

Komunikace a etické aspekty péče o seniory

Studijní opora pro nelékařské
zdravotnické pracovníky

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Mgr. et Bc. Barbora Plisková, DiS.


Zlín 2017

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Kutnohorská, Jana Komunikace a etické aspekty péče o seniory: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky / Jana Kutnohorská, Barbora Plisková. -- 1. vydání. -- Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2017. -- 1 online zdroj

ISBN 978-80-7454-694-5 (online; ePub)

364.4-053.9 * 612.67 * 316.728-021.465 * 614.253.5 * 316.772.4 * 316.4.051.63 * 316.647.8-053.9 * 17.026.2 * 17.026.4 * 17.021/.024 * (048.8:082) * (07)

- péče o seniory
- ošetrovatelská etika
- stáří
- kvalita života
- interpersonální komunikace
- mezigenerační vztahy
- ageismus
- solidarita
- lidská důstojnost
- etické kodexy
- kolektivní monografie
- učební texty

316.4/.7 - Sociální interakce. Sociální komunikace [18]

37.016 - Učební osnovy. Vyučovací předměty. Učebnice [22]

Informace o autorech

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Mgr. et Bc. Barbora Plisková, DiS.

Oponenti

Mgr. Dagmar Švecová
PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.

Jazyková korektura nebyla provedena, za jazykovou správnost odpovídají autoři.

Rozmnožování a šíření jen se svolením autorů a FHS UTB ve Zlíně

1. vydání

© Jana Kutnohorská, Barbora Plisková

ISBN 978-80-7454-694-5

OBSAH

OBSAH	4
VÝZNAM GRAFICKÝCH SYMBOLŮ.....	6
ABSTRAKT 7	
ABSTRACT 7	
ÚVOD	9
POJMY	10
1 STÁŘÍ	11
1.1 GERONTOLOGIE	11
1.1.1 Stárnutí	11
1.1.2 Fenomenologie stárnutí	12
1.2 VYMEZENÍ STÁŘÍ.....	13
1.2.1 Průběh stárnutí a stáří.....	13
1.3 MODEL Y VYROVNÁVÁNÍ SE STÁŘÍM.....	15
1.4 ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	16
1.4.1 Charakteristické změny	16
1.4.2 Pozitivní změny.....	17
1.4.3 Negativní změny.....	17
1.5 STÁRNOUCÍ SMYSLOVÉ ORGÁNY	18
1.5.1 Zrak	18
1.5.2 Sluch	19
1.5.3 Ostatní smysly	20
Závěr 21	
2 SPECIFIKA KOMUNIKACE SE SENIORY	23
2.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KOMUNIKACI SE SENIORY	24
2.1.1 Obecné faktory ovlivňující komunikaci se seniory.....	24
2.1.2 Specifika komunikace seniorů	25
2.2 KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY	25
2.2.1 Bariéry ze strany profesionála.....	26
2.2.2 Smyslové bariéry	26
2.2.3 Chyby a zlovyky v komunikaci se seniory.....	27
2.2.4 Nejčastější chyby ve věcné stránce sdělení	27
2.3 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	28
2.3.1 Doporučení pro efektivní verbální komunikaci.....	29
2.4 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	30
2.4.1 Dotek.....	30
2.4.2 Doporučení při komunikaci se seniory.....	30
ZÁVĚR 31	
3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	32
3.1 DEMOGRAFICKÉ PROGNÓZY	33
3.1.1 Stárnutí obyvatelstva	33

3.2 VLÁDNÍ DOKUMENTY	34
3.3 ŽIVOTNÍ HODNOTY A ZÁJMY SENIORŮ	35
3.4 UNIVERZITY 3. VĚKU	35
3.4.1 Vývoj U3V	36
ZÁVĚR	37
4 MEZIGENERAČNÍ SOLIDARITA	38
4.1 INTEGRACE OSOB V PRODUKTIVNÍM VĚKU	38
4.3 AGEISMUS	39
4.4 ĚTICKÉ ASPEKTY AGEISMU V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI	39
4.3 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	40
4.3.1 Domovy pro seniory	41
5 DŮSTOJNOST NEMOCNÉHO PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	44
5.1 CHARAKTERISTIKA DŮSTOJNOSTI	44
5.1.1 Důstojná péče	45
5.2 ĚTICKÉ ASPEKTY DŮSTOJNOSTI ČLOVĚKA	46
ZÁVĚR	48
6 RESPEKTOVÁNÍ DŮSTOJNOSTI ČLOVĚKA V ZÁVĚRU ŽIVOTA	49
6.1 DŮSTOJNOST V UMÍRÁNÍ V DOKUMENTECH	50
6.2 HODNOTA LIDSKÉHO ŽIVOTA	51
6.3 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍHO.....	52
6.4 SMYSLUPLNOST ŽIVOTA	54
6.4. Rozměr důstojnosti ve 21. století	55
ZÁVĚR	55
7 FENOMÉN NADĚJE VE ZDRAVÍ A V NEMOCI.....	57
7.1 DEFINICE NADĚJE.....	57
7.2 PŘÁNÍ, NEMOC, AKTIVITA.....	58
7.3 VYTRÁCENÍ NADĚJE, ÚZKOST A DEPRESE	60
7.4 POSILOVÁNÍ NADĚJNÉHO SNAŽENÍ	61
7.5 NADĚJE A SOCIÁLNÍ OPORA	61
ZÁVĚR	62
ZÁVĚR	64
O AUTORECH.....	66
DOC. PHDR. JANA KUTNOHORSKÁ, CSc.....	66
MGR. ET Bc. BARBORA PLISOVÁ, DiS.	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
WWW STRÁNKY	70
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	71
PŘÍLOHA Č. 1: EVROPSKÁ CHARTA PACIENTŮ SENIORŮ	73
PŘÍLOHA Č. 2: CHARTA PRÁV A SVOBOD STARŠÍCH OBČANŮ	79
PŘÍLOHA Č. 3: ZÁSADY OSN PRO SENIORY	83
PŘÍLOHA Č. 4: VŮLE A PODPORA KE SMYSLU, DŮSTOJNOSTI A RESPEKTU.....	85



Abstrakt

Cílem publikace „Etické aspekty péče a komunikace se seniory“ je získat orientaci v základních etických aspektech přístupu k seniorům a také orientaci ve zvláštnostech komunikace s touto skupinou osob. Znalosti jsou vodítkem k hlubšímu studiu jednotlivých aspektů ošetrovatelské péče o starého člověka v holistickém přístupu, k jeho věku, dané kultuře a k jeho vnímání péče. Dále je cílem uvědomit si specifika komunikace se starším člověkem a znát fenomény respektování jeho důstojnosti. Přílohou publikace jsou etické kodexy, které se týkají seniorů.



Klíčová slova

Stáří, komunikační bariéry, univerzity 3. věku, mezigenerační solidarita, ageismus.

Abstract

The aim of the publication „Ethical aspects of care and communication with the elderly“ is to gain orientation in basic ethical aspects of approach to older people and also orientation in peculiarities of communication with this group. Basic knowledge of these key issues should lead to a deeper study of particular aspects of nursing care of the elderly in a holistic approach, in regard with their age, their culture and their perception of care. Moreover, the aim of this text is students' awareness of specifics of communication with the elderly and knowledge of the phenomena of maintaining their dignity and autonomy. In appendix we can find ethical codes of conduct towards the elderly.



Key words

Aging, communication barriers, universities of third age, solidarity between generations, ageism.



Studijní cíle

Cílem studia problematiky „Komunikace a etické aspekty péče o seniory“ je získat orientaci v základních etických aspektech přístupu k seniorům a také orientaci ve zvláštnostech komunikace s touto skupinou osob. Znalosti jsou vodítkem k hlubšímu studiu jednotlivých aspektů ošetrovatelské péče o starého člověka v holistickém přístupu, k jeho věkem dané kultuře a k jeho vnímání péče. Dále je cílem studia uvědomit si specifika komunikace se starším člověkem a znát fenomény respektování jeho důstojnosti.



Klíčová slova

Důstojnost, holismus, etika, geront, gerontologie, sociální gerontologie, komunikace, ošetrovatelství, senior, stáří

Čas k prostudování

Čas k prostudování nelze přesně stanovit, obecně lze konstatovat, že časově se jedná o problematiku, kdy nezbytný základ by měl být nadále rozšiřován hlubším studiem v odborných disciplínách a implementací poznatků získaných v odborné praxi. Pro studium problematiky jsou nutné znalosti etiky v ošetrovatelství, znalosti z obecného i klinického ošetrovatelství, psychologie a dalších disciplín. Problematika „etické aspekty péče a komunikace se seniory“ je interaktivní s etikou v ošetrovatelství a jak je výše uvedeno i s dalšími disciplínami.



ÚVOD

Cílem studia problematiky „Etické aspekty péče a komunikace se seniory“ je získat orientaci v základních etických aspektech přístupu k seniorům a také orientaci ve zvláštěnostech komunikace s touto skupinou osob. Znalosti jsou vodítkem k hlubšímu studiu jednotlivých aspektů ošetrovatelské péče o starého člověka v holistickém přístupu, k jeho věkem dané kultuře a k jeho vnímání péče. Dále je cílem studia uvědomit si specifika komunikace se starším člověkem a znát fenomény respektování jeho důstojnosti. Pro studium problematiky jsou nutné znalosti etiky v ošetrovatelství, znalosti z obecného i klinického ošetrovatelství, psychologie a dalších disciplín. Problematika „etické aspekty péče a komunikace se seniory“ je interaktivní s etikou v ošetrovatelství a s dalšími disciplínami.



POJMY

Ageismus	Diskriminace starších osob na základě věku.
Elderspeak	Způsob řeči užívaný mladšími směrem k starším, kdy se používají např. nadbytečně zdvořiliny.
Elder abuse:	Zneužívání starších osob.
Endogenní	Vnitřní, z vnitřních příčin.
Exogenní	Zevní, v povrchové části.
Etika	Nauka o morálce.
Fenomén Gentrifikace	Postižitelný jev. Vše, co se zjevuje ve smyslové zkušenosti. Označení pro lokální sociálně-kulturní změny, které jsou důsledkem toho, když bohatší lidé nakupují nemovitosti k bydlení v dosud méně prosperujících společnostech.
Holismus	Celkovostní pohled na člověka v jeho bio-psycho-sociální jednotě se spirituálními potřebami.
Hyperprotektivní	Nadměrná až úzkostná péče.
Geriatric	Lékařský obor zaměřený na stáří.
Geront	Geron - řecky = starý.
Gerontologie	Věda o stáří.
Infantilizace	Zdětinšťování. Jednání s dospělými jako s dětmi.
Involuční	Přirozeně stárnoucí, zhoršující se, zanikající, zánikový, regresivní, sestupný, zmenšující se, atrofující.
Komunikační stimulace	Povzbuzení slovem.
Multidimenzionální	Vícerozměrný, mnohorozměrný.
Ontogeneze	Individuální vývoj organismu / člověka.
Preseium	Doba před stáří.
Secondary baby talk	Zvláštní způsob řeči, která se podobá komunikaci s malými dětmi.
Senium	Stáří.
Sociální gerontologie	Zkoumá společenské faktory stárnutí a následky tohoto jevu.
Toxiny	Bakteriální rostlinný nebo živočišný jed se specifickými účinky.



1 STÁŘÍ



Kdy se člověk stává starým? Nejčtenějším názorem je, že je to individuální záležitost a otázka zdraví. Jako věk, od kterého je možno považovat člověka za seniory, se nejčastěji uvádí 65 až 75 let fyzického věku. Maximální délka života u člověka, která by byla dosažitelná v ideálním prostředí, by se mohla pohybovat kolem 110-120 let.

1.1 Gerontologie

Geron řecky znamená starý člověk. Neumíme dosud uspokojivě definovat stáří. Abychom si vůbec rozuměli, pomáháme si konvencemi. Z hlediska rozdílu mezi jednotlivci často neodpovídá biologický (skutečný) věk kalendářnímu věku. Stárnoucích a starých lidí na celém světě přibývá a tito lidé potřebují pomoc. Medicína se s problémem stáří vypořádává po svém. Díky ní víme, jaký způsob života staří lidé mají vést, co mají jíst, co pít, jak mají cvičit, jaké léky brát. Zůstává nezodpovězena otázka, jak se vyrovnat se stářím, jak jej unést nebo ještě lépe jak se na něj připravit.¹

1.1.1 Stárnutí

Stárnutí je chápáno jako komplexní proces s mnoha endogenně i exogenně působícími faktory. Odehrává se v průběhu celého lidského života. Začíná tedy narozením dítěte, pokračuje pohlavním dozráváním v pubertě a v adolescenci a pokračuje neúprosně až k smrti. Po šedesátém roce život je ovšem proces stárnutí rychlejší, má své typické projevy a s přibývajícím věkem se zrychluje.

Rozlišujeme dva způsoby stárnutí:

a) normální stárnutí,

¹ Minibergerová, Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory. 2006, s. 5



- b) stárnutí předčasné - neprojevuje se u zdravého jedince, ale je důsledkem určité poruchy v biologickém vývoji. Případy předčasného stárnutí mohou také probíhat vlivem neúměrného a dlouhodobého přetěžování organismu (drogové závislosti včetně alkoholismu, silné kouření, přeceňování fyzických a psychických sil).²

1.1.2 Fenomenologie stárnutí

Každý, kdo pečuje o starého člověka, by si měl uvědomit některé charakteristické rysy procesu stárnutí. Stárnutí má totiž určité postižitelné jevy = fenomény. Fenomenologie stárnutí je pro praxi velmi důležitá. Stárnutí a stáří se vyznačuje poklesem kapacity některých orgánů nebo orgánových systémů, což je možno přičíst na vrub ztrátám anatomických jednotek těchto orgánů. Existuje paralelita mezi anatomickým a funkčním stárnutím. Z tohoto pravidla však existují důležité výjimky. Na základě stárnutí té či oné funkce nelze usuzovat na stárnutí celého organismu. Každý jedinec stárne jinak. Je známou skutečností, že chronologický (kalendářní) věk se nekryje s věkem funkčním. Prakticky velmi významným fenoménem stárnutí je charakteristika funkčních změn. Adaptační schopnost je ve stáří snížena.³

Zdravý člověk má věk

- Kalendářní - je dán počtem prožitých let.
- Biologický - je individuální a může se lišit od věku kalendářního.
- Funkční - tempo procesu stárnutí je ovlivňováno genetickými, biologickými, psychickými a sociálními změnami, které vyvolávají změny funkční, proto hovoříme o věku funkčním. Omezení funkčnosti biologické, sociální a psychické, je dáno průběhem a způsobem života, prodělanými chorobami, stresovými situacemi, ale i kvalifikací a vzděláním, aktivitou tělesnou a psychickou.⁴

² Šimíčková - Čížková et al., Přehled vývojové psychologie. 2003, s. 131

³ Pacovský et al., Gerontologie. 1981, s. 57

⁴ Šimíčková - Čížková et al., Přehled vývojové psychologie. 2003, s. 131



1.2 Vymezení stáří

Na otázku, kdy se člověk stává starým, existuje nejčastější odpověď, že je to individuální záležitost a otázka zdraví.

Řecký matematik a filozof Pythagoras

Pythagoras⁵ se domníval, že čtyřem ročním obdobím odpovídají období života

- Utváření - do 20 let
- Mládí - do 40 let
- Rozkvět sil - do 60 let
- Stáří - od 60 let

Klasifikace věku dle WHO

- Střední věk 45 -59 let
- Starší věk, rané stáří, presenium 60 -74 let
- Stařecký pokročilý věk, senium 75 -89 let
- Dlouhověkost, kmetský věk, patriarchum - 90 a více let

Fyziologický typ stárnutí

Fyziologický typ stárnutí je normální součástí života, zákonitou epochou jeho ontogeneze. Jak dlouho by žil člověk, jaká by byla kvalita jeho stáří a jednou i jeho smrt, kdyby nebyl postižen patologickým procesem? Vhodným modelem pro studium fyziologického stárnutí a stáří jsou dlouhověcí lidé.⁶

1.2.1 Průběh stárnutí a stáří

Průběh stárnutí a stáří:

⁵ Pythagoras ze Samu, řecký matematik, filozof (6. st. př. n. l.)

⁶ Pacovský et al., Gerontologie. 1981, s. 16



- **Úspěšné stárnutí a zdravé (aktivní) stáří:** Zdravotní a funkční stav, psychická adaptace na stáří a ekonomická situace odpovídající nárokům prostředí a sociální situaci, což umožňuje spokojenost, seberealizaci a participaci až hluboko do dlouhověkosti.
- **Standartní stárnutí a stáří:** Existuje nerovnováha mezi zhoršeným zdravotním a funkčním stavem, psychickými potřebami, nároky prostředí a sociálně ekonomickými možnostmi. Důsledkem je nedostatečná spokojenost, nedostatečná seberealizace odpovídající mnoha obdobně starým občanům v dané společnosti.
- **Patologické stárnutí:** Zdravotní a funkční stav, adaptace, spokojenost, seberealizace, participace jsou výrazně horší, než odpovídá obvyklé situaci vrstevníků. Choroby vyššího věku jsou výraznější nebo nastupují dříve. Obvyklé jsou také sociální potíže (nedostatek finančních prostředků až chudoba). Na patologickém stáří se výrazně podílí zdravotní stav, náročnost/ vstřícnost prostředí, životní události, finanční zdroje a osobní charakteristika včetně problémů s komunikací a navazováním sociálních kontaktů, respektive vnímáním sociální vstřícnosti a podpory.⁷



Desmond Morris⁸ v knize „Lidský živočich“ popisuje vlastnosti charakterizující dlouhověkost. Dlouhověcí lidé mají přirozenou radost z pravidelného pohybu. Jejich osobnost je vyrovnaná, živá, mají chuť do života, neprojevují přehnané city, které vedou k výbuchům zlosti nebo okamžikům paniky. Vyhýbají se stesku, nežijí minulostí. To by totiž znamenalo uvažovat o časech, kdy byli mladší, rychlejší a silnější, a to může být skličující. Místo toho žijí přítomností a jsou nadšeni činnostmi každého dne. Jsou umírnění ve svých zvycích, jedí rozmanitou stravu bez výstřelků, pravidelně spotřebovávají každodenní kombinaci masité a zeleninové

⁷ Čevela, Kalvach, Čeledová. Sociální gerontologie. 2012. s. 28

⁸ Desmond John Morris (nar. 1928) anglický spisovatel. Proslavil se jako zoolog a etolog. Jeho nejslavnějším dílem je Nahá opice (The Naked Ape. Praha: Mladá fronta, 1971. ISBN 23-035-71.



stravy a také pijí umírněné množství alkoholu. Jejich způsob života má řád, každodenní zaběhnutý rozvrh bez zmatků a stresů. Zářij jim oči, smysl pro humor je neopouští ani ve vysokém věku.



1.3 Modely vyrovnávání se stářím

- **Konstruktivnost**

Člověk se smířil s faktem stárnutí a stáří, je soběstačný, realizuje přiměřené cíle a plány. Má vysokou schopnost přizpůsobivosti a tolerance. Se zájmem hledí do budoucnosti, navazuje srdečné osobní vztahy s ostatními lidmi.

- **Závislost**

Tato strategie směřuje k pasivitě, krédem takového člověka je, ať se ostatní postarají. Tento člověk je poměrně vyrovnaný, rád se vzdal své práce a odešel do důchodu.

- **Obranný postoj**

Zaujímají jej lidé, kteří byli profesionálně nebo společensky úspěšní. Jsou soběstační a jsou na to hrdí. Často odmítají pomoc, aby ukázali, že nejsou závislí, že pomoc nepotřebují, nejsou vlastně staří.

