seniory, která je označována jako 4D. Jako první bod této strategie je navržena **demedicalizace**. To znamená, že komplexní zajištění starého člověka neřeší medicína, péče o staré občany se musí přenášet do sociálních služeb, do režimu ambulantních zdravotnických služeb a do celospolečenských sfér. Dalším bodem je **deinstitutionalizace**. Péče o staré lidi se nedá realizovat pouze v institucích (zdravotnických, sociálních). Je třeba rozvinout domácí a komunitní formy péče a posilovat partnerskou roli samotných seniorských pacientů. O nezastupitelné úloze agentur domácí péče není pochyb. I když i v této oblasti má ČR značné rezervy. Také je zcela namístě výchova společnosti k předvídání a plánování svého stáří. Dalším bodem je **deprofesionalizace**. Odpovědnost za péči o seniory neleží pouze na profesionálech, o starého člověka se může do určité míry starat téměř každý, kdo je ochoten a schopen. Obrovský význam zde hrají zejména rodinní příslušníci, přátelé a v posledních letech zaznamenáváme zájem i o dobrovolnické služby. Posledním bodem strategie je **derezortizace**. Každý resort lidské činnosti může udělat něco pro seniory. Existujícím faktem je celospolečenská prostoupenost seniorské problematiky. Každý zdravý a ekonomicky činný člověk by měl znát potřeby starých spoluobčanů (MLČOCHOVÁ, 2009).

## GERIATRICKÝ PACIENT

Z lékařského i demografického pohledu považujeme u nás za počátek stáří obvykle věk 65 let. Možná si v blízké době budeme spíše zvykat na rozdělení vyššího věku, které bylo používáno na Druhém světovém shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu (duben 2002), kde se hovořilo o seniorech jako o lidech šedesátiletých a starších a o starých seniorech jako o lidech starších osmdesáti let. Toto rozdělení se zdá být praktičtější nikoli pro demografický popis populace ve vyspělých zemích, ale pro celý svět, v jehož některých oblastech (subsaharská Afrika) je střední délka života cca 40 let (HOLMEROVÁ, 2007).

Dosažení 65 či 75 let věku neznamena automaticky, že se člověk stává geriatrickým pacientem. Ukazatelem by neměla být věková hranice, ale křehkost a profit ze specifického geriatrického režimu s prevencí geriatrického hospitalismu, z koncentrace geriatricky vyškoleného personálu, ošetrovatelských a rehabilitačních pomůcek. Z ošetrovatelského hlediska je užitečné rozlišovat následující kategorie seniorů (geriatrických pacientů):

- **Zdatní (fit) – senioři**, kteří bez ohledu na svůj věk jsou fyzicky zdatní a zvládají dobře i náročnější zdravotnické výkony, mají potřebnou svalovou sílu, takže rekonvalescence po operacích probíhá rychle. Vyžadují jen drobné modifikace ošetrovatelského postupu.
- **Nezávislí – senioři**, kteří dobře zvládají aktivity každodenního života (activities of daily living, ADL) a za běžných okolností nepotřebují žádnou podstatnější pomoc příbuzných, sousedů ani pečovatelské služby (zvládají nákupy, vedení domácnosti atd.). Tato skupina seniorů selhává za situací přinášejících velkou zátěž (těžší horečnatá onemocnění, pooperační stavy, intenzivní pohybová rehabilitace, porucha výtahu s nutností chůze do schodů). V domácím prostředí potřebují pomoc v období mimořádné zátěže, při ústavním ošetřování obvykle zvláštní opatření nevyžadují, profitují z rekondičních programů.
- **Křehcí (frail) – senioři**, kteří jsou zvýšeně ohroženi náhlým zhoršením zdravotního stavu (např. recidivy srdečního selhání), časté jsou pády s neschopností vstát po pádu. Tato skupina seniorů nezvládá zátěžové situace (např. rozvoj delirantního stavu při akutním onemocnění či při změně prostředí), je nutná trvalá pomoc při náročnějších činnostech každodenního života (tzv. instrumentální ADL neboli IADL – např. nakupování vaření, vedení domácnosti). V domácím prostředí vyžadují ošetrovatelskou péči, často je nutné sledování pomocí systémů tísňové péče (tísňového volání), v ústavní péči potřebují zvýšený dohled s prevencí a zvládnutím imobilizačního syndromu či delirantních stavů, při propuštění do domácí péče je nutné zajistit pečovatelskou službu nebo edukovat rodinu v péči o seniora.
- **Závislí – senioři**, kteří zčásti nebo zcela nezvládají sebeobsluhu, základní aktivity denních činností, kteří z fyzických či psychických důvodů vyžadují pomoc při stravování, hygieně, oblékání, vyprazdňování a pohybu.
- **Zcela závislí – senioři**, kteří jsou dlouhodobě či trvale imobilní nebo mají kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí. Zcela závislí senioři vyžadují aktivní zajištění antidekubitálního režimu, hydratace, výživy. Jsou ohroženi rozvojem imobilizačního syndromu (KALVACH, 2008).

