

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra pedagogiky

Diplomová práce

**Specifické faktory ovlivňující ženy
v období pozdní dospělosti a možnosti
prevence jejich negativních důsledků**

Vedoucí práce: Doc. Michal Kaplánek, Th.D.

Autor práce: Jana Kotoučková
Studijní obor: Pedagogika volného času
Ročník: 6.

2008

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

1. května 2008

.....

Děkuji vedoucímu diplomové práce doc. Michalu Kaplánkovi, Th. D.
a konzultantovi Mgr. Zdeňku Touškovi
za jeho čas strávený nad mou prací, za cenné rady a připomínky
i za metodické vedení práce.

Obsah:

Úvod	6
1. Charakteristika období pozdní dospělosti žen.....	8
1.1 Pozdní dospělost	8
1.2 Klimakterium	9
1.3 Tělesný vzhled	12
1.4 Partnerské krize	14
1.5 Rozvody	17
1.6 Vztahy s vlastními dětmi.....	20
1.6.1 Fáze prázdného hnízda.....	22
1.6.2 Partnerství dětí	23
1.6.3 Fáze „přecpaného“ hnízda	24
1.6.4 Role prarodiče	24
1.7 Vztahy s rodiči	25
1.8 Profesní role	27
2. Možné důsledky nezvládnání problémů	30
2.1 Zvládnání náročných životních situací	30
2.1.1 Stres	32
2.1.2 Duševní poruchy	35
2.2 Nejčastější psychické poruchy	37
2.2.1 Neurotické poruchy a poruchy vyvolané stresem	38
2.2.2 Afektivní poruchy / Poruchy nálady.....	39
2.3 Závislosti	42
2.3.1 Alkoholismus	46
2.3.2 Sedativa a tišící léky	48
2.3.3 Kouření	49
2.4 Sebevraždy	50

3. Prevence negativních důsledků	54
3.1 Vymezení pojmu prevence	54
3.2 Bio-psycho-sociální model	55
3.3. Příprava na stárnutí	57
3.3.1 Národní program přípravy na stárnutí	58
3.3.2 Individuální příprava na stárnutí	63
3.4 Biologické / fyzické faktory	64
3.4.1 Zdravá výživa	65
3.4.2 Pohybové aktivity a sport	67
3.4.3 Klimakterické potíže	70
3.5 Psychologické / duševní faktory	73
3.5.1 Duševní hygiena	73
3.5.2 Zvládání stresu	76
3.5.3 Volnočasové aktivity	80
3.6 Sociální / společenské faktory	85
3.6.1 Sociální opora	85
3.6.2 Zaměstnání	86
Závěr	88
Seznam použitých zdrojů	91

Úvod

Jedním z palčivých problémů „Starého kontinentu“ je zvyšující se průměrný věk jeho obyvatel, zejména pak v hospodářsky vyspělých zemích. Demografická struktura České republiky v tomto směru nijak nezaostává, ba právě naopak. Vlivem společenských změn v posledních dvaceti letech došlo k výraznému zvýšení délky života a zároveň se rapidně snížila porodnost. Česká společnost stárne – to je fakt, který patrně významně neovlivní ani skupina tzv. Husákových dětí (generace narozená v 1. polovině 70. let 20. století) v reprodukčním věku, ani imigrace. Jedinou cestou, jak předejít negativním ekonomickým dopadům a následně hrozícímu narušení sociálního smíru, je tento vývoj akceptovat a připravit se na něj. V přímé reakci na tzv. Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí z roku 2002 byl proto ještě v témže roce přijat českou vládou Národní program přípravy na stárnutí. Mezi jeho základní myšlenky patří mimo jiné to, že kvalita života ve stáří je vedle řady jiných faktorů výrazně ovlivněna předchozím průběhem života. S tímto přístupem pak souvisí snaha o předcházení problémů ohrožujících kvalitu života již dlouho předtím, než se z člověka v produktivním věku stane senior. Důležitým úkolem je tak vymezení rizikových faktorů, případně ohrožených skupin obyvatel, jejichž dlouhodobě nepříznivá situace může negativně ovlivnit jejich další účast na životě společnosti a zacílit tímto směrem sociální pomoc. Nejčastěji se v této souvislosti hovoří o skupinách nezaměstnaných mladých dospělých osob, lidech se zdravotním postižením či skupině označované jako generace 50+ (lidé ve věku nad 50 let). Poněkud specifickou a možná právě proto stále opomíjenou skupinou jsou ženy v období tzv. pozdní dospělosti, tedy přibližně v rozmezí 45-60 let věku.