- **Nepřátelství**

Lidé, patřící do této kategorie, měli již během svého aktivního života tendence svalovat vinu za své neúspěchy na druhé, při jednání s jinými lidmi byli a jsou agresivní a podezřívaví. Žijí v ústraní, hrozí jim izolace, dávají najevo svůj odpor k představě stáří. Na všechno reagují svou nevlou mrzutostí. Závidí mladým lidem a jsou vůči nim nepřátelští.

- **Sebenenávisť**

Lidé této skupiny se liší od předcházející jen tím, že nepřátelství obracejí vůči sobě samým. Na svůj předcházející život hledí kriticky a pohrdavě. Zanedbávají



společenské styky, cítí se osamělí a zbyteční. Mají pocit, že už dost užili života, mládí nezávidí.⁹



1.4 Změny ve stáří

Stárnutí organismu je provázeno řadou změn, některé jsou charakteristické až pro vyšší věk, jsou negativní i pozitivní.

1.4.1 Charakteristické změny

Změna některých psychických kvalit:

- Změna kvality paměti. Zhoršuje se zejména krátkodobá paměť, tj. starý člověk si hůře pamatuje nové události. Starší vzpomínky zůstávají zachovány, ale mohou být emočně i obsahově zkresleny. Minulé věci bývají často nadhodnocovány, posuzovány výhradně kladně.
- Klesá psychomotorické tempo, starší lidé podávají horší výkon v časově limitovaných úkolech.
- Schopnost práce s čísly se může udržet bez známek deficitu.
- Vzestup intelektových schopností je možný ještě v období stárnutí, ale záleží na povaze práce a společenské angažovanosti jedince.¹⁰
- Ochuzení fantazie. Na tom je založena obliba vzpomínek na dávné události.
- Pozoruje se snížená nápaditost, objevnost, vynalézavost.
- Starý člověk se nerad rozhoduje, takže působí často dojem bezradnosti.
- Emoce jsou labilnější, starší lidé snadno podléhají dojetí.
- Zvyšuje se sklon k úzkosti až agitovanosti.
- Velmi častá je deprese a podezíravost.

⁹Minibergerová, Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory. 2006, s. 8

¹⁰Minibergerová, Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory. 2006, s. 9



- Převládá touha po soukromí a pohodlí.¹¹

1.4.2 Pozitivní změny

Jednotlivé rysy osobnosti se stářím prohlubují. Všechny změny však nesměřují vždy k horšímu. Často se např. zvyšuje:

- Vytrvalost, zvláště v monotónní tělesné a duševní činnosti.
- Trpělivost se stupňuje.
- Zlepšuje se soudnost a rozvaha. Platí staré učení o moudrých starcích.
- Větší stálost v názorech a vztazích.
- Opatrnost v jednání.
- Slovní zásoba je zachována bez úbytku.¹²

1.4.3 Negativní změny

Celkový obraz provázejících změn stárnutí těla není nijak povzbudivý. Například:

- Tělesné tkáně jako jsou pokožka a svaly začínají ztrácet elasticitu.
- Vylučovací soustava zpomaluje svou činnost a ztrácí výkonnost při exkreci toxinů a dalších odpadních produktů.
- Trávicí soustava je méně zdatná při vstřebávání živin.
- Dochází k úbytku svalové hmoty a síly zbývajících svalů.
- Dýchací soustava dokáže zajistit jen menší přívod kyslíku než dříve.
- Srdce ztrácí svoji sílu, přitom v důsledku zužování a snížení pružnosti periferních cév je k rozvádění krve po celém těle třeba daleko více energie.

Může se stát, že se senioři dostaví do zdravotnického zařízení nepřiměřeně oblečení, zapáchající a ne zcela čistí. Extrémním příkladem je tzv. Diogenův syndrom, kdy je inteligence seniora zachována, ale dochází ke krajnímu zanedbávání ze-

¹¹ Pacovský et al., Gerontologie. 1981, s. 81

¹² Pacovský et al., Gerontologie. 1981, s. 81



vnějšku nebo domácnosti. Úprava zevnějšku a hygiena nemusí být pro seniora prioritní záležitostí. Mnozí senioři nemají náhled na svoji situaci. Toto všechno může komunikaci se seniory značně zkomplikovat.¹³

Popsané negativní jevy mají nepříznivý vliv na fungování mozku a tudíž i na činnost psychiky. Například pokles výkonu dýchací a oběhové soustavy omezuje příjem kyslíku a tím i zdroje energie, nepostradatelné pro činnost mozku. Zpomalení reakční doby dokonce i u očividně zdravých starých lidí může být způsobeno snížením přívodu krve do mozku. Kardiovaskulární choroby společně s poklesem výkonu jednotlivých soustav obvyklých ve stáří mají neblahý vliv na korové funkce. Nejnapadnějším příkladem je záchvat mozkové mrtvice tzv. iktus.¹⁴



1.5 Stárnoucí smyslové orgány

Smysly slouží mozku jako nástroje kontaktu s okolním prostředím, z čehož logicky vyplývá, že jakýkoliv úpadek smyslů přímo ovlivňuje funkci mozku. Stárnutím podmíněné zhoršování vnímání zbavuje mozek možnosti plně prožívat okolní svět. Bylo by však chybné předpokládat, že úpadek začíná až ve stáří. Tyto změny, stejně jako mnoho jiných degenerativních procesů tělesných orgánů, mají počátek v rané dospělosti.¹⁵

1.5.1 Zrak

Staří lidé často říkají, že jejich zrak již „není to, co býval“. Obvykle mají pravdu.

Změny ve vidění:

- Zhoršení akomodace: Schopnost zaostřovat na různé vzdálenosti, především do blízka.

¹³ Špatenková, Králová, Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry, 2009, s. 76

¹⁴ Stuart-Hamilton, Krejčí, Psychologie stárnutí. 1999, s. 26

¹⁵ Stuart-Hamilton, Krejčí, Psychologie stárnutí. 1999, s. 27



- Presbyopie: vetchozrakost, stařecká dalekozrakost. Ta je pravděpodobně způsobena tím, že stárnoucí oční čočka postupně ztrácí pružnost, a tedy i schopnost zaostřovat.
- Ztráta zrakové ostrosti: Definována jako „schopnost zaostřit na detail“.
- Vnímání intenzity světla: Vizuální práh, světlo nejnižší intenzity, které lze ještě spatřit, se s věkem zvyšuje, jinými slovy, starší lidé vidí pouze intenzivnější světlo.
- Zhoršení adaptace oka na vidění za šera: S věkem se snižuje rychlost, jakou se lidé dokážou přizpůsobit horším světelným podmínkám.
- Zhoršení schopnosti regenerace oka: Schopnost znovu vidět po oslnění. Tato skutečnost má zcela jistě své praktické důsledky, například na schopnost starších lidí v noci řídit automobil. Zhoršení periferního vidění: Zúžení zorného pole, které obsáhne pohledem
- Posun ve vnímání barev: Starší lidé vidí v nažloutlejších odstínech.¹⁶
- Rovněž zorné pole se zmenšuje.
- Relativně méně závažným problémem je, že starší lidé nemohou vytočit oční bulvy nahoru stejně jako mladší lidé. Musejí proto zvedat hlavy, aby nad sebou spatřili předměty, které mladší lidé zpozorují pouhým pohybem očí.¹⁷

1.5.2 Sluch

Staří lidé mají sluchové vnímání oslabeno v mnoha směrech. Důsledky byt' jen mírného oslabení sluchu mohou mít velice nepříznivý vliv na sociální život starého člověka.¹⁸

- Slábnutí sluchu: Sluch v průběhu dospělosti postupně slábne. Již v padesáti letech má řada lidí alespoň za určitých okolností horší sluch. Pro některé se může míra zhoršení sluchu stát vážným problémem. Odhaduje se, že 1,6 procenta lidí ve věku 20 - 30 let má vážné vady sluchu, ve skupině 70 - 80 let

¹⁶ Stuart-Hamilton, Krejčí, Psychologie stárnutí. 1999, s. 27

¹⁷ Stuart-Hamilton, Krejčí, Psychologie stárnutí. 1999, s. 29

¹⁸ Stuart-Hamilton, Krejčí, Psychologie stárnutí. 1999, s. 32



je to 32 procent. Tato hodnota se zvyšuje přibližně na 50 procent u lidí starších osmdesáti let. Míra oslabení sluchu se může zvyšovat vlivem prostředí. Velice dobře je dokumentována hluchota dlouholetých pracovníků v těžkém průmyslu. V důsledku toho, že muži pracují v hlučném prostředí častěji než ženy, je oslabení sluchu výraznější u mužů než u žen. Zvukovod starších lidí se může mnohem snáze zanášet ušním mazem, což vede k oslabení sluchu.¹⁹

- Zvětšování ušních boltců: Jedním ze záhadných poznatků gerontologie je fakt, že během stárnutí se o několik milimetrů zvětšují ušní boltce. Funkce této změny zůstává nejasná.
- Zhoršení schopnosti určovat výšku: dochází ke zhoršení schopnosti určovat výšku zvuku a rovněž schopnosti udávat polohu zdroje zvuku. Až deset procent starých lidí navíc trpí tinitem, tedy tím, co je běžně známo jako „zvonění v uších“.²⁰

1.5.3 Ostatní smysly

Oslabení ostatních smyslů zajímá psychology méně, neboť s činností psychiky nesouvisí tak úzce jako oslabení sluchu a zraku.²¹

- **Chuť:** Chutě, které člověk vnímá, můžeme rozdělit na čtyři základní typy - hořké, kyselé, slané, sladké. Není jednotný názor na to, v jaké míře stárnutí ovlivňuje citlivost na tyto chutě. Obecně lze hovořit o oslabení citlivosti. Citlivost na hořkou chuť naopak s věkem stoupá. Dochází k poklesu citlivosti na hořké a slané chutě. Nejsou však změny v citlivosti na sladké a kyselé. Údaje, týkající se komplexnějších chutí, jsou nicméně mnohem přesnější, podle nich jsou starší lidé ve srovnání s mladšími výrazně slabší při identifikaci kořeněných potravin.²²

¹⁹ Stuart-Hamilton, Krejčí, Psychologie stárnutí. 1999, s. 30

²⁰ Stuart-Hamilton, Krejčí, Psychologie stárnutí. 1999, s. 32

²¹ Stuart-Hamilton, Krejčí, Psychologie stárnutí. 1999, s. 33

²² Stuart-Hamilton, Krejčí, Psychologie stárnutí. 1999, s. 34



- **Čich:** S chutí související čich je na tom pravděpodobně mnohem lépe, neboť u zdravých lidí s věkem v podstatě neslábne. U nemocných starých lidí je však jeho slábnutí citelné.²³
- **Hmat:** Hmatová čidla jsou uložena v kůži. Bylo by tedy velmi překvapivé, kdyby zřejmé ztenčování a vrásnění kůže starých lidí nevedlo ke změnám v citlivosti hmatu. Skutečně je potvrzeno, že staří lidé mají vyšší hmatový práh citlivosti, je tedy třeba větší stimulace kůže, aby byl dotyk zaregistrován. Podobně také klesá citlivost k teplotě předmětů. Tyto změny však nemusí být zřejmé a výrazné. Podobně citlivost k vibracím se liší v závislosti na frekvenčním pásmu. U relativně vysokých vibrací (250 Hz) jsou starší lidé v odhadu síly vibrace horší než mladší lidé. Avšak u nižších frekvencí (25Hz) nelze o rozdílu v souvislosti s věkem hovořit.²⁴
- **Bolest:** Někteří badatelé zjistili u starších lidí zvýšení prahu citlivosti na bolest - jinými slovy řečeno, starší lidé jsou údajně schopni snášet intenzivnější podněty, aniž by je vnímali jako bolestivé. Může to souviset se snížením počtu smyslových receptorů ve stáří. Jiné studie však žádné změny ve vnímání bolesti nezjistily.²⁵



Závěr

Involuční procesy ve stáří mohou vytvářet bariéry efektivní komunikace. Seniors je třeba cíleně podporovat a motivovat k sebeúctě a zdravému sebehodnocení. Měli bychom se vyvarovat pseudofamiliárního chování ke starým nemocným (zdrobnělin, hlazení), stejně tak hyperprotektivní péče o ně - nevstávejte, ať si neublížíte. Měli bychom respektovat reálné schopnosti seniorů, jejich pohybové, sluchové, zrakové a další limity, respektovat pomalejší psychomotorické tempo

²³ Stuart-Hamilton, Krejčí, Psychologie stárnutí. 1999, s. 34

²⁴ Stuart-Hamilton, Krejčí, Psychologie stárnutí. 1999, s. 34

²⁵ Stuart-Hamilton, Krejčí, Psychologie stárnutí. 1999, s. 35



seniorů tak, aby nebyli stresováni komunikací s ošetřujícím personálem. Dále také respektovat jejich poruchy paměti a v tomto smyslu jim udělovat rady a pokyny nejen trpělivě, ale také na úrovni srozumitelnosti.



Kontrolní otázky

1. Vysvětlete pojmy gerontologie, geriatrie, geront.
2. Uved'te klasifikaci stáří dle WHO, případně jinou a uved'te zdroj.
3. Co je fyziologické stárnutí?
4. Charakterizujte podoby stáří a stárnutí.
5. Uved'te modely vyrovnávání se stářím?
6. Jaké jsou negativní a pozitivní změny osobnosti ve starším věku - uved'te alespoň tři negativní a tři pozitivní změny Uved'te změny psychických kvalit ve stáří.
7. Charakterizujte stárnoucí smyslové orgány.



2 SPECIFIKA KOMUNIKACE SE SENIORY



Involuční procesy ve stáří mohou vytvářet bariéry efektivní komunikace, proto etický přístup a komunikace se seniory by měly být citlivé a taktní, zejména to platí pro zdravotnictví a sociální služby. Díky komunikaci jsme schopni mezilidské interakce, která je pro člověka naprosto nezbytná. Komunikaci dělíme: verbální, tj. komunikace slovem, slovo = verbum; neverbální - gesta, mimika, haptika, proxiemika, atd.

- Komunikace je schopností a zároveň také potřebou, kterou každý z nás generuje za účelem výměny informací a sociální interakce, může mít také psychotherapeutický význam.
- Dobrá komunikace s pacientem / klientem je základem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče.
- Profesionální je naučit se znát a používat výrazy a pojmenování, které klient uznává a rozumí jim.
- V komunikaci se seniorem dbáme především na zachování důstojnosti, zejména oslovením a vykáním, které posiluje sebeúctu, snažíme se domluvit, vědomi si bariér v komunikaci.
- Důležitý je individuální přístup, trpělivost, ochrana před ponižováním a zesměšňováním.
- V obecné rovině není potřeba respektovat žádná zvláštní omezení v komunikaci se seniory, nicméně je nutné k nim přistupovat individuálně. Mohou vyžadovat více času pro sestavení verbální odpovědi nebo pro vyhledávání informací z dlouhodobé paměti.
- Komunikace se „zdravými“ seniory tedy nevyžaduje specifickou modifikaci založenou na změnách kognitivních funkcí, ale je pouze potřeba poskytnout



určitý čas pro umožnění úspěšné efektivní komunikace. Je třeba respektovat princip zpomalení.²⁶

- Volba správného přístupu a vhodné komunikace podstatně ovlivňuje vnitřní prožívání klientů a rozhoduje zásadním způsobem o jejich spokojenosti či nespokojenosti.
- Přestože si většina zdravotníků myslí, že se starými lidmi komunikují správně a nedopouští se žádných chyb a omylů, tak bezmyšlenkovité, automatické reakce ve verbálních a neverbálních projevech, celkové chování, jednání a přístupu k seniorům svědčí pro nedostatečnou kvalitu komunikace.
- Je třeba si uvědomovat chyby a zlozvyky, vyměňovat si poznatky a zkušenosti a usilovat o dosahování lepších a lepších výsledků.

2.1 Faktory ovlivňující komunikaci se seniory

Komunikaci se seniory ovlivňuje řada faktorů, jsou to faktory psychické, změny smyslového vnímání a další.

2.1.1 Obecné faktory ovlivňující komunikaci se seniory

- věk, vzdělání, zdravotní stav,
- smyslová porucha, především nedoslýchavost, presbyopie (vetchozrakost, stařecká dalekozrakost),
- snížení kognitivních funkcí (ovlivnění schopnosti vyjádřit svoje potřeby, porozumět obsahu sdělení a zapamatování informací), čas na rozhovory,
- vliv prostředí (klid, soukromí),
- zájem a ochota starého člověka o komunikaci,
- zájem a ochota zdravotníka komunikovat, jeho schopnosti a znalosti komunikačních dovedností a způsobů navázání vztahu, využití emoční inteligence.²⁷

²⁶ Pokorná, Komunikace se seniory. 2010, s. 49-50

²⁷ Malíková, Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 2011, s. 229



2.1.2 Specifika komunikace seniorů

- Starý člověk reaguje pomaleji, v komunikaci to znamená například komunikační problémy s příslušníky mladší generace, kteří bývají netrpěliví a nedočkaví.
- Poruchy paměti ovlivňují komunikaci seniorů v tom, že si člověk nemůže rychle nebo vůbec vybavit některé situace, čísla, jména atd.
- Opakování již sděleného je dalším typickým znakem komunikace seniorů, jakoby se senior ubezpečoval, zda naslouchající pochopil, co mu chtěl sdělit, může také jít o pocity nejistoty, snížené koncentrace apod.
- Senioři v důsledku problémů se sluchem, vkládají do komunikace velké úsilí, přes všechnu jejich snahu se však může stát, že zprávě neporozumí a reagují nepřiměřeně na danou situaci.
- Velmi častá je tendence seniorů komunikovat s ostatními pomocí tělesných obtíží, snaží se tímto způsobem upoutat pozornost. Mluví o svých nemocech a potížích. Cílem však není simulace daného problému, ale právě upoutání pozornosti na sebe.
- Velkým problémem je pro seniory komunikace ve větší skupině lidí, senior musí vynakládat velké úsilí, případný hluk a šum komplikuje slyšení starého člověka, který nemusí být schopen vnímat vše řečené, ale obává se opakově dotázat, a proto se raději stáhne do pasivity.²⁸

2.2 Komunikační bariéry

Lidé, kteří přicházejí do zdravotnického zařízení, aby jim zdravotníci pomohli, obvykle mají potřebu sdělovat své problémy a většinou komunikují otevřeně. Tabu bývá oblast intimity a sexuality, jindy nedůvěra a obavy, jak bude s informacemi naloženo. Ochota komunikace rovněž klesá, pokud lidé trpí bolestmi, zdravotními komplikacemi, únavou, úzkostí nebo stresem. Na straně profesionála to znamená, že nevystačí s běžnými komunikačními dovednostmi, náročnost situací vyžaduje určitou nadstavbu, které se musí naučit.

²⁸ Špatenková, Králová, Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry. 2009, s. 76-77



Bariéra může být někdy zjevná a snadno odstranitelná, jindy i přes velké snahy pečovatele zůstává cesta k pacientovi / klientovi uzavřená. Pak bývá klient označen jako nespolupracující, „nekomunikující“. Jeho nevyjádřené potřeby zůstávají často neuspokojeny a nelze rozvíjet vzájemné vztahy, člověk zůstává v izolaci a obě strany jsou frustrovány. Komunikační bariéra vede k jeho naprosté izolaci od okolního světa.

2.2.1 Bariéry ze strany profesionála

- nedostatek času, spěch,
- hlučné prostředí,
- nedostatek soukromí,
- „neoblíbený pacient“,
- nepozornost, nesoustředěnost na komunikaci,
- domýšlení se významu sděleného - „čtení myšlenek“,
- nenaslouchání,
- skákání do řeči,
- nedostatek empatie,
- netrpělivost,
- neupřímnost,
- polemizování v nesprávnou dobu.²⁹

2.2.2 Smyslové bariéry

Bariérami komunikace na straně seniora jsou špatný sluch, zrak a jiné bariéry.

Senior s problémy sluchu

K nedoslýchavému člověku musíme hovořit pomalu, zřetelně, hledět do tváře. Zvolíme vhodnou vzdálenost, nenarušujeme však jeho intimní zónu. Můžeme využít i neverbální komunikaci a psané slovo.

