



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Záměna přirozeného stáří za nemoc v souvislosti
s hospitalizací na Oddělení následné péče

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Pavlína Hejnová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „Záměna přirozeného stáří za nemoc v souvislosti s hospitalizací na Oddělení následné péče“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2019

.....

Pavλίna Hejnová

Poděkování

Touto cestou bych chtěla vyjádřit upřímné díky své vedoucí práce bakalářské práce paní Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení, trpělivost, cenné rady a velkou pomoc při psaní této práce.

Záměna přirozeného stáří za nemoc v souvislosti s hospitalizací na Oddělení následné péče

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem „Záměna přirozeného stáří za nemoc v souvislosti s hospitalizací na Oddělení následné péče“ je prací teoretickou a je zaměřena na problematiku, kdy se přirozenost stáří zaměňuje za nemoc, a to především ve zdravotnických zařízeních. Také se snaží zmapovat a popsat co nejvíce informací o problematice kvality života seniorů převážně na oddělení následné péče. Jsou zde popsány nejčastější rizika farmakoterapie ve stáří spolu s paliativní medicínou u geriatrických křehkých pacientů v současné době, specifika ošetrovatelské péče a úloha sestry.

Cílem nemalého snažení při zpracování této práce bylo poukázat na problematiku současného zdravotního systému, kdy se přirozené stáří zaměňuje za nemoc, a ukázat, jak velké riziko to znamená pro stárnoucí populaci. V dnešní době se vytrácí seberealizace seniorů a hodnota kvality života. Současná realita vyžaduje bezpodmínečně změny v přístupu celé odborné společnosti a jejího podvědomí jako o významném fenoménu lidského života.

Snahou této práce je definovat a pojmenovat veškeré rizikové faktory, které ovlivňují vznik této problematiky, kdy se stáří považuje za nemoc. Mezi nejčastější příčiny zhoršení zdravotního stavu a hospitalizace u geriatrických pacientů patří nežádoucí účinky léků a nesprávná preskripce. Proto dalším cílem této práce je poukázat na význam správné diagnostiky a následné farmakoterapie u seniorů, poskytování komplexní ošetrovatelské péče, která je důležitou součástí v péči o geriatrického pacienta.

Bakalářská práce bude využita pro soubor seminářů na Oddělení následné péče.

Klíčová slova

Geriatric, stáří, farmakoterapie, senior, nemoc

The alteration from old age to illness in connection with hospitalization at the Department of subsequently care

Abstract

Bachelor work with title „The alteration from old age to illness in connection with hospitalization at the Department of subsequently care“ is theoretical work, it is based on problems with the naturalness of old age often confused with illness and especially in medical facility. It is trying to explain and describe as much as information as possible about problems that consumes the quality of elders life predominantly on department of subsequently care. It describes the most common risks of pharmacotherapy in old age along with palliative medicine on geriatric weak patients in current time, specifics of nursing care and tasks of a nurse.

The purpose of this work is to try and point out problems in current medical system, where we often confuse natural old age with illness and to show how big risks it brings to the aging population. The self-fulfillment and the value quality of elders life is vanishing. Current reality requires unconditional changes in access of all professional society and it is subconsciousness as a major phenomenon of human life.

The effort of this work is to define and name all the risky factors, which is influencing the formation of this issue, confusing old age with sickness. In the most common causes, of deterioration health and hospitalization with geriatric patients, belongs medication that brings undesirable effects and incorrent prescription. So another case of this work is to point out on the meaing of correct diagnosis and following pharmacotherapy on elders, providing global medical care, which is important part in care for geriatric patient.

Bachelor work will be used for workshop on Department of subsequently care.

Key words:

Geriatrics, old age, pharmacotherapy, elder, illness

Obsah

Úvod.....	8
3 SOUČASNÝ STAV	11
3.1 Seznámení s geriatrií.....	11
3.1.3 Geriatrická křehkost.....	13
3.2 Fenomén stáří.....	15
3.2.1 Biologické stáří	16
3.2.2 Sociální stáří	17
3.2.3 Kalendářní stáří	19
3.2.5 Dnešní pohled na stáří	20
3.3 Farmakoterapie ve vyšším věku	21
3.3.1 Farmakoterapie versus stáří	22
3.3.2 Úloha sestry při podávání léků seniorům a její zásady	23
3.3.3 Faktory ovlivňující užívání léků ve stáří	23
3.3.4 Rizika farmakoterapie ve stáří	26
3.4 Faktory ovlivňující stáří a nemoc.....	27
3.4.1 Důstojnost člověka	27
3.4.2 Ageismus	28
3.5 Stáří ovlivněno nemocí nebo nemoc ovlivněna stářím	30
3.5.1 Nemoc.....	30
3.5.2 Medicinalizace přirozeného stáří	31
3.5.3 Demedicinalizace přirozeného stáří	31
3.5.4 Geriatrizace ošetřovatelství a medicíny	32
3.5.5 Paliativní medicína v geriatrii	32
3.5.6 Medicinalizace umírání neboli léky v paliaci	34
3.6 Ošetřovatelská péče seniorů na následné péči	34
3.6.1 Ošetřovatelská teorie potřeb dle Abrahama H. Maslowa	35
3.6.2 Funkční geriatrické vyšetření (FGV).....	36
3.6.3 Ošetřovatelská péče v uspokojování potřeb křehkých nemocných	37
3.6.4 Specifické potřeby u geriatrického pacienta na ONP.....	37
3.6.4.1 Porucha výživy, malnutrice	38
3.6.4.2 Deficit objemu tekutin	39
3.6.4.3 Omezená pohyblivost, syndrom imobility	40
3.6.4.6 Nedostatečná sebeběže na následné péči	43

3.6.4.7 <i>Bolest</i>	44
3.6.4.8 <i>Deprese, smutek</i>	45
3.6.4.9 <i>Beznaděj, bezmocnost</i>	46
3.6.4.10 <i>Narušená verbální komunikace, sociální izolace</i>	47
3.7 <i>Možnosti sociální péče u geriatrického pacienta</i>	47
3.7.1 <i>Geriatrická farmakoterapie v domácím i sociálním prostředí</i>	49
3.7.2 <i>Péče v přirozeném prostředí seniora</i>	50
4 <i>Závěr</i>	52
5 <i>Seznam literatury</i>	54
6 <i>Seznam zkratk</i>	58

Úvod

Že současná populace stárne a seniorů stále přibývá díky diagnostice a rostoucí kvalitě léčby, je všeobecně známo. Je proto třeba mít také ale na mysli důsledky léčby za každou cenu a umět se s nimi vypořádat. Do následujících let je to především adaptace zdravotních a sociálních služeb a všeobecně veřejných i soukromých služeb. Vlivem stárnutí se u seniorů navyšují a rozšiřují geriatrické syndromy. Mezi nejvýznamnější patří geriatrická křehkost (frailty), se kterou úzce souvisí další syndromy jako hypomobilita, malnutrice, dehydratace a mnoho dalších. Z toho vyplývá, že u seniorů je třeba změnit zdravotní péči jak ve složce akutní, následné, dlouhodobé, tak i paliativní. Velký důraz by měl být kladen především na funkční stav a podporu soběstačnosti geriatrických pacientů, která je důležitá pro zachování kvality života. Jako nejčastější příčinou zhoršení zdravotního stavu s následnou hospitalizací seniorů patří nežádoucí účinky léků a nesprávná preskripce léků. U geriatrických pacientů platí, že veškerá léčba pacientů, a to hlavně farmakoterapie, musí být individualizovaná a měla by odpovídat nejenom klinickým diagnózám, ale i prioritám a přáním pacienta.

Cílem této práce je nahlédnout do problematiky, která je v současnosti velkým rizikem pro seniory, kdy se stáří zaměňuje za nemoc a naopak. Co to vlastně znamená? Musí být starý člověk bezpodmínečně nemocný? Nebo musí nemocný člověk být starý? A pokud je starý člověk nemocný, je to nemoc nebo stáří? Na toto vše je zaměřena má práce, na hledání odpovědí na otázky, nebo zamyšlení nad nimi, na objasnění rizikových faktorů, které ovlivňují vznik záměny přirozeného stáří za nemoc a na zjištění, proč vznikají. Nedílnou součástí tohoto tématu je i geriatrická paliativní péče (GPP), o které v dnešní době stále více slyšíme na seminářích, nemocnice pořádají pro zájemce kurzy (GPP) a vznikají paliativní týmy.

V této práci s názvem „Záměna přirozeného stáří za nemoc v souvislosti s hospitalizací na Oddělení následné péče“ jsou zmapované veškeré dostupné informace na toto téma. Vybrala jsem si tuto problematiku proto, že je mi velmi blízká, neboť pracuji 12 let na oddělení ONP, a s touto problematikou se setkávám denně. Doufám, že pro mne i okolí bude má bakalářská přínosem i po pracovní stránce.

1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce je definovat fenomén stáří a jeho problematiku v současné společnosti. Téma patří problematice, která je v současnosti velkým rizikem pro stárnoucí populaci, kdy se přirozené stáří zaměňuje za nemoc. Současná realita vyžaduje změny v přístupu odborné společnosti ke stáří jako k významnému fenoménu lidského života.

Cíl 1. Definovat pojem záměny přirozeného stáří za nemoc.

Cíl 2. Poukázat na problematiku současného zdravotního systému, kdy se přirozené stárnutí zaměňuje za nemoc.

Cíl 3. Objasnit rizikové faktory, které ovlivňují vznik problematiky záměny přirozeného stárnutí za nemoc.

1.1 Operacionalizace pojmů

Stáří je obecný pojem neboli označení pro pozdní fázi ontogeneze. Jedná se o poslední vývojovou etapu lidského života. Celkově jde o projev a následný důsledek involučních přirozených změn, funkčních i morfologických (Čevela et al., 2012).

Nemoc je stav, kdy je změněna nebo porušena stavba či funkce jednoho nebo více orgánu (Šamáková a kol., 2011).

Zdravotnický systém péče o zdraví je soustava zdravotnických zařízení a institucí, je jedním z odvětví hospodářství a produkuje zdravotnické služby (Gladkij a kol. 2003).

2 Metodika

Při psaní této bakalářské práce, která je prací teoretickou, byla použita vědecká metoda review, syntéza a volný rozhovor.

Pro získání všech informací v této práci bylo nezbytné prostudovat odbornou literaturu týkající se tématu, a to především od odborníků, lékařů se zaměřením na medicínu seniorů, ale i zdravotních sester, které se věnují této problematice.

Protože k danému tématu je vydáno poměrně málo odborné literatury, bylo nezbytné vyhledat a nastudovat informace z odborných článků.

Také bylo osloveno několik erudovaných odborníků z řad lékařů se specializací na geriatrii, internistů pracujících na ONP, dále fyzioterapeuta, sociální pracovníci v roli sestry na ONP a kolegyně, které poskytují ošetrovatelskou péči seniorům v domovech pro seniory a na lůžkách oddělení následné péče.

Práce byla doplněna vlastními názory a zároveň i zkušenostmi získanými dlouholetou praxí na oddělení následné péče hned z několika pohledů, a to z pohledu sanitárky, směnné sestry a staniční sestry.

Nemalou pomocí pro ucelení a ukončení práce mi také byly semináře, kurzy o podávání léků u geriatrických pacientů, paliativní kurz, kurz komunikace s pacientem i s rodinou.

3 SOUČASNÝ STAV

3.1 Seznámení s geriatrií

Geriatric je lékařský specializační obor, uznán v ČR v roce 1983, a patří do skupiny interních oborů. Věnuje se především zvláštnostem a specifickým potřebám zdravotního stavu seniorů, jeho průběhu, diagnostice, prevenci chorob a poruch zdraví ve stáří. V dnešní době má geriatric velký význam, neboť senioři a problematika stáří představují nejpočetnější klientelu v naší společnosti (Kalvach, Čeledová, et al., 2011).

Dnešní vizí v ošetrovatelské péči o geriatrické pacienty je snaha o zachování a udržení v co nejdelší možné době soběstačnosti seniora, a to zejména v oblasti duševního zdraví a aktivity. Protože starých a dlouhověkých lidí přibývá, je nutné se zaměřit na jejich preventivní péči a jejich budoucnost, tzv. zdravé stárnutí (Weber 2008). V dnešní době žije v České Republice 3,1 % lidí starších 80 let. Výzkum ukázal, že v roce 2030 jich bude 8 % a v roce 2050 až 10 %. S tímto počtem seniorů roste bohužel i počet křehkých seniorů. Dá se tedy říci, že člověk nad 80 let věku je ohrožen vznikem náhlého zhoršeného zdravotního stavu. Křehcí jedinci mají vyšší riziko pádů, následného úrazu a s tím spojenou hospitalizací. Toto vede k závislosti seniorů, kdy jsou odkázáni na další osoby, ať už rodinu, okolí, nebo v neposlední řadě péči v nemocničním zařízení (Malíková 2011).

Dle Kalvacha, Čevely a Čeledové (2012) geriatric cílevědomě rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláštnostech patogeneze a manifestace chorob ve stáří, rozpracovává hodnocení funkčního stavu starého člověka, rozvíjí specifický geriatrický režim podporující adaptaci, rekonvalescenci a brání specifickým komplikacím u křehkých geriatrických pacientů. Zvláštní pozornost v geriatric je věnována rozvoji a kvalitě následné a dlouhodobé péče včetně rehabilitačního ošetrovatelství. Geriatric je vlastně diferencovaná, disponuje složkou akutní i chronickou, preventivní i paliativní, rehabilitační i ošetrovatelskou, klinickou i organizační. V klinice jde o multioborovou týmovou činnost. Ve shrnutí je gerontologie specializační klinický obor vnitřního lékařství zahrnující řadu dalších oborů. Jedním nejvíce výrazných oborů geriatric je psychiatrie, neurologie, rehabilitace, a ošetrovatelství (Doležalová 2011).

Klienti geriatrické péče jsou křehcí senioři, kteří vyžadují modifikovaný, diagnostický, léčebný i ošetrovatelský přístup. Geriatrická péče o klienta je typicky týmová a vychází z komplexní ošetrovatelské péče. Jinými slovy z hlediska oborových kompetencí by se geriatrické péči měla ujímat těch seniorů, kteří mají takové zdravotní obtíže přesahující možnosti a zodpovědnost praktického lékaře. Senioři by měli mít možnost v danou chvíli problému mít v dosahu vždy specializovanou službu jiného oboru (kardiologie, nefrologie, intenzivní péče a podobně....) Většinou se ale tito pacienti ocitají často v takzvaném území nikoho a bez náležité péče putují mezi různými pracovišti. Při hospitalizaci pak v důsledku nemocničního postupu, který není přiměřen jejich zdravotnímu stavu, se pacienti zcela zbytečně dostávají do zátěžových situací a dochází tím k zatížení organismu a následně ke zhoršení zdravotního stavu spolu se závažnými komplikacemi, funkčnímu zhoršení a následuje indikace k hospitalizaci na následnou péči (ONP) nebo na oddělení dlouhodobě ležících (LDN) (Čevela, Kalvach, et.al., 2012).

Cílem dnešní geriatrické péče je docílit optimálního zdravotního a funkčního stavu seniorů, snažit se pro ně vytvářet plně funkční jak zdravotní, tak i sociální systém (Malíková 2011). Vytváření konceptů na úspěšné stárnutí je prioritou dnešní geriatrické péče. Velkou důležitostí je potřeba věnovat vzniku více geriatrických oddělení, kde by byla zajištěna komplexní ošetrovatelská péče o seniory, a to bez daných limitů a časového omezení. Také je nezbytně nutné se soustředit na celoživotní vzdělávání ošetrovatelského personálu, lékařských i nelékařských pracovníků (Doležalová 2011).

Z rozhovoru lékařky pracující na oddělení následné péče bylo zřejmé, že ne všechny kroky společnosti, které mají vést k vylepšování a zkvalitňování péče o dlouhodobě nemocné, plní svůj účel. Představy jsou mnohdy ušlechtilé, ale bohužel nereálné. Vše se dnes odvíjí od dostatku nebo nedostatku financí, ochoty a chuti něco změnit, dostatek vzdělaného a motivovaného personálu. Dle lékařky gerontoložky se ministerstvo zdravotnictví a čeští politici chovají jako by se jim to moc netýkalo a spíše se snaží od tohoto tématu utíkat. Že není dostatek kvalifikovaného zdravotního personálu ani lékařů v gerontologii se sice všeobecně ví, ale dostatečně neřeší.