S jistou nadsázkou lze konstatovat, že v minulých letech a desetiletích se uvnitř naší společnosti vyprofilovala skupina žen, jejichž situace je o to těžší, o co méně pozornosti se jim dostává. Současné ženy ve věku pozdní dospělosti se vinou společenského vývoje dostaly do situace, kdy na ně v relativně krátkém

časovém úseku velmi často působí souběžně několik faktorů v oblasti biologické, psychické i sociální, z nichž každý sám o sobě je velmi zatěžující. Ženy se v životní etapě mezi 45. a 60. rokem věku musí vyrovnávat nejen s realitou vlastního stárnutí ztíženého současným „kultem mládí“, ale také s klimakteriem, s jeho nepříjemnými příznaky i se ztrátou biologické plodnosti. Jejich děti postupně dospívají, osamostatňují se, odcházejí a zakládají si své vlastní rodiny. Manželství v mnoha případech prochází krizí a navíc je nutné se v rámci partnerského vztahu adaptovat na odchod dětí. Ubývá fyzických sil, prodlužuje se doba pracovní neschopnosti z důvodu různých onemocnění, snižuje se produktivita práce, což vše ohrožuje pozici těchto žen v zaměstnání. A navíc musí velmi často řešit problémy související s jejich vlastními rodiči.

Ženy v tomto období často prožívají celou řadu stresujících situací. Otázkou je, jak se s nimi dokáží vyrovnat. Pokud na ženu působí více stresujících vlivů najednou, pokud se žena ocitne v příliš náročné stresující situaci nebo pokud nemá dispozice pro zvládnutí daného stresujícího problému nebo úkolu, může mít toto nezvládnutí negativní dopady. V extrémních případech to může vést k psychickému onemocnění, k rozvinutí závislosti nebo až k sebevražednému chování. Cílem mé práce je proto vymezit specifické faktory, které působí na ženy v období pozdní dospělosti, analyzovat jejich možné negativní důsledky a následně navrhnout možnosti jejich prevence.

Od výše vymezeného cíle se pak odvíjí struktura mé práce. První část věnuji charakteristice období pozdní dospělosti a zaměřím se především na problematické momenty, které mohou v této životní etapě u žen nastat. Ve druhé části vymezím možné důsledky nezvládnutí náročných životních situací. Ve třetí, hlavní části se pak pokusím navrhnout možnosti prevence, a to jak v rovině osobní, tak na úrovni společnosti.

1. Charakteristika období pozdní dospělosti žen

Období pozdní dospělosti žen s sebou přináší celou řadu problematických momentů. Ženy procházejí obtížným obdobím přechodu - musí se vyrovnávat s jeho nepříjemnými příznaky i se ztrátou plodnosti (fyzické). Často se vynořuje potřeba bilancovat svůj život. A to i na straně partnerů, kteří pak někdy mají potřebu nabrat ještě jednou druhý dech – což se může projevit i formou mimomanželského vztahu. V tomto období se také zvyšuje procento rozvodů. Navíc se ženy musí vyrovnávat s tím, že děti už jsou dospělé, často opouštějí domov a zakládají si své vlastní rodiny. I tento moment může „otestovat“ kvalitu manželského vztahu. Žena se také setkává s novou životní rolí, rolí prarodiče, která jí na jedné straně konfrontuje s vlastním stárnutím, ale na druhé straně ji může také velice obohatit. K tomu všemu se přidává stárnutí rodičů, jejichž zdravotní stav se zhoršuje a často již vyžadují péči – což nejčastěji leží opět právě na ženě.