²⁹ Špatenková, Králová, Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry. 2009, s. 37



Senior s problémy zraku

Pokud máme správně komunikovat s člověkem se špatným zrakem, je důležité, aby o nás věděl. Klepeme, zdravíme jako první, představíme se a jasně formulujeme a popisujeme naši činnost. Při práci se seniory s poruchami řeči je důležitá trpělivost, takt a hledání jiných možností domluvy.



2.2.3 Chyby a zlozvyky v komunikaci se seniory

- Nedostatek péče a pozornosti (pozornost je souběžně věnovaná druhým).
- Styl jednání, v němž neustále něco přikazujeme.
- Upřednostňování a poukazování na omezení („handicap“) starší osoby.
- Rychlé, chaotické a zmatečné podávání informací.
- Netrpělivost, senior má pocit, že na něj nemáme čas.
- Odsuzujeme jeho způsob chování a nevěnujeme dostatečnou pozornost tomu, proč to dělá.
- Ukvapeně zklidňujeme, přesvědčujeme (bráníme svůj způsob péče), přerušujeme řeč.
- Nabízíme činnosti místo naslouchání.
- Nereagujeme na sdělení, odcházíme beze slov, odmítáme klienta neverbálně (např. gesty, mimikou).³⁰

2.2.4 Nejčastější chyby ve věcné stránce sdělení

- Neuspořádané myšlenky před zahájením komunikace.
- Nepřesné vyjadřování.
- Snaha vložit do svého sdělení příliš mnoho informací, obvykle i nepodstatných (sdělení pak působí zmateně, neuspořádaně, chaoticky).

³⁰ Malíková, Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 2011, s. 231-233



- Příliš mnoho informací, které nemají pro příjemce vzájemnou logiku, a tím se stávají nesrozumitelnými.
- V nejistotě, zda příjemce chápe sdělení, hovoří sestra / zdravotník dál a dál, a pacienta tak informačně zcela zahltí.
- Sestra dostatečně neregistruje reakce pacienta a některé podstatné momenty v jeho odpovědích, a hovor se tak dostává ke svému cíli.³¹

Faktorů, které mohou komplikovat komunikaci je mnoho. Může k nim patřit: přikazování, moralizování, kázání, neadekvátní hodnocení, kritika, obviňování, podceňování pacienta, povyšování se nad pacienta, srovnávání s jinými, nebo dokonce se sebou, vyrušování soukromými telefonáty, ironie až sarkasmus, nevhodný humor, etiketizace, označování pacientů „nálepkami“ zpravidla negativními, stereotypizace, iracionální posuzování jedinců nebo celých skupin.³²



2.3 Verbální komunikace

Chybná nebo nezvládnutá verbální i neverbální (např. mimika, gestika, proxemika) komunikace může být intenzivním zdrojem poškození pacienta ze strany zdravotníka (iatrogenie, sororigenie), tedy poškození pacienta sestrou, resp. jiným zdravotnickým pracovníkem. Slovo pak nepůsobí jako lék, ale jako jed. V napětí, nejistotě a obavách je pacient daleko vnímavější na neobratné a znepokojivé výroky o nemoci a léčení než člověk zdravý. Slovo totiž, ač se to nezdá, má obrovskou moc. Slova dokážou utěšit, urazit, nebo dokonce ranit. Říká se také: “Horší jazyk protivníka, nežli kopí bojovníka.” Jenomže co bylo jednou vyřčeno, už nelze vzít zpátky a nepomáhají ani žádné omluvy.³³ Porucha komunikace může nakonec vést až k narušení vztahu mezi zdravotníkem a nemocným, k pocitům viny, bezradnosti, zloby, až k vyčerpání, ztrátě veškerého zájmu nebo úplné rezignaci na péči.

³¹ Špatenková, Králová, Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry, 2009, s. 36

³² Špatenková, Králová, Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry, 2009, s. 36-37

³³ Špatenková, Králová, Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry, 2009, s. 37



2.3.1 Doporučení pro efektivní verbální komunikaci

Existují způsoby, jak dorozumění se s člověkem s potížemi v komunikaci zlepšit a učinit ji tak efektivnější. Zpravidla každý pacient chce být „dobrý“ pacient a chce, aby si toho někdo všimnul a ocenil to. Nelitujme času, který věnujeme komunikaci s pacientem, ušetříme ho jinde.

- Hned na počátku rozhovoru dávat instrukce a rady.
- Podtrhovat důležitost instrukcí a rad.
- Užívat krátkých slov a vět.
- Rady opakovat.
- Dávat raději specifické, detailní informace než obecná sdělení.³⁴
- Pozorně naslouchat pacientovým slovům.
- Neustále dávat najevo svůj zájem o to, co pacient říká a také o pacienta jako takového.
- Pomáhat pacientovi formulovat obsah jeho sdělení, ale do ničeho ho netlačit.
- Přání pacienta brát s plnou vážností a respektem, nedevalvovat ho, i kdyby to bylo cokoliv.
- Mluvit s pacientem o tom, co potřebuje a co ho trápí. Ptát se pacienta: „Chcete si o tom pohovořit?“
- Povzbuzovat pacienta k hovoru vhodnými otázkami.
- Oceňovat pacienta. Pochvala někdy zmůže mnohem více než trest.
- Všímat si u pacienta jakékoliv změny a projevovat zájem.
- Slova volit vždy uvážlivě. Vyjádření „já vám rozumím,“ nebo „chápu vás“, mohou mít zcela opačný efekt, než jsme zamýšleli.
- Mluvit málo, spíše naslouchat.³⁵

³⁴ Payne a kol. Kvalita života a zdraví. 2005, s. 187-189

³⁵ Špatenková, Králová, Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry, 2009, s 37



2.4 Neverbální komunikace

Obecně máme tendenci verbální komunikaci připisovat větší význam než komunikaci neverbální, protože ve verbální komunikaci je obsažena věcnost - onen informační obsah sdělení. Jednotlivé druhy komunikace „jdou však ruku v ruce“, obvykle se vzájemně doplňují (slova jsou doprovázena gesty, výrazem obličeje, jsou podtržena určitým tónem řeči, apod.).³⁶

2.4.1 Dotek

Zdravotničtí pracovníci používají při kontaktu s pacienty různé druhy doteků - některé jsou uklidňující, jiné jsou nedílnou součástí ošetrovatelských intervencí (např. při provádění hygieny nebo polohování).³⁷

Význam doteku v ošetrovatelské péči

- Dotek může upoutat pozornost pacientů, kteří jsou nesoustředění nebo příliš ponoření do sebe.
- Dotek může redukovat úzkost pacientů ve stresových situacích.
- Dotekem mohou zdravotničtí pracovníci vyjádřit zájem o pacientovu zkušenost.
- Dotek podtrhuje sdílení a blízkost s jiným člověkem. Je ujištěním „jsem tady a jsem tu pro vás“.
- Dotek je projevem péče.
- Dotek je nedílnou součástí ošetrovatelské péče.³⁸

2.4.2 Doporučení při komunikaci se seniory

- Při komunikaci se starými lidmi dbejme, aby nám viděli do tváře, hovořme pomalu, zřetelně a mluvíme dostatečně nahlas.
- Mějme vždy na paměti, že pracujeme s lidmi a ne s neživými věcmi.
- Hovor vedme s ohledem na psychický a fyzický zdravotní stav jednotlivce a sledujeme i své pocity. Maximálně se věnujme tomu, co nám chce sdělit.

³⁶ Špatenková, Králová, Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry, 2009, s 38

³⁷ Špatenková, Králová, Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry, 2009, s 32

³⁸ Špatenková, Králová, Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry, 2009, s. 32



- Budme trpěliví a tolerantní, nepřestávejme vysvětlovat a poučovat. V případě potřeby dotaz, pokyn nebo odpověď zopakujme.
- Při rozhovoru zajistěme klidné prostředí, pocit bezpečí a jistoty. Nedávejme najevo, že spěcháme.
- Snažme se vcítit do pocitů a problémů starých lidí a dle možností vyhovme jejich přání a potřebám.
- Komunikujme s klienty co nejvíce. Starý člověk kontakt vždy ocení a pomůže při výkonu ošetrovatelské péče.
- Chovejme se ke starým lidem jako by to byli naši rodiče.



Závěr

Komunikace se staršími pacienty představuje pro zdravotnické pracovníky často velkou prověrku jejich komunikačních dovedností. Zdrojem bariér v komunikaci se starými lidmi mohou být automatické reakce ve verbálních a neverbálních projevech, stereotypy v celkovém chování, a to na straně zdravotníků a sociálních pracovníků i na straně seniorů.

Měli bychom respektovat reálné schopnosti seniorů, jejich pohybové, sluchové, zrakové a další limity, respektovat pomalejší psychomotorické tempo seniorů tak, aby nebyli stresováni komunikací s ošetřujícím personálem. Dále také respektovat jejich poruchy paměti a v tomto smyslu jim udělovat rady a pokyny nejen trpělivě, ale také na úrovni srozumitelnosti. Seniors je třeba cíleně podporovat a motivovat k sebeúctě a zdravému sebehodnocení.



Kontrolní otázky

1. Popište verbální komunikaci se stárnoucím klientem / pacientem. Uvedte příklad.
2. Popište neverbální komunikaci se stárnoucím klientem / pacientem. Uvedte konkrétní příklad.
3. Shrňte specifika komunikace se starým člověkem. Co je pro efektivní komunikaci se starým člověkem důležité?



3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ



Kvalita života seniorů je vnímána jako synonymum schopnosti vést nezávislý život. Metody hodnocení se zaměřují na schopnost provádět běžné každodenní činnosti. Funkční schopnosti mají nepochybně velký vliv na kvalitu života, přesto existuje mnoho dalších psychologických a sociálních faktorů přispívajících ke kvalitnímu životu. O kvalitě života vypovídá míra spokojenosti s možnostmi, kterými člověk - senior disponuje, a které považuje za relevantní (choroby, sociální statut). Dále ty možnosti, které má pod kontrolou, a podléhají jeho volbě (výběr přátel, způsob trávení volného času).

Prodlužuje se aktivní věk a společensky aktuální je kvalita života seniorů. Zdánlivě se zdá pojem kvalita života jasný, při bližším zkoumání zjistíme, že je to pojem velmi široký, multidimenzionální. Oficiálně byl pojem kvalita života přijat Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1977. Od roku 1991 pracuje v rámci WHO speciální skupina, která se zabývá kvalitou života (WHOQOL - World Health Organisation Quality of the Life Group).

Definice Světové zdravotnické organizace (WHO)

Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekávání, životnímu stylu a zájmům.

Sociologické pojetí kvality života

Je zaměřeno na objektivní sociální atributy úspěšnosti, jako je status, majetek, vzdělání, rodinný stav (tzv. sociální indikátory), a je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je vnímána jako subjektivní životní pocit.

Psychologické pojetí kvality života

Při definování kvality života psychology se často setkáváme s důrazem kladeným na spokojenost. Podle tohoto pojetí žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen. A kdy je spokojen, když se mu daří dosahovat cílů, které si předsevzal. Snaží se postihnout subjektivně prožívaný pocit štěstí a radosti, spokojenost



s vlastním životem, míru sebezpřijetí, pocit osobní autonomie a kompetence, pocit osobní pohody (well-being). Zajímá se o celkové subjektivní hodnocení života z pozice individua, ale i o to, co činí člověka spokojeného, které faktory jeho subjektivní pocit ovlivňují.

3.1 Demografické prognózy

Demografické změny, které v současné době probíhají v Evropě, jsou výsledkem prodlužování délky života díky pokroku ve zdravotnictví a zvyšující se kvality života Evropanů. Demografické změny jsou výsledkem tří základních trendů:

- 1) Prodlužování délky života. Je to výsledek pokroku ve zdravotnictví a kvality života Evropanů. Střední délka života v dobrém zdravotním stavu nepřetržitě roste. Tento pokrok by měl pokračovat a měly by se zmenšovat rozdíly ve střední délce života mužů a žen. V jedné rodině se mohou nyní setkávat i čtyři generace, jsou však mobilnější a nežijí již vždy společně, jako tomu bylo dříve.
- 2) Zvyšování počtu pracovníků starších 60 let bude patrné až asi od roku 2030, kdy se z „baby boomu“ stanou senioři.
- 3) Trvale nízká porodnost.³⁹



3.1.1 Stárnutí obyvatelstva

Stárnutí obyvatelstva je proces, který vyjadřuje, že osob vyššího věku relativně nebo absolutně přibývá. Česká republika k 30. září 2016 měla 10 572 427 obyvatel.⁴⁰ Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v ČR přibližně půl milionu občanů ve věku 85 let a více (ve srovnání se 101 718 v roce 2006) a téměř tři miliony osob starších 65 let (31,3 %). K 1. 1.

³⁹ [Online]. [cit. 2017-01-03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide

⁴⁰ [Online]. [cit. 2016-16-10]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide



2013 bylo v České republice 1103 stoletých, z toho 920 žen a 183 mužů. Ve společnosti dochází také k velkým strukturálním změnám, vyvíjí se struktura rodiny, je více starších osob (55-65 let), seniorů, velmi starých lidí, méně dětí, mladých lidí a dospělých v produktivním věku. Přechody mezi jednotlivými obdobími života jsou dnes složitější, zejména to platí o mladých lidech, kteří do některých životních etap vstupují později (konec studií, nástup do zaměstnání, první dítě). Předpokládá se, že míra celkové demografické závislosti se zvýší z 49% v roce 2005 na 66 % v roce 2030. Zapojení do pracovního procesu bude muset být větší a věk ukončení pracovní činnosti se bude muset dále zvyšovat.⁴¹



3.2 Vládní dokumenty

Usnesením vlády ze dne 9. 1. 2008 byl přijat „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012 (Kvalita života ve stáří)“, kde se úvodem píše: Lepší životní a pracovní podmínky, kvalitnější zdravotní péče a sociální ochrana vedou k tomu, že méně lidí dnes umírá předčasně v dětství nebo během pracovního života. Více lidí má možnost prožít delší život než v minulosti a stáří se stává přímou zkušeností stále většího počtu lidí. Současně se mění životní styl a kvalita života⁴².

V roce 2012 byla přijata „Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017“. Zde je věnována velká pozornost univerzitám 3. věku jako součásti celoživotního vzdělávání, zaměstnávání starších osob a seniorů, dobrovolnictví a mezigenerační spolupráci, zajištění kvalitního prostředí, podpora zdraví - tzv. zdravé stárnutí, lidská práva seniorů.⁴³ Životní způsob osob vyššího věku je v současné době vymezen a ovládán procesem tzv. úspěšného stárnutí a programem aktivního stárnutí. Charakteristickým rysem změn životního stylu je

⁴¹ [Online]. [cit. 2017-01-10]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/seniori/>

⁴² [Online]. [cit. 2006-09-16]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

⁴³ [Online]. [cit. 2017-06-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/12968>



osobní seberealizace, tj. vzdělávání, studium na univerzitách třetího věku, cestování nebo realizace sportovních a kulturních aktivit.⁴⁴

3.3 Životní hodnoty a zájmy seniorů

Při využívání volného času a vyhledávání možností setkávání seniorů se projevuje závislost na vzdělání⁴⁵. Senioři se středoškolským a vysokoškolským vzděláním jsou o těchto možnostech více informováni. Významnou roli sehrává počítačová gramotnost a schopnost komunikovat prostřednictvím internetu. Senioři mají zájem o vzdělání, ale projevuje se závislost na věku a vzdělání. Zájem o vzdělání se projevuje u středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných. Čím vyšší vzdělání tím větší zájem o další vědomosti. Zájem o vzdělání klesá i s věkem, u seniorů nad 70 let výrazně.

Za nejvýznamnější životní hodnoty považují senioři: zdravotní stav (dobré zdraví), sociální kontakty, přiměřené finanční zdroje, vzdělání. Z dosud provedených výzkumů⁴⁶ mezi nejčastější koníčky seniorů patří: čtení, sportovní aktivity (turistika, procházky, jízda na kole, lyžování, jóga), zahrádka, křížovky, ruční práce (šití, pletení, vyšívání), poslech televize a rádia, rodina (péče o děti a vnoučata), hudba (zpěv, hra na hudební nástroj), kulturní aktivity (návštěva divadla a kina), kutilství (zvelebení domu, chalupy, bytu), společenské hry (karty, šachy), domácí práce (úklid, vaření, pečení), cestování, příroda a myslivost, chov domácích zvířat (pes), houbaření, tanec, internet, rybaření, jiné.

3.4 Univerzity 3. věku

Nejrozšířenější a nejkomplexnější nabídku vzdělávání seniorů v České republice (v celé EU) nabízejí tzv. Univerzity 3. věku (U3V). Univerzita 3. věku je neprofesním zájmovým studiem občanů zejména v seniorském věku. Některé univerzity nabízejí vzdělání již osobám od 50 let věku. Účastníci U3V mají statut posluchačů univerzity, nejsou však studenty ve smyslu zákona o vysokých školách. U3V jsou jednou ze součástí programu celoživotního vzdělávání, jsou spjaté s vysokými školami

⁴⁴ Millová, Psychologie celoživotního vývoje: uvedení do moderních teorií. 2012, s. 126

⁴⁵ Nadační fond Elpida provedl v roce 2003 výzkum kvality života seniorů, z něhož vyplynuly uvedené závěry. <http://elpida.cz>

⁴⁶ Výzkum realizovalo Dobrovolnické centrum, o. s. v Ústí nad Labem v roce 2005



a poskytují všeobecné, zájmové a neprofesní vzdělávání na vysokoškolské úrovni lidem vyššího věku.

3.4.1 Vývoj U3V

V nabídce vzdělávacích aktivit a přístupu ke vzdělávání na U3V lze vyčlenit dosud tři etapy, každá z nich je charakterizována především šíří nabídky vzdělávání a cílovou skupinou:

1986 - 2000

2001 - 2006

2006 - dosud

I. etapa 1986 - 2000

Historie českých univerzit třetího věku začíná v roce 1986. Jejich vznik byl spojen s Československým červeným křížem a Československou gerontologickou společností. Některé prameny uvádějí datum vzniku až rok 1993. První etapa vývoje univerzit U3V zahrnuje tedy období 1986-2000. Prvními univerzitami, kde U3V startovaly, byly Univerzita Palackého v Olomouci a Západočeská univerzita v Plzni. Kurzy byly zaměřeny na zdravý způsob života, tj. kurzy orientované ošetrovatelsky a lékařsky. Tato nabídka se pak podle představ seniorů rozšířila o převážně humanisticky orientované kurzy. V této etapě je zlomovým rokem rok 1989, kdy dochází v tehdejší Československé republice ke změně politických poměrů, a to se odráží i v obsahové náplni vzdělávacích aktivit U3V, kdy se dostává do popředí zájmu historie a filozofie, ale také stoupá zájem o technické vzdělávání. První univerzitou, která nabízí technicky a ekonomicky orientované kurzy bylo VUT v Brně (rok 2000). Podnětem k takovému zaměření byla snaha poskytnout lidem v seniorském věku možnost kontaktu s moderními technologiemi.

2. etapa 2001 - 2005

V popředí zájmu zůstává historie a filozofie, souvisí to patrně s tím, že do seniorského věku vstupuje generace narozená v období 2. světové války a těsně po válce, která je již obětí období tzv. „budování socialismu“ v 50. letech a zajímá ji objektivní hodnocení „socialistické etapy“. Dá se konstatovat, že v této etapě U3V hledají svou identitu v rámci české společnosti. Po roce 2000 se otevřelo na U3V široké spektrum nových oborů, orientovaných na technické a ekonomické vědy.



Podnětem k takovému zaměření byla snaha rozšířit lidem v seniorském věku možnost kontaktu s moderními technologiemi, které po roce 1989 doznaly naprosto převratných změn, a se kterými se občané denně setkávají, a bez nichž se už mnohdy nelze v aktivním životě obejít.

