

Vybrané kapitoly  
z geriatricie a medicíny  
chronických stavů  
II. díl

(pro studující lékařských fakult a praktické lékaře)

ZDENĚK KALVACH a kolektiv

PRAHA 1995

## Seznam autorů II. dílu

- MUDr. Richard Česka, CSc. – odborný asistent III. interní kliniky 1. lékařské fakulty University Karlovy, Praha  
MUDr. Jarmila Drábková, CSc. – přednostka anesteziologicko-resuscitačního oddělení nemocnice neodkladné péče, Praha; předsedkyně České anesteziologickoresuscitační společnosti  
Doc. MUDr. Tomáš Hanuš, CSc. – odborný asistent katedry urologie Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, Praha  
Prof. PhDr. et RNDr. Helena Haškovcová, CSc. – Ústav lékařské etiky, 3. lékařská fakulta University Karlovy, Praha  
MUDr. Martin Holcát, CSc. – odborný asistent kliniky otorhinolaryngologie, 1. lékařská fakulta University Karlovy, Praha  
MUDr. Roman Jiráček, CSc. – odborný asistent psychiatrické kliniky, 1. lékařská fakulta University Karlovy, Praha  
Doc. MUDr. Jan Kábrt, CSc. – odborný asistent III. interní kliniky, 1. lékařská fakulta University Karlovy, Praha  
MUDr. Zdeněk Kalvach – odborný asistent III. interní kliniky, 1. lékařská fakulta University Karlovy, Praha  
Doc. MUDr. Radana Neuwirtová, CSc. – oddělení klinické hematologie fakultní nemocnice 2, Praha  
† Doc. MUDr. Alois Ouředník, DrSc. – II. interní klinika, 1. lékařská fakulta University Karlovy, Praha  
Doc. MUDr. Štěpán Svačina, CSc. – III. interní klinika, 1. lékařská fakulta University Karlovy, Praha  
Prof. MUDr. Josef Šobra, DrSc. – III. interní klinika, 1. lékařská fakulta University Karlovy, Praha  
MUDr. Karel Šonka, CSc. – odborný asistent, neurologická klinika 1. lékařské fakulty University Karlovy, Praha  
MUDr. Eva Topinková, CSc. – odborná asistentka kabinetu gerontologie a geriatrie Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, Praha

## Starý člověk, společnost a rodina

Člověk ve vyšším věku zpravidla častěji vyhledává lékaře. Vzájemná komunikace se odehrává zcela logicky v rovině diagnostické a terapeutické. Pokud je situace zvládnutelná a návrat ztraceného zdraví ad integrum či alespoň ad optimum je reálný, nebývá ani setkání lékaře a pacienta vyššího věku problematické. Problémy nastávají tehdy, když pacientova choroba má dlouhodobý nebo nevyléčitelný charakter a kdy i péče by měla zahrnovat psychickou a sociální pomoc. Zejména ve vyšším věku platí, že psychický a sociální diskomfort výrazně ovlivňuje vznik, průběh i léčbu „nabízených“ symptomů a naopak. Mnozí staří lidé též vyhledávají lékaře především pro pomoc jiného druhu, než je diagnostický či terapeutický zásah, ale z tradičních důvodů nárokuje klasickou lékařskou pomoc. Nezkoušen často přehlédnou, že přicházející nabízí pouze „špičku ledovce“ a neshledají-li dostatečné a opodstatněné pole pro svou profesionální činnost, odesílají prosícího jinam. V současné praxi je čitelná tendence deklarovat jiné než „ryze“ medicínské formy péče na rodinu a společnost. Jistě lze dlouze diskutovat o tom, co patří do kompetence lékaře a co nikoliv. Situaci komplikuje letitá politická argumentace slibující, že se o nesoběstačného či soběstačného ztrácejícího občana postará stát, resp. zdravotnictví nebo rezort sociálních služeb. Odmyslíme-li obtížnou problematiku organizace komplexních zdravotnických a sociálních služeb, pak základem nedorozumění je odborná nekompetence, která vede na jedné straně k tzv. **medicinalizaci** problému, na druhé straně k vágně pojatému přenesení odpovědnosti mimo lékařství. Organizační nejasnosti jsou řešitelné pouze za předpokladu kompetentního posouzení celé složité situace starého člověka. Lékař se nutně nemusí starat o sociální či psychický komfort starého člověka (i když v jisté míře je povinnen tak učinit), ale musí bezpečně vědět, že tam, kam starého člověka posílá, je nárokováná a potřebná péče dostupná. Zatím příliš **nerozumíme fenoménu stáří** a proto se v běžné praxi elekticky soustředujeme na jednu, zpravidla urgentní složku pomoci a nerespektujeme provázanost a vzájemnou podmíněnost jevů, které ve svém součtu vytvářejí nejen oprávněný nárok starého člověka na některý typ pomoci, ale které