Žena se tedy musí vyrovnávat s vlastním stárnutím, což je samo o sobě nelehký úkol, ale k tomu se od ní ještě často očekává, že bude pomocí a oporou i svým dospělým dětem i starým rodičům. Pokud se k tomu přidá ještě krize v manželském vztahu nebo problémy v zaměstnání, může to být i nad její síly.

1.1. Pozdní dospělost

Pozdní dospělost tvoří jednu etapu dospělosti. Vymezení z hlediska začátku i konce tohoto období není mezi odborníky jednoznačně dané. Vývojové psychologové i sociologové se rozcházejí jak v jejím vymezení z hlediska věku, tak v jejím označení.

Převážná většina autorů dělí období dospělosti na tři etapy, přičemž poslední fáze dospělosti bývá označována nejčastěji jako pozdní dospělost nebo

jako starší dospělost. Termín pozdní dospělost používá například Langmeier¹ nebo Alan². S termínem starší dospělost se lze setkat například u Nakonečného³ nebo u Vágnerové⁴.

Co se týče věkového vymezení tohoto období, začátek bývá spojován s věkem 45 let (Nakonečný, Langmeier), 50 let (Vágnerová) nebo 41 let (Alan). Konec období se podle těchto autorů týká věku 60 let (Nakonečný, Vágnerová), 60 až 65 let (Langmeier) nebo 55 let (Alan).

Auťoři se tedy rozcházejí ve vymezení začátku i konce tohoto období i z hlediska jeho pojmenování. V případě mé práce se přikloním k označení pozdní dospělost, protože jde jednoznačně o poslední etapu dospělosti, po níž už bezprostředně následuje období stáří. A co se týče věkového vymezení tohoto období, budu jej vymezovat věkem 45 až 60 let. Typickým doprovodným jevem pozdní dospělosti žen je totiž klimakterium a k úbytku pohlavních hormonů dochází v dnešní populaci nejčastěji od 45. roku věku ženy. Naopak konec tohoto období bývá spojován s odchodem do důchodu a s nástupem stáří. V dnešní době je však u žen tento věk značně rozrůzněn a závisí na počtu dětí, na možnosti využití předčasného důchodu či na progresi termínu přiznání nároku na řádný důchod dané platnou legislativou. Vzhledem k nutnosti pevného vymezení cílové skupiny proto pro účely této práce považuji v souladu s Nakonečným či Vágnerovou za horní hranici pozdní dospělosti 60 let věku, která nejlépe zohledňuje výše uvedené faktory.

1.2 Klimakterium

U žen mezi 45. až 55. rokem dochází k úbytku ženských pohlavních hormonů estrogenů a následkem toho k poklesu frekvence ovulace, dozrávání vajíček. Cyklus ztrácí svou pravidelnost, prodlužuje se, až nakonec úplně ustane.

¹ Srov. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. s. 161.

² Srov. ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. s. 68-69.

³ Srov. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. s. 418.

⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 229.

Tento proces bývá označován jako perimenopauza.⁵ Následuje menopauza, tj. poslední pravidelná menstruace, a s tím spojená trvalá ztráta plodnosti. Hranice menopauzy se v posledních třiceti letech posunula k vyššímu věku. Ve středověku přestaly ženy menstruat okolo 40 let; v letech 1500-1840 okolo 45 let; v roce 1967 je průměrný věk menopauzy udáván 50,2-52,5 roků. U 50 % žen nastává menopauza mezi 45 a 55 lety⁶. Menopauza může být někdy chápána jako ztráta nebo jako znehodnocení ženské role (typicky spojované s plodností a erotickou přitažlivostí), a žena si pak může připadat méněcenná. Na druhé straně ale reprodukčními funkcemi v žádném případě život ženy nekončí. Naopak můžeme říci, že období mezi padesátým a šedesátým rokem je životním úsekem, který je poznamenán činností a společenskou aktivitou žen. Období postmenopauzy bychom mohli nazvat obdobím duševní zralosti a plodnosti.