3. etapa 2006 - dosud

Nevysvětlitelně klesá zájem o jazyky v nabídce U3V a stále přetrvává zájem o technické vědy, tj. PC gramotnost. Rozšiřuje se zájem o filozofické vědy, zejména křesťanství a z křesťanských proudů o otázky muslimů, patrně v reakci na imigraci etnik muslimského vyznání do Evropy i v souvislosti s ohnisky válečného napětí ve světě. U3V nabízejí poměrně široké spektrum vzdělávacích aktivit.⁴⁷



Závěr

Každý člověk touží prožít šťastný život, přeje si žít dlouho s přáním kvalitního života v plném zdraví bez ohledu na věk, společenské postavení, geografický prostor, ve kterém žije. Stáří je etapa, kdy život již hodnotí a dobu, kterou má před sebou chce smysluplně naplnit, může to být péče o rodiny, snaha konečně se věnovat svým koníčkům, dozvědět se něco nového, na co během aktivního života nebyl čas. Každá etapa života má svůj smysl a svou kvalitu.



Kontrolní otázky

1. Uved'te demografické údaje o obyvatelstvu nad 60 let v ČR. Jaká je prognóza?
2. Jaká je demografická struktura Evropy osob nad 65 let?
3. Uved'te vládní dokumenty, které se týkají stárnutí obyvatelstva.
4. Jaká je historie, statut, náplň a význam Univerzity 3. věku (U3V)?

⁴⁷ Výzkum realizovalo Dobrovolnické centrum, o. s. v Ústí nad Labem v roce 2005



4 MEZIGENERAČNÍ SOLIDARITA



Demografické změny v současné době utvářejí novou společnost a tyto změny se od roku 2010 zrychlují. Ubývá mladých lidí a dospělých, a bude čím dál tím více starších pracovníků, důchodců a velmi starých lidí. Bude nezbytné, aby se na zvládnutí těchto změn podíleli všichni účastníci - mezi generacemi bude třeba vybudovat nové formy solidarity, a to na základě vzájemné podpory a předávání dovedností a zkušeností. Mezigenerační solidarita je utvářena na základě integrace osob v produktivním věku a solidaritou k velmi starým lidem.

4.1 Integrace osob v produktivním věku

Děti a mladí lidé budou přebírat štafetu od početnějších generací, než jsou sami. Je pravda, že úroveň jejich vzdělání je znatelně vyšší, než tomu bylo u předcházejících generací - v EU mělo v roce 2003 vysokoškolské vzdělání přibližně 28 % lidí ve věku 25 - 34 let oproti pouhým 16 % ve věkové skupině 55 - 64 let. Díky tomu lze předpokládat vyšší produktivitu a přizpůsobivost. Mládež se stává vzácným zdrojem, jehož potenciál není dostatečně využíván. Ve skutečnosti mají mladí lidé problémy se zapojením do pracovního procesu, jsou ohroženi chudobou, narážejí na diskriminaci na základě věku a v souvislosti s nedostatečnou praxí a v souvislosti se sociálním původem, školní vzdělání neodpovídá vždy potřebám znalostní společnosti a míra školní neúspěšnosti je stále znepokojivá.⁴⁸

4.2 Solidarita s velmi starými lidmi

Díky stálému prodlužování střední délky života se ve společnosti výrazně zvyšuje počet velmi starých lidí (80+). Rodiny samy nebudou schopny řešit otázku, jak se o tyto lidi postarat, ať již budou závislí či samostatní. V obou případech bude zapotřebí se o tyto lidi postarat přiměřeným způsobem, což dnes v mnoha zemích

⁴⁸ [Online]. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z URL <<http://www.helpnet.cz/seniori/dokumenty-tykajici-se-seni-oru/365-3>>



zajišťují rodiny, především ženy. Ty se však čím dál více zapojují do pracovního procesu. Kromě toho více dětí žije v dospělosti daleko od rodičů. Rodiny proto budou muset být podporovány více než dnes. To bude úkolem sociálních služeb a sítí solidarity a péče v rámci místních společenství. Koordinace vnitrostátních politik sociální ochrany by se měla rozšířit na dlouhodobou péči o staré lidi.⁴⁹

4.3 Ageismus

Termín ageismus je převzat z anglického slova age - tzn. věk nebo stáří. Význam tohoto termínu je v současnosti chápán jako předsudky a negativní představy o seniorech. Průkopníkem termínu ageismus byl americký psychiatr Robert Butler, který již v roce 1969 začal poukazovat na věkovou diskriminaci. Doslova uvádí: „Ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahují k barvě pleti a pohlaví. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech.“⁵⁰

Ageismus je brán jako odpor ke stáří, pohrdání staršími lidmi, předsudky vůči lidem vyššího věku. Je to rub kultu mládí, kterým je naše doba posedlá. Mládí se prohlašuje za něco bytostně lepšího, lidsky hodnotnějšího než stáří. Sociologové a historikové vědí, že v tradičních společnostech měl každý věk svou funkci a od ní odvozenou důstojnost. To se dnes vytrácí. Stáří se chápe jen jako nedostatek mládí. Stáří už není autoritou, považuje se za zkosnatělé, zaostalé, směšné a ubohé. Působí stereotypní představa o starém člověku a podle ní jsou posuzováni všichni staří.⁵¹

4.4 Etické aspekty ageismu v ošetrovatelské péči

Věková diskriminace se často projevuje i při některých zdravotnických výkonech, které jsou odmítány z důvodů věku pacienta s argumentem, že by starý nemocný zákrok nevydržel, z narkózy se neprobral apod. Tato tvrzení jsou nejen neetická,

⁴⁹ [Online]. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z URL <<http://www.helpnet.cz/seniori/dokumenty-tykajici-se-seni-oru/365-3>>

⁵⁰ Malíková, Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních, 2011, s. 35

⁵¹ Říčan, Cesta životem. 2014, s. 295



ale i odborně neopodstatněná s ohledem na pokroky, jichž bylo v posledních letech v medicíně dosaženo.⁵² Typickým příkladem ageismu je limitace screeningových vyšetření a v obecné rovině často postoj ke stáří jako k nevléčitelné nemoci. V ošetrovatelské péči se ageistické postoje vyskytují častěji než v běžné populaci, protože zdravotníci pečující o seniory považují jejich problémy za běžné a projevy stárnutí za typické pro všechny dlouhověké osoby. Jde tedy o běžný fenomén, který je posilován negativními stereotypy. Stereotyp je v této souvislosti charakterizován jako ustálený, navyklý způsob reagování na něco a komplex představ o seniorech. V péči o jedince se mohou vyskytovat ageistické tendence, jako je devalvující chování, hypoprotektivní chování, elderspeak, infantilizace, vyhýbání se kontaktu se seniorem, nerespektování běžných etických norem. V systémovém měřítku je to rozpočtová politika a omezování výdajů, odpírání či omezování nákladných léčebných postupů z důvodu věku, zneužívání a špatné zacházení se seniory a jiné.⁵³ Důsledkem je pak i výrazný pokles sebehodnocení ve stáří, a to v míře, v níž člověk sám tento stereotyp dříve v životě akceptoval. Ovšem ani opačná krajnost - nadměrný a mnohdy falešný soucit vůči starým lidem - jejich adaptaci nijak neusnadňuje.⁵⁴

4.3 Zařízení sociálních služeb

Situace v oblasti poskytování sociálních služeb se mění k lepšímu. Umístování seniorů před rokem 1989 do státních domovů důchodců, bylo obvyklým a téměř výhradním způsobem řešení jejich snížené soběstačnosti nebo úplné nesoběstačnosti. Staří, nemocní či umírající byli izolováni v ústavech a existence skupiny těchto osob se tabuizovala. Senior většinou neměl možnost vyjádřit se k péči a fungovalo rozhodování o něm bez něj. Příbuzní umístili seniora bez jeho souhlasu do ústavní péče, kde byl nucen podřídit se režimu a chodu zařízení. Poskytovanou péči (bez ohledu na kvalitu) financoval stát, a tak si příbuzní i nadále přicházeli pro důchod svých blízkých. Poslední léta svého života trávili tito senioři většinou

⁵² Kutnohorská, Cichá, Goldmann, *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, 2011, s. 109

⁵³ Pokorná, *Komunikace se seniory*, 2010, s. 73-75

⁵⁴ Langmeier, Krejčířová, *Vývojová psychologie*, 2006, s 214



ve vícelůžkových pokojích, aby jich v zařízení mohlo být umístěno co nejvíce. Byla často porušována jejich práva.

Po roce 1989 došlo ke změnám, přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, k transformaci sociálních služeb i celé sociální oblasti. Odpovědnost za sociální služby přešla z téměř výhradní pozice státu na jednotlivce, obce, kraje, občanské společnosti a stát. Každý z těchto účastníků má své povinnosti a svůj díl odpovědnosti. Poskytované sociální služby v pobytových zařízeních jsou financovány vícezdrojově, podílí se na nich také úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení.⁵⁵ Zákon o sociálních službách přesně stanovuje druhy všech zřizovaných zařízení, definuje základní činnosti a jednotlivé služby sociální péče.

Mezi zařízení sociálních služeb patří: centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro seniory se zdravotním postižením, domovy pro seniory, chráněné bydlení, azylové domy, nízkoprahová denní centra a zařízení pro děti a mládež, centra sociálně rehabilitačních služeb a další. Zařízení jsou povinny zajistit a poskytovat svým uživatelům základní činnosti podle zákona.

4.3.1 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory - v domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,

⁵⁵ Malíková, Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních, 2011, s. 29-33



- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.⁵⁶

V jakémkoliv zařízení ústavní péče, i v tom nejlépe organizovaném, jsou podmínky pro „aktivní stáří“ daleko hůře dosažitelné, než v rodinném prostředí. V každém případě je třeba vždy odpovědně přistupovat k rozhodnutí umístit starého člověka do ústavního zařízení.⁵⁷ Pro seniora to znamená začátek nové, důležité životní etapy. Základním úkolem je umožnit co nejplynulejší přechod a ulehčit mu adaptaci na nové prostředí, které je výrazně odlišné od dosavadního způsobu jejich života. Mají za sebou dlouhý život, kde byli zvyklí fungovat určitým způsobem. Při přenesení do jiného prostředí se mohou jejich způsoby chování stát obtížnými. Člověk je zaskočen a potřebuje podporu personálu i svých blízkých.⁵⁸

Pokud lidé, kteří z nějakého důvodu ztratili soběstačnost, odcházejí žít do domovů důchodců nebo jiných zařízení, měli by zde najít nový, bezpečný domov, důstojné zacházení a bydlení, kde budou moci spokojeně žít. Domov by měl poskytovat nejen nutnou zdravotní péči, ale také prevenci fyzického a duševního chátrání, poskytovat radost a motivaci k životu, pomáhat lidem žít, bavit se a napomáhat vyplňovat dlouhé dny. Každému obyvateli je třeba poskytovat individuální péči. Nutným doplňkem péče o seniory je kvalitní terapeutický program, který je důležitý pro jejich duševní i fyzický stav. Poskytuje lidem fyzickou činnost, adekvátní mentální stimulaci a příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nutný.⁵⁹

⁵⁶ Zákon o sociálních službách [online] (cit. 2017-03-09) Dostupené: <http://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-o-socialnich-sluzbach/uplne/>

⁵⁷ Kutnohorská, Cichá, Goldmann, *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, 2011, s.107

⁵⁸ Venglářová, M., *Problematické situace v péči o seniory*. 2007, s. 15

⁵⁹ Rheinwaldová, E., *Novodobá péče o seniory*, 1999, s. 10-12



Závěr

Podoba vztahů mezi jednotlivými generacemi se v posledních desetiletích výrazně proměnila. Jednou z významných příčin je stárnutí populace. Přestože jsou často slyšet pesimistická prohlášení o krizi rodiny a úpadku rodinné solidarity, zůstává rodina pro jedince nejen ve vyšším věku zásadním zdrojem podpory a pomoci. Z makrospolečenského pohledu má stát opatřeními sociální politiky zajišťovat péči o seniory a také vytvářet nejrůznější podpůrné instituce.⁶⁰ Zdravotně sociální pomoc ve stáří je velmi významná zdravotně sociální pracovník se stává mnohdy nejbližším člověkem a oporou, navazuje se starým člověkem vztah profesionála a ve své profesionalitě nabízí důvěru a spolehlivost.



Kontrolní otázky

1. Vysvětlíte pojem ageismus.
2. Vyberte si jeden druh sociálního zařízení dle vlastního uvážení a popište jeho činnost.

⁶⁰ Kafková-Petrová, Mezigenerační solidarita ve stárnoucí společnosti. 2010, s. 63 - 64 [Online 2017-03-08] Dostupné: socstudia.fss.muni.cz/dokumenty/110215114410.pdf



5 DŮSTOJNOST NEMOCNÉHO PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE



Diskuse o důstojnosti lidského života se intenzivně začala vést po ukončení 2. světové války a promítla se do Všeobecné deklarace lidských práv (OSN, 1948) a řady následných dokumentů. Člověk je smrtelný a dostane se do okamžiku, kdy „směřuje ke smrti“. V čem spočívá důstojnost člověka v posledním úseku jeho života? Tato diskuse se rozvíjí v souvislosti s pokroky vědy, pronikáním techniky do medicíny a úspěchy lékařů s prodlužováním lidského života. Pokroky v lékařství jsou vítané, ale přinášejí z hlediska etiky řadu otázek, o nichž je nutno diskutovat, vědu a etiku nemůžeme oddělovat. Mezi důležité diskutované otázky patří pojmání důstojnosti lidského života v nemoci a umírání.

5.1 Charakteristika důstojnosti

„Důstojnost“ je složitá entita. Obvykle ji spojujeme s pojmy jako úcta, autonomie a ovládání. Chceme-li poskytovat péči a služby, které zachovávají a posilují důstojnost, je třeba věnovat čas k pochopení toho, co to důstojnost vlastně je.⁶¹ Umíme spíše říci, co je nedůstojné, ale co je důstojné, či kde hranice lidské důstojnosti jsou, často jen tušíme. A to na základě mravních principů, kulturních tradic, postoji k životu, k úctě člověka nebo na základě empatického chování. Člověk jako jediná živá bytost je schopen o sobě přemýšlet, být svým pánem a určovat svůj vlastní život. Tato schopnost tvoří také jeho důstojnost. Důstojnost lidské existence spočívá podstatně v tom, že člověkem, majícím svobodu sebeurčení nesmí nikdo disponovat.⁶² Pojem důstojnost je zdůrazňován v mnoha dokumentech, které se dotýkají hodnoty člověka.

⁶¹ Kalvach, Respektování lidské důstojnosti. 2004, s. 12

⁶² Rotter, Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky. 1999, s. 25



5.1.1 Důstojná péče

Důstojnost lidského života spočívá v hodnotě člověka. Člověk zakouší svou hodnotu především tehdy, když se cítí milován. Pokud ví, že je druhému milý a drahý, je také sám přesvědčen o smyslu a hodnotě své existence. Hodnota lidského života se neměří jen zdravím a blahobytem, nýbrž má mnohem hlubší zdůvodnění. Hodnota člověka nezávisí jen na tom, jestli je v té chvíli milován nebo ne, nýbrž na tom, zda je hoden lásky. To je otázka, kterou nelze zodpovědět empirickým výzkumem, nýbrž otázka rozhodnutí a nakonec otázka víry.⁶³

V rámci studie Respektování lidské důstojnosti byl zpracován model, který rozlišuje čtyři typy důstojnosti:

- důstojnost zásluh
- důstojnost mravní síly
- důstojnost osobní identity
- Menschenwürde⁶⁴

Člověk má nárok na přirozenou a lidsky důstojnou smrt a nesmí být považován za stroj, jenž je vždy možné opravit. Lidský život utrpení doprovází. Otázka smyslu utrpení je jednou z prastarých otázek člověka. Zvláště naléhavá je přirozeně při těžké nemoci, nebo když se blíží smrt.⁶⁵ Umírající člověk a jeho rodina jsou citlivě vnímaví k tomu, jak s nimi okolí jedná, a zde je zachování důstojnosti člověka mimořádně významné. Jednak umírající prožívá poslední chvíle svého života a způsob jednání s ním a k němu patří ke kultuře společnosti, a jednak rodina potřebuje mít pocit, že jejich blízký odešel z tohoto pozemského světa „důstojně“, že s ním bylo až do poslední chvíle zacházeno jako s lidskou bytostí, která si za-

⁶³Rotter, Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky. 1999, s. 26

⁶⁴Kalvach, Respektování lidské důstojnosti. 2004, s. 12-13

⁶⁵Rotter, Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky. 1999, s. 68



slouží ohled a citlivé zacházení. Pro zachování důstojné péče jsou důležité faktory, které jsou projevem zájmu o umírajícího člověka: vlídnost, zdvořilost, naslouchání a respekt soukromí, vhodná komunikace.⁶⁶

Co je důstojnost člověka?

Je to úcta k hodnotě lidské bytosti.

Důstojnost je definována jako uspokojení všech potřeb umírajícího, dokonalou péčí o všechna jeho přání a především odstraněním trápení, jak fyzického, tak duševního⁶⁷. Lidé neztrácejí svoji důstojnost tím, že jsou nemocní, mají bolesti nebo umírají. Podle profesorky Munzarové: Ten, kdo „prosazuje eutanazii pro to, aby měl nemocný právo zemřít s důstojností, odhaluje svoji neschopnost v každém člověku vnímat jeho důstojnost, stejně tak jako svoji neschopnost pomáhat mu proti takovýmto pocitům. Asi nic neví o vnitřní mravnosti lékařství.“⁶⁸

5.2 Etické aspekty důstojnosti člověka

Důstojnost pochopíme jen v interakci s pojmy: úcta a sebeúcta, autonomie, participace, respekt a mnoho dalších fenoménů.

Úcta

Pojem úcta se spojuje s důstojností. U ošetřujícího personálu je to úcta k sobě samému a úcta k jiným lidem. Úctou k sobě ukazujeme, nakolik si ceníme sebe a úctou k ostatním zase vyjadřujeme, jakou hodnotu vidíme v nich. To jak ošetřující personál s člověkem zachází, se odráží v jejich vnímání sebe samých a na jejich sebehodnocení a sebeúctě. Zničit sebeúctu starší osoby je snadné, ale umět s druhým zacházet s úctou může být v praxi velmi obtížné. Každý člověk si zaslouží úctu, to znamená, že máme na zřeteli jeho zájmy. Každý jedinec je nejlepším strážcem svých zájmů, proto bychom ho měli (vzhledem k jeho zdravotnímu stavu)

⁶⁶Kalvach, Respektování lidské důstojnosti. 2004, s. 16

⁶⁷Kutnohorská, Etika v ošetrovatelství. 2007, s. 89.

⁶⁸Munzarová, Eutanazie nebo paliativní péče. 2005



zapojovat do rozhodování o sobě a o všem, co se ho týká. Silný pocit sebeúcty nabízí určitou ochranu před urážkami směřovanými proti vědomí vlastní důstojnosti.⁶⁹

Autonomie

Další možností, jak projevit člověku úctu, je respektování jeho práva na autonomii. Autonomie je schopnost řídit, zvládat a ovlivňovat způsob svého každodenního života podle svých pravidel a představ.⁷⁰ Člověk nabývá pocitu „zachování nezávislosti“, což je pro člověka a starého zvláště, projevem důstojnosti: „Moje rozhodnutí jsou především moje.“⁷¹ Svoboda rozhodování patří k hlavním zdrojům lidské důstojnosti. Zásada důstojnosti se ovšem vztahuje i na lidi, kteří již nejsou schopni vlastního rozhodnutí.⁷²

Participace

Pro pocit respektování důstojnosti je velmi důležité i nabytí pocitu smysluplnosti a participace v životě určité komunity.⁷³ Je to ovšem také participace na vlastním životě, cítit potřebu účasti na svém bytí tady a teď. Být dostatečně soběstačný pro základní obslužné činnosti - tj. hygiena, nákup, umět se najíst a napít. Participace je také o vůli, tj. o vůli chtít být účasten na svém životě. Je to také o vůli zdravotníků, umožnit člověku participaci na jeho životě, což vyplývá z respektu k člověku.