3.1.2 Ošetrovatelská péče v dnešní geriatrii a úloha sestry

V dnešní době za odpovědného člena ošetrovatelského týmu ošetrovatelské péče u pacientů považujeme sestru, která využívá v uspokojování potřeb klienta holistický přístup, a to je zaměření se na komplexní hodnocení bio-psycho-sociálního modelu u potřeb pacienta. Sestra zná specifika a úskalí péče u geriatrického pacienta, dokáže si poradit, zlepšuje funkční i zdravotní stav tím, že respektuje a plní základní potřeby geriatrického pacienta. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči a zároveň se zaměřuje na uspokojování potřeb pacienta, k tomu plně využívá již zmíněný holistický neboli celostní přístup. Sestra pracuje s klienty podle ošetrovatelského procesu, který si je sama schopna sestavit a naplánovat dle individuality onemocnění a potřeb klienta. Pokud jsou potřeby klienta v celé míře uspokojeny, zvyšuje se nejen kvalita života a jejich soběstačnost, ale také pocit bezpečí. Pro tyto klienty je typická geriatrická křehkost – frailty (Hudáková, Majerníková 2013).

Při rozhovoru se staniční sestrou následné péče jsem získala informace o problematice na tomto oddělení týkající se převážně uspokojování základních potřeb, ať se jedná o zdravotní stav pacienta, ale také se zde masivně řeší sociální stránky klientů. Jelikož zde jsou hospitalizováni klienti převážně geriatrickí a nesoběstační, je veliký problém propustit je do domácí péče. Tito lidé jsou buď sami bez rodin, nebo rodina nemá zájem nebo nemá možnost se o svého příbuzného postarat. A teď co s tím? Klient již nemá indikaci k hospitalizaci, a přesto je hospitalizován, protože nemá vlastně kam jít. Domů nemůže, neboť je nesoběstačný a do DPS ještě nemá nástupní termín. Dle staniční sestry v této situaci chybí mezičlánek mezi nemocnicí a domovem důchodců tzv. sociální lůžka. Klienti na nemocničním lůžku nemají motivaci, mnozí podlehnou pohodlí a nemají již potřebu se vracet do normálního života. Tímto se jak lékaři, tak vedení nemocnice dostávají do svízelné situace, kdy jsou atakováni pojišťovnami, které pak následně udělují nemocnici nemalé sankce a neproplácí nemocnici úhrady za klienty.

3.1.3 Geriatrická křehkost

Termín geriatrická křehkost je v dnešní době velmi populární v geriatrické medicíně a tento termín dle Schulera a Oстера (2010) je vysvětlován několika způsoby. Každopádně definic je několik a dodnes je definice Geriatrická křehkost ne zcela úplně vyjasněná. (Schuler a Oster 2010)

„Geriatrická křehkost (frailty) je jedna z nejčastějších příčin disability a potřeby podpůrných služeb LTC ve stáří. Jedná se o závažné geriatrické téma související bezprostředně s chápáním problematiky a specifičnosti geriatrických pacientů, jejich funkčního zdraví i povahy geriatrických intervencí. Geriatrická křehkost je navozený stav organismu, věkově podmíněná deteriorace funkční a morfoloická s typickým souborem projevů a příznaků, kontinuum zdravotního a funkčního stavu, které je opakem vitality. Křehkost jako medicínský fenomén zaplňuje prostor mezi pouhou přirozenou involucí, pouhým biologickým zestárnutím organismu, které není žádným dosud známým způsobem odvratitelné a projevy klasických chorob jako morfoloických jednotek mezinárodní klasifikace nemocí“ (MKN) (Kalvach et al., 2011, str. 360-361).

V současné době právě s ohledem na geriatrickou křehkost nastala doba, kdy také v medicínském přístupu v léčení geriatrických pacientů by měla nastat změna. Tato změna se týká především doposud primární orientace na nemoc geriatrického pacienta, která může vést k nevhodnému, nedostatečnému nebo nadměrnému léčení a vyšetřování, i když neúmyslnému. Rozhodování lékaře by mělo spočívat především v rámci individuálních cílů, měl by usilovat o rozpoznání a včasné intervenování biologických a nebiologických faktorů a snažit se je ovlivňovat, ne pouze diagnostikovat, léčit a předcházet jednotlivým chorobám. Bohužel jsou očekávány námitky lékařů o nežádoucí medicinalizaci, přirozených těžkostech života a bagatelizování „Vždyť nejde o nic nového“. Za překážku je považováno i obecné vnímání zaměřené především na choroby, což je trvale platné (Kalvach et al. 2011).

Také dle Schulera a Oстера (2010) je nutné správně pochopit geriatrickou křehkost, aby nedocházelo ke skutečnosti, která opravňuje k terapeutické intervenci, ale k riziku ztráty jakékoliv funkce, naopak je třeba usilovat především vhodnou prevencí, aby nedošlo k rozvinutí nebo prohlubování geriatrické křehkosti.

Geriatrická křehkost se projevuje mnoha změnami, a to psychickými a fyzickými. Geriatrická křehkost je velice progresivní postižení, a pokud nedojde k ovlivnění rozvoje nebo prohloubení jejího rozvoje, dochází k rozvoji geriatrické deteriorace s následnou smrtí (Nováková, 2012).

Geriatrická křehkost je manifestována pěti základními znaky: subjektivně vnímanou únavou při běžných denních činnostech, úbytkem váhy spojeným s malnutricí, svalovou slabostí, pomalou chůzí a sníženou úrovní pohybové aktivity. Přitom již při diagnostice

tří znaků z pěti výše uvedených je zřejmé, že pacient trpí geriatrickou křehkostí. Z hlediska prohlubování těchto znaků je velmi důležitá včasná diagnostika a následně i léčba, kterou ovšem není myšlena léčba kauzální. Důležitým aspektem je aktivní vyhledávání křehkých pacientů pomocí CGA (komplexní geriatrické hodnocení) a následné intervenování malnutrice, fyzioterapie a motivace s využitím i ošetrovatelských intervencí s cílem dosáhnout maximální soběstačnosti pacienta (Hudáková, Majerníková, 2013)

3.2 Fenomén stáří

Stáří a smrt se dotknou každého člověka, ať už si to připustí, nebo ne, a jsou jednou přirozenou etapou našich životů. Přes veškeré usilovné bádání a výzkumy není dodnes známa přesná podstata stárnutí jako biologického procesu. Stáří je neodmyslitelnou součástí a tou pozdní cestou každého z nás. Jeho definice jsou různé, avšak dodnes není žádná, která přesně vystihuje tento životní proces. Na procesu stárnutí se podílí celá řada dalších faktorů, např. genetika, životní styl jedince, životní prostředí jedince, zaměstnání, stresové faktory atd. (Mlýnková, 2011).

Existují slova, pod kterými se nám pojem stáří nutně vybaví, jako například, babička, dědeček, nemocnice, zemřít, nebo také slovní spojení jako odejít do důchodu, do penze. Tato slova přece stáří znamenat vůbec nemusejí. Stáří se proto vlastně musí hodnotit individuálně. Podle věku, fyzického nebo psychického stavu, osobnosti, rozsahem samostatnosti apod. Není přesně zcela jasné, co všechno si má člověk tedy pod pojmem stáří představit, vždy však záleží na tom, z jakého úhlu pohledu se na stáří díváme. Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se mýlí. V dnešní tzv. moderní době stáří neradi pouštíme do našich životů, společnost se bojí nemoci, nemohoucnosti, bolesti, protože s těmito faktory spojují stáří. O svém vlastním stárnutí začneme přemýšlet, až když se nás to začne bezprostředně dotýkat. Do té doby stáří v nás a okolo nás nevnímáme a co hůře, dokonce i ignorujeme prostý fakt, že celá populace stárne a seniorů přibývá díky velmi dobré diagnostice a léčbě. Současná medicína dokáže svými možnostmi nemoc nejen potlačit, ale také vyléčit mnoho onemocnění a tím prodloužit život člověka (Malíková 2011).

Dle Haškovcové (2012) stárnoucích a starých lidí bude přibývat, a proto je celospolečensky důležité se stárnutí a stáří věnovat, poskytovat seniorům informace o

možnostech aktivního stárnutí, o programech zdravého stárnutí, o důležitosti prevence ve stáří a také poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči geriatrickým pacientům zaměřenou především na udržení soběstačnosti každého seniora. V dnešní době se starší člověk musí neustále přizpůsobovat stále novým a jemu i cizím problémům, kterým většinou ani nerozumí a musí tomu učinit v době, kdy jsou jeho možnosti vlivem stáří více či méně limitovány (Wágnerová 2007).

Lidský život je rozčleněn do několika fází, které představují tzv. sociální periodizaci života. Existuje mnoho způsobů členění věkových kategorií ve stáří. V současné době se často používá dělení stáří podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization) – stáří se dělí na tři období: 60–74 let rané stáří, 75–89 let vlastní stáří, 90 a více let dlouhověkost (Haškovcová, 2010).

Maximální přirozená délka lidského života dle Čeledové (2016) je průměrně 120 let. Zkracována je především úrazy, chorobami, špatným životním stylem populace a vlivy životního prostředí. Velmi důležitou roli zde hraje také absence pomoci v křehkých fázích života seniora ve stáří a nemocech. Genetická predispozice jistě existuje, ale netýká se tak dlouhověkosti samé jako spíše náchylnosti k chorobám. K periodizaci lidského života se většinou používají tři kritéria, kterými jsou kalendářní věk, biologické parametry a sociální kritéria (Čeled'ová, Kalvach, et.al., 2012).

3.2.1 Biologické stáří

Biologický věk je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, změny regulačních a adaptačních mechanismů, pokles funkční zdatnosti), zpravidla úzce propojených se změnami způsobenými chorobami vyskytujícími se s četnou frekvencí převážně ve vyšším věku (například ateroskleróza, osteoporóza). Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily. Biologické stáří není dnes stanovitelné, neexistují přesná kritéria a stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se nevyužívá (Mlýnková 2011). Objektivizace zjevné skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší - mírou involučních změn (biologického stáří) a funkční zdatností, jež je pokles výkonnosti, funkčního zdraví, postoje, chůze, vlasů, pokožky, chování atd., ale také subjektivní vnímání výkonnosti a životní perspektivy. Zdá se, že subjektivní vnímání věku související s úbytkem sil či naopak dostatku sil potenciálu zdraví, je velmi

významným faktorem biologického stáří, životní prognózy a zároveň v rozvoji geriatrické křehkosti (Čevela, Kalvach, et.al., 2012).

V obecné rovině je pojem biologický věk používán spíše volně a slouží k vyjádření celkového stavu lidského organismu. Laikovi je ale přesto nejbližší představa, že organismus se časem opotřebuje, nevhodnou stravou, nepříznivými vlivy okolí, přetěžováním či nepoužíváním některých částí organismu, radioaktivním zářením, působením bakterií a virů. Samozřejmě na délku a kvalitu života mají velký vliv nemoci a úrazy (Kalvach, Čeledové a spol. 2016). Dnešní věda, ač velmi vyspělá a dramaticky se posouvající kupředu, nemá žádnou moc nad stárnoucím tělem. Moderní farmakologie nabízí seniorům pouze tzv. geriatrika. Tyto podpůrné látky dodávají organismu vitamíny, minerály, stopové prvky, hormony – tedy látky, které si tělo starého člověka buď vůbec neumí vytvořit či je neumí využít z potravy. Geriatrika neslouží jako „nápoje nesmrtelnosti“, pouze zlepšují stav organismu. Biologická délka lidského života není jednoznačně určena a je ovlivněna mnoha faktory, jako je životní styl, nemoci, životní prostředí a mnoho jiných (Vágnerová 2007).

3.2.2 Sociální stáří

Za sociální stáří se považuje obvykle odchod do důchodu neboli chvíle, kdy vzniká nárok na starobní důchod. Je známo, že právě tento ukazatel vykazuje typické životní události pokročilého věku, jako jsou pokles životní úrovně, nezaměstnanost, veteránství neboli zastarávání znalostí, odchod dětí od rodinného krbu, ovdovění a v neposlední řadě přijetí role penzisty (Čevela, Kalvach, et.al., 2012). Mnoho stárnoucích lidí není na své stáří připraveno, k některým stáří přichází neočekávaně. Zatímco v době mládí převažoval pohled do budoucnosti života, v době stáří spíše dominuje retrospektivní ladění. Důležité ale je, aby měl starý člověk stále pro co nebo pro koho žít. Z pohledu sociologie je seniorem člověk, který se nachází v završující životní fázi a má specifické postavení ve společnosti. Postoj současné mladé společnosti ke stáří je spíše negativní, odmítavý a podceňující. V důsledku tohoto postoje dochází k symbolické diskriminaci stáří. I když součástí dnešních sociálních norem je ohled ke starším lidem a nutnost poskytnout jim potřebné zabezpečení a ošetrovatelskou péči, není zde zahrnut potřebný respekt ke stáří a rovnocennost. Příslušníci mladších generací ztrácejí již povědomí samozřejmosti kontinuity různých generací, které se dříve udržovalo společným

soužitím v rámci rodiny. V současnosti je již spíše vzácností soužití více generací pohromadě, senioři jsou spíše odkládáni a mnohdy jsou vnímáni jako přítěž rodiny. Reálný smysl stáří laická veřejnost přehlíží či zlehčuje (Wágnerová 2007).

Identita seniora je produkt společnosti, který se mění s proměnami společnosti. Současné empirické sociologické výzkumy přinášejí zajímavé poznatky. Jak tedy vlastně česká společnost vnímá identitu seniora? Člověk se stává seniorem podle české populace mezi 60. a 70. rokem věku s ohledem na jeho individuální charakteristiky (zdravotní stav, kondice, sociální status apod.). Polovina populace (49%) má spojení identitu seniora se stářím, starým člověkem, starcem. 40% populace spojuje seniora a jeho ekonomickou roli – nepracuje, pobírá důchod, 7% vidí seniora jako role v rodině – babička, dědeček, 6% určuje u seniora zdravotní stav a 7% volný čas a jeho náplň. Bohužel pouhá 2% populace spojuje seniora s moudrostí, nadhledem, zkušeností a zodpovědností (Sak., Kolesárova 2012).

Pozitivní postoj ke stáří zaujímá pouze 16 % populace („Seniorský věk беру jako životní fázi, na kterou se těším, popř. ji právě prožívám.“). Česká populace si uvědomuje na stáří i mnoho pozitivních prvků oproti předešlým fázím v životě. Např. volný čas seniora (63%) a s ním spojená kvalita životního stylu (48%), klid a relaxace (15%), nemuset chodit do práce (9%). 46% populace zaujímá ke stáří neutrální postoj, ani se ho neobávají a ani se na něj netěší. Na prvním místě vede obava Čechů z nemoci ve stáří (78%) a na druhém místě obava z finanční a existenční nouze - u více jak poloviny populace (54%). 49% české populace se více obává strachu z osamocení ve stáří než smrti (43%). Zajímavé je, že česká populace se bojí spíše toho, co se stane v mezilidských a společenských vztazích, toho co je ovlivnitelné než samotného konce své existence. Jak vyplývá ze závěrečné zprávy výzkumu „Proměna sociálního obsahu kategorie generace seniorů,“ současná generace se jeví jako přelomová. Výrazně se posunula střední délka života, posunuly se i duševní a fyzické schopnosti seniora, které mu umožňují žít životem, jakým předchozí generace seniorů nežily. Dnešní senior je zdravější, vzdělanější, kulturnější. Novými informačními a komunikačními technologiemi je více propojen. Na rozdíl od předchozích generací mají současní senioři lepší zdravotní péči, lépe bydlí, jsou lépe finančně zajištěni. Senioři ovšem reflektují zhoršování všech těchto podmínek svého života (Wágnerová 2007).