Holmerová říká, že geriatrický pacient je ten starší pacient (zpravidla 70 a více let), jehož onemocnění je komplikováno dalšími významnými komorbiditami ovlivňujícími diagnostický proces, terapii i rehabilitaci, který je ohrožen zejména zhoršením či ztrátou soběstačnosti, kvalitativními poruchami vědomí a dalšími geriatrickými komplikacemi (imobilita, dehydratace, malnutrice atd.), zdravotnický zájem se u takového pacienta stává komplexnějším a rovnoměrněji se soustřeďuje na problematiku chorob i funkčního stavu, který potřebuje specifický přístup (specifický geriatrický režim), tak jako děti potřebují specializovanou pediatrickou péči, s tím rozdílem, že pediatrickým pacientem je každé

nemocné dítě – geriatrickým pacientem není zdaleka každý nemocný senior (HOLMEROVÁ, 2007).

Geriatricie pečuje obvykle o pacienty starších sedmdesáti let. Z pohledu preventivního je však třeba zdůraznit, že se moderní geriatricie a gerontologie orientují zejména na tzv. mladé seniory, kteří pro své zdraví ve stáří mohou pozitivní změnou životního stylu mnohé učinit (HOLMEROVÁ, 2007). Starší pacient se liší od mladšího pacienta zpravidla tím, že jeho stonání trvá déle.

Pro úplnost uvádíme ještě několik používaných termínů s vysvětlením:

- Geront – z řeckého gerón – starý muž.
- Gerontologie – věda o stáří.
- Geriatricie – lékařský obor zaměřený na stáří.
- V češtině by bylo správné užívat stařec a stařena, ale to má silný a složitý citový náboj.
- Latinsky se geront řekne senex a od tohoto slova jsou pak odvozena senilita a senilní (což má opět v laické řeči hanlivý význam).
- Přijatelně zní senium, stáří.
- V češtině používáme též výraz „přestárlý“. Podle Vondráčka je toto slovo urážlivé a surové. Je výrazem ageismu a podivné filozofie, která vidí v člověku jen prostředek, nebo která si troufá rozhodnout, kdy ještě má život cenu a kdy už nestojí za to, aby byl žit.
- Význam slova stáří v historii se mění. V roce 1800 byl za starého považován čtyřicetiletý. V roce 1890 byl kmetem označován padesátiletý. A dnešní šedesátník se za starého ještě nepovažuje (ŘÍČAN, 2004).

## **Komplexní geriatrické vyšetření**

K zjištění rizik, priorit a potřeb daného geriatrického pacienta slouží tzv. komplexní geriatrické hodnocení (anglicky comprehensive geriatric assessment, CGA). Poskytuje geriatrickému týmu (lékař – nejlépe geriatr, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník, popř. logoped a lékařští konziliáři, např. gerontopsychiatr) východisko k účelným zdravotním a sociálním službám a pacientovi by mělo přinést větší účinnost a bezpečnost péče s lepším pochopením jeho potřeb (KALVACH, 2008). Komplexní geriatrické hodnocení zahrnuje:

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

Klinické vyšetření doplňujeme screeningem rizikových faktorů (smyslové postižení, inkontinence, dekubity, poruchy rovnováhy, malnutrice (HOLMEROVÁ, 2007). Některá

hodnocení v rámci CGA se používají v ošetrovatelské diagnostice. Často se používají škály v různých modifikacích:

- ADL (Activities of Daily Living) – test všedních činností dle Bártlové. Hodnocení ADL je založeno na vyjádření pacienta nebo pečující osoby, částečně i na přímém pozorování pacienta při jeho vyšetření.
- IADL (Instrumental Activities of Daily Living) - test instrumentálních denních činností, zahrnuje komplexní aktivity nezbytné pro nezávislý život ve vlastní domácnosti. Hodnocení IADL závisí pouze na nepřímém hodnocení. Doporučuje se informace od pacienta ověřit z dalšího objektivního zdroje. Někteří nemocní promítají do odpovědí spíše vlastní přání než své skutečné možnosti.
- MMSE (Minimal State Exam) - test kognitivních funkcí podle Folsteina, test kreslení hodin (Clock test).
- GDS (Geriatric Depression Scale) - škála deprese pro geriatrické pacienty.
- MNA (Mini Nutritional Assessment) v českém překladu Škála pro orientační hodnocení stavu výživy.
- Norton scale – škála rizik pro vznik dekubitů dle Nortonové.
- Zjištění rizika pádů – při příjmu k hospitalizaci, pátráme po faktorech, které by mohly vyvolat pád.
- Škála bolesti, u starších nemocných používáme například jednoduchou stupnici bolesti, kde nemocný vyjádří intenzitu bolesti od 0 do 5 podle klíče.

### Geriatrické syndromy

Kombinace involučních změn, obvykle několika chorob (tzv. multimorbidita) a dalších vlivů (např. malnutrice či dekonidice z nečinnosti) vytváří komplex příčin, které se vzájemně ovlivňují a potencují, takže často nelze určit, která z nich zodpovídá za klinický obraz a obtíže pacienta největší měrou. Proto v geriatрии narůstá význam geriatrických syndromů. Jimi se rozumí závažný příznakový soubor vyvolaný měnlivě kombinovanými příčinami. Důraz je kladen nejen na kauzální (příčinnou) léčbu léčitelných chorob, ale především na komplexní (víceoborové) zvládnání obtíží a pacientovy situace (KALVACH, 2008).

K hlavním geriatrickým syndromům patří:

- **Syndrom instability** – poruchy stability různého původu v souvislosti např. s onemocněním pohybového, kardiovaskulárního, nervového systému, s poruchou krevetvorby, s vadou zraku, s užíváním rizikových léků (diuretika, sedativa, antihypertensiva, hypnotika aj.). Mezi hlavní problémy patří pády a jimi způsobená poranění. Řešením je posouzení hlavních příčin - bezbariérová úprava prostředí, instalace madel, optimalizace osvětlení, zavedení tísňové signalizace, správná technika používání kompenzačních pomůcek, posilování stability a svalů na dolních končetinách, úprava medikace. Při ústavním pobytu je nutný zvýšený dohled.
- **Syndrom dekonidice a hypomobility** – snížení pohybové aktivity z důvodu např. chronické bolesti, psychické poruchy, ztráty motivace, poruchy výživy, nežádoucích účinků léků. Hlavním problémem je pokles kondice, únava, dušnost, pocení při běžných denních aktivitách, atrofie svalů na dolních končetinách. Řešením je kromě

příčinné léčby rekondiční program, motivace pacienta ke změně pohybového režimu, především k většímu rozsahu chůze.