Respekt

Respekt je vnitřní pocit, to co musíme k člověku cítit, a co můžeme vyjádřit slušností. Právě absencí společenské zdvořilosti a mezilidskou komunikací může být potlačen respekt k člověku a také narušována důstojnost,⁷⁴ týká se to hlavně pozdravu, oslovení člověka (oslovujeme příjmením a titulem, pokud je člověk jeho

⁶⁹ Kalvach, Respektování lidské důstojnosti. 2004, s. 19

⁷⁰ Kalvach, Respektování lidské důstojnosti. 2004, s. 20

⁷¹ Kalvach, Respektování lidské důstojnosti. 2004, s. 20

⁷² Kalvach, Respektování lidské důstojnosti. 2004, s. 30

⁷³ Kalvach, Respektování lidské důstojnosti. 2004, s. 21

⁷⁴ Kalvach, Respektování lidské důstojnosti. 2004, s. 24, s. 31



nositelem a přeje si to), společenské obraty děkuji a prosím by měly být samozřejmostí i v terminálním stadiu péče o člověka. Stále jednáme s lidskou bytostí. K mezilidské komunikaci patří také naslouchání, empatie. Nezapomínejme, že komunikujeme, i když mlčíme. Také komunikací projevujeme respekt k člověku a komunikace patří ke zdrojům lidské důstojnosti a dáváme jejím prostřednictvím prostor úctě k člověku.



Závěr

Charakteristikou dobrého pečovatele je právě zájem a zvědavost o minulost člověka, jeho prožívání, pocity. Právě tak je možné vytvářet prostředí důvěry a lidské důstojnosti ve vztahu zdravotník a pacient. Podmínkou takového prostředí je ovšem zdravotník, který rozumí sám sobě, váží si sám sebe, má zdravé sebevědomí a neredukuje pacienta na nemoc, psychosomatickou jednotu pouze na složku tělesnou.⁷⁵ Představu lidské důstojnosti má každý člověk individuální, ale i přesto jsou uznávaná pravidla, která přispívají k naplnění respektu k lidské důstojnosti.



Kontrolní otázky

1. Které etické principy jsou základem důstojnosti člověka?
2. Uved'te z praxe příklad respektování důstojnosti a naopak nerespektování důstojnosti (neuvádějte příklady z terminální fáze).

⁷⁵ Svobodová, Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči. 2005, s. 328



6 RESPEKTOVÁNÍ DŮSTOJNOSTI ČLOVĚKA V ZÁVĚRU ŽIVOTA

Téma smrti, které patří k životu, je smutné a bolestné. Umírání se v současnosti ve vyspělých zemích odehrává převážně ve zdravotnických a sociálních zařízeních různých typů. Právě zde tráví většina lidí poslední dny a hodiny svého života, často v anonymitě, byť obklopeni společenstvím lidí: pacientů, zdravotnického personálu, dobrovolníků, duchovních, rodiny. Umírání a smrt je eticky i komunikačně velmi náročné téma. „*Sestra je pacientovi nejbližší, často se stává jeho důvěrníkem. V interakci s pacientem a jeho rodinou se musí chovat tak, aby nepřeslechla signály, které sdělují, že něco není v pořádku.*”⁷⁶ Umíráme proto, že jsme smrtelní. Umírání není nemoc, je to poslední stadium života, které končí smrtí.

Zdravotničtí profesionálové se setkávají se smrtí často a zblízka. Fyzická blízkost a tělesný kontakt s umírajícím ještě nemusí znamenat skutečnou blízkost a porozumění. Uvědomění si determinant dobré, důstojné smrti není u většiny osob naší společnosti hluboké a rozšířené. Vědomí těchto závislostí je podstatné pro každého člověka na konci života. Je proto společensky vhodné toto povědomí prohlubovat a rozšiřovat. Člověk jako jediná živá bytost je schopen o sobě přemýšlet, být pánem svého jednání a určovat svůj vlastní život. Tato schopnost tvoří také jeho důstojnost. Podstata důstojnosti lidské existence spočívá v tom, že člověkem majícím svobodu sebeurčení nesmí nikdo disponovat.⁷⁷

Uvědomění si determinant dobré, důstojné smrti není u většiny osob naší společnosti hluboké a rozšířené. Vědomí těchto závislostí je podstatné pro každého člověka na konci života. Je proto společensky vhodné toto povědomí prohlubovat a rozšiřovat.

⁷⁶ Krátká, Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu. 2007, s. 37

⁷⁷ Rotter, Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky. 1999, s. 25



6.1 Důstojnost v umírání v dokumentech

Důstojnost umírání je zdůrazňována zejména v následujících dokumentech:

- Rezoluce Rady Evropy č. 613, 1976
- Doporučení Rady Evropy číslo 779, 1976
- Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny - The Declaration of Helsinki, 1997
- Charta práv umírajících⁷⁸
- 5. plenární shromáždění papežské akademie Pro vita v roce 1999 ve Vatikánu
- Etické normy v ošetrovatelském povolání - Norma č. 5
- Korejská deklaráce o hospicové a paliativní péči, 2005
- Charta práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby, 1966 (vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí Francie)
- Zásady OSN pro seniory (rezoluce 46/91, přijata Valným shromážděním OSN dne 16. prosince 1991)

Na 5. plenárním shromáždění papežské akademie Pro vita v roce 1999 ve Vatikánu se diskutovalo o konci lidského života. Bylo zdůrazněno, že umírající nemá být sám, že doprovázení umírajícího je nesmírně důležité pro vlastního pacienta i pro členy jeho rodiny. Důstojnost posledního úseku cesty člověka podle křesťanských tradic se zakládá na následujících čtyřech hlavních principech:

- láska k člověku
- respektování života
- smysluplnost života až do jeho konce
- radost a naděje na život věčný

⁷⁸ Parlamentní shromáždění Rady Evropy přijalo dne 25. června 1999 dokument č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“, který je znám pod názvem „Charta práv umírajících“.



Každé umírání znamená loučení se vším, co měl člověk rád a se všemi, které měl rád. Bylo by určitě dobré, kdyby toto rozloučení probíhalo důstojně a umírající se stačil připravit na poslední cestu.⁷⁹

6.2 Hodnota lidského života

Důstojnost lidského života spočívá v hodnotě člověka. Člověk zakouší svou hodnotu především tehdy, když se cítí milován. Pokud ví, že je druhému milý a drahý, je také sám přesvědčen o smyslu a hodnotě své existence. Hodnota lidského života se neměří jen zdravím a blahobytem, nýbrž má mnohem hlubší zdůvodnění. Hodnota člověka nezávisí jen na tom, jestli je v té chvíli milován nebo nikoliv, nýbrž na tom, zda je hoden lásky. To je otázka, kterou nelze zodpovědět empirickým výzkumem, nýbrž otázka rozhodnutí a nakonec otázka víry.⁸⁰

Člověk má nárok na přirozenou a lidsky důstojnou smrt a nesmí být považován za stroj, který je vždy možné opravit. Lidský život utrpení doprovází. Otázka smyslu utrpení je jednou z prastarých otázek člověka. Zvláště naléhavá je přirozeně při těžké nemoci, nebo když se blíží smrt.⁸¹

Umírající člověk a jeho rodina jsou citlivě vnímaví k tomu, jak s nimi okolí jedná, a zde je zachování důstojnosti člověka mimořádně významné. To, jak umírající prožívá poslední chvíle svého života a způsob jednání s ním a k němu, patří ke kultuře společnosti a také rodina potřebuje mít pocit, že jejich blízký odešel z tohoto pozemského světa důstojně, že s ním bylo až do poslední chvíle zacházeno jako s lidskou bytostí, která si zaslouží ohled a citlivé zacházení. Pro zachování důstojné péče jsou důležité faktory, které jsou projevem zájmu o umírajícího člověka: vlídnost, zdvořilost, naslouchání a vhodná komunikace. (Rotter, 1999, s. 26) Člověk umírá, protože musí, je to zákon přírody. Sestra a ostatní ošetřující personál o umírajícího pečují, protože chtějí, protože si tuto službu vybrali za své povolání. Etické normy v ošetřovatelském povolání uvádějí: „Sestra vykonává

⁷⁹Jan Pavel II. Encyklika O životě, který je nedotknutelné dobro. 1995

⁸⁰Rotter, Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky. 1999, s. 26

⁸¹Rotter, Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky. 1999, s. 68



*vhodné zákroky a léčebné úkony, aby ulehčila přežití období nemoci, zotavení z onemocnění, nebo přispěla k důstojnému umírání.*⁸²

6.3 Potřeby umírajícího

Důstojné umírání je vědomá příprava a akceptace přirozeného umírání, kdy má pacient zajištěny a splněny všechny potřeby:

- biologické (somatické),
- psychické,
- duchovní (spirituální),
- sociální.

A) Biologické potřeby - somatické a možné způsoby jejich podpory:

- Nepřetržitá výměna plynů (kyslík, intubace, tracheostomie).
- Hydratace (infuze).
- Výživa (žaludeční sonda, stomie).
- Vyprazdňování moče a stolice (PMK, stomie).
- Udržování správné tělesné teploty (boj se zvýšenou teplotou).
- Potřeba pohybu, životní aktivity (aktivní či pasivní rehabilitace).
- Potřeba spánku a odpočinku (úprava denního režimu, medikace hypnotik).
- Potřeba lékařského vyšetření, čistoty, léčby ran a dekubitů (aktivní ošetrovatelská péče).
- Potřeba smyslového poznávání (zraku, sluchu, chuti, sexuální potřeba, aktivizace a stimulování nemocného, např. bazální stimulace).
- Potřeba hlasu (především slova lásky, zapojení osob blízkých do péče).
- Mírnění bolesti a jiných somatických příznaků, přijímání léků (paliativní péče). Každý nemocný má právo očekávat, že zmírnění bolesti je integrální částí léčby.⁸³

B) Psychické potřeby a možné způsoby jejich podpory:

⁸² Norma č. 5 – Sestra, 1992, 2 (3), 17–18.

⁸³ Samol, Důstojné umírání v praxi lékaře domácího hospice. 2008, s. 48



- Právo na pravdu o své nemoci. (informovaný souhlas pacienta).
- Psychická a smyslová soběstačnost. (podpora - vedení - edukace k soběstačnosti a nezávislosti).
- Účast při rozhodování a angažování se v léčbě (informovaný souhlas pacienta, pacient a jeho blízcí jako aktivní články v systému péče).
- Boj se strachem a depresí (bezpečné prostředí, aktivní podpora, edukace, meditace i medikace...).
- Potřeba bezpečí (podpora v procesu adaptace, profesionalita pečujících, selfmonitoring).
- Pocit zachování vlastní důstojnosti, hodnot a sebeakceptace (pacient a jeho blízcí jako aktivní články v systému péče, empatie, adaptace na změnu, podpora v naplňování sociálních rolí).
- Právo na intimitu (taktnost ze strany pečujících, úprava prostředí, uzpůsobení dg. či léčebných i ošetrovatelských postupů).⁸⁴

C) Spirituální potřeby - duchovní:

- Pociťování lásky ze strany rodiny, pečovatelů a sousedů (spoluúčast, návštěvy u nemocného, naslouchání).
- Odpuštění vlastních vin a získání odpuštění (čisté svědomí, možnost zpovědi, komunikace s blízkými, vyjádření pocitů lásky k blízkým: děti, partner, vnuci aj.).
- Harmonie s okolním světem (empatie ze strany rodiny, pečovatelů).
- Pochopení smyslu života, utrpení a naděje při osobním setkání s Bohem (modlitba, přítomnost na mši svaté, svaté přijímání). Občas je to chápáno jako vyřešení si věcí s Bohem.⁸⁵

D) Sociální potřeby:

- Pochopení a vyslechnutí rozhovoru nemocného na různá témata.
- Akceptace nemocného jiným.

⁸⁴ Samol, Důstojné umírání v praxi lékaře domácího hospice. 2008, s. 48

⁸⁵ Samol, Důstojné umírání v praxi lékaře domácího hospice. 2008, s. 49



- Být potřebným.
- Možnost dokončit důležité věci: pracovní, rodinné, vyřešení různých konfliktů a převedení důležitých pracovních a rodinných záležitostí na jiné.
- Potřeba být s blízkými.⁸⁶

Velmi důležitá je spolupráce a spoluodpovědnost nemocného, rodiny a zdravotníka. Můžeme si položit otázky, zda terminálně nemocný je ještě zdrav. Ano, má ještě jiné oblasti zdraví (vše není nemocné).⁸⁷ Respektování potřeb umírajícího se rovná zachování jeho důstojnosti.

6.4 Smysluplnost života

K důstojnosti patří také nalezení smyslu života. Umírání poskytuje možnost objevit smysl uplynulého života jako celku. Člověk, pokud je ještě schopen psychicky a fyzicky, by měl za podpory rodiny a ošetřujícího personálu najít význam a smysl svého bytí zde, v jemu určeném čase (výchova dětí, smysluplné zaměstnání, postavení domu, starost o blízké - rodiče atd.). Každý odevzdáváme svůj život do „věčnosti“ neukončený, ale měli bychom ho odevzdávat uzavřený s pocitem, že náš život byl důstojný a měl smysl. „*Rozhodne-li se někdo vyprávět svou vlastní historii, zjistí, že jeho život a životní události nesou stopy "dlouhého bádání"* .“ (Girard, 2008, s. 6-7). Rozhovor s umírajícím není jen výměnou slov a gest. Je to proces, pohyb mezi umírajícím a ještě ne umírajícím / doprovázejícím - sestrou, dobrovolníkem, duchovním, lékařem. Jestliže průvodce reflektuje sebe sama jako budoucího umírajícího, umí se do svého pacienta vcítit a pochopit ho.⁸⁸

Důstojnost je fenomén, jehož obsahem je úcta k člověku, vcítění se do jeho pocitů (empatie), respektování autonomie člověka, respektování jeho životních hodnot, respektování kultury, tradic. Základem důstojnosti je respektování osobnosti umírajícího, respektování jeho biografického příběhu a všeho, co v něm má pro něj smysl a význam. Při respektování důstojnosti bychom se měli vyhýbat všemu, co

⁸⁶ Samol, Důstojné umírání v praxi lékaře domácího hospice. 2008, s. 49

⁸⁷ Samol, Důstojné umírání v praxi lékaře domácího hospice. 2008, s. 49

⁸⁸ Pera, Weinert, Nemocným nablízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích. 1996, s. 50



důstojnost snižuje: neslušné chování, nevšimavost až přezíravost, hrubost, nerespektování intimity a soukromí, nedodržování hygienických zásad, zamlžování pravdy, nerespektování kulturních tradic a stereotypů. Pro důstojné umírání mají rituály stejný význam, jako mají po celou dobu našeho života. Rituály podle víry, vyznání a kultury by se měly respektovat.

Nikdy bychom neměli zapomínat na naději. Zde může vyvstat ironický dotaz, jakou naději, když náš život končí. Václav Havel naději vyjádřil slovy, že naděje není přesvědčení, že něco dobře dopadne, ale vědomí, že něco má smysl, ať už to dopadne jakkoliv. Smysl má život i v jeho závěru, právě v tom, že mnohdy umožňuje najít právě jeho smysl. Zakladatelka hospicového hnutí Cecily Saudnersová, která umírala na rakovinu, uvedla, že umírání jí pomohlo reflektovat svůj život.

6.4. Rozměr důstojnosti ve 21. století

Důstojnost člověka má rozměr právní, filozoficko-etický, politický. Důstojnosti se obsáhle věnuje teologická věda. Právní rozměr představuje aspekty ochrany člověka před špatným zacházením, zejména v momentě, kdy o sobě nemůže rozhodovat sám. Filozoficko-etický rozměr vychází z Kanta, z jeho pojetí lidské mravnosti, z kategorického imperativu. Zdrojem důstojnosti je pro něj „dobrá vůle“. Válečné katastrofy zejména 20. století učinily z „důstojnosti“ politický pojem, kdy by se s člověkem nikdy nemělo zacházet jako s věcí. V současnosti se poukazuje především na fakt, že důstojnost člověka je ohrožena vědeckým pokrokem.



Závěr

Důstojnost lidské osoby spočívá v nedotknutelném právu každého člověka na život. Nedůstojné je jednání, které je proti životu. Nedůstojné je vše, co uráží samu podstatu lidského života. Utrpení neohrožuje důstojnost člověka, utrpení patří do života, i když silné prožívání utrpení zvyšuje pocit úzkosti a neštěstí, někdy dokonce zoufalství. Pojetí utrpení se také vyvíjí v čase a má kulturní rozměr. V současnosti je utrpení pojímáno jako něco nepřipustného, něco, co by již nemělo



existovat, co by moderní medicína neměla připustit. O tom, jak se na smrt díváme, nerozhoduje fakt, že víme, že umřeme, ale celkový postoj ke smrti ve společnosti, tedy vlastně je to sociologická problematika.⁸⁹ Život je dnes delší, smrt se posouvá do vyššího věku, a protože staří lidé už nejsou tak potřební, bývají znehodnoceni a znehodnocena je i smrt.⁹⁰

Pohled filozofie nebo teologie v současné době hovoří o smrti jako o konci osobního životního příběhu. K životnímu příběhu osoby patří schopnost určitého minimálního uvědomění a personální svobody, a tím interpersonální komunikace, která patří k složkám podporujícím zachování důstojnosti.⁹¹ K životnímu příběhu člověka patří také závěr jeho života, který by ve vědomí pozůstalých měl být důstojný.



Kontrolní otázky

1. Které mezinárodní dokumenty se vztahují k důstojnému umírání?
2. Kdo je zakladatelem hospicové péče v ČR, uveďte její životopisná data a bibliografii.

⁸⁹ Šiklová, Matky po e-mailu. 2009, s. 47

⁹⁰ Šiklová, Matky po e-mailu. 2009, s. 4

⁹¹ Rotter, Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky. 1999, s. 87



7 FENOMÉN NADĚJE VE ZDRAVÍ A V NEMOCI



Naději chápeme jako pozitivní očekávání nebo vnitřní přesvědčení směřované do budoucna. Naděje znamená naši víru v to, že budoucnost bude lepší než současnost, že vývoj událostí bude příznivý a to i v případech, kdy je pravděpodobnost zlepšení téměř mizivá. Bez naděje bychom neměli motivaci cokoli dělat, protože bychom nevěřili, že naše jednání bude mít dobrý výsledek. Naděje dává životu smysl v náročných situacích a k takovým patří například onkologické onemocnění. Vyslovení pojmu rakovina se v prožitcích člověka spojuje se strachem, úzkostí, depresemi, obavami o život. Pokud je člověku sdělena tato diagnóza, tak bez ohledu na prognózu daného onemocnění se mu hroutí veškeré dosavadní životní plány a cíle. Nemoc radikálně ovlivňuje kvalitu života, myšlenky a činnosti člověka se soustředí právě na onemocnění. Smysl životu dává naděje. Slovo naděje obvykle spojujeme s frází: Naděje umírá poslední.