3.2.3 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je dosažení určitého věku, který vychází z empirie obvyklého průběhu života a biologického stárnutí. Kalendářní stáří je snadno stanovitelné, tak aby vyhovovalo demografickým i jiným údajům. Nezahrnuje se sem však nic o individuálních involučních změnách a ani o sociálních rolích, o zlepšování zdravotního stavu seniorů a posunutí hranice stáří do vyššího věku. Existuje mnoho výjimek, kdy lidé stárnou rychleji (progerie) či naopak pomaleji a později (dlouhověkost) než je průměr, z čehož vyplývá, že biologický věk se neshoduje s věkem kalendářním. Dělení druhé poloviny lidského života dle Haškovcové (2010) je následující: 45–59 let střední nebo též zralý věk, 60–74 let vyšší věk nebo rané stáří, 75–89 let stařecký věk nebo sénium, vlastní stáří, 90 let a výše – dlouhověkost. Právě, dlouhověkost je v dnešní době již stále čtenějším úkazem, přesto ale tvoří dlouhověcí jen nepatrné procento populace. Obvykle bývá tento pokročilý věk vymezen hranicí nad 90 let, někdy bývá uváděno již dosažením 85 let. Také se toto období nazývá čtvrtým věkem, kdy dochází k rozvratu integrity a k deficitům takovým, že se člověk stává závislým v základních potřebách na druhou osobu. Většinou jsou ale tyto funkční deficity projevem chronických chorob. Zásahu na dlouhověkosti má zejména pokrok v oblasti medicíny a zvyšování životní úrovně (Čevela, Kalvach, et.al., 2012).

3.2.4 Historický pohled na stáří

Již v 19. století byl mikrobiolog a imunolog I.I.Mečnikov, nositel Nobelovy ceny, autorem vědní disciplíny gerontologie. Počátkem 20. století pak vznikl pojem geriatric (geriatrics) pro medicínskou problematiku stáří (Čevela, Kalvach, et. al., 2012).

Ve starověku se stářím a stárnutím zabývali téměř všichni velcí vědci a filozofové tehdejší doby nevyjímaje Platóna, Aristotela, Seneku, Cicera, Hippokrata, či Galéna. Všichni se shodovali v základním přístupu k prevenci stárnutí, kterou spatřovali především ve střídme stravě, tělesných cvičeních, dostatečném spánku apod. Cicero již ale navíc zmiňuje i důležitost intelektuálních aktivit a celoživotního učení. Aristoteles zdůrazňuje nebezpečí ztráty lidského tepla, která může zrychlit proces stárnutí.

Hippokrates se zase domníval, že i víno může blahodárně působit proti projevům stáří (Holmerová, 2015).

V průběhu středověku nedochází k žádným zásadním pokrokům. Objevovала se víceméně jen díla navazující na práce starověkých myslitelů či tajemné práce alchymistů hledajících elixír života. Určité tendence vývoje kupředu se objevují až v průběhu 18. století. Jedná se např. o dílo J. B. Fischera, který jej založil na klinickém pozorování stáří. Ke známým jménům, která se ve středověku zabývala stářím, patří F. Bacon, Erasmus Rotterdamský, či J. A. Komenský (Čevela, Kalvach, et.al., 2012).

Lidé si od nepaměti přáli žít dlouho a dožít se vyššího nebo vysokého věku. Historicky vzato se jen málo osob dožilo vlastního stáří. Být starým a chvíli žít jako starý bylo vysoce nepravděpodobné. Naši předci umírali v mládí nebo v dospělém věku především na infekční choroby. Když ale někdo měl štěstí a dožil se přece jen „požehnaného věku“, byl předmětem záviděníhodné úcty (Haškovcová 2010).

Po dobu několika staletí bylo vyzrálé stáří obtížně přijatelným obdobím života. Strach z přirozeného nástupu stáří podtrhuje vše negativní a negativistické. Staří lidé nejsou ani ceněni ani milováni. V posledních několika desetiletích došlo k tomu, že nepřátelské postoje vyústily ve skrývaný nebo dokonce v otevřený boj proti starým lidem. V angloamerické literatuře je pro agresivní, nepřátelské chování vůči starým lidem používán pojem ageismus (age - věk). U nás je ageismus vysvětlován jako averze vůči starým lidem a ke stáří jako takovému (Haškovcová, 2010).

3.2.5 Dnešní pohled na stáří

V současné době je stáří diskriminováno hlavně věkem starých lidí, v některých případech dokonce nejen skutečně starých. Například je celkem běžné, že zaměstnavatelé se ucházejí o pracovníky mladé, flexibilní, dynamické, a v neposlední řadě s prvotřídní znalostí počítačů, na kterých dnes závisí naše doba. Proto také v dnešní době vzniká celá řada programů s příležitostmi pro všechny. V těchto programech je důležité zabránit sociálnímu vyloučení z důvodu věku (Haškovcová, 2010).

V hledání odpovědí na otázku, co se vlastně mění ve stáří a jak se vyrovnat se stářím, je velmi těžké odpovědět jednoznačně. Od dětství do dospělosti se nám svět neustále otvíral, byla spousta možností a my jsme neomezeně mohli zkoušet mnohé. A díky

tomu jsme se cítili jako někdo. Pak ale přichází odchod do důchodu, limity se značně zkracují, přicházejí nemoci a upozornění na možnost smrti. Je tu najednou pocit, že dveře možností se již zavírají a není tak divu, že se toto projeví na psychice člověka (Křivohlavý 2011)

Druhá polovina 20. století pokračovala v rozmachu lékařské vědy, zlepšení životních podmínek a prevence. Tyto faktory vedly k velmi rychlému prodlužování naděje dožití. Staří lidé tak mohou žít déle a v kombinaci se snižováním plodnosti, které je typické pro moderní společnosti, dochází k postupnému stárnutí populací. Postavení gerontologie se tak ještě více umocňuje a na významu posiluje i gerontosociologie. Zásadní přínos gerontosociologie je spatřován v rozšíření okruhů zájmů spojených se stářím a stárnutím. Zatímco gerontologie akcentuje především průběh a příčiny samotného procesu stárnutí, fyziologické změny organismu, či optimální výživu, pak gerontosociologie se zaměřuje na problémy spojené s fungováním starého jedince ve společnosti. Mezi základní otázky gerontosociologie tak patří např. koncepce přípravy na stáří, úspěšného stárnutí, životního programu, kvality života apod. (Trachtová 2008).

3.3 Farmakoterapie ve vyšším věku

„Lékaři předepisující léky, o kterých vědí málo, nemocným, o kterých vědí ještě méně, na choroby, o kterých nevědí vůbec nic.“

(Voltaire)

Díky demografickým změnám a velmi výraznému stárnutí populace je nutné přizpůsobení zdravotních a sociálních služeb, soukromých a obecně veřejných služeb. Současně dochází i k vývoji nových léků a zvyšujícímu se počtu předepisovaných léků pro seniory. Za nejčastější příčiny při zhoršení zdravotního stavu s následnou hospitalizací geriatrických pacientů patří nežádoucí účinky léků a nárůst preskripčních chyb. Velmi důležitou součástí péče o geriatrického pacienta je individuální farmakoterapie (Fialová, 2007).

Nárůst počtu nesoběstačných a závislých seniorů samozřejmě s sebou přináší zvýšené nároky na zdravotní péči. Pokud bychom měli u geriatrických pacientů charakterizovat celkový stav, tak nestačí stanovit pouze jednotlivou diagnózu, ale je třeba se na pacienta dívat komplexně a tak i hodnotit jeho funkční zdravotní stav. (Holmerová, 2015).

3.3.1 Farmakoterapie versus stáří

Jak již bylo řečeno, geriatrická medicína se velice liší od klasické interní medicíny. Nemoci u starých pacientů se projevují atypicky a je potřeba stále si uvědomovat, že také atypické mohou být symptomatologie polékových reakcí. Tyto reakce se mohou projevovat ve změnách motoriky, soběstačnosti, pohybu a kognitivní dysfunkce. Může se objevit delirium demence, deprese a polékový parkinsonismus. Z tohoto důvodu dochází k nasazení dalšího léčiva a dochází k polyfarmakoterapii. Je odhadováno, že pouze třetina polékových reakcí je správně diagnostikována (Fialová, 2007).

V rozhovoru s vrchní sestrou z oddělení následné péče jsem se dozvěděla, že není výjimkou, pokud má pacient ordinováno 16 – 18 léků, spíše je to normální. Tuto skutečnost zjistila při vypracovávání podkladů pro výzkum pádů, kdy zaznamenává léky pacientů, kteří na oddělení upadli. Setkala se i s počtem 23 ordinovaných léků. Pacienti dostávají plné lékovky léků a není divu, že trpí nauzeou a bolestmi žaludku, nemohou je spolknout nebo je i odmítají. V současné době existuje mnoho kombinovaných léků obsahujících 2 až 3 látky, ale lékaři je neordinují a už vůbec neposlouchají názory sester. Bohužel se stane, že lékař ordinuje lék i duplicitně a na to je díky pozornosti sester upozorněno. Dle vrchní sestry se v současné době stále častěji stává i to, že pacienti si potají nechávají od příbuzných nosit různé léky, které potají užívají a neinformují lékaře. Na druhou stranu na obhajobu lékařů je nutné říci, že i lékaři usoudí, že některé léky pacient nepotřebuje, ale to se zase nelíbí některým pacientům a vyžadují léky zpět. Vrchní sestra ještě dodává, že stálý problém je v podávání generik. Je to neustálý boj. Z lékárny dodají generika dle aktuálních zásob nebo objednávek, lékaři je nepřepisují v dekurzech a sestry je podávají. Bohužel došlo i k pochybení v podání léku ze strany sestry.

3.3.2 Úloha sestry při podávání léků seniorům a její zásady

Mezi výkony, které sestra realizuje samostatně, patří podávání léků. Tato sesterská kompetence je definována legislativou dle vyhlášky MZ SR č.364/2005 § 2: „Sestra na základě indikace lékaře podává léky všemi dostupnými formami, intravenózně aplikovat léky a parenterální výživu podat může na základě písemného pověření lékaře“. Dále sestra dle vyhlášky MZ ČR 55/2011 Sb. přebírá, kontroluje, ukládá, podává léčivé přípravky, v rámci léčby realizuje různé intervence a hlavně má předpoklad pro práci se seniorem, má adekvátní vědomosti a zná zásady podávání léků v oboru geriatrické farmakoterapii (Zrubáková, Krajčák a kolektiv 2016).

První zásadou je identifikace pacienta, kterému jsou podány léky, a to dotazem na jméno, u pacientů s demencí nebo v bezvědomí sestra ověří identitu na identifikačním náramku. Druhou zásadou je kontrola léku. U léku sestra kontroluje název, sílu, množství, způsob a čas podání. Sestra podává lék, který je ordinovaný v dokumentaci. Ordinovaný lék lékařem po telefonu či ústně může sestra podat pouze ve výjimečné situaci, např. resuscitace jiného pacienta či lékař operuje na sále. Sestra zodpovídá za účinky léku, který pacientovi podala, pokud shledá pochybnost v ordinaci, musí ji ověřit. Čtvrtou zásadou jsou vědomosti sester o účincích léků. Sestra může podat jen lék, který je jasně označen na obalu. Tekuté léky, které změnilly barvu, sestra nesmí podat. V žádném případě nesmí být léky ponechané u lůžka, sestra vždy čeká, až pacient lék užije. Zejména u starých pacientů sestra kontroluje noční stolek, zda pacient nemá schované léky nebo nemá od rodiny donesené jiné léky (Zrubáková, Krajčák a kol.2016).

3.3.3 Faktory ovlivňující užívání léků ve stáří

Ve vyšším věku užívání léků ovlivňuje mnoho faktorů, které nazýváme farmakologické faktory, a patří tam například polyfarmacie, multimorbidita, také charakter onemocnění i chorobné a starobní změny organismu. Tyto faktory se podílí na osudu léčiva v organismu a my tak hovoříme o farmakokinetice. A o faktorech, které zasahují do účinnosti léčiv, hovoříme jako o farmakodynamice (Zrubáková Krajčák a kol. 2016).

Dle Kalvacha (2016) zjišťujeme, že geriatrická generace je v dnešní době velmi početná a široká, z hlediska kvantity dochází k větší spotřebě léků z důvodů narůstajícího počtu lidí s prodlužujícím se věkem v souvislosti s nárůstem zdravotních komplikací. Z hlediska kvalitativního dochází ke změnám bezpečnosti a účinnosti léčby. Tímto je myšleno, že poměr prospěchu a rizika dané léčby se u pacienta mění. Narůstající počet onemocnění (multimorbidita) u seniora podmiňuje narůstající počet užívaných léků. Aktuální praxe ve zdravotnictví je často ovlivněna zdravotními pojišťovkami a hlavně farmaceutickými firmami a v neposlední řadě samotnými pacienty a jejich příbuznými (hrozí právní postihy), (Valšířová, 2016).

Velkým problémem zdravotnictví je superspecializace a atomizace medicíny zejména při polypragmázii, kdy není přehodnocována medikace ve vztahu k aktuálnímu vztahu pacienta po pominutí důvodu intervence - „ať to vysadí ten, kdo to nasadil“. Pacient je léčen často paralelně a kontradikčně hned několika specialisty současně, klade se přehnaný důraz na ekonomiku, všude a všem chybí čas (Kalvach, 2016, s. 1).

Toto ožehavé téma se týká převážně pacientů s geriatrickou křehkostí. U těchto pacientů dochází k poklesu soběstačnosti, ke zvýšení funkčních deficitů se všemi důsledky pro kvalitní život spolu s narůstajícími náklady jak na sociální služby, tak i pobytové. K těmto pacientům se přistupuje s respektem v souvislosti smyslu a kvality jeho života. Často můžeme slyšet o přílišné pseudopaliativaci pacienta, kdy je posléze odstupováno od léčby kvůli zbytečnosti, například na ONP, LDN a v ústavech. Zvyšuje se účinek mnohých léků i rizikovost narůstá u mnohých léků např. u ATB, kdy dochází k rozporu mezi bakteriálním zánětem oproti střevní klostridiové enteritidě nebo u závažné dehydratace, při dyspeptickém syndromu či malnutrice. U psychofarmak se jedná o tlumení neklidu, bludu a delirií versus diakineze, hypotenze, pády. Pokud se týká antikoagulancií, jedná se o prevenci trombóz oproti riziku krvácení (Vašířová, 2016).

Ve své přednášce hovoří MUDr. R. Krombholz z psychiatrické nemocnice Bohnice v Praze o vzniku farmakologicky navozeného deliria. Popisuje u jednoho konkrétního pacienta i několik příčin vzniku farmakologicky navozeného deliria. A tak dochází z hlediska kvalitativního ke změnám účinnosti a bezpečnosti dané léčby u konkrétního pacienta. V současné době pokud se jedná o vysoce riziková léčiva podávaná u starších pacientů, tak by lékaři měli léky aktualizovat a modifikovat dle kritérií a screeningových nástrojů k hodnocení užívaných léčiv u seniorů. K bezpečnému

používání léčiv u seniorů nám pomáhají screeningové nástroje, přičemž k nejznámějším řadíme Beersova kritéria, která byla poprvé vydána v roce 1991 v USA. Tato kritéria jsou již opakovaně revidovaná a přizpůsobovaná aktuální situaci, naposledy v roce 2015 Americkou geriatrickou společností. Obsahují seznam léčiv potencionálně nevhodných pro seniory. Pro Evropu máme screening STOPP/START kritéria, neboli McLeodova kritéria, která upozorňují na léčiva, která mohou být chybně předepisována, anebo naopak v celé řadě případů se stává, že seniorovi nebyl předepsán potřebný lék (Vašířová, 2016).

Kritéria STOPP (Screening Tool of Older Persons Prescriptions). Kritérium vzniklo na základě výzkumu farmakoterapie geriatrických pacientů v univerzitní nemocnici v irském Corku a bylo uznáno mnohými mezinárodními odborníky. Jedná se například o léky, které u geriatrických pacientů zvyšují například riziko pádů a patří do skupiny rizikových léčiv chybně předepsaných lékařem a měly by se okamžitě stopnout (Mahony Gallagher, Ryan 2010).