Klimakterium (neboli přechod) s sebou přináší řadu příznaků, ale jejich výskyt je u každé ženy individuální. Výrazný pokles hladiny ženských pohlavních hormonů je doprovázen tělesnými i psychickými změnami. J. Jeníček⁷ jmenuje jako typické klimakterické potíže návaly, noční pocení, nespavost, bušení srdce, ale i poruchy nálady, podrážděnost, lítostivost, nervozitu a zhoršenou schopnost soustředění. Těmito příznaky podle něj trpí čtyři z pěti žen a jedná se o takzvané akutní obtíže z nedostatku estrogenů. Nedostatkem estrogenů trpí také kůže a sliznice. Kvůli snížení obranyschopnosti dolních močových cest může častěji docházet také k infekcím močového ústrojí nebo k poruchám udržení moči. Při víceletém nedostatku estrogenů může podle J. Jeníčka hrozit i osteoporóza a srdeční a cévní onemocnění.

Snížená produkce estrogenů dále negativně ovlivňuje stav genitálu, poševní sliznice se ztenčuje a poševní stěna ztrácí pružnost. Důsledkem může být bolestivost při pohlavním styku nebo pálení a svědění při pohlavním styku a po něm. Hormonální deficit může snižovat i zvlhčování poševní stěny, a tím také přispívat k zhoršení kvality pohlavního styku. Přechodem končí možnost

⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 244-246.

⁶ Srov. FAIT, T.; ŠNAJDEROVÁ, M. aj. *Estrogenní deficit*. s. 10-12.

⁷ Srov. JENÍČEK, J. *Žena v přechodu*. s. 15.

otěhotnět a tento fakt vede k různým vzorcům chování žen v oblasti sexuality. U některých se zájem o sexualitu zvyšuje, u jiných snižuje. Samotný přechod má však na sexuální citění a sexuální život jen malý vliv. Příčina sexuálních potíží může být až druhotná, například snížení libida v důsledku bolestivosti při pohlavním styku z důvodu ztenčení sliznice pochvy. Ženy by se v případě podobných problémů neměly obávat obrátit se na odborníka.⁸

Jedna skupina odborníků vidí „léčbu“ téměř všech příznaků v hormonální substituční terapii. Během přechodu dochází k ubývání ženských pohlavních hormonů estrogenů a progesteronu, cílem hormonální substituční terapie pak je tento nedostatek nahradit. Terapeutické podávání estrogenů podle nich vede k odstranění prakticky všech příznaků klimakteria. Lékaři předepisují různé kombinace těchto hormonů podle individuálních požadavků s cílem zmírnit potíže provázející přechod a zabránit zdravotním problémům (například osteoporóze).⁹

Odlišný názor zastávají odborníci, kteří proti hormonální substituční léčbě vystupují a varují před ní. Tento úhel pohledu představuje například Sylvia Schneider¹⁰, která se opírá o výsledky studií WHI (Women's Health Initiative) z USA. Výsledky těchto studií podle ní jednoznačně vyvracejí údajné pozitivní účinky hormonů a naopak ukazují, že jejich účinky ženy ohrožují podstatně více, než se předpokládalo. Například ukázaly na zvýšení rizika trombózy, mrtvice, srdečních nemocí nebo rakoviny prsu. Sylvia Schneider vidí jako další problém fakt, že řada ženských lékařů odmítá výsledky těchto studií vzít na vědomí a dál ženám vsugerovávají potřebnost hormonální substituční léčby.

Je tedy dobré mít vždy informace z více zdrojů – pak už je rozhodnutí na každé ženě. Vždy je možné si vybrat mezi hormonální substituční léčbou nebo nějakou jinou alternativní metodou pro zmírnění klimakterických obtíží.