7.1 Definice naděje

V Psychologickém slovníku⁹² se uvádí, že naděje je emoční postoj charakteristický očekáváním něčeho příznivého. Definování pojmu naděje není snadné, protože se jedná o multidimenzionální fenomén, který umožňuje člověku vyrovnávat se s náročnými situacemi díky očekávání pozitivního výsledku.⁹³ Pojetí naděje je individuální záležitost, přesto se lidé mohou shodovat v názorech na to, co pro ně naděje znamená. Nadějí rozumíme očekávání, že přijde něco, co bychom chtěli a přáli si.⁹⁴

⁹² Hartl, Hartlová, Velký psychologický slovník. 2010

⁹³ Slezáčková, Průvodce pozitivní psychologií. 2012

⁹⁴ Křivohlavý, Pozitivní psychologie. 2004, s. 13



7.2 Přání, nemoc, aktivita

Naděje a přání jsou součástí každé etapy lidského života, jen s pokročilým věkem a vlivem zkušeností se posouvají jiným směrem. Naděje je pozitivní emoce, která se váže k tomu, co je pro člověka žádoucí. Naděje má blízko k touze, víře, důvěře a přesvědčení, že věci a události se mohou obrátit k lepšímu.⁹⁵ Naděje neodmyslitelně patří k životu tak jako víra a láska, s nadějí žijeme. Naději se nelze naučit. Bohužel je důležité počítat s tím a přijmout fakt, že ne vždy věci v životě vycházejí tak, jak bychom si přáli.⁹⁶

Je důležité posilovat naději ne v tom, že budeme nemocnému lhát, tím bychom ztratili jeho důvěru, ale pravdivou a nefalšovanou láskou. Pokud již není naděje na uzdravení, je důležité ji posilovat pomocí malých, drobných radostí a splnitelných cílů. I když to jsou malé věci, naděje zůstává. V hloubi duše každého člověka je touha po nesmrtelnosti a věčném životě. Nikdy bychom člověku neměli brát naději, i když nám může připadat jakkoliv mizivá. Každé nešetrné slovo může člověka neodvratně zbavit naděje.⁹⁷

K naději se upínáme nejvíce, pokud se ocitneme na hranici mezi životem a smrtí. Jestliže se člověk dostane do této situace, hledá pomyslnou naději ve všem, co existuje. Kdo dříve nevěřil, začíná se upínat k víře, kdo věřil, může pochybovat. Pokud se člověk neuchyluje k víře, pak je potřeba udržovat člověka v naději nej-různějšími způsoby a vyprošovat jeho sílu k přežití. Především neopustit, podpírat, vydržet a občas i něco snést a překousnout. Ujist'ovat svým přátelstvím a sounáležitostí, nikoliv slovy, ale skutky. Pro těžce nemocného člověka je důležité mít na vědomí, že je tu někdo, komu na něm záleží. I když je člověk věřící, může v této těžké životní situaci víru zpochybňovat: Přece kdyby byl Bůh, nemohl by dopustit, abych onemocněl.⁹⁸ Pokud již pacient nemá naději na uzdravení, pak svou naději zaměřuje ke vztahu k druhým lidem případně ke vztahu s Bohem. Naději snižuje pocit méněcennosti, opuštění a izolace, pocit spiknutí se všeho kolem, nedostatek

⁹⁵ Křivohlavý, Pozitivní psychologie. 2004, s. 13

⁹⁶ Svatošová, O naději s Marií Svatošovou. 2006, s. 6-7

⁹⁷ Svatošová, Hospice a umění doprovázet. 2003, s. 34-35

⁹⁸ Svatošová, O naději s Marií Svatošovou. 2006, s. 7 -11



směru, diskomfort pacienta a nepovolující bolest. Naopak naději zvyšuje pocit drahocennosti, humor, význam vztahů, vzpomínky, reálnost cílů, úleva od bolesti a příznaků.⁹⁹ Naděje pozitivně ovlivňuje perspektivu budoucnosti, dodává člověku energii k dosažení cíle.

Naděje je chápána jako aktivita zaměřená k cíli. V jádru pojetí naděje stojí tři základní složky: cíl, cesta a snaha. Slovem snaha se rozumí vůle něco dělat, uskutečnit to, co jsme si předsevzali. A pokud něco chceme uskutečnit, pak musíme hlavně chtít.¹⁰⁰ Každá naše aktivita má určitý cíl, proto se s ní setkáváme denně v běžném životě. Naše myšlenky, snahy i uvažování o tom, co a jak dělat jsou zaměřeny vždy k určitému cíli. Naše jednání není náhodné, ale jedná se o účelnou aktivitu. Tím, co nás táhne kupředu, je cíl. Zvolíme-li si určitý cíl a vydáme se k němu, pak žijeme v naději, že daného cíle dosáhneme. V pozadí jsou vždy potřeby a hodnoty. Na cestě k cíli je potřeba dostatek energie, dále je důležitá motivace.¹⁰¹ Cíl aktivuje motivaci člověka, ovlivňuje jeho vytrvalost, snažení a výkonnost, zejména v situaci, kdy má jedinec o dosažení cíle velký zájem.

Cíl v tomto případě můžeme chápat jako ukotvení aktivity. Naděje bez cíle je mrtvá. Pravděpodobnost dosažení cíle může být různá a také cesty, které k cíli zvolíme, mohou být různě žádoucí nebo nežádoucí. Na cestě k vysněnému cíli se však mohou vyskytovat překážky, to pak může vést člověka k vytrvalosti, k odstranění překážky nebo hledání jiných cest. Objevení překážek, překážkou může být nemoc, působí výrazné změny v emocionálním stavu člověka. Při takových situacích se projeví síla naší naděje. Naděje může být slabá nebo silná.¹⁰²

Lidé se silnou nadějí mají větší schopnost a dovednost v hledání a nacházení alternativních cest k vytčenému cíli, zatímco pro lidi slabé naděje je tento cíl jednoznačný a není žádná jiná možnost jak ho docílit. Lidé silnější naděje mají také

⁹⁹ Twycross, *Introducing palliative care*. 2003, s. 17-18

¹⁰⁰ Krívohlavý, *Pozitivní psychologie*. 2004, s. 16 - 17

¹⁰¹ Krívohlavý, *Pozitivní psychologie*. 2004, s. 12 - 18

¹⁰² Krívohlavý, *Pozitivní psychologie*. 2004, s. 18 - 20



více cílů a intenzivnější motivaci a snahu cíle dosáhnout. Síla naděje každého člověka závisí na tom, jak se daný člověk postaví k překážce. Jedni jsou přesvědčeni, že překážka je zvládnutelná, druzí si naopak myslí, že je nezvládnutelná. Lidé se silnou nadějí vnímají překážku jako výzvu a soustředí se na její zvládnutí. Lidé se slabou nadějí vnímají překážku na cestě k cíli jako past, do které jsou chyceni, a je obtížné najít cestu ven.¹⁰³ Naději lze vnímat jako momentální stav, nebo ji lze chápat jako charakteristický rys osobnosti.¹⁰⁴

7.3 Vytrácení naděje, úzkost a deprese

V případě, že člověk ztrácí naději, tak se nejprve objevuje skleslost, pak následuje otupělost a nakonec apatie. Skleslost je charakterizována tím, že člověk stále myslí na svůj vytýčený cíl, ale zároveň v podvědomí roste přesvědčení o tom, že se tento cíl pomalu vytrácí. Dochází k přesvědčení, že zdroje síly na cestě k cíli jsou vyčerpány. Po fázi skleslosti nastupuje otupělost, kde představa cíle mizí v nedohlednu. V podvědomí roste přesvědčení, že je všemu konec. V této fázi klesá sebevědomí dané osoby. Apatie je poslední fází, ve které osoba ztrácí zájem o cokoliv.¹⁰⁵

Úzkost je vnímána jako obava, ale nevíme, z čeho vzniká. Určitá míra úzkosti ovlivňuje naši aktivitu v kladném slova smyslu. Překročí-li však úzkost svoji hranici, která je u každého člověka odlišná, pak může mít úzkost negativní vliv na naši činnost. Strach je nepříjemný prožitek s neurovegetativním doprovodem, zpravidla zblednutím, chvěním, zrychleným dýcháním, bušením srdce, zvýšením krevního tlaku, pohotovostí k obraně a útěku.¹⁰⁶ Jedná se o reakci na skutečné nebezpečí nebo ohrožení. Strach a obavy mají nepříznivý vliv na naši výkonnost, činnost, kvalitu našeho života a v neposlední řadě na naši naději. Určitá míra strachu a obav je pro život potřebná, má svůj obranný charakter. Nízká naděje je spojena s vyšší mírou úzkosti.¹⁰⁷

¹⁰³ Křivohlavý, Pozitivní psychologie. 2004, s. 31 - 33

¹⁰⁴ Křivohlavý, Pozitivní psychologie. 2004, s. 20 - 21

¹⁰⁵ Křivohlavý, Pozitivní psychologie. 2004, s. 30 - 35

¹⁰⁶ Křivohlavý, Pozitivní psychologie. 2004, s. 43

¹⁰⁷ Křivohlavý, Pozitivní psychologie. 2004, s. 43 - 47



Jeden z nejdůležitějších fenoménů ve zvládnání deprese je naděje. Naděje je významným motivačním aspektem. Slovem motivace se rozumí pohnutka k činu, něco co nás pohání na cestě k vysněnému cíli. Naděje nám dává sílu a podaří-li se nám dostat na cestu k vysněnému cíli, pak přináší i radost.¹⁰⁸

7.4 Posilování nadějného snažení

V rámci pomoci druhému člověku pracujeme s cíli, hledáme cesty k dosažení cíle a vytváříme naději. Zároveň musíme brát v úvahu situaci, ve které se daná osoba nachází, dále pak dispozice a osobnost člověka. Efektivně využíváme dosavadní pozitivní momenty nadějného snažení, navodíme přátelský vztah k člověku, u něhož naději chceme povzbudit.¹⁰⁹ Zapojení naděje k dosažení určitého cíle však není vždy automatické. Podstatným faktorem je zde možnost dosažení cíle. V případech, kdy je naprosto jisté, že daná osoba cíl dosáhne, není naděje vůbec potřeba. Obdobně to platí i pro situace opačné. Jedná se tedy o případy, kdy dosažení vytyčených cílů není reálné. Naděje se tedy nejvíce angažuje u cílů, u kterých je jejich splnění spojeno s určitou mírou nejistoty. Nemoc v životě lidí je zcela přirozenou záležitostí přinášející řadu změn do lidského života. Bohužel se převážně jedná o změny, které lidé pocítují jako negativní. Nemoc se tak snadno může stát překážkou stojící člověku v cestě k dosažení jeho cíle. V případě nemoci je vždy hlavním cílem uzdravení a obnovení osobní pohody člověka. Naděje je tedy vnímána jako přesvědčení, že i přes obtížnost situace se může nakonec vše obrátit k lepšímu.¹¹⁰

7.5 Naděje a sociální opora

Ve zdravotnictví a především ošetrovatelství se naděje primárně vztahuje k víře, že nemoc bude možné úspěšně vyléčit, což v důsledku způsobuje aktivaci pacienta ve smyslu větší odhodlanosti nevzdát se. Naděje tak dokáže člověku pomoci adaptovat se na nemoc, najít v nemoci smysl či mu dát znovu důvod k žití. Naděje se

¹⁰⁸ Křivohlavý, Psychologie pocitů štěstí. 2003, s. 158-159

¹⁰⁹ Křivohlavý, Pozitivní psychologie. 2004, s. 36 - 34

¹¹⁰ Slezáčková, Průvodce pozitivní psychologií. 2012



vyznačuje realistickým náhledem na současnost, umožňuje hlubší vhled ro problému a směřuje myšlenky k budoucnosti. Člověk ve fázi naděje si je jistý svým cílem, který je sice nejistý, ale cesty k němu má promyšlené. Pozitivní emoce začínají převažovat nad negativní. I ve fázi naděje má velkou důležitost sociální opora. Člověk v kritické situaci se radí se svými blízkými o dalších cílech a cestě k jejich dosažení. Ze sociální podpory čerpá sílu.

Důležité pro naději jsou informace o cíli a podmínkách jeho dosažení. Naděje vzniká v interakci lidí, jejich společného uvažování. Naděje se tvoří ve třech etapách: identifikování míry naděje, nastolení vzájemné důvěry a transformování naděje, kdy člověk vypráví svou verzi problému a druhý mu naslouchá a sděluje také svoji verzi. Na základě této interakce je možné pozitivně ovlivňovat naději.¹¹¹



Závěr

Marie Svatošová, zakladatelka hospicové péče v České republice, zdůrazňuje, že naděje je k životu nutná stejně jako víra a láska. Nikdy bychom neměli říci, že situace je beznadějná. Lze přiznat, že je vážná nebo těžká. Rozdíl je v tom, že důraz je na tíži, nikoliv na beznaději. Václav Havel řekl, že naděje není přesvědčení, že něco dobře dopadne, ale vědomí, že něco má smysl, ať už to dopadne jakkoliv. Cecily Saudners (1918 - 2005), zakladatelka moderní hospicové péče, zemřela na rakovinu, což si vždy přála, aby mohla v umírání reflektovat svůj život. Jak bylo výše uvedeno, naděje je multidimenzionální pojem stejně jako například fenomén důstojnosti člověka. Je důležité posilovat naději ne v tom, že budeme nemocnému lhát, tím bychom ztratili jeho důvěru, ale pravdivou a nefalšovanou láskou. Pokud již není naděje na uzdravení, je důležité ji posilovat pomocí malých, drobných radostí a splnitelných cílů. I když to jsou malé věci, naděje zůstává. V hloubi duše každého člověka je touha po nesmrtelnosti a věčném životě. Nikdy

¹¹¹ Mareš, Oterová, Naděje jako moderátor bolesti. 2001



bychom člověku neměli brát naději, i když nám může připadat jakkoliv mizivá. Každé nešetrné slovo může člověka neodvratně zbavit naděje.¹¹²

Naděje je velmi subjektivní fenomén a to, co ji ovlivňuje, je individuální. Důležité je, že naděje zahrnuje pozitivní očekávání budoucího stavu, musí tedy obsahovat víru, že současné strádání nebo dokonce utrpení se zmírní nebo dokonce vymizí, že přijde úleva. Naděje je spojována se smyslem života. Měli bychom žít svůj život tak, aby měl smysl, abychom mohli v situaci, která je vážná, říci: „Mělo to smysl.“



Zamyšlení

Napište esej na téma: „Co pro mě představuje naděje?“

¹¹² Svatošová, Hospice a umění doprovázet. 2003, s. 29-30



ZÁVĚR

Člověk se od narození stává členem společnosti, postupně do ní vrůstá, přijímá její hodnoty a normy, osvojuje si určité zvyky, zásady, způsoby chování a postoje, které jsou v dané společnosti nutné a správné. Úkolem společnosti je pak uplatňovat a prosazovat etické principy, a to vůči všem generacím bez ohledu na věk, pohlaví, sociální postavení. Mezi hlavní etické principy patří respekt k jedinečnosti člověka při současném uznání vzájemné rovnosti lidí, respekt k důstojnosti a nezávislosti osobnosti, k právu na sebeurčení, k právu na soukromí a vlastní volbu. Míra uplatňování těchto principů pak odráží úroveň kvality života seniorů. Systém péče o seniory zaznamenal v českém prostředí velké změny po roce 1989. Došlo ke změnám struktury péče a změnil se postoj k člověku jako k individuální bytosti. V roce 2009¹¹³ se v Praze konala Evropská konference o péči a ochraně starších lidí s názvem *Vůle a podpora ke smyslu, důstojnosti a respektu*, z níž vzešla „Deklarace Evropské konference o péči a ochraně starších lidí. Důstojnost a ohroženost starších lidí.“

Stáří je multidimenzionální jev neboli fenomén. Nové paradigma stáří ve 21. století vytváří lepší předpoklady pro pochopení fenoménu stáří, pro role a potřeby starých lidí. Je to dáno cílevědomým důrazem na komplexnost, celistvost, vzájemnou propojenost, etiku i hledání smyslu života. Člověk je tvor společenský a na společnosti závislý. Průběh stárnutí a stáří je ovlivňován nejen biologickými faktory, ale také vztahem jedince a společnosti. Heslem společnosti se stala kvalita života, seniory nevyjímaje. Kvalita života seniorů je komplexním etickým principem.

V současné době v ČR a v celé Evropě populace stárne (viz demografické údaje). Přejeme si, aby toto stárnutí bylo spokojené a šťastné. Prodlužuje se střední délka života. Etický přístup a komunikace se seniory by měly být citlivé a taktní. Stárnutí populace a nástup dlouhověké společnosti jsou nikoliv hrozbou, ale šancí, které je

¹¹³ Konference se konala ve dnech 25. - 26. 5. 2009



nutno dát smysl a vůli. Je nutné formovat vztah společnosti ke stáří jako smysluplnému období života.



O AUTORECH

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Vystudovala historii a dějiny filozofie. Ve své odborné činnosti se věnuje historii ošetřovatelství, etice v ošetřovatelství, multikulturnímu ošetřovatelství, kvalitativnímu výzkumu. Publikovala odborné monografie v nakladatelství Grada, ve sbornících z mezinárodních konferencí v České republice i v zahraničí. Přednášela na zahraničních univerzitách (Belgie, Finsko, Polsko, Rakousko, Řecko, Slovensko) a na některých zahraničních univerzitách je stále aktivní. V současné době se věnuje především otázkám důstojnosti člověka se zaměřením do nelékařských zdravotnických oborů, problematice seniorů, etice a komunikaci v multikulturním přístupu k pacientovi. Je interním akademickým pracovníkem na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Přednáší na Univerzitě Karlově, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetřovatelství.

Mgr. et Bc. Barbora Plisková, DiS.

Vystudovala Husitskou teologickou fakultu Univerzity Karlovy v Praze obor Psychosociální studia - Husitská teologie a Fakultu humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor Všeobecná sestra. V současné době se věnuje problematice seniorů a jejich potřeb, chronicky nemocným dětem a jejich vzdělávání a otázce spirituálních potřeb. Je interním akademickým pracovníkem na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně a pastoračním asistentem Církve československé husitské.



SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- 2) DVORSKÁ, I. *Vliv komunikace na vztah mezi zdravotníkem a seniorem*. Diplomová práce. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2010. In: [Online]. [cit. 2012-10-09]. Dostupné: <http://www.theses.cz>
- 3) GIRARD, R. *O původu kultury*. Praha: Centrum pro studium demokracie a kultury. 2008. ISBN 978-80-7325-164-2.
- 4) HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál. 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- 5) HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3.vyd. Praha: EV Public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
- 6) JAN PAVEL II. *Encyklika O životě, který je nedotknutelné dobro*. Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-139-3.
- 7) JORDÁNOVÁ, K. *Eutanazie z pohledu zdravotní sestry*. Bakalářská práce, 106 s. + přílohy, Olomouc 2008. Uloženo: Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd Univerzita Palackého v Olomouci.
- 8) KAFKOVÁ - PETROVÁ, M. *Mezigenerační solidarita ve stárnoucí společnosti*. Sociální studia. Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, 4/2010. s. 63-84. ISSN 1214-813X. [Online 2017-03-08] Dostupné: socstudia.fss.muni.cz/dokumenty/110215114410.pdf
- 9) KALVACH, Z. (ed). *Respektování lidské důstojnosti*. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha: Cesta domů - projekt Paliativní péče v ČR, 2004. [Online 2017-03-08] Dostupné: <http://www.cesta-domu.cz/res/data/004/000502.pdf>> 17. 9. 2008
- 10) KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří - pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
- 11) KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-725235-4.



- 12) KRÁTKÁ, A. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Zlín: Univerzita T. Bati ve Zlíně, 2007. ISBN 978-80-7318-643-2.
- 13) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie pocitů štěstí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4436-0.
- 14) KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003, ISBN 80-247-0575-3.
- 15) KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8835-X.
- 16) KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- 17) KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha. Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
- 18) LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- 19) MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-318-48-3.
- 20) MAREŠ, J., OTTEROVÁ, E. *Naděje jako moderátor bolesti*. *Bolest*, 2001, roč. 4, číslo 3. s. 138-148. ISSN 1212-0634.
- 21) MILLOVÁ, K. *Psychologie celoživotního vývoje: uvedení do moderních teorií*. Brno: Host, 2012. ISBN 978-80-7294-699-0.
- 22) MINIBERGEROVÁ, L. et al. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-436-488.
- 23) MORRIS, D. J. *Nahá opice*. Praha: Mladá fronta, 1971. ISBN 23-035-71.
- 24) MORRIS, D. *Lidský živočich: osobní pohled na lidský druh*. Praha: Euromedia Group: Knižní klub: Balios, 1997. ISBN 80-7176-529-5.
- 25) MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.