Kritéria START (Screening Tool to Alert to Right Treatment) obsahují celkem 22 indikátorů, které upozorňují, kdy zahájit potřebnou farmakoterapii u geriatrických pacientů. Tyto indikátory poukazují na to, že některé léky jsou nezbytné pro léčbu a diagnózu u klienta. Bylo proto doporučeno, aby tato kritéria byla využívána v tandemu STOPP/START kritéria. Tato kritéria je možné využít jak v akutní, tak i v následné péči a dlouhodobé geriatrické péči. V zahraničí existují i další screeningové nástroje jako MAI (Medication Appropriateness Index), ARMOR (Assess, Review, Minimize, Optimize, Reassess). Vzhledem k odlišnostem farmakoterapie v USA byla pro Českou republiku v roce 2012 vytvořena Národní kritéria léčiv a lékových postupů nevhodných ve stáří (Mahony, et.al.2018).

Důležitou součástí geriatrické péče je vhodná farmakoterapie poukazující na možná rizika či vážných chyb preskripce. (Holmerová, 2015).

Farmakoterapie je jeden z nejdůležitějších problémů v geriatrii a velmi důležitou otázkou pro všechny lékaře, kteří se zabývají geriatrií. Screeningové nástroje poukazující na možná rizika a nejzávažnější chyby preskripce (i na nejčastější nedostatky ve smyslu nedostatečné preskripce) jsou velmi praktickou pomůckou, nikoli však náhradou za klinické individualizované rozhodování, při kterém musíme brát v úvahu názor, hodnoty a priority pacienta samotného, stejně tak jako prognózu

základního onemocnění, očekávanou délku dožití a funkční stav. Přes existenci screeningových nástrojů a řady různých dalších doporučení je farmakoterapie vyššího věku skutečně navýsost individuální záležitostí. Za velmi cennou považujeme spolupráci klinického farmaceuta v geriatrickém týmu (Válková, et al. 2010).

3.3.4 Rizika farmakoterapie ve stáří

Největší spotřebu léků v naší populaci mají právě senioři. Farmakoterapie ve stáří je komplikována řadou faktorů, včetně fyziologických změn, přítomností více onemocnění, funkčními změnami mentálních a fyzických schopností. Mění se i schopnost pacienta dodržovat doporučenou medikaci. Další rizikové faktory farmak ve stáří jsou například kardiovaskulární, kde dochází k ortostatické hypotenzi, arytmiie, synkopa, pády, gastrointestinální například průjem, zácpa, nevolnost, zvracení, nechutenství s rizikem malnutrice, ze strany centrálního nervového systému vzniká zmatenost, delirium, deprese. Nežádoucí účinky léků a lékové interakce jsou u seniorů častější než v mladší populaci. Farmakoterapie ve stáří vyžaduje specializovaný přístup a opatrnost v indikacích léčiv u seniorů (Suchý, Hromádka, 2011).

U seniorů by se měli zásadně předepisovat jen léky nutné, jejichž účinnost byla prokázána, a vždy postupovat na základě medicíny založené na důkazech. Většinou vždy existuje varianta bezpečnější pro pacienta, bez nežádoucích účinků, nebo alespoň minimalizovat na co nejmenší riziko. Nežádoucí účinky jsou tak časté a závažné, že při jakémkoli nejasném zhoršení zdravotního stavu u pacienta, zvláště pak u křehkých geriatrických pacientů, je nutnost vysazení alespoň dočasně všech postradatelných léků (Suchý 2011). Rizikové faktory vzniku nežádoucích reakcí na léky jsou rozděleny na 4 faktory: 1. ženské pohlaví, 2. hepatální, 3. renální insuficience, 4. předchozí polékové nežádoucí účinky. Starší pacienti snášejí špatně zejména léčiva, která působí v oblasti CNS. U seniorů podávání sedativních látek je reakce významně vyšší než u pacientů středního věku (Zubáková, Krajčák a kolektiv 2016)

3.4 Faktory ovlivňující stáří a nemoc

Péče o staré lidi má svá specifika a několik faktorů, která ovlivňují vývoj stáří a posléze nemoci. Tuto problematiku by měli sestry i lékaři dobře znát. Ošetrovatelská péče v geriatrii vyžaduje nejen základní vědomosti z ošetrovatelství a přiměřenou zručnost, ale i speciální poznatky o odlišných potřebách starší generace a způsobech, jak je uspokojit. Staří lidé, kteří jsou kvůli zdravotním problémům hospitalizováni na oddělení nemocnic, by měli mít možnost využívat jak zdravotní péči, tak i péči a ochranu rodiny, komunity v souladu s naším systémem kulturních hodnot, který je vlastní jejich společnosti. Potřebují zdravotní péči, která jim v rámci možností pomůže zachovat či vrátit úroveň dobré fyzické i psychické pohody, zabráni nemoci či ji oddálí, a v neposlední řadě také sociální a právní pomoc, které jim pomohou zajistit jejich ochranu a péči a zároveň si zachovat důstojnost člověka (Holmerová, Jurášková, et.al., 2007).

3.4.1 Důstojnost člověka

Pohled různých generací na problematiku důstojnosti se liší, protože je tato morální kategorie ovlivněna výchovou, prostředím i vlastními zkušenostmi. Důstojnost by se tak dala rozdělit na důstojnost interní a externí. Interní důstojnost zahrnuje hodnoty, které v sobě nosí každý jako jedinečná osobnost a které mu byly v průběhu života předávány okolím a zprostředkovány vlastními zkušenostmi. Externí důstojností by se pak daly označit ty hodnoty, které tomuto pojmu přisuzuje daná společnost, to znamená, co je z hlediska společenského důstojné a co ne. Obvykle v běžném životě tento pojem spojujeme s úctou, autonomií, osobní ctí a schopností o sobě rozhodovat. Většinou očekáváme, že naše okolí se k nám bude chovat slušně a s úctou. Pokud tomu tak není, pak se snažíme si tuto úctu získat. Problém nastává v okamžiku, kdy se nějakým způsobem stáváme závislími na svém okolí. Mnohdy v této situaci musíme bohužel přetrpět devaluaci vlastní osoby, ať už vyjádřenou verbálně, nebo neverbálně. Lidská důstojnost se realizuje a vyzdvihuje hodnoty lidského života respektováním jeho potřeb fyzických, duchovních, duševních i sociálních, vyjadřováním úcty člověku k člověku pouze na základě jeho lidství. Lidská důstojnost vyjadřuje požadavek zacházení s člověkem jako s člověkem a nikoli jako s věcí, vyjadřuje požadavek respektování všeho, co lidství představuje (Popovičová 2009).

3.4.2 *Ageismus*

Název vychází z anglického „age“, což v překladu znamená věk. Ageismus je potom společenský předsudek vůči stáří (Holmerová 2015).

Dnešní dobu označujeme jako moderní a technickou. Díky masmédiím se dozvídáme o kráse, úspěšnosti a zdraví mladého jedince, který si dokáže najít online všechny potřebné informace. Naproti tomu senioři se pro mnohé stávají přítěží, názory a zkušenosti dříve předávané z generace na generaci dnes téměř nikoho nezajímají, stáří je odmítáno a postupem času se toto odmítání stalo skrytým či otevřeným bojem proti seniorům. Jaký vztah ke stáří si vytvoříme, záleží na názorech a postojích, s kterými se setkáváme v rodině a ve společnosti. V rodině se učíme vztahu ke stáří a starým lidem napodobováním způsobů chování mladších členů ke starším. Obvykle se od rodičů přebírá hodnocení osobnostních změn, k nimž dochází u prarodičů a osvojuje se tak schopnost některé nepříjemné projevy stáří tolerovat nebo je naopak odsuzovat. Z jedné rodiny si člověk může odnášet úctu ke stáří, z jiné přesvědčení, že starý člověk nemá žádnou hodnotu a zaslouží si tak pohrdavé zacházení (Příbyl, 2015).

Ageismu lze přeložit jako diskriminaci podmíněnou věkem, především stářím. Jsou popsány dvě podoby ageismu. Jedna podoba zahrnuje tzv. hrubou otevřenou diskriminaci, kdy je člověk vyloučen z určité služby z důvodu věku, např. neprovedení výkonu nikoliv z důvodu odborného, ale z důvodu úhradových či kapacitních. Častější je ovšem diskriminace na základě funkčního zdraví, jinak řečeno dochází k diskriminaci křehkých lidí v souvislosti s geriatrickou křehkostí neboli frailtizmem (Čevela, Kalvach, et.al., 2012).

Ageismus se dle přístupu dělí na benevolentní neboli pozitivní, který vlastně seniora ochraňuje. Celkově pohlíží na starého člověka jako na moudrého, zkušeného, plného porozumění a zachovávajícího tradiční hodnoty. Více viditelným je ageismus negativní neboli hostilní. Ten nese záporné postoje k seniorům, které se týkají řady oblastí. Snad k nejčastějším předsudkům vůči starším lidem patří, že jsou nesoběstační, nemocní, invalidní nebo je trápí špatné zdraví. Třetí přístup je ambivalentní ageismus, kdy dochází ke kombinaci obou předchozích. Hlavním zdrojem ageismu je smrt, která je stále tabuizována. Společnost stárne a je zapotřebí změnit ageistický postoj pomocí posilování úcty a tolerance ke starému a nemocnému člověku neboli posilovat ageismus pozitivní např. poukazováním na moudrost a zkušenost starších spoluobčanů.

Nápomocna jsou i masmédia, která se stále více zaobírají trestnou činností páchanou na seniorech nebo týráním seniorů (Příbyl, 2015)

Ageismus ve zdravotnictví se může vyskytovat v měřítku individuálním a skupinovým, které devalvují chování, ignorování osobního tempa seniora, vyhýbání se kontaktu se seniorem, nerespektování běžných etických a právních norem, nevhodná úprava zevnějšku, předpoklad nesoběstačnosti a vytváření pocitů závislosti. V měřítku systémovém, mezosociálním i makrosociálním – rozpočtová politika a omezování výdajů, odpírání či omezování nákladných léčebných postupů z důvodu věku, nepřiměřené hodnocení kompetencí a rozhodovací možnosti seniora, špatné zacházení se seniory (Pokorná 2010).

Dle staniční sestry oddělení následné péče se ageismus bohužel objevuje čím dál častěji, a to nejen u některých sanitárek, které různými grimasami, či nevhodným slovem dávají najevo svou nadřazenost a snaží se seniora „vychovávat“, ale i u sester nebo bohužel i lékaře, který některé otázky týkající se pacientů řeší mávnutím ruky a odpovídá: „To nebudeme řešit, podívejte se na ten věk nebo vždyť už je starý, nemá to žádnou cenu“. Naproti tomu jiný lékař ordinuje opakované odběry na stejná vyšetření obden, odesílá pacienta k nepotřebným vyšetřením s odůvodněním „aby rodina měla pocit, že o pacienta je dobře postaráno“. A asi nevíce smutné je, když staniční sestra líčí chování lékařů při velké vizitě, kdy ageismus je jejich kolega. Lékaři komunikují o pacientovi se všemi, jen ne sním, rozhodují, léčí, ale většinou bez souhlasu pacienta. Odmítání starých a nemocných lidí, snižování jejich hodnoty a odsouvání do ústraní, to je bohužel jev současnosti. V posledních letech se sice pro potřebné a staré lidi již mnohé udělalo, ale určitě to stále nestačí.

Práce pro nejzranitelnější členy společnosti je nikdy nekončící proces, který je úzce spjat s výchovou nastupujících generací k úctě k těmto lidem a k preferenci vnitřních hodnot člověka. Není ničím novým, že úroveň a morální vyspělost společnosti se pozná podle kvality péče o děti a staré lidi, tedy o ty členy, kteří jsou citově, fyzicky a ekonomicky závislí na druhých. Svůj obraz stáří si většinou vytváříme přes konkrétního starého člověka, se kterým žijeme nebo se kterým se často stýkáme. Pro někoho je starý člověk symbolem jistoty, klidu, životních zkušeností a moudrosti, jiný má stáří spojeno s mrzutostí, nespokojeností, hádavostí a podezíráním (Pokorná, 2010).

3.5 Stáří ovlivněno nemocí nebo nemoc ovlivněna stářím

Je stáří nemoc? Odpověď na tuto otázku hledá spousta odborníků a vědců, někteří jsou dokonce přesvědčeni, že ano, stáří nemoc je a vše chtějí změnit. Žádají totiž Světovou zdravotnickou organizaci, aby stárnutí překlasifikovala jako nemoc. Jako například skupina vědců z amerického institutu Univerzity Johns Hopkins Insilico Medicine. Bude to znít zřejmě až jako science fiction, jsou ale ve své třídě odborníci. Jejich specializací je tvorba počítačových simulací studující šíření různých nemocí a taky snaha přijít s léky na ně – v minulosti Insilico například napomohl ke zlepšení definic prvních příznaků rakoviny i optimalizaci látek pro zpomalení stárnutí. Stárnutí našich těl je neodvratný proces, který napříč historií nikdy nikdo nedokázal zastavit. Na toto téma vznikla a vznikají umělecká díla i vtipy, a ač se v medicíně podařilo velmi výrazně posunout průměrný věk dožití i potlačit nežádoucí projevy věku, na neodkladném procesu stárnutí se nic nemění. Je více než jasné, že stáří je ovlivněno nemocí a naopak. A když uvěříme, že stáří nemoc je, tak vlastně dříve či později, onemocníme vlastně všichni (Pubmed, The journals of gerontology 2018).

3.5.1 Nemoc

Definice pojmů nemoc je podle Světové zdravotnické organizace (WHO) zní „*Nemoc je stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů.*“ Nejčastěji za vznik nemoci je odpovědný jeden či více činitelů, a to jsou například zevní vlivy (fyzikální, chemické, bioklimatické, mikroorganismy, špatná výživa), vnitřní vlivy (např. vývojová fáze jedince, dědičnost, vrozené vady), nesprávná odpověď organismu (poruchy imunity), psychogenní příčina (např. dlouhodobý stres, typické u psychosomatických onemocnění), esenciální a sekundární forma nemoci - esenciální forma je základní prvotní onemocnění, které často mívá i nejasnou etiologii a ze kterého se odvine onemocnění další – sekundární, jako jeho přímý důsledek, např. prvotní onemocnění ledvin (esenciální onemocnění) může jako přímý důsledek (sekundární onemocnění) způsobit např. hypertenzi (Velemínský a kol., 2005). To, která škodlivina působí, jak dlouho, na jakém místě, a to, v jakém stavu je napadený organizmus (jeho odolnost, obranné schopnosti, věk jedince a prostředí, ve kterém žije), rozhoduje o tom, jakým způsobem se projeví účinky choroboplodných příčin (Gurková 2017).

3.5.2 Medicinalizace přirozeného stáří

Medicinalizace je termín, kdy se tělesný nebo duševní stav člověka převádí do lékařské formy a tím některé sociální otázky nebo fyziologické aspekty v životě jsou medicinalizováni. Lékaři tímto získávají dominanci nad společností, která přesahuje jejich kompetence. To vlastně znamená, že například stáří, které je již od zrození lidstva procesem v lidské etapě života, dostává označení v lékařské terminologii a je chápáno jako lékařský problém a má být řešen lékařskou intervencí (Bartlová, Matulay 2009).

Je velmi důležité si dnes uvědomit, že stejně jako dětství, puberta nebo dospělost tak ani stáří není nemoc, ale je to jedna z našich životních období. Je to náš věk, kterého dosáhneme všichni. Řada lidí bere stáří jako nezbytnou skutečnost, ovšem přijetí tohoto faktu je velmi rozdílné. Již od pradávna se hledají elixíry mládí, které by zastavily stárnutí nebo ho alespoň zpomalily. I dnes se snažíme stáří různě obelstít, ať už farmakologicky nebo chirurgicky. Také sestra se setkává s pacienty, kteří individuálně dávají najevo svůj postoj ke stáří, a ne každý svou životní etapu dokáže přijmout s nadhledem. Ve zdravotnických zařízeních se bohužel setkáváme s tím, že i když starý člověk doposud nahlížel na svůj věk jako na běžnou situaci, tak tady ztrácí to, co jej udržovalo v relativní pohodě, a to je soběstačnost, nezávislost. A vůbec není divu protože, společnost vyzdvihuje krásu, mládí, dokonalost a stáří je dnes skutečně negativní image. (Křivohlavý 2011)

3.5.3 Demedicinalizace přirozeného stáří

Demedicinalizace znamená, že komplexní péči a zajištění starého člověka neřeší medicína, ale péče o staré občany se převádí do sociálních služeb, ambulantní zdravotnické péče a do celospolečenských sfér (Kalvach et al. 2008).