především rozhodují o prožitém nebo absentujícím pocitu všestranné péče na straně starého člověka. Zdravotní i sociální problematika u staršího pacienta je vždy v popředí současně a jen nezavěšenému se může jevit jedna z nich výrazně dominantní. Stát se to samozřejmě může, např. v urgentních situacích buď zdravotní či sociální nouze, ale ona dominace je vždy dočasná. Obě uvedené složky se vždy bezprostředně promítají do aktuálního psychického stavu člověka a výrazně limitují kvalitu jeho života. Péče o staré lidi musí být komplexní a zahrnovat vždy proporcionální starost o **bio-psycho-sociální komfort**. Ten se v konkrétní rovině jeví jako **praktická soběstačnost**. Zbývá doplnit, že obsah tradičního pojmu **casus socialis** se mění a více koreluje s praktickou nesoběstačností než s chybějícím elementárním materiálním zajištěním. I bohatý člověk může být „casus socialis“ a to tehdy, kdy postrádá rodinného příslušníka či jinou osobu schopnou pomoci mu v aktuální nouzi.

Vytvořit **funkční systém péče** o staré lidi je nezbytné. Předpokladem úspěchu je porozumění potřebám a nárokům starých lidí, jakož i reálným možnostem rodiny a společnosti a to jak v historickém kontextu, tak aktuálně. V omezeném prostoru prezentuji významné problémové okruhy a doporučuji další odbornou literaturu.

Kdo je starý člověk? Nejasná exaktní kritéria stárnutí a stáří ponechme stranou a konstatujeme, že prakticky a zcela mylně je za starého člověka považován každý, kdo se ocitl v sociální roli starobního důchodce. Za tímto velkým problémem minulosti bylo základní materiální zajištění ekonomicky neproduktivních lidí, je v současném moderním světě kromě tohoto tradičního nároku aktuálním problémem ztráty uznávaného, tedy profesního životního programu a vysoká potřeba konstituovat individuálně i společensky přijatelný **druhý životní program**. „Začínající“ starobní důchodce získává totiž v den odchodu do penze **roli nemít roli**, vzdor tomu, že žena prožije až 19 a muž až 15 let než přijde den, který je odborně považován za začátek vlastního senia (75 let).

Rychlé politické a ekonomické změny v tomto století si vynutily nový životní způsob. Vznikl systém penzionování a penzionování se stalo sociálním jevem. Počáteční představy, umocněné socialistickou tézí o zasluženém odpočinku po práci, se transformovaly v mimořádný problém. I ostatní vyspělé země realizují tzv. **ideologii práce**, jejíž podstatou je favorizace lidské pracovní činnosti v jasně definovaných a tím i uznávaných zaměstnaneckých strukturách. Odchodem do penze „začínající“ důchodce ztratí svou základní nebo přinejmenším dominantní sociální roli a jinou nezískává. Proto jsou v posledních desetiletích činy snahy kon-