- 26) PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- 27) PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. ISBN neuvedeno
- 28) PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0.
- 29) POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3271-8.
- 30) RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
- 31) ROTTER, H. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.
- 32) ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 3. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.
- 33) SAMOL, A. M. *Důstojné umírání v praxi lékaře domácího hospice*. In: *Důstojné umírání*, sborník z konference konané dne 4. 12. 2007. Olomouc: UP, 2008. ISBN: 978-80-244-2016-5.
- 34) SLEZÁČKOVÁ, A. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada. 2012. ISBN 978-80-247-3507-8.
- 35) STUART - HAMILTON, I., KREJČÍ, J. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- 36) SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5., dopl. vyd. Praha: Ecce homo. 2003. ISBN 978-809-0204-942.
- 37) SVATOŠOVÁ, M. *O naději s Marií Svatošovou*. 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 2006. ISBN 80-719-5049-1.
- 38) SVOBODOVÁ, H. *Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči*. In *Edukační sborník*. Brno: Masarykův onkologický ústav. 2005.
- 39) ŠIKLOVÁ, J. *Matky po e-mailu*. Praha: Kalich. 2009. ISBN 978-80-7017-124-0.



- 40) ŠIMÍČKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0629-2.
- 41) ŠPATENKOVÁ, N. *Komunikace se seniory*. [Online] [cit. 2012-10-15]. Dostupné na <<http://209.85.129.132/search?q=cache:frPQv4Den-AJ:www.u3v.upol.cz/files/komunikaceseniory.ppt+komunikace+se+seniory&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-a>>
- 42) ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. ISBN 9788-0726-2599-4.
- 43) TWYLCROSS, R. 2003. *Introducing palliative care*. 4th ed. Oxford: Radcliffe Medical Press. 2003. ISBN 18-577-5915-X.
- 44) VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

www stránky

- 45) *Charta práv a svobod starších občanů*. In: [Online]. [cit. 2013-01-10]. Dostupné < <http://www.helpnet.cz/seniori/dokumenty-tykajici-se-senioru/364-3> >
- 46) *Nová mezigenerační solidarita jako odpověď na demografické změny, 31. 12. 2012*. In: [Online]. [cit. 2013-01-10]. Dostupné z URL <http://www.helpnet.cz/seniori/dokumenty-tykajici-se-senioru/365-3>
- 47) *Úmluva o lidských právech a biomedicíně*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. ISBN 80-85047-26-8
- 48) *Zákon o sociálních službách* [Online] (cit. 2017-03-09) Dostupné: <http://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-o-socialnich-sluzbach/uplne/>
- 49) *Zásady OSN pro seniory*. In: [Online]. [cit. 2013-01-10]. Dostupné <http://www.helpnet.cz/seniori/dokumenty-tykajici-se-senioru>
- 50) *Sestra, odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 1992, číslo 2 (3), ISSN 1210-0404
- 51) *Obyvatelstvo*. Český statistický úřad. [Online]. [cit. 2016-10-09]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide



SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

LTC	Long Term Care - Koncept dlouhodobé péče
WHO	World Health Organization - Světová zdravotnická organizace
VÚT	Vysoké učení technické



SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Evropská charta pacientů seniorů

Příloha č. 2: Charta práv a svobod starších občanů

Příloha č. 3: Zásady OSN pro seniory

Příloha č. 4: Vůle a podpora ke smyslu, důstojnosti a respektu



PŘÍLOHA Č. 1: EVROPSKÁ CHARTA PACIENTŮ SENIORŮ

Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti, ČLS JEP a České alzheimerovské společnosti.

Obsah

Úvod

1. Obecné zásady
2. Informace a komunikace
3. Podpora zdraví
4. Léky
5. Transport
6. Zdravotní problémy (paměť, pády a zhoršení hybnosti, inkontinence)
7. Nemoc
8. Rekonvalescence a rehabilitace
9. Propuštění z nemocnice
10. Denní centra
11. Respitní péče
12. Komunitní a sociální služby
13. Změna domova

Úvod

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče. Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat;
- léčit pacienta v případě onemocnění;
- pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství;
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými;
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

1. Obecné zásady



- Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl.
- Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

2. Komunikace a informace

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodnutích, která se budou týkat jeho zdraví a péče o něj;
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným;
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí;
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu;
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech;
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát;
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejích možných rizik;
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama;
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost;
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď;
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci;
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

3. Podpora zdraví

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života;
- o zdravé výživě;
- o pohybovém režimu a cvičení;
- bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

4. Léky

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci. Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné;
- aby se lékovky daly bez obtíží otevírat;



- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

5. Transport

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení;
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem;
- že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější.

6. Zdravotní problémy

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

Poruchy paměti

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti;
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého.
- **Pády a zhoršující se hybnost**
- S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných. Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:
- vyšetření specializovaným týmem odborníků;
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání;
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích - např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolicí, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení. V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení;
- v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.



7. Nemoc

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař. V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu;
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů;
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy;
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta;
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení;
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav.

8. Zotavení a rehabilitace

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu. Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení;
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů;
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života;
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

9. Propuštění z nemocnice

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí;
- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci;
- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

10. Denní centra

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:



- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci;
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým;
- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám.

11. Respitní péče

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost. Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok:

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař, nebo tým domácí péče;
- na dva až tři týdny respitní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

12. Komunitní a sociální služby

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru;
- domácí péče;
- noční „hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku);
- pomůcky pro inkontinentní;
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech;
- praní prádla;
- fyzioterapie;
- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy;
- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

13. Změna domova

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci. Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje. V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám;
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti;
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv;



- pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče;
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování.¹¹⁴

¹¹⁴ Zdroj: Mezinárodní gerontologická asociace – Evropská oblast. Praha: Česká gerontologická a geriatrická společnost, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 1999. Překlad: doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.



PŘÍLOHA Č. 2: CHARTA PRÁV A SVOBOD STARŠÍCH OBČANŮ

Chartu práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby, vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí Francie v roce 1966.¹¹⁵

Stáří je obdobím života, ve kterém by měl pokračovat rozvoj lidské osobnosti. Většinou jsou lidé vyššího věku samostatní a zachovávají si dobrou psychickou kondici až do posledních dnů svého života. Závislost na péči druhé osoby přichází z důvodů onemocnění, které může být jak psychické, tak somatické (tělesné). Ale i v situaci závislosti na péči jiné osoby je zapotřebí, aby starším občanům nejen náležela všechna práva a svobody, ale aby měli možnost je také využívat tak, jako jiní občané. Měli by zůstat v původním prostředí, v kontaktu s ostatními generacemi. Účelem této výsadní listiny je připomenutí a uznání důstojnosti, kterou mají požívat starší občané se sníženou soběstačností, připomenutí a uznání jejich práv.

Článek I: Svoboda volby

Každý občan se sníženou soběstačností má právo vybrat si sám způsob svého života. Musí používat autonomie dle svých fyzických a psychických možností, a to i za cenu určitého rizika. Je však třeba, aby byl o tomto riziku informován a přizpůsobil mu prostředí, ve kterém žije. Rodina a ošetřující by měli jeho volbu respektovat.

Článek II: Domácnost a prostředí

Prostředí, ve kterém žije starší občan se sníženou soběstačností (ať je to již jeho domácnost či jiné zařízení), by mělo respektovat jeho volbu a být přizpůsobeno jeho potřebám. Je třeba, aby tito lidé mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Tomu by také mělo odpovídat uspořádání, zařízení a vybavení jejich domácnosti. Možnost setrvání doma může mít své meze, a proto je třeba, aby se tito lidé mohli rozhodnout pro alternativní řešení, kterým bývá nejčastěji pobyt v instituci. Častou příčinou, proč je třeba volit pobyt v instituci, je duševní onemocnění (nejčastěji demence). V tomto případě je třeba, aby pacient i jeho rodina volili vždy podle potřeb pacienta. Cílem je zajistit duševní i psychickou pohodu a kvalitní život. Proto by zařízení měla být koncipována tak, aby odpovídala potřebám soukromého života. Zařízení by mělo být přístupné, bezpečné a umožňovat dobrou orientaci.

Článek III: Sociální život s handicapem

Všichni lidé, kteří jsou v důsledku svého onemocnění závislí na pomoci a péči druhých osob, by měli mít garantovanou svobodu volně komunikovat, neomezeně se pohybovat a podílet se na společenském životě. Urbanisté by při plánování měst měli vzít v úvahu stárnutí populace. Veřejná doprava a prostranství by měly být přizpůsobeny změněným potřebám zdravotně postižených. Všichni starší občané

¹¹⁵ Zdroj: In: [Online]. [cit. 2016-01-10]. Dostupné < <http://www.helpnet.cz/seniori/dokumenty-tykajici-se-senioru/364-3> >



by měli být jasným, srozumitelným a přesným způsobem informováni o svých sociálních právech a o legislativních změnách, které jsou pro ně důležité.

Článek IV: Přítomnost a role blízkých a příbuzných

Pro občany se sníženou soběstačností je zásadně potřebné, aby si mohli zachovat a udržovat dosavadní přátelské a příbuzenské vztahy. Je třeba společensky respektovat roli pečujících rodin, které by měly být zejména psychologicky podporovány. Také instituce by měly dbát na spolupráci s rodinami pacientů, která je důležitá pro zlepšení kvality jejich života. V případě, že není rodina, je třeba, aby její roli převzali profesionálové nebo dobrovolníci.

Je třeba, aby si tito lidé také mohli zvolit a prožívat své intimní vztahy.

Článek V: Majetek

Všechny starší osoby s omezenou soběstačností mají nezpochybnitelné právo si zachovat movitý i nemovitý majetek. S tímto majetkem mohou sami disponovat, kromě případů, kdy je soudem rozhodnuto jinak. Pokud tito lidé nejsou schopni nést náklady svého handicapu, je třeba jim pomoci.

Článek VI: Aktivní život

Je třeba umožnit všem starším občanům, kteří jsou závislí na pomoci a péči druhé osoby, aby si co nejdéle zachovali své dosavadní aktivity. Potřeba vyjádřit se a kreativně uplatnit trvá i v situaci těžkého zdravotního i duševního postižení. Je třeba vytvořit centra, která se této problematice budou věnovat. Aktivity by neměly být stereotypem, ale měly by respektovat přání starších občanů. Při koncipování aktivit je třeba se vyvarovat degradujících prvků.

Článek VII: Spirituální potřeby

Každý starší člověk se sníženou soběstačností musí mít možnost podílet se na náboženských či filozofických aktivitách dle své vlastní vůle a volby. Každé zařízení by mělo tuto potřebu respektovat a umožnit ji prostorově i přístupem zástupců různých církví a vyznání.

Článek VIII: Prevence

Stáří je fyziologickým - normálním stavem. Nesoběstačnost je vždy důsledkem tělesné či psychické choroby. Některým z těchto chorobných stavů je možné předcházet. Proto je důležité prosazovat takové medicínské postupy, které povedou k prevenci nesoběstačnosti.

Způsoby, jakými lze těmto stavům předcházet, by měly být předmětem informací určených široké veřejnosti, zejména občanům vyššího věku.

Článek IX: Služby

Každý člověk se zhoršenou soběstačností by měl mít přístup k takovým službám, které potřebuje, a jsou mu užitečné. V žádném případě by se neměl stát pouhým pasivním příjemcem služeb, a to ani v instituci, ani doma. Přístup ke službám by se měl řídit individuálními potřebami nemocného. Nesmí docházet k věkové diskriminaci. Služby zahrnují všechny lékařské a jiné odborné zdravotnické činnosti, měly by se přizpůsobovat potřebám starších lidí, nikoli naopak. Cílem je zlepšení kvality života nemocného a zmírnění obtěžujících příznaků, např. bolesti, zlepšení nebo udržení dobrého duševního stavu, vrácení naděje. Instituce obecně (i nemocnice) by měly být personálně, věcně i architektonicky vybaveny pro přijetí starších



občanů, a to i těch, kteří jsou nemocní duševně. Musejí být zrušena veškerá administrativní opatření, která vedou ke zbytečnému čekání na příslušnou službu - a jsou vlastně jednou z forem špatného zacházení se starými lidmi.

Článek X: Pečující o starší pacienty

Všichni, kteří pracují se staršími pacienty, by měli získat vzdělání v gerontologii odpovídající jejich profesi. Vzdělání musí být úvodní a kontinuální, mělo by se zabývat zvláštnostmi onemocnění a potřebami pacientů vyššího věku. Všichni profesionálové by měli mít možnost analyzovat své postoje a praktické přístupy ve spolupráci s psychologem.

Článek XI: Úcta ke konci života

Nemocnému v terminálním stadiu onemocnění i jeho rodině by měla být poskytnuta péče, pomoc a podpora. Je samozřejmé, že nelze směřovat stavy závažné a stavy neodvratitelné vedoucí ke smrti. Odmítnutí terapie, kdo má naději na vyléčení, je stejným omylem, jako obtěžující a nadbytečné léčení toho, kdo se nachází v terminálním stadiu nevyléčitelného onemocnění. Jakmile se blíží neodvratitelně smrt, je třeba nemocného obklopit péčí a pozorností přiměřenou jeho stavu. Znamená to citlivé doprovázení, zmírňování všech nepříjemných psychických i fyzických příznaků, které stav doprovázejí. Umírající by měli svůj život končit co nejpřirozenějším způsobem, obklopeni blízkými, s respektem k víře a přání umírajících. Ošetřující by měli umět doprovázet pacienta, ale i jeho rodinu obdobím před i po smrti.

Článek XII: Výzkum: priorita a povinnost

Prioritou by měl být multidisciplinární výzkum o stárnutí a o všech aspektech a souvislostech soběstačnosti. Jenom výzkum umožní lepší znalost poruch a chorob, které se váží ke stárnutí a tím také k jejich lepší prevenci. Výzkum by měl zahrnovat kromě disciplin biomedicínských také humanitní a ekonomické aspekty. Rozvoj takového výzkumu by měl vést ke zlepšení kvality života osob se zhoršenou soběstačností, ke zmírnění jejich utrpení. Také by měl přinést ekonomický efekt.

Článek XIII: Uplatnění práva a právní ochrana osob s omezenou soběstačností

Každý člověk s omezenou soběstačností musí požívat ochrany svých práv a své osobnosti.

Článek XIV: Informace, nejlepší prostředek boje proti vyloučení

Veřejnost by měla být efektivně informovaná o obtížích, se kterými se setkávají lidé s omezenou soběstačností. Tyto informace by se měly šířit co nejvíce. Neznalost a nevědomost vedou příliš často k sociálnímu vyloučení lidí, kteří by se díky svým zachovaným schopnostem mohli a přáli podílet se na společenském životě. K vyloučení (exkluzi) může vést jednak nerespektování oprávněných potřeb pacientů, ale i nadbytečná infantilizující a invalidizující péče. Často nejsou možnosti ani typy služeb známy, a to dokonce ani profesionálům. Pojmenovat reálnou situaci, poukázat na tento problém v celé složitosti a seznámit s ním veřejnost je významný krok k prevenci sociálního vyloučení starších lidí s omezenou soběstačností. Pokud naše společnost a všichni její členové budou respektovat, že starší lidé s omezenou soběstačností mají absolutně stejná práva a stejnou důstojnost



lidského života jako ostatní dospělí členové společnosti, naplní se posláním této charty.



PŘÍLOHA Č. 3: ZÁSADY OSN PRO SENIORY

Zásady OSN pro seniory byly přijaty Valným shromážděním OSN (rezoluce 46/91) dne 16. prosince 1991. Vlády jsou vyzývány k tomu, aby tyto zásady včlenily do svých národních programů, kdykoli je to možné.

Některé hlavní myšlenky zásad jsou následující:

Nezávislost

Senioři by měli:

- mít přístup k odpovídající stravě, vodě, obydlí, oděvu a zdravotní péči na základě zajištění příjmu, podpory rodiny a společnosti a svépomoci;
- mít příležitost pracovat nebo mít přístup k jiným příležitostem zajišťujícím příjem;
- mít možnost účastnit se rozhodování, kdy a jak rychle bude probíhat jejich odchod z pracovního života;
- mít přístup k odpovídajícím vzdělávacím a výcvikovým programům;
- žít v prostředí, které je bezpečné a přizpůsobitelné osobním preferencím a měnícím se schopnostem;
- žít ve svém domově, jak nejdéle je to možné.

Zařazení do společnosti

Senioři by měli:

- zůstat zařazení do společnosti, zúčastňovat se aktivně formulování a realizace politik, které přímo ovlivňují jejich blaho, a podílet se o své znalosti a schopnosti s mladšími generacemi;
- mít možnost hledat a rozvíjet příležitosti pro služby občanské společnosti a pracovat jako dobrovolníci na místech odpovídajících jejich zájmům a schopnostem;
- mít možnost vytvářet hnutí nebo asociace starých lidí.

Péče

Senioři by měli:

- mít užitek z rodinné péče a péče a ochrany společnosti v souladu se systémem kulturních hodnot každé společnosti;
- mít přístup ke zdravotní péči, která by jim pomohla udržet nebo nabýt optimální úroveň tělesného, duševního a emočního zdraví a zabránit nebo zpozdit propuknutí nemoci;
- měli mít přístup k sociálním a právnickým službám, které by rozšířily jejich autonomii, ochranu a péči o ně;
- mít možnost využívat odpovídající úroveň institucionální péče zajišťující ochranu, rehabilitaci, sociální a duševní stimulaci v humánním a bezpečném prostředí;
- požívat lidských práv a základních svobod, až žijí v jakémkoli obydlí, zařízení sociální péče nebo léčebném zařízení, což zahrnuje i respektování jejich důstojnosti, víry, potřeb a soukromí a práv činit rozhodnutí o péči o ně a o kvalitě jejich života.

Seberealizace

Senioři by měli:



- mít možnost využívat příležitosti k plnému rozvoji svých schopností;
- mít přístup ke vzdělávacím, kulturním, duchovním a rekreačním zdrojům společnosti.

Důstojnost

Senioři by měli:

- žít v důstojnosti a bezpečí a nemělo by být využíváno jejich tělesné nebo duševní závislosti;
- Se seniory by mělo být dobře zacházeno bez ohledu na jejich věk, pohlaví, rasovou nebo etnickou příslušnost, postižení a další stav, a měli by být hodnoceni nezávisle na jejich ekonomickém přínosu.¹¹⁶

¹¹⁶ Zdroj: In: [Online]. [cit. 2013-01-10]. Dostupné <<http://www.helpnet.cz/seniori/dokumenty-tykajici-se-senioru>>



PŘÍLOHA Č. 4: VŮLE A PODPORA KE SMYSLU, DŮSTOJNOSTI A RESPEKTU

Deklarace Evropské konference o péči a ochraně starších lidí. *Důstojnost a ohroženost starších lidí*. Praha 25. - 26. května 2009 ¹¹⁷

Preambule

Prodlužování střední délky lidského života, k němuž v posledních desetiletích setrvale dochází, zvyšuje naději většiny lidí na plnější využití jejich životního potenciálu i na rozhojnění jejich přínosu pro blízké osoby, pro rodinu, místní společenství i celou společnost. Využití přibývajících života ve stáří však obvykle vyžaduje aktivní vytváření určitých předpokladů, aktivní překonání různých bariér bránících osobní spokojenosti a seberealizaci, sociálnímu začlenění, stejně jako i zabezpečení a bezpečnosti.