Na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří v roce 1982 byla navržena koncepce péče o seniory, která je označována jako 4xD. Jako první je bod výše uvedená demedicinalizace. Dalším bodem je deinstitucionalizace, který poukazuje na fakt, že péče o seniory se nedá realizovat pouze v institucích (nemocnice, soc. ústavy apod.). Je tedy třeba posílit a rozvíjet domácí a komunitní péči. Dalším a to třetím bodem je deprofesionalizace, kdy společnost nebo rodiny se domnívají, že péče o seniory má převzít pouze profesionální zdravotník, ale opak je pravdou. Tato zodpovědnost neleží přece pouze na odbornících, ale na každém z nás, ať už je to laik, rodina a převážně

každý, kdo je ochoten a schopen péče o druhého. Posledním čtvrtým bodem je v koncepci je deresortizace. Každý resort lidské činnosti může udělat něco, cokoli pro starého člověka a každý zdravý a ekonomicky činný jedinec by měl znát potřeby seniorů a neobracet se zády k seniorské problematice, neboť se bude týkat i jeho samotného (Medvik 2014).

3.5.4 Geriatrizace ošetrovatelství a medicíny

Oddělení geriatric v nemocnicích nenajdete, pod tímto názvem se schovává oddělení následné péče. Oddělení následné péče se v současné době potýkají s personálními, finančními i systémovými chybami a problémy. Tato zařízení jsou převážně pro pacienty k doléčení, k rehabilitaci, ale určitě nejsou určena k sociálním pobytům klientů, což se vyskytuje velmi často. V našem systému zdravotnické péče je propast, chybí mezičlánek mezi následnou péčí a domovem pro seniory. Senioři zůstávají v nemocnici mnohem delší dobu, než je potřeba, protože nemají vlastně kam jít a následkem je bezvýchodná situace pro klienta, pro rodinu i pro personál. V současné době je následná péče, nebo LDN veřejností vnímána spíše negativně, ale zároveň je velmi často cítit neochota, mnohdy také beznaděj, situaci svého rodiče či prarodiče řešit jinak než umístěním na oddělení následné péče. Je to opravdu uzavřený kruh, ze kterého není bez vnějšího zásahu východiska (Čeled'ová, Kalvach, Čevela 2016.)

3.5.5 Paliativní medicína v geriatricii

„Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.“

(Vorlíček, Sláma, 2012, str. 67)

Definice paliativní péče je hned několik, ale vždy se klade důraz na kvalitu života, řeší se nežádoucí symptomy a zabývá se především léčbou a péčí o chronicky nemocné, s aktivním onemocněním, progredujícím a pokročilým stádiem nemoci. Paliativní léčba a péče není jen péče o lidi v terminálních stádiích, ale neméně důležitá je u lidí s chronickým nevléčitelným onemocněním. Velmi výstižná je definice dle WHO, kde se uvádí velmi důležitá věta, že péče paliativní medicíny zahrnuje péče nejen o nemocné,

ale i jejich rodiny a blízké. Pokud to tak není, je zcela nemožné hovořit o kvalitní paliativní péči i léčbě (Marková 2010).

Pokud se zeptáme, jaká je v Česku úroveň paliativní péče, odpověď zní, že to nevíme. Můžeme s určitostí říct, kolik lidí umřelo, na co, v jakých zdravotnických zařízeních, kolikrát byli hospitalizováni. Jestli se ale pacientům poskytovalo to, co si přáli, nebo se tam ocitli proto, že to nešlo jinak, nevíme. Nevíme, ani jaká byla úroveň péče, a to proto, že v Česku zatím neexistuje systematický sběr dat o kvalitě péče, takže jsme odkázáni na sondy v nemocnicích a kazuistiky toho, co lékaři, sestry, pacienti a hlavně pak jejich příbuzní vydávají jako svědectví (Skála 2011).

V českém zdravotnictví je bohužel smutným faktem, že zatím lékaři nemají ani jasno v tom, komu vlastně paliativní péči poskytovat a hlavně jakým způsobem. Jasní kandidáty jsou onkologičtí pacienti v terminálním stadiu, často se ale zapomíná na to, že by z péče profitovali také třeba pacienti v geriatrici, lidé s pokročilou Alzheimerovou chorobou, s orgánovým selháním, CHOPN či jakoukoliv další nemocí, na jejíž vyléčení je medicína krátká (Sláma 2017).

Důvodem je také to, že u některých chorob je velmi obtížné určit prognózu. Zatímco u generalizované rakoviny bývá zřetelné, že má pacient před sebou měsíce či týdny života, určit něco takového například u geriatrické křehkosti je velmi náročné, až nemožné. Nedochozí totiž k žádným závratnějším symptomovým zvratům, ale život z nemocného pomalu odchází. U orgánových selhání zase pacient často prodělává akutní zhoršení, která si vyžadují přijetí do nemocnice, pak se ale může na nějakou dobu jeho stav zlepšit. Rozpoznat, která z epizod bude terminální, je velmi problematické. Pacienti tak mohou žít týdny, ale i roky, k čemuž výrazně přispívá vhodně zvolená péče. Velmi důležité v paliativní péči je rozpoznat, kdy pacient již nepotřebuje žádné léky ani infuzní terapii a kdy je ještě potřeba lékařské intervence. V dnešní době lékaři léčí do posledního chvíle, i když je to pro pacienta vlastně zatěžující, ale určit okamžik, kdy je třeba všechny léky stopnout, se v dnešní alibistické době nedaří (Kabelka 2017).

Dle slov MUDr. Ondřeje Slámy „Různí pacienti potřebují různé formy paliativní péče, a to po různě dlouhou dobu. To je koncept, který ještě v českých nemocnicích, v hlavách našich kolegů lékařů a manažerů, v legislativě a veřejném prostoru není – když se o paliativní péči diskutuje, máme tendenci ji vnímat tak, jak ji prezentuje onkologická

pacientka, tedy poslední dny až týdny života. Jde ale o mnohem širší období, kdy pacienti můžou profitovat z efektivní paliativní intervence,“

3.5.6 Medicinalizace umírání neboli léky v paliaci

V současné době je umírání tabuizováno a vytrženo z rodinného života. Stalo se výhradně lékařskou záležitostí, patologií, něčím, co se má léčit za každou cenu, což znamená, že smrt se oddělila od přirozeného lidského života. Úspěchy medicíny a velký pokrok v diagnostice a léčbě umožňují dnes nejen zachraňovat životy, ale také je velmi zdárně prodlužovat, aniž by se pomyslelo na etický problém, a to na důstojný odchod z tohoto světa. Tento problém se jmenuje dystanázie neboli zadržovaná smrt (Marková 2010).

Jak jsem se dozvěděla od sestry z oddělení následné péče, je toto velmi běžné a vypráví: „Velmi je mi líto pacientů, kteří umírají, jsou opravdu v terminálních stádiích a naši lékaři léčí a léčí.“ Jako příklad uvádí konkrétní devadesátiletou somnolentní pacientku po těžké CMP, inkontinentní, zavedena NGS, kachetická, pergamenová kůže po celém těle, kontraktury dolních končetin, rodina je z tohoto jejího stavu velmi nešťastná a přála by si pro maminku klidné a brzké vysvobození a své přání řekli i lékaře. Ta jakoukoli změnu léčby a přístupu odmítla a i nadále při jakékoli nové infekci se podávají poněkolkáté ATB a jsou přidávány nové léky, zvažuje se PEG místo NGS. Pacientka, i když u ní převažuje somnolence, kontakt nenavazuje, tak si přesto vytrhává všechny vstupy, a proto je tlumena a kurtována. Dle sestřičky je toto nelidské a nedůstojné a lékaři by se měli více vzdělávat v oboru paliativní medicíny.

3.6 Ošetřovatelská péče seniorů na následné péči

Geriatrická ošetřovatelská péče na oddělení následné péče může plnit svou roli jen prostřednictvím promyšleného a plánovitého přístupu, jehož příkladem je péče aplikovaná metodou ošetřovatelského procesu. Cílem posouzení klienta je vytvoření databáze jeho odpovědí na změny, které přináší stáří, na zdravotní potíže, na choroby, jimiž trpí, se zřetelem na jeho potřebu ošetřovatelské péče. Je nutné orientovat se především na ty potřeby, které byly stářím či chorobou modifikovány, případně vznikly jako jejich důsledek. Hlavními metodami sběru údajů je rozhovor zaměřený na získání

sesterské anamnézy, fyzikální vyšetření a funkční testy. Sestra samozřejmě nesmí zapomenout ani na výsledky laboratorních testů a vyšetření, jež celkovou informaci o starém člověku dokreslují a rovněž se podílejí na ošetrovatelském diagnostickém závěru. Důležitým úkolem lékaře je veškeré tyto výsledky a informace jak od sestry, tak i od pacienta vyhodnotit a podle toho se řídit při ordinaci lékařské terapie, neboť na něm závisí, jak moc pacienta zatíží, nebo naopak pomůže a zkrátí tím pobyt na lůžku (Hudáková, Majerníková, 2013).

Jak je zmíněno výše, u geriatrického pacienta, potažmo u pacienta s geriatrickou křehkostí, je nejdůležitějším cílem ošetrovatelské péče udržení maximální soběstačnosti gerontologického pacienta v souvislosti s prevencí a léčbou geriatrické křehkosti. Prioritou ošetrovatelské péče je člověk, který má své problémy a potřeby. Jak již bylo zmíněno, základem pro posouzení ošetrovatelské péče je vytvoření databáze odpovědí pacienta, týkajících se dosavadního života a všech oblastí např. zdravotní, emocionální, biofyzikální, kulturní i náboženské, vždy se zřetelem na zvláštnosti seniorského věku. Ošetrovatelská péče je orientována především na potřeby geriatrického pacienta a cílem je udržení maximální soběstačnosti a optimálního zdravotního stavu, uspokojování potřeb. Jinak řečeno poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči s ohledem na etické principy a práva pacientů (Příbyl, 2015).

3.6.1 Ošetrovatelská teorie potřeb dle Abrahama H. Maslowa

Abraham H. Maslow (1908-1970), americký psycholog, vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Zdůrazňuje v ní těsné propojení filozofie a psychologie. Navrhuje, aby předmětem zájmu psychologů se stala také filozofie hodnot. Dle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, neboť některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. Hierarchicky organizovaný systém podle A.H.Maslowa: Fyziologické potřeby: objevují se při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu. Slouží k přežití. Jedinec většinou dělá všechno proto, aby uspokojil fyziologické potřeby dříve, než se stanou aktuální. Stávají se dominantní a ovlivní celkové chování a jednání člověka (Malíková 2010).

Potřeba jistoty a bezpečí: je potřeba vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti. Objevuje se vždy v

situaci ztráty pocitu životní jistoty. Potřeba lásky a sounáležitosti: jde o potřebu milovat a být milován. Potřeba náklonnosti, sounáležitosti, potřeba být sociálně integrován vystupuje v situacích osamocení a opuštění (Mlýnková 2011).

Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty vlastně se jedná o dvě potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu a důvěry v okolním světě. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí a vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence a důvěry. Potřeba seberealizace vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry. Člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být (Trachtová 2013).

3.6.2 Funkční geriatrické vyšetření (FGV)

CGA Comprehensive Geriatric Assessment je dnes stále více využívaným způsobem celostního pohledu na seniora, na jeho zdravotní stav, mentální stav a funkční možnosti v rámci stávajících onemocnění. Význam hodnocení využívá jak pacient, tak i ošetřující lékař v rekonvalescenci nebo na oddělení následné péče, při hodnocení rizik a potřeb nemocného u většiny onemocnění. Posuzuje se funkčnost, zdatnost a schopnost soběstačnosti (ADL, IADL), psychické a mentální schopnosti (MMSE - Mini Mental state examination), posouzení nutričního stavu (MNA - Mini Nutritional Assessment), také i psychosociální problematika nemocných je součástí posouzení zdravotního stavu a jeho rezerv. Funkční geriatrické vyšetření poskytuje komplexní náhled na nároky a potřeby možných způsobů přístupů s cílem zachovat nebo zlepšit stav nemocného při zlepšení kvality života konkrétního člověka. Zaměření funkčního geriatrického vyšetření je na specifické potřeby ohrožených seniorů, kteří pro komplexní klinické postižení a riziko deficitu nebo deficitu soběstačnosti vyžadují individuální přístup a péči. Zhodnocení stavu výživy seniora je důležitá součást každého funkčního geriatrického vyšetření (Kozáková, Jarošová 2010). Autoři Delphi studie také doporučují FGV jako vhodnou metodu posouzení malnutrice u geriatrických pacientů. Poskytující náhled na rizikové faktory a komorbidity, které jsou základem malnutrice v somatické, psychické, funkční a sociální oblasti (Kuckir et al.2015).

3.6.3 Ošetrovatelská péče v uspokojování potřeb křehkých nemocných

Ve stáří jsou zvýrazněny především fyziologické potřeby. Na základě několika publikovaných průzkumů je dokázáno, že staří lidé preferují z fyziologických potřeb jídlo, mají problémy s vyprazdňováním, chtějí více spánku a odpočinku, přejí si být bez bolesti a mít teplo a pohodlí. Ubývá potřeba hydratace, aktivity, hygieny a sexuální potřeby. Z psychosociálních potřeb se zvýrazňuje potřeba jistoty, bezpečí, lásky a sounáležitosti. Pokud z těchto potřeb něco seniorovi schází, velmi lehce a často se jakákoli potřeba zamění za nemoc. Dominantou seniorských klientů na následné péči jsou převážně staré osamělé ženy a ty také, spíše než muži, mají sklon ve všem hledat nemoc a řešit ji pilulkou. V dnešní populaci se ženy dožívají vyššího věku než muži, ale zároveň vykazují vyšší míru disability a zdravotního onemocnění jako je osteoporóza s následnými zlomeninami, Alzheimerovy choroby, také menší svalová síla než u mužů je pro ženy další faktor pro častější hospitalizaci (Kalvach, Čeled'ová, et.al., 2011).

3.6.4 Specifické potřeby u geriatrického pacienta na ONP

Identifikování potřeb u seniorů je složitější, protože geriatrickí pacienti jsou často limitováni nějakým problémem nebo postižením (Příbyl 2015). Každá z potřeb u seniora, ať už fyziologická nebo sociální, velmi snadno skončí v nekonečné spirále medicinalizace anebo se potřeba seniora zamění za nemoc (Čeled'ová, Kalvach, et.al., 2016).

U hospitalizovaného pacienta seniora se především jako první snažíme uspokojit jeho fyziologické potřeby, ať je to výživa, vyprazdňování, bolest, spánek, pohyb. Sestra by měla dokázat odhadnout, zda jsou potřeby uspokojeny, ale pacient to vlastně může cítit jinak. Jde o subjektivní hodnocení. Například si myslíme, že pacient dobře jí, nehubne, ale jemu přitom jídlo nechutná a potřeba je tedy neuspokojená. Nebo se může zdát, že když je pacient v nemocnici, měl by se cítit v bezpečí, ale opak bývá pravdou. Setkáváme se spíše s tím, že pacienti se bojí, nedůvěřují personálu, jsou spíše vystrašení. Pro některé nemocné seniory jsou jednou z nejdůležitějších potřeb duchovní pomoc. Dnes už každé nemocniční či sociální zařízení disponuje a poskytuje duchovní služby v podobě kněze nebo kaplana. Pokud tuto úlohu plní sestra, je velmi důležité umět naslouchat, dát najevo úctu a zájem o pacienta samotného. Pokud si lékař či sestra pacienta získá, je o to snadnější se vyhnout chybě v diagnostice a následné léčbě.

Spiritualita je v některých případech tou nejdůležitější a nezbytnou potřebou pacienta (Kabelka 2016).