struovat kromě profesního ještě další všeobecně přijímaný, **druhý životní program**. Toto hledání našlo svůj výraz například i v tzv. Univerzitách a akademích třetího věku. Univerzální řešení životního programu starých lidí to však není a proto neudivuje, že se na letošním zasedání EUBAGU (Evropský svaz starší generace) objevil požadavek **práva na práci** bez ohledu na kalendářní věk. Jakkoliv musíme vzít v úvahu též ekonomické důvody pro toto přání, podstatná je snaha o identifikaci se společensky nosnou a uznávanou sociální rolí. Práce je imanentní lidskému bytí a chybná byla a je všeobecná interpretace, kdy práce je redukována na zaměstnanecký poměr a dimenze kreativity je oploštěna. Sociologických i filozofických interpretací vážících se k tomuto tématu by bylo možné uvádět mnoho; podstatné pro praxi však je:

1) „Začínající“ důchodci zpravidla vyžadují zdravotní péči obdobnou jako ve středním věku. To, co pro ně musí vytvořit společnost, je především prostor pro oprávněnou realizaci druhého životního programu. Důležité je vyvarovat se chyb a opustit překonané **formy věkové segregace**. Starí patří k životu a starí lidé patří do kontextu společnosti. V této souvislosti se už hovoří o **„modré“ nebo „nové“ vlně stáří** a někteří sociologové předpokládají na počátku příštího tisíciletí **novou gerontokracii**. Dvacáté století favorizovalo mládí a vytvořilo tzv. kult dítěte. „Odstrčení“ starí lidé bojují o své místo na slunci a možná skutečně hrozí druhý, stejně nepříznivý extrém. Zda k němu skutečně dojde, je otázkou. Vyváženost jednotlivých generace je žádoucí a je podmíněna uznáním nezastupitelných sociálních rolí. Uznat změněné, významné, přiměřené a v kontextu úměrné sociální role dříve narozeným je nutné.

2) „Pokročilí“ důchodci, to jest lidé ve věku nad 75–80 let, zpravidla opouštějí bojový koridor o získání sociální role a tím i životní satisfakce. Věk se hlásí a sociální role „nerole“ už zpravidla nezraňuje. Tito lidé aktuálně či potenciálně potřebují zdravotní či sociální pomoc. Administrativní rozdělení rezortů, které bylo typické pro evropské země po II. světové válce a jehož účinnosti se věřilo, je překonáno. Nadále není vhodné, opodstatněné a ani ekonomicky únosné budovat zvláštní zařízení sociálního typu pro **„důstojné dožití“**. Domovy důchodců či jejich analogy tvoří a budou tvořit doplňkovou, i když významnou část systému péče o staré lidi a budou určeny těm, kteří potřebují uralou zdravotní či sociální, obvykle však kombinované formy pomoci. V Československu je situace tragikomická: jen málokterá sféra péče o staré lidi se dočkala takové „popularity“ jako sociální péče v domech důchodců. O situaci jejich obyvatel jsme se dovídali z tisku, beletrie, filmu. Někdy kolorit

růzových barev, jindy drastické scény. Zůstaňme střízliví: domovy důchodců či jejich analogy se musí transformovat v potřebné **ošetřovatelské ústavy**. Pro některé lidi byl a bude domov důchodců nejen životním, ale dokonce i štátným řešením. Pozornost však zasluhují neméně i jiné typy péče. „Atraktivnost“ domovů důchodců má za následek, že je jejich problematika generalizována a často jako jediná tematizována. Naléhavost kvalitativních změn péče v domovech důchodců je evidentní, ale nutno zdůraznit, že pouze kolem 3 % osob vyššího věku „končí“ svou životní pouť v lůžkových zařízeních tohoto typu. Všichni ostatní dožívají své dny v individuálních obydlích a je naší odbornou povinností znát jejich potřeby a zajistit nárokovanou a opodstatněnou pomoc či péči.