- **Syndrom imobility (imobilizační syndrom)** – soubor negativních důsledků dlouhodobého či trvalého upoutání na lůžku, popř. v křesle v souvislosti např. s poruchou nervového, kosterního, svalového systému, celkovou slabostí, silnou bolestí, psychosociálních problémů. Hlavním problémem jsou poruchy pohybového systému (svalové atrofie, flekční kontraktury), kardiovaskulárního systému (ortostatická hypotenze, flebotrombózy), respiračního systému (hypoventilace, pneumonie), metabolického systému (malnutrice), zažívacího systému (obstipace), močového systému (retence, urolitiázy, infekce močových cest), kožního systému (dekubity) a psychosociální reakce (deprese). Řešením je důsledná prevence, každodenní fyzioterapie včetně posilování ortostatických mechanismů a pohybových stereotypů, důsledný antidekubitální režim, hydratace a aktivizační program.
- **Syndrom anorexie a malnutrice** - příčinou anorexie může být závažné onemocnění (např. nádorové), nežádoucí účinek léků, deprese, obstipace, nevhodná úprava potravy. K příčinám malnutrice patří navíc poruchy chrupu, poruchy polykání, poruchy vstřebávání a poruchy příjmu a složení potravy. Řešením je důsledné sledování příjmu potravy s její individuální úpravou, popřípadě zajištění nutriční podpory či umělé výživy jak parenterální, tak enterální (KALVACH, 2008).
- **Syndrom psychické alterace** – jde o různé formy kognitivního deficitu až syndromu demence provázené poruchami chování a orientace či stavy zmatenosti ve smyslu deliria. Řešením je především zvýšený dohled s posílením personálního obsazení, kauzální léčba příčiny delirantního stavu, zajištění bezpečnosti pacienta a jeho okolí s co nejmenším použitím omezovacích pomůcek jak fyzických tak farmakologických.
- **Syndrom inkontinence** – nekontrolovatelný, anebo nepřiměřený odchod moči případně stolice. Ošetrovatelská péče se odvíjí od typu inkontinence, od povahy a prognózy základního onemocnění, od schopnosti pacienta k samošetření, schopnosti spolupráce a v geriatrii velmi často od míry spolupráce pacientovy rodiny. Pacient by měl být vybaven vhodnými pomůckami, které brání komplikacím, zlepšují kvalitu života nemocného, posilují jeho důstojnost a u imobilních osob i sociální kontakty (KALVACH, 2008).
- **Syndrom smíšeného smyslového a komunikačního deficitu** – jde o kombinovanou poruchu zraku a sluchu se závažným omezením kontaktu s okolím, se sensorickou komunikační deprivací a se sociální izolací. Pacienti potřebují intenzivní komunikační a aktivizační úsilí ošetrovatelského personálu (KALVACH, 2008).
- **Syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace** – jde o špatnou adaptaci především na přijetí do dlouhodobé ústavní péče, případně na jiné závažné životní události projevující se např. apatií, bezcílým přecházením, pohybovými stereotypy, vyhýbání se očnímu kontaktu, soustředěním zájmu na základní životní potřeby a nadměrným rozsahem spánku. Tyto projevy jsou často ošetrovatelským personálem zaměňovány za projevy demence. Mezi psychosomatické projevy patří závratě, bušení srdce, pocení, pokašlávání, pocity nedonadechnutí, nadýmání, mikční dyskomfort. Ani rozsáhlé vyšetřování nevede ke zjištění organické příčiny. Řešením může být psychoterapeutická podpora.

- **Syndrom terminální geriatrické deteriorace** – jde o zhoršování zdravotního a funkčního stavu křehkých geriatrických pacientů bez jednoznačné chorobné příčiny, nereagující na léčbu a spějící k smrti. K hlavním příznakům patří nechutenství, hubnutí, únava, omezování aktivit, apatie, objevení či zhoršení inkontinence, v pokročilé fázi imobilita na lůžku někdy se stavy zmatenosti. Hlavním řešením je vstřícná paliativní péče, v ústavní péči např. zajištění kontaktu s rodinou.

HÁŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0179-8.

JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient v primární péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KLEVETOVÁ, D., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.

MALÍKOVÁ, E., 2010. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MLČOCHOVÁ, R., 2009. Geriatrizace ošetrovatelství a medicíny – realita nebo fikce? In: Sestra [online]. 1/2009. [cit. 21.1.2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/geriatrizace-oseetrovatelstvi-a-mediciny-realita-nebo-fikce-417233>

MÜHLPACHR, P., 2008. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5029-7.

POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

ŘÍČAN, P., 2004. *Cesta životem*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-124-7.

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatrie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262 365-6.

SVATOŠOVÁ, M., 2008. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: APHPP. ISBN 978-80-7195-307-4.