⁸ Srov. JENÍČEK, J. *Žena v přechodu*. s. 37-40.

⁹ Srov. STOPPARDOVÁ, M. *Hormonální terapie při menopauze*. s. 43-47.

¹⁰ Srov. SCHNEIDER, S. *Velký hormonální podvod*.

1.3 Tělesný vzhled

Každému člověku záleží na tom, jak vypadá a co si o něm myslí druzí. Pokud vypadám dobře a uvědomuji si to, cítím i větší sebedůvěru a jistotu. Z toho vyplývá, že moje image může mít vliv i na můj výkon a celkově na to, jak se cítím. Osobní prezentaci vytváří například úprava zevnějšku, oblečení, držení těla, chůze, postava nebo výraz obličeje. Velmi často přitom platí pravidlo, že jak posuzuji sama sebe, tak mě budou posuzovat i druzí.

Pohled na krásu je velmi individuální, přesto lze v dějinách i v různých kulturách vysledovat určité trendy, které hodnocení krásy ovlivňují. Více uniformní pojetí krásy bylo vytvořeno až ve 20. století díky působení masových sdělovacích prostředků. Současná západní společnost vyžaduje štíhlost a pevné tělo. Problém tkví v tom, že ideál předkládaný médiu nemusí odpovídat reálným možnostem řady jedinců, ani zdravému tělu. Každý člověk by tedy měl v první řadě znát své možnosti a limity, protože některé tělesné parametry jsou do značné míry ovlivněny dědičně. Například výška postavy je na vnějších vlivech téměř nezávislá, tělesná hmotnost je dědičností ovlivněna zhruba z poloviny a nejmenší vliv dědičnosti na druhé straně je patrný u množství tuku (na rozdíl od rozmístění tuku). Vzhled těla může ovlivnit kromě dědičnosti také výchova a vliv prostředí, tělesná cvičení, stravovací návyky nebo hormonální poruchy.¹¹

Dalším faktem je, že ženy (bez ohledu na věk) jsou svým tělem určovány silněji než muži a jsou s ním také více spojeny. „*Tělesné stárnutí se po čtyřicátém roce ještě neprojevuje nápadnější změnou výkonnosti, ale často je jeho důsledkem úbytek tělesné atraktivity. Estetický důsledek stárnutí postihuje více ženy než muže, protože sociokulturní standard ženské krásy zdůrazňuje vlastnosti raného mládí.*“¹² Tělesná atraktivita je významnou částí sebepojetí, proto je velmi důležité, aby člověk přijal sám sebe. Navíc se o tělesně přitažlivých lidech předpokládá, že mají lepší povahu, jsou společensky žádoucnější a jsou celkově šťastnější. Atraktivitu lze ale záměrně ovlivňovat – například účesem, líčením,

¹¹ Srov. FIALOVÁ, L. *Moderní body image*. s. 21-72.

¹² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 189.

oděvem, ozdobami, výrazem obličeje, ale i péčí o tělesné rozměry. Přičemž péče o vlastní tělo je důležitá nejen kvůli hodnocení okolí, ale také z hlediska zdraví, vzhladu, postoje k vlastní osobě nebo zdatnosti.

Nadváha představuje navíc velký rizikový faktor ze zdravotního hlediska. Jedinci s větší nadváhou mají sklon k předčasnému úmrtí, zánětům kloubů, dýchacím problémům, cukrovce, vysokému krevnímu tlaku a podobně. Přírůstek váhy u žen často přichází právě během přechodu. Klesá totiž produkce estrogenu a to má vliv na zpomalení metabolismu a ukládání tuku v určitých oblastech těla. Udržování váhy nebo její úbytek je přesto možný.¹³