Většina stárnoucích a starých lidí dožívá ve svých domovech a přeje si zůstat v nich až do konce života. Celkový světový trend péče o staré lidi, formulovaný již v roce 1982 na Světovém zasedání o stárnutí a stáří ve Vídni, je zřejmý: akcentovat **ambulantní formy péče** a to jak ve městech, tak i na vesnicích, s respektem k místním podmínkám. Současnou, tradiční a „na lůžku“ poskytovanou péči je nezbytné: **decentralizovat, demedicalizovat, deprofesionalizovat a deresortizovat**. Tento program, stručně nazývaný „4x De“ respektuje přání starých lidí, akceptuje jejich nároky a nabízí přijatelné a dostupné řešení, kterého je společnost schopna zajistit.

Jaká je současná rodina? **Může, chce a umí** se o starého člověka postarat? Fakta hovoří jasně: o 96 % starých lidí se prostě „někdo“ stará a tím někým je buď blízký nebo vzdálený příbuzný. Kvalita péče rodiny kolísá a je proměnná v závislosti na mnoha faktorech. Rodiny jsou v realizaci své péče často omezeny především tím, že ženy středního věku jsou plně zaměstnány, že na jejich bedrech leží ještě starost o většinou dospělé, ale stále ekonomicky nezajištěné děti, že komunální služby jsou drahé nebo nedosažitelné, popřípadě oboje apod. Pouze relativním faktorem je oddělené bydlení. Střední generace i reprezentanti staré generace favorizují oddělené bydlení, a to především v souvislosti s jinak chápáním obsahem pojmů seberealizace, soukromí a intimita. Oddělené bydlení samo o sobě nemusí a často není překážkou dobrých vzájemných mezi-generačních vztahů. Hovoří se o tzv. intimitě na dálku. Je-li nutná intermitentní výpomoc, nebývá její dostupnost problematická. Při závažném nebo vleklém onemocnění starého člověka se oddělené bydlení stává skutečně limitující překážkou nutné kontinuální pomoci. Řešením však není nereálné volání po dávné praxi výměnkářů. Žili v jiných ekonomických a společenských podmínkách a jejich život nebyl ani zdaleka tak

bylycky, jak si dnes namlouváme. Naopak nepředstavitelná bída většiny starých lidí, kteří živořili a bez domova se toulali, byla důvodem pro výstavbu nejrůznějších útulků, starobinců, chorobinců a posléze i domovů starého člověka. Tedy ta zařízení, která se stala neatraktivní pro současného starého člověka, byla snem minulosti. Musíme rozlišovat a vnímat proměny, se kterým došlo a to v úrovních ekonomických, politických, společenských a rodinných. Řešení nynější svízelné situace se nabízí různorodé, ale vždy respektující proměny evropské situace se nabízí různorodé, ale značné rozdíly mezi městy a venkovem a mezi jednotlivými regiony v rámci států i mimo ně. Přesto lze za podstatné považovat požadavky reálné (dostupné) blízkosti a současně jasné oddělenosti. Jen některé jsou schopni „sestěhování se“ s mladými a jen málokterým se zdaří vytvořit harmonický domov pro členy všech zúčastněných generací. Většina bude preferovat blízké, leč oddělené bydlení (a to i v sídlištní zástavbě) spolu s promyšleným i provázaným systémem ostatních služeb a pestrých forem péče: státních, soukromých, charitativních. Nezanedbatelné aktivity se skrývají v silách členů hnutí motivovaných heslem „Stáří sami sobě“.

Při koncipování moderní péče o staré lidi nelze pominout fakta, která jsou s to poskytnout sociologové. Po dvacetileté přestávce se problematika rodiny opět dostává do centra pozornosti. Důvody jsou četné a nechybí ani problematika starých lidí, jakož i funkce, úloha, přání a limity jejich jednotlivých členů.

Pro bližší studium naznačených problémů doporučuji následující monografie, jejichž součástí je obsáhlá bibliografie dalších významných prací:

1. Alan J.: Etapy života očima sociologů, Panorama, Praha 1989
2. Haškovcová H.: Fenomén stáří, Panorama, Praha 1991
3. Možný I.: Moderní rodina: mýty a skutečnost, Blok, Brno 1990
4. Pacovský V., Heřmanová H.: Gerontologie, Avicenum, Praha 1981
5. Říčan P.: Cesta životem, Panorama, Praha 1990