3.6.4.1 Porucha výživy, malnutrice

Porušenou či nedostatečnou výživou je označován stav, kdy příjem živin nekryje metabolické potřeby organismu. Porucha výživy, menší příjem než je tělesná potřeba, vzniká v souvislosti s neschopností přijímat nebo trávit potravu z příčin biologických, psychických či ekonomických. Mezi rizika biologická řadíme zvýšené metabolické požadavky organismu např. v důsledku popálenin, bolestí a křečí v břiše, neschopnosti zajistit tělu živiny při malabsorpci, ale často i v důsledku omezené hybnosti. Riziky psychickými rozumíme strach, úzkost, odpor k jídlu bez zjevné somatické příčiny, snížený příjem v důsledku deprese. Rizika ekonomická spočívají v nedostatku peněz a celkového nedostatečného sociálního zabezpečení starého člověka. Porucha výživy, větší příjem, než je tělesná potřeba, souvisí s přejídáním většinou v důsledku stresu, nedostatku pohybu a nevhodných stravovacích návyků (Pokorná 2013).

V dnešní době je u 85 % seniorů zjištěna nedostatečná výživa. Na tento nedostatek nás upozorňuje hned několik příznaků, a to únava, slabost, nedostatek energie a v neposlední řadě svalový úbytek, kdy dochází k odbourávání bílkovin, nejprve plazmatických proteinů a proteinů ve svalech (Schuler a Oster 2010).

U gerontologického pacienta může malnutrice vznikat z mnoha příčin, mezi ty nejčastější můžeme zařadit defekty v dutině ústní, nevhodná nebo nadměrná kombinace léků, onemocnění, psychické poruchy, sociální faktory (Pokorná 2013). Podvýživu u geriatrického pacienta dělíme do několika stádií. Jako první stádium je malnutrice a je to podvýživa způsobená především špatným kvantitativním složením výživy. Druhým závažnějším stupněm je karence, která vzniká z důvodu dlouhodobého deficitu špatné výživy nebo přítomností škodlivých látek v potravě. Třetí stupeň podvýživy nazýváme marasmem, a to se již týká totálního hladovění anorexie. Nejzávažnějším stádiem je kwashiorkor, což je stav, kdy pacient nepřijímá žádné bílkoviny a jeho stav ho ohrožuje na životě (Pokorná 2013).

Lékařský a zdravotnický personál by měl mít na paměti důležitost provádění hodnocení nutričního stavu u seniorů a zhodnotit zejména kognitivní a funkční schopnosti, které jsou rizikovým faktorem pro vznik malnutrice. Nutriční screening se provádí při příjmu,

měl by být jednoduchý, srozumitelný a jako první nás informuje o stavu výživy pacienta. Ukáže, v jakém stavu se pacient nachází, zda může jíst či nepotřebuje zvláštní dietní opatření. Při hospitalizaci na následné péči se pravidelně pacienti váží a dělají nutriční rescreeningy, přepočítává se BMI a při úbytku váhy se řeší změna diety, přidávají se do jídelníčku nutriční doplňky, jako jsou například nutridrinky dle potřeb pacienta. Nutridrink je tekutá výživa speciálně vyvinutá pro pacienty se zvýšenou potřebou energie a nedostatečným příjmem živin. Může sloužit jako částečná nebo úplná náhrada stravy pro pacienty trpící podvýživou související s onemocněním. Existují také varianty tekuté výživy určené pro pacienty s podvýživou při nádorových onemocněních, proleženinách, při zvýšené potřebě bílkovin či při jejich sníženém příjmu, ale také pro pacienty s cukrovkou. Vyváženost stravy dle stavu seniora je neméně důležitá jako jakákoli jiná potřeba. Neboť špatná výživa zapříčiní spoustu onemocnění, anebo komplikací, kterým by se mohli pacienti zcela vyhnout (ADAMS 2008).

3.6.4.2 Deficit objemu tekutin

Deficit objemu tělesných tekutin neboli dehydrataci definuje NANDA jako stav, kdy dochází ke snížení intravaskulární, intersticiální nebo intracelulární tekutiny, provázený změnou hladiny sodíku je deficit hypertonický, hypotonický. Jedná-li se o stav se snížením objemu tekutin beze změn hladiny sodíku je deficit izotonický. Deficit objemu tekutin vzniká u starých lidí v souvislosti se sníženým příjmem tekutin pro snížený pocit žízně, při podávání diuretik a nedostatečné saturaci tekutin, nadměrnými ztrátami tekutin při průjmech, zvracení a zvýšené tělesné teplotě, při poškození ledvinných funkcí a často také pouhou neznalostí potřeby přijímat adekvátní množství tekutin. Zvýšený objem tělesných tekutin se objevuje v souvislosti s poruchou regulačních mechanismů, při nadměrném příjmu NaCl, při podvýživě či orgánovém selhávání (Pokorná, 2013).

Dehydratace jako taková může být a často bývá příčinou k přijetí seniora k hospitalizaci a představuje problém, který ovlivní celkový stav a kondici pacienta. Dehydratace zhoršuje průběh jiných onemocnění a má na organizmus negativní dopady. Dlouhodobý nedostatek tekutin způsobuje bolesti hlavy, zmatenost, zácpy, poruchu funkce ledvin a v

neposlední řadě i srdeční cévní onemocnění, a na dlouhou dobu opět pacienta zatíží dávkou dalších léků a infuzí, které jsou potřeba v této situaci podat (Pokorná, 2013).

3.6.4.3 Omezená pohyblivost, syndrom imobility

Na odděleních následné péče, hlavně u seniorů, nastávají velmi rychlé změny v celém organismu z důvodu dlouhodobého upoutání na lůžku. Některé projevy se objevují během několika hodin, jiné se rozvinou do několika dnů a týdnů. Cílem zdravotního týmu a pečujících je vést seniory ke zvládnutí soběstačnosti s využitím veškerých dostupných kompenzačních pomůcek a vlastních schopností a zabránit tak projevům imobilizačního syndromu (Kleťková 2017).

Při ztrátě pohybových činností dochází k atrofii svalů, degenerativním změnám vaziva i kloubních pouzder. Po 4-6 týdnech nečinnosti se snižuje objem svalstva až o 10-60 %. Metabolické změny uvolňováním většího množství vápníku vedou ke zlomeninám a osteoporóze. Osteoporóza je patrná zvláště v oblasti přetížení páteře, kyčlí, kolen a chodidel. U seniora jsou v důsledku imobility během dvou dnů zkráceny extenzory a vazivo, zvláště u dolních končetin. Pokud těmto změnám nezabráníme správnou ošetrovatelskou péčí, starý člověk se již nedokáže postavit, neudrží už svou tělesnou hmotnost při pokusu o stoj. Zdůrazňuje se polohování, aktivní i pasivní cvičení. Jen tak se zabrání změnám. I vleže může senior posilovat svaly dolních končetin, zvedat dolní končetiny pod dohledem zdravotníka. Pokud zvládá chůzi, je důležité, aby se denně prošel s chodítkem nebo o berlích. Pokud chůzi zvládá sám, je třeba dohlédnout, aby si nepřivodil pád (Labáková, Mlčochová, 2012). Vždy je třeba vypracovat individuální plán pohybových činností podle schopností seniora. Pohyb patří mezi nejzákladnější potřeby lidského organismu. Pohyb má pozitivní vliv nejen na biologickou stránku seniora, ale také na jeho psychiku, socializaci a integraci do společnosti. Pohyb také napomáhá k udržení denního rytmu seniora. Při nedostatku pohybu člověk upadá do pasivity a někdy se také kvůli tomu stává sociálně izolovaným. Tento stav může vyústit až do depresí (Haškovcová 2010).

Pokud má jedinec nedostatek pohybu, dochází k nedostatečné stimulaci základních fyziologických procesů, což se následně negativně projevuje propuknutím různých nemocí. Pravidelná fyzická aktivita má prokazatelně kladný vliv na diabetes mellitus 2. typu, osteoporózu, artritidu, je prevencí kardiovaskulárních onemocnění, vzniku

rakoviny, obezity a dalších. Významný vliv má pohyb také na kognitivní funkce a na kvalitu spánku. Hlavním cílem pohybových aktivit u seniorů je fyzická a psychická zdatnost. Nejde o sportovní výkony, ale o udržení mobility, která ovlivňuje soběstačnost seniora při provádění běžných denních činností, zajišťuje sebevědomí a kvalitu života (Labáková, Mlčochová, 2012).

„Dle fyzioterapeutky pracující na následné péči vše souvisí se vším a u seniorů to platí dvojnásob. Bohužel s kapacitou fyzioterapeutů určených na lůžka následné péče je nereálné nějak zásadně něco měnit, pokud nepomůže rodina nebo soukromý sektor. Každý pacient, a to je myšleno doslovně, by si zasloužil aktivní fyzioterapii po jakékoli nemoci. Pomohla by mu mnohem více než hrst tablet a doplňků na pohybový aparát. Kontakt s rodinou nejvíce pomáhá seniorovi překonat úskalí pobytu na lůžku a pohybu. Ovšem nastává problém, když rodinné kontakty nefungují a návštěvy rodiny jsou sporadické. Potom se vlastně rodinou stávají zdravotníci, fyzioterapeuti a pečující a senior na ně mnohdy klade velké nároky, které se nedají zcela splnit. Také je vhodná spolupráce s dobrovolníky, kteří se bez časové tísně seniorovi věnují. A samozřejmě je důležitá týmová spolupráce ošetřujícího personálu s konkrétním seniorem v souvislosti s jeho onemocněním“

3.6.4.5 Riziko pádu s následným úrazem

„Pád je definovaná změna polohy končící kontaktem se zemí. Pád může být doprovázen poruchou vědomí a poraněním.“ (Dvořáčková, 2009, s. 79).

Nejčastějším úrazem seniorů, který je příčinou zranění či úmrtí, jsou pády (Dvořáčková 2009). Kdo upadl jednou, ve většině případů upadne znovu! (Schuler, Oster, 2010).

Definice existuje mnoho, avšak ze všech vychází, že pád je událost nedobrovolná a náhlá. Pády je možno dělit podle fenomenologického obrazu. Patří sem pády zhroucením, kdy klesá svalový tonus a příčina je buď cerebrální, nebo extracerebrální. Pády skácením, kdy příčinou je porucha rovnováhy. Pády zakopnutím z důvodu distální slabosti, elasticity nohou nebo poruchy chůze, která se vyznačuje šoupáním nohou. Tento pád pak směřuje dopředu. Dalším může být pád zamrznutím, kdy základem je záraz dolní končetiny v průběhu chůze a tělo pokračuje pohyby dopředu. Pak už existují

jen nediferencované pády, které mají netypický ráz, a příčinou může být prostá nepozornost (Dvořáčková 2009).

Míra rizika, že dojde k poranění, se liší s ohledem na jedince a individuální situaci. Není možné vyhotovit soupis všeho, co může být pro člověka ve vnějším prostředí potenciálně nebezpečné, neboť takový seznam by nebyl nikdy konečný. Řešením je informovat a vzdělávat lidi ve všech fázích jejich života, jak bezpečně žít v daném prostředí. Úrazy ve stáří vznikají nejen kvůli nevhodně uspořádanému okolnímu prostředí, ale také i v souvislosti s labilní chůzí a chůzí s kompenzačními pomůckami, sníženou svalovou silou, ortostatickou hypotenzí, či při imobilitě nedostatečným zabezpečením lůžka a následným pádem z něho, ale jednou z nejdůležitějších příčin pádu jsou léky (Schuler, Oster 2010).

To, že jedno z největších rizik pádů je užívání léků, je popsáno v mnoha publikacích. Senioři velmi často užívají více léků najednou a mnohdy často zbytečně. Pacient, který večer užil hypnotikum a v noci musí z jakéhokoli důvodu vstát, často spadne i přes ty nejmenší překážky nebo i samovolně. Toto samé se může stát i ve dne po užití sedativa. (Miertová 2019). Za zmínku také stojí podávání hypotenziv současně se sedativy a různými psychiatrickými preparáty, které značně snižují krevní tlak a mozkový průtok, což podněcuje poruchu statiky, nestabilitu a tím i pády (Hronovská 2012). Nejrizikovější skupinou pro své nežádoucí účinky jsou psychofarmaka, zvláště antidepresiva, neuroleptika, anxiolytika, hypnotika, sedativa a antihistaminika, která mohou být příčinou zmatenosti. Mezi další rizikové léky vzhledem k výskytu pádu patří antihypertenziva, vazodilatancia, která se mohou podílet na vzniku ortostatické hypotenze. Dále diuretika, která vyvolávají nutkavé močení, zmatenost a ortostatickou hypotenzi (Miertová 2019). I přes veškerá opatření mající za cíl snížení rizika pádu je nerealistické očekávat, že k pádům přestane docházet. Každý pád by však měl být doprovázen reálným přehledem daných faktorů, které by mohly přispět k analýze pádu, ať už přímo, nebo nepřímo. Zároveň je důležité snažit se také odpovědět na otázku, zda je tyto faktory možno odstranit, nebo alespoň zmírnit jejich vliv (Miertová 2019).

Při rozhovoru s vrchní sestrou z následné péče, která se aktivně zapojila do výzkumu prevence pádů, jsem se dozvěděla o probíhajícím výzkumu rizika pádů, analýze faktorů ovlivňujících riziko pádů, do kterého jsou zapojeny nemocnice z České republiky a patří mezi ně i Českobudějovická nemocnice. Jde o dvouletý výzkum a následné statistiky, kde

se sbírají data o nově vzniklých pádech u seniorů na určitých odděleních, kde ONP je jedno z vybraných jako nejrizikovější, a porovnávají se například skupiny léků u pacientů, dávky, čas, kdy se léky podávají, laboratorní výsledky u pacienta, také za jakých okolností pád vznikl. Tyto informace se vkládají do databáze, analyzují je lékaři a na základě výstupu budou moci navrhnout nápravné opatření. Dle zjištění vrchní sestry seniori nejvíce padají po podání hypnotik, což znamená v nočních hodinách. Tyto pády vždy končí úrazem pacienta. Přitom při vhodné medikaci a prevenci by k mnoha pádům vůbec nemuselo dojít. Pády u pacientů jsou velmi rizikové hlavně u seniorů, komplikují léčbu, prodlužují pobyt v nemocnici a jsou nežádoucími faktory, které ztěžují základní onemocnění.

3.6.4.6 Nedostatečná sebek péče na následné péči

Nedostatečná sebek péče je definována jako porucha schopnosti najíst se, umýt se, provádět osobní hygienu, obléci a upravit se a pečovat o vyprazdňování. Hodnotíme ji jako dočasnou, trvalou nebo progresivní. Vzniká v souvislosti se zrakovým nebo kognitivním deficitem, onemocněním, svalovou slabostí, depresí, bolestí, úzkostí, poruchou hybnosti, bariérami danými prostředím, mechanickým omezením (pevná fixace, dlahy). U seniorů je nedostatečná péče neboli nesoběstačnost velmi častým faktorem při hospitalizaci (Holmerová 2015).

Na oddělení následné péče jsou hospitalizováni převážně ti pacienti, kteří vždy trpí deficitem sebek péče. (Németh 2009) Tyto pacienty můžeme rozdělit do dvou skupin, a to na ty, kteří spadají do modelu F.Nightingelové, kdy pacient se o sebe stará, dokud může, a je spíše pasivní příjemce ošetrovatelské péče, a druhý model je dle D.E. Oremové, kdy se předpokládá, že schopnost člověka postarat se o sebe a zůstat nezávislým, je vrozená. V životě člověka mohou nastat situace, kdy se zvyšují nároky na sebek péči, jako je hospitalizace, onemocnění. Zájmem ošetrovatelství je uspokojovat potřeby jedince tím, že bude podporován v sebek péči a zároveň motivován. Ošetrovatelství pak poskytne profesionální péči jedincům, kteří nejsou schopni uspokojovat vlastní potřeby, nebo v nich jsou nesoběstační (Gurková 2011).