Delší život a podíl osob ve vyšším věku byl dosud spíše zdrojem obav než důvodem pro zodpovědné a koordinované plánování se silnou politickou podporou. Stárnutí sice bylo uznáno jako výzva ve vztahu k důchodovým systémům a trhu práce, které jsou důležitým předpokladem zajištění konkurenceschopnosti a kvality života současných a budoucích starších generací, je však také nezbytné posílení aspektu lidských práv, rovného přístupu k službám v oblasti zdraví, vzdělávání, sociálních služeb, bydlení atd. přizpůsobeným potřebám znevýhodněných a křehkých seniorů.

Zvláště znevýhodnění a ohrožení jsou křehcí staří lidé s nízkou úrovní potenciálu zdraví (s nízkou mírou vzájemně provázané zdatnosti, odolnosti a adaptability). Podceňována bývá často jak jejich ohroženost nepřizpůsobenými službami a postupy, používanými u mladší a zdatnější populace, tak jejich vůle ke smyslu, touha po uspokojení i vyšších lidských potřeb. Ke klíčovým hodnotám ohroženosti i smysluplnosti patří i u křehkých starých lidí důstojnost, respektování a vlastnění sebe - zachování svébytnosti a reálných rozhodovacích kompetencí a možností.

Hospodářská i kulturní vyspělost zemí Evropské unie i řady dalších států vytváří předpoklady pro rozvoj a systémové, obecně dostupné uplatnění tzv. dlouhodobé péče (Long Term Care) jako kvalitativně vyšší úrovně podpory a zajištění křehkých lidí s ohroženou či ztracenou soběstačností.

Přínos konceptu LTC je dán především koordinovanou provázaností služeb a opatření a prolomením bariér mezi různými rezorty, institucemi, kompetencemi, profesemi i úhradovými mechanismy. Dále je dán důrazem na smysluplnost existence lidských bytostí, na umožnění života ve známém a přirozeném prostředí se zachováním autonomie a sociálních rolí, aktivní prevencí a časným podchycením různých forem nevhodného zacházení ze strany pečujících osob (rodinných příslušníků

¹¹⁷ Zdroj: In: [Online]. [cit. 2017-01-10]. Dostupné < <http://www.seniorum.cz/eu-seniorum/1141-deklarace-evropske-konference-o-peci-a-ochrane-starsich-lidi-dustojnost-a-ohrozenost-starsich-lidi> >



nebo profesionálů), různých forem zanedbávání, zneužívání či dokonce týrání (domácího násilí, neodůvodněného omezování).

Důstojnost, sebeúcta a bezpečí nesmějí být zpochybněny ani u nejkřehčích a nejohroženějších seniorů - u lidí umírajících, bezvědomých, závažně zmatených či trpících pokročilými stádii demence. Ani oni se nesmějí stát zvěcnělými objekty jen jakési levné péče o nezákladnější biologické potřeby.

Omezenost veřejných prostředků vyžaduje maximální důraz na účelnost LTC včetně aktivního monitorování kvality péče a využívání vyspělých technologií. Ty jsou spolu s aktivním poradenstvím a dalšími formami podpory pečujících rodin i profesionálních týmů prevencí jejich přetížení, vyhoření a selhání.

Mimořádně důležité je při usilování o kvalitu života ve stáří správné pojetí a nastavení zdravotnických služeb. Míra zdraví patří ke klíčovým faktorům kvality života a nediskriminační podpora zdraví i dostupnost zdravotnických služeb jsou nezbytným projevem rovného postavení starších lidí ve společnosti. Současně je však třeba usilovat o podřízení zdravotní péče smyslu života a nepřipustit nahrazení či převrstvení přirozených životních rolí v souvislosti s involučními změnami a multimorbiditou jakousi rolí „doživotního pacienta podřízeného pravomoci zdravotnických pracovníků a režimům zdravotní péče. Důležitý je proto důraz na klíčové zdravotní problémy.

Obdobně jako se francouzské předsednictví zaměřilo i ve vztahu k důstojnosti a ohroženosti seniorů na zdravotnickou problematiku Alzheimerovy choroby, obecně lidí s kognitivním deficitem a syndromem demence, chtělo by České předsednictví zdůraznit závažnost fenoménu geriatrické křehkosti (frailty), ovlivnitelných a tím zdravotnický kompetentních aspektů involučně klesajícího potenciálu zdraví (vzájemně propojené odolnosti, zdatnosti a adaptability) a jím podmíněných multikauzálních zdravotních problémů překračujících rámec tzv. disease-model (model choroby).

Tyto ve stáří velmi časté zdravotní problémy starých lidí zůstávají přes opakovaná upozornění odborných geriatrických společností (EUGMS, SGMEUMS) velmi často mimo zájem zdravotnických institucí. Neodpovídá jim struktura zdravotnických služeb vzniklá v podmínkách a pro potřeby mladé společnosti a stále jim a jejich závažnosti neodpovídá ani struktura výchovy lékařů a dalších zdravotnických pracovníků.

Křehkost a její klinické důsledky se tak stávají zdrojem nepochopení, zbytečného utrpení, diskriminace, zanedbávání, odvratitelné disability, odvratitelného sociálního vyloučení, zbytečně špatné prognózy různých onemocnění a úrazů, souhrnně závažnou zdravotní hrozbou pro důstojnost a bezpečnost starých lidí a prubířským kamenem kvality zdravotní a sociální péče.

Rozsáhlá problematika důstojného života a ohroženosti ve stáří nemůže být vyčerpávajícím způsobem pojednána v jedné deklaraci.

Pražská konference navazuje na předcházející konference evropských předsednictví, doporučení a materiály evropských politických i odborně gerontologických jednání, včetně na:



- Jednání a doporučení konference „The Fight Against Alzheimer´s and Related Diseases“ konané v rámci francouzského předsednictví v říjnu 2008 v Paříži.
- Jednání a doporučení konference o dlouhodobé péči konané v rámci slovinického předsednictví v dubnu 2008 v Brdu.
- European silver paper on the future of health promotion and preventive actions, basic research, and clinical aspects of age-related disease, materiál projednaný na konferenci konané v rámci francouzského předsednictví v září 2008 ve Wroclawi (Polsko) a podporované EUGMS, IAGG-ER, EAGP, ISG a ISSAM.
- Discussion paper EC „What can the European Union do to protect dignity in old age and prevent elder abuse“ a následné jednání konference o elder abuse konané v březnu 2008 v Bruselu.
- Discussion paper: Healthy ageing: keystone for a sustainable Europe - EU health policy in the context of demographic change.
- Sdělení Evropské komise „Demografická budoucnost Evropy“ z roku 2006 a position paper „Ageing and Health in Europe - Challenges, opportunities and the role of Specialist Health Care for Older People“ for the UNECE Ministerial Conference on Ageing (Berlin, 2002) from the EUGMS and the SGMEUMS.

Vzhledem k výše uvedenému se pražská konference a mezinárodní seniorské organizace na ní zúčastněné obrací na zodpovědné orgány, odbornou i laickou veřejnost a vyzývají k přijetí následujících opatření a doporučení s cílem podpory důstojného, aktivního a zdravého stárnutí občanů EU. Obracíme se zejména:

A) Evropskou komisi a národní vlády

1) Změna přístupu ke stáří

- a) Usilujte o to, aby demografický vývoj a příchod dlouhověké společnosti nebyly vnímány jednostranně pod zorným úhlem demografického alarmismu podmíněného obavami z nedostatku zdrojů na sociální systémy a zdravotní péči, ale také jako šance změnit přístup k životu ve stáří;
- b) Otevřete diskusi o konvenci práv, zodpovědnosti a participaci starších lidí;
- c) Uvažte efekt, který přináší cílevědomé zakomponování problematiky stáří a stárnutí do vládní a parlamentní struktury, a modulujte rozdělení kompetencí tak, aby odpovídaly demografickým změnám společnosti a naléhavé potřebě je řešit;
- d) Zvažte ustavení gerontologické instituce na úrovni Evropské komise (monitorovací, vzdělávací);
- e) Věnujte pozornost argumentům, že existuje jedno kontinuum EDAN (Elder Dignity Abuse and Neglect); nevhodné zacházení se starými lidmi včetně zanedbávání, zneužívání či dokonce násilného jednání nejsou obvykle izolovaným jevem, nýbrž důsledkem nedostatečného respektu vůči starším generacím, jejich nejasné sociální role a chybění pružných podpůrných systémů pro starší lidi s disabilitou a pro pečující rodiny;
- f) Zařaďte problematiku sociálně právní ochrany a podpory seniorů a EDAN do oblasti výměny dobré praxe a zkušeností v rámci OMC;
- g) Vypracujte pozitivní strategii k aktivnímu, důstojnému a zdravému stárnutí v EU, která bude chápat stárnutí jako příležitost a bude stanovovat konkrétní doporučení k adaptaci jednotlivých politik a služeb v EU (bydlení, zdraví, vzdělávání



atd.), nejen k řešení fiskálních dopadů demografického vývoje, prodloužení pracovního života či potřeby dlouhodobé péče;

- h) Pokračujte v odstraňování diskriminačních bariér a posilování ochrany proti věkové diskriminaci v různých oblastech života;

2) Respekt k náboženské a kulturní různosti

- a) Uvědomte si kulturní a náboženskou heterogenitu dnešní Evropy, docenejte pocit vykořeněnosti etnických a náboženských menšin zvláště u seniorů - migrantů; podpořte respekt k různosti prožívání stáří a oprávněných nároků z toho vyplývajících;

3) Dlouhodobá péče

- a) Dejte prostor vzniku evropských principům a standardům LTC a evropským koncepcím geriatric, gerontologie a ucelené rehabilitace;
- b) Podílejte se na vzniku evropské koncepce a pojmového sjednocení LTC umožňujícím kontinuitu podpory a péče i výměnu vzájemně srozumitelných zkušeností a příkladů dobré praxe s důrazem na komunitní model služeb;
- c) Podpořte rozvoj ICT v LTC, tak jak ji navrhla konference „E-health“ českého předsednictví;
- d) Zabraňte dopadu globální krize na podfinancování zdravotní péče a služeb, které jsou podmínkou důstojného života ve stáří;
- e) Podpořte deinstitucionalizaci péče;

4) Komunitní život

- a) Docenejte význam komunitního života starších lidí v přirozeném prostředí setrvalým usilováním o vytváření podmínek pro jeho rozvoj;
- b) Docenejte význam starších lidí pro ekonomický a sociální rozvoj včetně významu komunitních služeb pro místní zaměstnanost a role starších lidí pro vitalizaci malých rurálních osídlení;
- c) Otevřete ESF nejen pro pracující populaci;

5) Výzkum a vzdělávání

- a) Efektivní politické rozhodování musí být podloženo důkazy, proto podpořte účelný výzkum všech oblastí života ve stáří a stárnutí tak, aby rozsah a kvalita výzkumných projektů odpovídaly významu změn dnešní společnosti;
- b) Docenejte význam implementace potřeb seniorů a dlouhodobé společnosti do všech úrovní vzdělávacích systémů a podpořte rozvoj vzdělávání v gerontologii a geriatrii;

6) Vliv veřejného mínění

- a) Podpořte účelná opatření, zvláště mediální, zaměřená na rehabilitaci názorů společnosti na roli starších generací a na život ve stáří.

B. Orgány místní správy a samosprávy:

1) Změna přístupu ke stáří

- a) Buďte citliví k důstojnosti a ohroženosti křehkých seniorů i k využívání potenciálu seniorů zdatných;



- b) Nezapomeňte, že mnoho osamělých starých lidí nemá jiné zastání a lidské spolehnutí než své sousedy a svou obec, a že i pečující rodiny potřebují vaši podporu;

2) Příklady dobré praxe

- a) Využívejte maximálně možnosti informační globální společnosti - možnosti sdílení svých zkušeností, příkladů dobré praxe v rámci celé Evropské unie i všech dalších hospodářsky vyspělých zemí;
- b) Docenejte význam urbánního prostředí podporujícího integraci, zdraví a bezpečnost; rozvoj hnutí age friendly cities (přizpůsobení městské dopravy, bytové politiky), využijte principů a doporučení projektu WHO Age-friendly cities;

3) Právo na celoživotní domov, podpora komunitního života, LTC

- a) Respektujte právo na celoživotní domov (long-life home) a nárok na sociální služby;
- b) Podporujte zapojování seniorů do komunitního života, podporujte jejich produktivitu a seberealizaci;
- c) Vytvářejte podmínky pro vznik a rozvoj ucelených systémů komunitních integrovaných podpůrných služeb umožňujících autonomní smysluplný život vašich křehkých spoluobčanů - jistotu kontaktu, časnou intervenci v případě tísně, poskytování kvalitních služeb přátelské k seniorům;
- d) Usilujte o zmapování a překlenování bílých míst, „území nikoho“, negativních kompetenčních konfliktů na pomezí rezortních zodpovědností;
- e) Převzmete vytváření podmínek pro ucelenou koordinovanou LTC včetně depistáže a dispenzarizace křehkých rizikových seniorů a projevů elder abuse jako součást agendy místní správy;
- f) Zohledněte heterogenitu zkušenosti stárnutí v městském a venkovském prostředí a buďte citliví k problému reálného a symbolického vystěhování (displacement) seniorů zachycených v moderních urbanistických procesech (jako jsou suburbani-zace, gentrifikace).

C. Akademické obce:

- 1) Věnujte cílevědomou pozornost rozvoji vzdělání i výzkumu pro stárnoucí a dlouhověkou společnost, pro chápání života ve stáří, pro podporu křehkých starých a dlouhověkých lidí, pro chápání života v jeho celistvosti bez vědeckého redukcionismu.
- 2) Pomáhejte rozptylovat nepodložený a jednostranný demografický alarmismus, který závažně potencuje společenské předsudky, stereotypy i projevy věkové diskriminace.
- 3) Usilujte, aby vzdělávací kurikula směřovala nejen k vědeckým znalostem a profesním dovednostem v dílčích oborech, ale také k obecnému vědomí, že důstojnost, autonomie, respektování jsou nezbytné pro smysluplný život všech lidských bytostí včetně křehkých starých lidí a že i vysoce kvalifikované služby musejí sloužit jejich citlivé podpoře, nikoliv jim být nadřazeny, vyčleňovat je a ohrožovat.
- 4) Usilujte, aby cílem výzkumu byly především život ve stáří a faktory ovlivňující jeho kvalitu, nikoliv staří lidé jako výzkumné objekty v odosobněných grantových projektech;
- 5) Usilujte o živé spojení výzkumu a praxe tak, aby výzkum a vývoj odpovídal na potřeby praxe a jeho výsledky byly pro praxi srozumitelné a využitelné;



- 6) Přivádějte specifické hledisko stárnutí (mainstreaming) do oblastí vědy, výzkumu a vzdělávání, a to zejména tam, kde dosud nebylo explicitně přítomno, ale kde může takový pohled rozšířit poznání a přispět ke zlepšení kvality života seniorů a jejich postavení ve společnosti (např. obchod, právo, architektura, umění, ...)

D. Zdravotnické instituce a systémy:

- 1) Uvědomte si, že involuce a pokles potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti a adaptability) přinášejí ve stáří specifické zdravotní problémy.
- 2) Geriatrize medicíny vyžaduje více než navyšování kapacit v důsledku vyšší prevalence chorob stáří, více než dílčí modifikování diagnostických a léčebných postupů včetně jejich věkově nediskriminační dostupnosti i více než korektní komunikaci se seniory. Jde o hlubší proměnu medicínského myšlení, vzdělávání i struktury poskytovaných služeb.
- 3) Vazba zdravotních obtíží, disability a zdravím podmíněné kvality života na konkrétní choroby se ve stáří oslabuje. Pouhý zájem o rozpoznání a léčení jednotlivých chorob se stává často neúčinný, mnohdy dokonce škodlivý. Neodpovídá mnohosti biologických i nebiologických faktorů, ani výrazné inter-individuální variabilitě zdravotních a léčebných priorit u křehkých a multimorbidních nemocných. Musí být proto doplněn kvalifikovaným zájmem o další faktory příčinné i klinické včetně funkčních obtíží, které jsou způsobeny multikauzálně.
- 4) K prioritám geriatrické medicíny se přiřazují klinické aspekty geriatrické křehkosti (frailty) a tzv. geriatrické syndromy.
- 5) Je třeba citlivě podřídit medicínské rozhodování a diagnostické, léčebné, ošetrovatelské i další stereotypy existenciálním aspektům, kvalitě života, autonomii asociálním rolím křehkých starých lidí.
- 6) Naléhavě upozorňujeme, že mnohdy nejsou zdravotní problémy křehkých starých lidí zdravotníky správně reflektovány a tím ani intervenovány. Křehcí geriatričtí pacienti jsou stále mnohdy vnímáni jako neoblíbená přítěž a marginalizováni, neboť struktura zdravotnických služeb a oborů vzniklá v podmínkách a pro potřeby mladé populace jejich problémy a potřeby nezohledňuje. Ocitají se často v „území nikoho“ mezi zájmy a kompetencemi tradičních lékařských oborů.
- 7) Taková situace je zvláště nebezpečná v úvodních fázích dekompenzací zdravotního a funkčního stavu křehkého starého člověka, kdy hrozí nebezpečí z prodlení. Kvalifikovaná geriatrická medicína a uplatnění oboru geriatrie by proto neměly být ztotožňovány pouze s dlouhodobou či postakutní péčí a měly by být dostupné i v akutní fázi onemocnění a hospitalizace, není-li nezbytná akutní péče jiného specializovaného oboru. Jde o obdobný požadavek, jaký provázal etablování pediatrické medicíny.
- 8) Upozorňujeme na trvající nebezpečí geriatrického hospitalizmu, iatrogenního poškození starého člověka včetně ponížení sebeúcty, nezvládnutí delirantních stavů, navození imobility či neúměrného používání omezovacích prostředků v nemocnicích i v ošetrovatelských ústavech.
- 9) Upozorňujeme na nebezpečí diagnostických výkonů motivovaných nikoliv prospěchem pacienta, nýbrž samoučelným či alibistickým pátráním po hypotetické chorobě. Upozorňujeme na nebezpečí neuvážlivé polypragmatie zhoršující zdravotní stav i na nedostatečné využívání nefarmakologických intervencí fyzioterapeutických, ergoterapeutických, psychoterapeutických, ošetrovatelských i sociálních.



- 10) Žádáme, aby klinické rozhodování u geriatrických pacientů důsledně vycházelo z individuálních cílů, z identifikace a intervence všech ovlivnitelných faktorů biologických i ostatních spíše než z diagnostikování, léčení a prevence jednotlivých chorob.
- 11) Upozorňujeme na potřebu přiměřených kapacit pro kvalifikovanou paliativní péči, podporující i důstojné umírání starších lidí v přirozeném prostředí.

E. Seniory:

- 1) Pěstujte a projevujte vůli ke smyslu a svébytnosti, usilujte o osobnostní rozvoj, produktivitu, seberealizaci a společenskou participaci v každém věku a přes případné zdravotní postižení.
- 2) Nesmiřujte se s projevy nepřiměřeného zhoršování zdatnosti a zdravím podmíněné kvality života s postupujícím věkem - žádejte odborné geriatrické posouzení a intervenování svého zdraví, žádejte kvalifikovanou geriatrickou medicínu.
- 3) Nesmiřujte se s projevy věkové diskriminace, nerespektování své důstojnosti, tím méně s projevy nevhodného jednání, zanedbávání, zneužívání či dokonce domácího či ústavního násilí. Zapojte se aktivně do řešení fenoménu EDAN (Elder Dignity Abuse and Neglect) - „staňte se sami změnou, kterou byste uvítali ve svém životě a prostředí.“



Název: Komunikace a etické aspekty péče o seniory

Autoři: Jana Kutnohorská, Barbora Plisková

Vydavatel: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Vydání: První

Rok vydání: 2017

Náklad: Elektronicky

ISBN 978-80-7454-694-5