3.6.4.7 Bolest

Bolest akutní je nepříjemný smyslový a emoční prožitek, způsobený skutečným nebo možným poškozením tkání. Nástup je náhlý nebo pomalý, intenzita se pohybuje od mírné po závažnou, její odeznění se předpokládá max. do 6 měsíců. Vždy je nutné považovat bolest za signál poruchy (Opavský 2011). Vzniká při kosterně svalovém poškození, při poškození kloubů, v důsledku zánětlivého procesu, operačního výkonu nebo nadměrnou a nepřiměřenou zátěží. Definice bolesti chronické se neliší od akutní, ale její odeznění, trvání přesahuje dobu 6 měsíců. Chronická bolest může mít recidivující průběh a periodicky zneschopňovat pacienta nebo může být přítomna neustále. Syndrom chronické bolesti je však také v mnohém charakterizován naučeným chováním, takže je také doprovázen zhoršením psychologických faktorů. K chronické bolesti dochází v souvislosti s kosterně svalovým poškozením, poškozením kloubů, zánětlivým procesem, neefektivní léčbou, psychosociálními aspekty (Pokorná 2013).

Každé vyšetření pacienta s bolestí je individuální a je velmi důležité uplatňovat holistický přístup jak ze strany sestry, tak ale i lékaře. Aby obě strany dokázaly zhodnotit místo, charakter, intenzitu a délku trvání bolesti, měly by na nemocného pohlížet celostně. Na tomto vyhodnocení velice záleží, neboť se od toho odvíjí další léková terapie. Součástí hodnocení bolesti je používání vhodné metody. Sestra má k dispozici při hodnocení chronické bolesti různé metody. Jednou ze základních a prvotních je anamnéza. Při odběru anamnézy dává sestra pacientovi příležitost, aby sám svými slovy vyjádřil, jak, kde a jak velkou pociťuje bolest. Tyto informace poskytují vědomosti, co bolest pro seniora znamená a jak ji dokáže překonat. Sestra také získává důležité informace o klientovi od rodiny, přátel. Neméně důležitá je i lékařská zpráva například od psychologa či jiných zdravotnických záznamů. Veškeré informace se zaznamenávají do sesterské dokumentace, do které také patří vlastní hodnocení klienta o jeho bolesti (Dvořáčková 2012).

Další metodou, jak sestra hodnotí intenzitu bolesti, je využití nástroje neboli škály, podle kterých pacient označuje intenzitu a kvalitu vnímání bolesti. Dnešními používanými hodnotícími škálami jsou VAS (vizuální analogová škála). Pro lékaře i sestru je nezbytné umět hodnotit úlevu od bolesti. Dalším způsobem hodnocení intenzity bolesti, kterou může sestra využít, je numerická škála. Při této metodě se používá číslovaná úsečka od 0 do 10, kdy na levém okraji je 0 označující stav bez bolesti a na pravém okraji je číslo 10, nejvyšší číselná hodnota, která označuje

maximálně možnou intenzitu bolesti. Aby mohl pacient intenzitu bolesti či úlevu od bolesti dobře popsat, je pro něj velmi důležitý profesionální přístup zdravotnického personálu. Sestra i lékař svým laskavým jednáním totiž může pacientovu úlevu od bolesti podpořit (Gulášová 2008).

3.6.4.8 Deprese, smutek

Deprese je charakterizována patologicky smutnou náladou, která vzniká bez zjevné příčiny. Deprese však není atributem běžného stáří, jedná se o závažnou chorobu, která zatěžuje nejen nemocné, ale i jejich blízké. Vede k narušení běžných životních funkcí člověka a často v jejím důsledku dochází ke zhoršení stávajících tělesných onemocnění nebo k rozvoji široké škály onemocnění, kterým se včasnou intervencí dá zabránit a nezatížit pacienta další farmakoterapií. Smutek znamená, že člověk je pesimisticky laděný, ztrácí schopnost prožívat radost, je úzkostný a jeho postoj se postupně mění v zobecnění negativního způsobu hodnocení čehokoli. Smutek ve stáří bývá nejčastěji v důsledku ztráty životního partnera nebo blízké osoby (Marková 2010).

Na odděleních následné péče, ale i v domovech seniorů, se setkáváme u klientů s nechutenstvím, nespavostí, plačtivostí, smutkem, apatií či netečností. Příčinou jejich stavu může být hned několik a je to vždy individuální. Někdo prožil zklamání v rodině, jiný se bojí budoucnosti nebo samotné nemoci. V tomto případě je vždy nezbytné respektovat potřeby a možnosti klienta. V nemocničních zařízeních pracují ergoterapeuti, kteří se věnují aktivizaci pacienta. Také na oddělení docházejí dobrovolníci, většinou studenti, kteří si s klienty povídají nebo předčítají z knih, ale i je berou ven na krátké procházky. Nemalou roli u seniorů hraje kontakt s duchovní službou ať už v roli kaplana, nebo kněze a je to velmi úspěšná prevence pro smutek a depresi. (Kopecká 2015).

Při návštěvě ONP jsem požádala o krátký rozhovor kaplana Českobudějovické nemocnice, který zrovna intervenoval na tomto oddělení. Říká: „Spousta lidí si mne plete s knězem a málokdo ví, že jako kaplan mám na starosti nejenom duchovní pohodu, ale zajímám se o životní starosti klientů, spíše naslouchám a hledám odpovědi a cestu, jak jim pomoci. Má práce v nemocnici spočívá i v plnění přání pacientů, pokud je to v mých silách. Jako příklad mohu nastínit příběh klientky, která leží dodnes na ONP, je to ležící pacientka, která čeká na umístění do domova pro seniory, rodina se o ni nemůže

postarat a ona žije ve strachu, v beznaději, je odkázaná na zdravotní personál, odmítá jídlo a je bez chuti do dalšího života. Sedávám u ní a poslouchám, když jí položím otázku: „Co nebo kdo by vám teď udělal radost, vzpomeňte si ve svém životě na něco, co by vás teď potěšilo a já vám v tom mohl pomoci?“ Krátce se zamyslela a vypráví mi o své kamarádce ze střední školy, a jak by ji potěšilo jí uvidět. Zeptal jsem se na pár podrobností a věděl jsem, že se budu snažit jí pomoci. Po složitém martýriu telefonátů a zjišťování informací jsem kamarádku mé klientky našel a to s příslibem, že určitě přijede. Vždy se mi nepodaří splnit přání pacientů na sto procent, ale pokud se to povede, stojí to za to. Jen jedno mě na této práci mrzí, a to, že klientů je moc a já jsem jeden. Nemohu se jim tak věnovat, jak by bylo třeba, a to pouze z časových důvodů. Ale to je dnešní doba.“ S úsměvem dodává p. kaplan, který svojí intervencí u pacientky potvrdil fakt, že psychická a duševní pohoda klientů úzce souvisí s fyzickým zdravím. Pacientka dle sestřiček pomalu začala jíst, nemusela již mít infuzní terapii, její postoj k životu se výrazně v pozitivním smyslu změnil.

3.6.4.9 Beznaděj, bezmocnost.

Beznadějí rozumíme subjektivní hodnocení situace, kdy jedinec vidí jen omezené nebo žádné alternativy či přijatelné způsoby řešení a není se schopen ve vlastním zájmu mobilizovat. Vzniká v souvislosti se změnou nezávislosti v závislost, ztrátou blízkých osob, opuštěností, samotou, dlouhotrvajícím omezením aktivity. Bezmocnost vyjadřuje pocit, kdy vlastní akce nemá žádný vliv na výsledek, jde o pocíťovanou ztrátu kontroly nad současnou situací. Objevuje se v důsledku ztráty soběstačnosti, neschopnosti komunikovat pro smyslový nebo kognitivní deficit, pro poruchu pohyblivosti. (Gurková 2017)

Strach a úzkost. Strach je úzkost způsobená vědomě rozpoznáním a realistickým nebezpečím. Jde o pocit reálného nebo domnělého ohrožení. Prakticky je strach bezprostředním pocitem úzkosti a děsu, jehož zdroj je známý a blíže určený. Objevují se v souvislosti se změnami integrity těla, zhoršeným smyslovým vnímáním, změnami v myšlení, dlouhodobou hospitalizací, vlastní chorobou, anestezií, ztrátou blízkého člověka, nedostatkem vědomostí, odchodem do důchodu, změnou rolí, procesem stárnutí (Holmerová 20015).

3.6.4.10 Narušená verbální komunikace, sociální izolace

Porucha verbální komunikace znamená stav snížené, opožděné či zcela chybějící schopnosti reagovat na systém symbolů, zpracovávat, přenášet a používat symboly, tedy něco, co má a přenáší význam. Nejčastěji souvisí s tělesnou poruchou, jako je cévní mozková příhoda, ztráta zubů, porucha vnímání a myšlení, poruchou paměti, nezájmem, demencí. Sociální izolace je osamocenosť považovaná za vnucenou ostatními a pociťovaná jako škodlivá nebo ohrožující. Vzniká v důsledku hospitalizace, inkontinence, omezené pohyblivosti, pro smyslovou poruchu, poruchu řeči a především v důsledku ztráty životního partnera nebo blízké milované osoby (Kalvach, Čeledová, et.al., 2011).

Člověk potřebuje k žití druhého člověka a ve stáří tomu není jinak. Pokud se senior vyhýbá kontaktu s jinými lidmi, je za tím zpravidla problém nebo strach. Senior potřebuje vědět i cítit, že je součástí rodiny nebo komunity, ve které žije. Samota, izolace, to vše vede ke ztrátě radosti a chuti do života. Starý člověk se postupně izoluje, uzavírá se do sebe, přestává dbát na sebekpěči, nebere léky, tím se horší jeho zdravotní stav a to je první krok, kdy se senior ocitá v nemocnici, v péči zdravotníků, lékařů a stává se z něj pacient. Komunikace a umění dokázat u seniora vzbudit důvěru a pocit jistoty a bezpečí je v této chvíli velmi důležitá, a pokud se to nepodaří, skončí pacient na lůžkovém oddělení následné péče se spoustou léků a infuzí, které vlastně ani nepotřebuje (Příbyl 2015)

3.7 Možnosti sociální péče u geriatrického pacienta

Sociální péče je již na ONP zabezpečována sociálními sestrami. Jsou členy týmu, podílí se na řešení mnoha problémů, které jsou u pacientů důvodem k úzkosti, strachu a depresí, mnohdy více než samotné onemocnění. Hospitalizovaný pacient je vytržen ze svého sociálního prostředí, svých existenčních jistot. Již při přijetí pacienta začíná sociální šetření a preventivní sociální péče. Zjišťuje se zázemí pacienta, kontakty s rodinou, možnosti návratu do domácího prostředí (Příbyl 2015).

Velmi často je sociální sestra prvním člověkem v průběhu dlouhé hospitalizace, který svými dotazy dosáhne toho, aby pacient reálně zhodnotil své možnosti, schopnosti a plány. Ale také se opakovaně setkává se situací, kdy pacient zatvrzele odmítá jakoukoli sociální pomoc i sociální závislost. Velmi záleží na postoji klienta, neboť podle toho

pak sociální sestra spolupracuje s rodinou i lékařem, žádá o příspěvek na péči, umístění v sociálních zařízeních nebo v hospici, zabezpečuje domácí péči dle zdravotního stavu pacienta. Pomáhá, radí i aktivně zastupuje pacienta v legislativních záležitostech (Čevela, Kalvach, et.al., 2012).

Při rozhovoru se sociální sestrou, která se stará o pacienty na oddělení ONP se dozvídám o kritériích, které musí ona i pacient splnit, než se podaří zařadit klienta do pořadníku v domovech pro seniory a následně umístit. Říká: „Mezi moji hlavní pracovní náplň patří pomoc při řešení různých životních situací hospitalizovaných (popř. ambulantních) pacientů. Nejčastěji se jedná o seniory, kteří již nezvládají pobyt v domácím prostředí, rodina se není schopna o ně postarat, popřípadě jsou osamělí a nemají nikoho blízkého. Další početná skupina mých klientů jsou lidé bez domova, kde pomáhám s vyřizováním sociálních dávek, hledáním náhradního ubytování, zajištění ošacení, atd. Někdy je to velmi těžké, protože pokud nespolečně spolupracuje klient nebo rodina, nemám moc možností pomoci a věřte mi, že je to často vyčerpávající.

Setkávám se s klienty, kteří jsou hospitalizováni na ONP již dlouho dobu i delší, než limitují pojišťovny, což je 3 měsíce, a i přesto, že indikace k hospitalizaci již nejsou a pacient by mohl být propuštěn do domácí péče, není vlastně kam. Rodina se buď nemůže postarat, nebo mnohdy ani nemají zájem. A ze všeho nejsložitější situace nastává, když klient odmítá nástup do domova pro seniory (DPS). Tuto problematiku pak musí řešit celý tým na oddělení od primáře, ošetřujícího lékaře i sestřiček.

Další problém v sociálním šetření je délka čekání na umístění v DPS nebo v jiném sociálním zařízení. Z nemocničního lůžka je doba umístění půl roku a déle. Sociální systém není připraven na neustálý nárůst seniorů a počet míst v domech pro seniory je nedostačující. Klienti jsou hospitalizováni v nemocnicích a nemají na výběr“.

Forem poskytování sociálních služeb je několik a můžeme je rozdělit na pobytové, ambulantní a terénní. Jakou formu či službu sociální péče si klient vybere je dané jistou mírou soběstačnosti a jeho zdravotním stavem (Dvořáčková, 2012).

3.7.1 Geriatrická farmakoterapie v domácím i sociálním prostředí

Nárůst nesoběstačných a křehkých seniorů v nejvyšších věkových kategoriích s sebou přináší i změněné nároky na zdravotní péči jak v sociálním zařízení, tak i v domácí péči. Při každém normálním stárnutí u každého člověka dochází k významným změnám, ať už je to snížení celkové svalové hmoty, tělesné vody a zvýšení tukové tkáně, redukci renálních funkcí, nebo snížené prokrvení některých tkání. Hovoříme o tzv. geriatrických syndromech, mezi které se řadí demence, delirium, deprese, nestabilita s pády, imobilizační syndrom, inkontinence a další (Suchý et al. 2011). Spolu s těmito syndromy úzce souvisí farmakoterapie, které senior velmi hojně využívá k potlačení problémů ať už k lepšímu spánku, úzkosti, nebo bolesti. Ve vyšším věku dochází k častějším nežádoucím účinkům díky objemu léků, které senior užívá. Tento problém je také jedna z nejčastějších příčin hospitalizace geriatrických pacientů. Na nevhodnost kombinace některých léků u starší generace poprvé systematicky poukázal v roce 1991 Dr. Mark Beers. Úplně první záměr byl poukázat na léky, které jsou nevhodně předepisovány a kombinovány ve zdravotních zařízeních, jako je následná péče a vytvořil z nich seznam. Naopak poukázal také na opačný problém, kdy se léky, či skupiny léků nepředepisují, i když jsou schváleny a je dostatek vědeckých důkazů s příznivým výsledkem (Kalvach, Čeledřová, et.al.,2011). Přes veškeré pokroky a výsledky tzv. evidence based medicíny bychom měli mít na paměti, že průměrný věk určité geriatrické populace, například obyvatel domovů pro seniory či domovů se zvláštním režimem, specializovaných geriatrických zařízení akutní či následné péče, se pohybuje v typickém rozmezí 82 až 86 let, zpravidla jsou to pacienti trpící významnými geriatrickými syndromy, které jsou podmíněny multimorbiditou. Bohužel tito pacienti nebývají zařazováni mezi kandidáty lékových studií. Většina významných lékových skupin tak nedisponuje výsledky studií, které by prokazovaly účinnost u pacientů významně starších 80 let a téměř žádné lékové studie nezohledňují nejčastější a nejtypičtější fenomén vyššího věku a to multimorbiditu. Ovšem v tomto případě zkušenost ukazuje na neocenitelnou spolupráci s klinickou farmaceutkou jako členkou zdravotního týmu, která pomáhá při terapii geriatrických pacientů v daných individuálních podmínkách optimálně nastavit, respektive přiblížit se určitému optimálnímu dávkování farmakoterapie, která je u multimorbidních geriatrických pacientů dosažitelná (Suchý et al. 2011).

Jak vyplývá, velkým plusem v geriatrické péči je nastavení vhodné farmakoterapie nejlépe u každého jedince individuálně. Ale současné výsledky lékových studií a poznatků často vypovídají o efektu u zcela jiného typu populace, ale pouze s určitou pravděpodobností, a přesto se využívají u geriatrických pacientů (Hegyl 2015). Screeningové nástroje poukazující na možná rizika a nejzávažnější chyby preskripce i na nejčastější nedostatky ve smyslu nedostatečné preskripce, jsou velmi praktickou pomůckou, nikoli však náhradou za klinické individualizované rozhodování, při kterém musíme brát v úvahu názor, hodnoty a priority pacienta samotného, stejně tak jako prognózu základního onemocnění, očekávanou délku dožití a funkční stav. Přes existenci screeningových nástrojů a řady různých další doporučení je farmakoterapie vyššího věku skutečně navýsost individuální záležitostí. Za velmi cennou se vždy považuje spolupráce klinického farmaceuta v geriatrickém týmu (Zrubáková, Krajčák a kolektiv).

3.7.2 Péče v přirozeném prostředí seniora

Domácí péče je to nejlepší řešení pro geriatrického klienta i přesto, že tato péče má svoje specifika, která by se měla dodržovat jak ve farmakoterapii, tak i v ošetrovatelské péči. Když necháme stranou krátkodobé zdravotní problémy, které pacienta upoutají na lůžko jen na několik dní a po zotavení je i nadále soběstačný, tak naproti tomu při dlouhodobé péči o ležícího klienta, kde se většinou stará a pečuje někdo z rodiny či blízkých, nastávají situace, které sami nemůžou zvládnout a je potřeba v tomto okamžiku si nechat pomoci od domácí pečovatelské služby nebo mobilního hospice dle potřeby pacienta i rodiny (Zrubáková, Krajčák a kol. 2016) Osoby, které pečují doma o své blízké, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžku, jsou zpravidla členové rodiny. Ti potřebují vědět, jak nejlépe a nejúčinněji pomoci a co ležící pacient potřebuje. Jak ho přebalit, umýt, jak ho dostat na vozík, jak převléknout postel, jak předejít proleženinám, deformacím končetin, a co udělat pro zlepšení nelehké situace ošetřovaného. Mnohdy se jedná o delší dobu, někdy o čas, který se nachýlil ke konci. Jde o to, aby do poslední chvíle jsme k bližním, kterým pomáháme, přistupovali s respektem a láskou. Aby čas, který jim zbývá, byl naplněn lidskostí (Kalvach a kol. 2011).

Při nezávazném rozhovoru na toto téma s vedoucí této bakalářské práce, která má mnohaleté zkušenosti jak sestřička u lůžka, tak i mentor nejenom studentů, ale i pořádá

kurzy a semináře pod záštitou Zdravotní sociální fakulty pro členy rodin, kteří se chtějí starat o nemocného v domácím prostředí, si trochu posteskla a říká: „Z praxe vím, že rodiny se bojí vzít domů svého nemocného příbuzného proto, že nezvládnou péči o něj. Proto se snažím zajistit pro tyto rodiny i laickou veřejnost kurzy, semináře, kde se naučí, jak prakticky tak teoreticky zajistit svému příbuznému kvalitní ošetrovatelskou péči. Bohužel nezodpovězenou otázkou zůstává, proč o kurzy není zájem, nevím, jestli to je nezájmem veřejnosti, anebo nedostatečnou propagací.“

Rodina je jednou z nejstarších základních jednotek lidské populace, jejíž nedílnou součástí je senior. Možnost být s rodinou v této závěrečné etapě lidského života je nenahraditelná a v mnoha případech umožňuje staršímu člověku dožít se delšího věku, dokonce i bez nadměrných dávek léků, protože je vlastně nepotřebuje. Netrpí depresí, úzkostí ani samotou, má okolo sebe děti, vnoučata a přinejmenším mu rodina přináší šťastnější přežití každodenního života. Každý starší člověk je rád, když ví, že je na světě někdo, kdo ho potřebuje a na koho se bude moci v těžkých situacích spolehnout. Pro mnoho starších lidí je to právě rodina, která jim dává pocit, že ještě stále je jejich existence potřebná a žádaná. Rodina má v životě staršího člověka významnou úlohu. Vědecké studie ukazují, že starší lidé žijící v rodinném prostředí jsou šťastnější a zdravější i déle soběstační. Rodina je nejdůležitějším faktorem v pomoci vyrovnat se se změnami, které stárnutí přináší. Domácí prostředí, každodenní styk s nejbližšími má nenahraditelnou úlohu v emocionální, sociální a psychologické podpoře staršího člověka v čase, pokud jeho zdraví slábne, zužují se sociální kontakty a narůstá závislost na pomoci (Dvořáčková, 2012)

4 Závěr

Bakalářská práce pod názvem „Záměna přirozeného stáří za nemoc v souvislosti s hospitalizací na Oddělení následné péče“ upozorňuje na jeden z nejzávažnějších problémů dnešní geriatrické medicíny. Při jakékoli úvaze o stáří, o stárnutí a o našem přístupu k němu se vždy pozastavíme u etiky a hledáme rovnováhu, ale nacházíme rozporuplnost a nesrozumitelnost v našich rozhodnutích. Stáří je naše přirozenost a je nedílnou součástí našich životů. Současný demografický a celosvětový trend vedoucí ke stárnutí lidské populace nám okamžitě nabízí otázky nejenom ekonomické, které zajišťují adekvátní sociální úroveň seniorů, ale především musíme umět řešit správně a kvalitně otázky zdravotní péče.

Bakalářská práce je věnována problematice, kdy se přirozené stáří velmi často zaměňuje za nemoc a cílem bylo poukázat na riziko tohoto tématu v současné době. Tento pojem má hodně společného s medicalizací geriatrických pacientů při hospitalizaci na ONP, kdy senior je přeložen na oddělení následné péče z interního oddělení pro dehydrataci, zmatenost a nesoběstačnost. Na interním oddělení pacientovi byla aplikována rehydratační infuzní terapie, zmatenost pominula a soběstačnost se zlepšila, a přesto byl přeložen na lůžko ONP, kde se pokračuje v infuzní terapii, naordinovány jsou další a další krevní náběry, dle nich se přidává medikace, pacient chce domů a mnohdy ani nechápe, proč byl přeložen na oddělení následné péče. Zjišťujeme, že se ho vlastně nikdo neptal. Staří lidé při pobytu v nemocnici jsou bezradní, nerozumí postupu lékařů a tím hůře, pokud s nimi nikdo nekomunikuje jen snad proto, že na to není čas, neboť seniori ten čas potřebují. Jaké v tomto příkladu je riziko pro geriatrického pacienta? Veliké a mnohdy i fatální. Tady je ta rozporuplnost našeho jednání, vždyť přece cílem geriatrické medicíny je pomoci těmto lidem žít kvalitní život s co nejdelší soběstačností a omezit jakoukoliv institucionalizaci na co nejkratší dobu, nezatěžovat je zbytečnou farmakoterapií, ale spíše ji redukovat. V mnoha člancích a na mnoha konferencích i seminářích na téma stáří je zdůrazňována důstojnost, autonomie klienta, komunikace s pacienty. Bohužel realita je v současné době ve většině případů právě opačná. My sami si ze seniorů vytváříme pacienty, náš zdravotní systém je plný mezer a nedokonalostí, které bychom do budoucna měli všichni řešit. Ať už s ohledem na dnešní seniory, ale i trochu sobecky kvůli nám samým. Budeme všichni jednou staří a bezmocní, ať už si to dokážeme přiznat nebo ne, připravme si půdu pro naše zabezpečené stáří.

V mé bakalářské práci je vedeno několik volných rozhovorů s kolegy na ONP, jsou uvedeny názory a zkušenosti i odborné rady pro kvalitní ošetrovatelskou péči u geriatrických pacientů. Ráda bych využila všech poznatků a odborných informací a bakalářskou práci použila jako podklad pro seminář na toto téma, které je nezbytnou součástí na oddělení následné péče.

5 Seznam literatury

1. ADAMS, N. E. et al. 2008. *Recognition by medical and nursing professional of malnutrition and risk of malnutrition in erderly hospitalised patients.* Nutrition & Dietetics. vol. 68, no. 2. DOI: 10.1111/j.1747-0080.2008.00276.x.
2. BÁRTLOVÁ, S, MATULAY, S, 2009, *Sociologie zdraví nemoci a rodiny*,1vyd, Osveta(Martin) ISBN: 978-80-8063-306-6
3. DOLEŽELOVÁ, I., 2011. *Sestra v následné péči včera a dnes.* Florenc, roč. 7, č. 4, s. 3–4. ISSN 1801-464X.
4. DVOŘÁČKOVÁ, D, *Úrazy seniorů v domácím prostředí. Sestra.* 2009, roč. 19,č. 12, s. 79-81. ISSN 1210-0404.
5. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
6. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie.* 1. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-3404-3
7. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky.* Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
8. FIALOVÁ, D., *Specifické rysy geriatrické farmakoterapie I.* 2007, Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1353-6
9. GALLAGHER P., O'CONNOR M., O'MAHONY D., *Prevention of potentially inappropriate prescribing in late life using screening tool of older persons prescriptions (STOPP) and screening tool to alert to right treatment (START): a randomized controlled trial.* Age Ageing 2010 39 (Suppl 1):i42.
10. GULÁŠOVÁ, I. *Bolest' ako ošetrovatel'ský problém.* 2008,Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-288-5.
11. GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2017, *Klinické prostředí v přípravě sester*, 1. Vyd. Grada, Praha ISBN 97880-271-0997-5
12. GURKOVÁ, E, 2017, *Nemocný a chronické onemocnění*, 1 vyd. Grada, Praha, ISBN: 978-80-271-0461-1

13. HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří. 2. podstatně přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
14. HAŠKOVCOVÁ, H. 2012. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi.* 1. vydání Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
15. HEGYI, L., a kol., 2012. *Sociálna gerontológia.* Bratislava: Herba. 176 s. ISBN 978-80-89171-99-6
16. HOLMEROVÁ, I., B. JURAŠKOVÁ a K. ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie.* Praha: Gema, 110 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
17. HOLMEROVÁ, I. a kol. *Dlouhodobá péče - geriatrické aspekty a kvalita.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
18. HRONOVSKÁ, Lenka. 2012. *Závratě, instabilita a pády ve stáří. Interní medicína pro praxi* [Online] roč. 14, č. 12, Olomouc: Solen [cit. 2014-11-22] ISSN 1212-7299.
19. HUDÁKOVÁ, A, MAJERNÍKOVÁ, L., *Kvalita života seniorů,* 2013, 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9
20. JAROŠOVÁ, D., MAJKUSOVÁ, K., KOZÁKOVÁ, R., *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství,* 2015, 1. vyd. Grada, Praha, ISBN 978-80-271-9012-6
21. KABELKA, L., 2017, *Geriatrická paliativní péče,* 1. vyd. Mladá Fronta, ISBN: 978-80-204-4225-3
22. KALVACH, Z. ZADÁK, R. Jiráček, H. Zavázalová, I. Holmerová, P. Weber a kolektiv, 2008, *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2490-4
23. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., a kol. 2011, *Geriatric a gerontologie,* 1. vyd. Praha: Grada, . ISBN 80-247-0548-6.
24. KALVACH, Z., ČELEDVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., a kolektiv. 2011. *Křehký pacient a primární péče.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3
25. KLEVETOVÁ, D., 2008. *Změny ve stáří.* In: KLEVETOVÁ, D.,DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory.* Praha: Grada, s. 19-56. ISBN 978-80-247-2169-9.
26. KOPECKÁ, I, 2015, *Psychologie III.,* 1. vyd. Grada Praha, ISBN: 978-80-247-3877-2

27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
28. LABÁKOVÁ, M., MLČOCHOVÁ, E., 2012. *Role fyzioterapeuta v následné zdravotní péči*. *Sestra*. 22(2), 51-53 ISSN 1210-0404.
29. Mahony D., O'Sullivan S., Byrne M., O'Connor C., Gallagher P., *Věk a stárnutí*, svazek 47, číslo 3, 2018, <https://doi.org/10.1093/ageing/afx178>
30. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3248-3.
31. MARKOVÁ, M., *Sestra a pacient v paliativní péči*, 2010, 1.vyd. Grada, Praha. ISBN 978-80-247-3171-1
32. MEDVIK, *Riziko diskriminační demedicinalizace starých nemocných lidí* Zdroj: *Zdravotnické noviny (Ambit Media)*. 2014, roč. 63, č. 8, s. 4. ISSN: 0044-1996.
33. MENCLOVÁ, K., SVĚDÍKOVÁ M., *Pády seniorů v kolektivním zařízení*. 1. vyd. 2006, roč. 16, č. 10, s. 38-39. ISSN 1210-0404.
34. MIERTOVÁ, M, 2019, *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi*, 1.vyd. Grada Praha, ISBN: 978-80-271-0850-3
35. MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*: 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7
36. NOVÁKOVÁ, M, 2012. *Fragilita geriatrického pacienta – možnosti řešení*. *Interní medicína pro praxi*, roč. 14, č. 3, s. 101-103. ISSN 1212-7299.
37. NÉMETH, František a kol. 2009. *Geriatric a geriatrické ošetrovatel'stvo*, Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-314-1.
38. OPAVSKÝ, J, 2011. *Bolest v ambulantní praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-247-6.
39. POKORNÁ, A, a kol. 2013. *Ošetrovatel'ství v geriatricii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
40. POKORNÁ, A, 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-327-8
41. POPOVIČOVÁ, D., Roč. 17, č. 3 (2009), *Lidská důstojnost jako filosoficko-právní pojem*. *Časopis pro právní vědu a praxi*, Brno: ISSN: 1805-2789
42. PŘIBYL, H., 2015, *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1

43. PUBMED, 2018, *The journals of gerontology*, Populačně specifické biomarkery stárnutí lidí
44. SAK, P, KOLESÁROVÁ, K, 2012, *Sociologie stáří a seniorů*, 1vyd. Grada Praha, ISBN 978-80-247-3850-5
45. SCHULER, M, OSTER, 2010, *Geriatry od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.
46. SKÁLA, B., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*, 2011. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. 20 s. ISBN 978-80-86998-51-0.
47. SLÁMA, O., *Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. Klin Onkol* [online]. 2009, 22(4), 183-185 [cit. 2017-07-06]. ISSN 1802-5307
48. SLÁMA, O, KABELKA, L, VORLÍČEK, J, a kol. *Paliativní medicína pro praxi*, 2. vyd. Praha: Galén, 2011, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
49. SUCHÝ D, HROMÁDKA, M, 2011. *Problematika geriatry farmakoterapie u vybraných onemocnění a lékových skupin, 2011*, www.praktickélekarenství.cz
50. TRACHTOVÁ, E, a kol. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-324-4.
51. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 462 s. ISBN 978-80-246-1318-5
52. VÁLKOVÁ, M, KOJESOVÁ M., HOLMEROVÁ, I., *Úvod ke zprávě o dlouhodobé péči: Demografická východiska*. In: Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice [online]. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010 [cit. 2012-06-19]. ISBN 978-80-7421-021-1
53. VAŠÍŘOVÁ, Z, 2016, *Farmaceutika, Remedia* ročník 26, číslo 6/2016, ISBN: 978-80-906086-9-6
54. VELEMÍNSKÝ, M, a kol. 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vyd. České Budějovice: ZSF JČU ČB. ISBN 978-80-7394-360-8.
55. WEBER, P., 2008, *Frailty – stařecká křehkost*.“ Interní medicína pro praxi. Roč. 10, č. 2, str. 47. ISSN 1212-7299.
56. ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK, Š., a kolektiv, 2016, *Farmakoterapie v geriatry*, 1.vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-9029-4

6 Seznam zkratek

ATB	- Antibiotika
ARMOR	- Assess, Review, Minimize, Optimize, Reassess
CGA	- Comprehensive Geriatric Assessment – komplexní geriatrické hodnocení
CNS	- Centrální nervová soustava
DPS	- Domov pro seniory
FGV	- Funkční geriatrické vyšetření
GP	- Geriatrické potřeby
CHOPN	- Chronická obstrukční plicní nemoc
IADL	- instrumentálních všedních činností
LDN	- Léčebna pro dlouhodobě nemocné
MAI	- Medication Appropriateness Index
MKN	- Mezinárodní klasifikace nemocí
MMSE	- Mini-Mental State Examination
MNA	- Mini Nutritional Assessment
ONP	- Oddělení následné péče
START	- Screening Tool to Alert to Right Treatment
STOP	- Screening Tool of Older Persons Prescriptions
WHO	- World Health Organization – Světová zdravotnická organizace