Mezi navenek patrné vedlejší projevy přechodu patří i postupné změny pokožky. Ztrátu pružnosti a poddajnosti pleti a vznik vrásek je však možné do určité míry omezit řádnou péčí. Stejně tak vyžadují zvláštní péči v období přechodu vlasy, zuby a nehty. Šedivění vlasů je jedním z nejnápadnějších znaků stárnutí. Také k výživě nových vlasových buněk je potřebný estrogen, proto při snížení jeho produkce ztrácejí vlasy přirozenou výživu, stávají se jemnější a mají menší objem. Následkem změn hladiny hormonů dochází také k řídnutí vlasů. Dalším negativním důsledkem ztráty estrogenu může být křehkost a šupinatost nehtů. Vhodnou péčí je však možné řadu těchto negativních změn omezit.¹⁴

Změny zevnějšku signalizující stárnutí jsou chápány jako ztráta určité hodnoty a určitých výhod - a reakce žen mohou být různé. Stárnutí činí člověka po padesátce z hlediska norem současné společnosti fyzicky neatraktivním. Proces adaptace na projevy tělesného stárnutí lze podle M. Vágnerové¹⁵ rozdělit do několika fází:

- Fáze prvních signálů stárnutí – většinou bývají popřeny nebo bagatelizovány.
- Fáze smlouvání – člověk si již připouští, že stárne, ale rád by si udržel pocit přijatelné výkonnosti a tělesné svěžesti co nejdéle. Nepopírá již svůj věk, ale

¹³ Srov. JENÍČEK, J. *Žena v přechodu*. s. 79-83.

¹⁴ Srov. PHILLIPSOVÁ, R. N. *Knihy knih o menopauze*. s. 205-214.

¹⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 238-242.

snaží se posilovat vědomí, že to s ním ještě není tak zlé. Velkou roli zde hraje srovnání s vrstevníky.

- Fáze přijetí reality tělesného úpadku a zdůraznění jiných hodnot – člověk se smiřuje s úbytkem fyzických sil, se změnami svého zevnějšku i s tělesnými potížemi a učí se s nimi žít.

1.4 Partnerské krize

Snad v každém člověku je touha po dokonalé, ideální lásce. Faktem je, že ne každý takovouto lásku nalézá. Přesto po ní nepřestáváme toužit a snít o ní. Je ale třeba si uvědomit, že „ideální“ vztah nevzniká sám od sebe, je třeba na něm pracovat a investovat do něj. Kvalita manželství pak významně ovlivňuje pocity životní spokojenosti.

Manželští poradci¹⁶ vymezují hned několik krizových rozmezí v manželském soužití. Například jednu z možných manželských krizí lze podle nich očekávat právě zhruba po dvaceti letech manželství, když děti vylétávají z hnízda. Realističtější je ovšem očekávat krizi v kterýkoli rok, i když nesporně zvýšené nebezpečí nastává při přechodu jedné fáze rodinného života do druhé, například při návratu z rodičovské dovolené do zaměstnání, při dospívání a osamostatňování dětí, při ubývání sil a zdraví, a podobně. Krize však mohou vzniknout i nečekaně pod vlivem zlé náhody nebo tragédie, nebo naopak i šťastnou náhodou (například náhlým zbohatnutím). „*Každé partnerství, které má vydržet, zažívá krize – a uspěje právě využitím potenciálu změn obsažených v každé krizi.*“¹⁷

Základní oblasti, ve kterých může dojít k partnerským neshodám a problémům, představují podle T. Nováka¹⁸:

¹⁶ Srov. NOVÁK, T. *Manželské a rodinné poradenství*. s. 38-39.

¹⁷ INGWERSEN, F. *99 možností jak (ne)uchránit manželství před krachem*. s. 87.

¹⁸ Srov. NOVÁK, T. *Manželské a rodinné poradenství*. s. 47-62.

Vzájemná komunikace

V dnešní době není vůbec jednoduché najít čas, kdy mohou být partneři pouze sami, takzvaně mezi čtyřma očima, a kdy se mohou nerušeně sdílet o svých potřebách, přáních, touhách, pocitech a podobně. Samozřejmě to předpokládá snahu takový čas najít, důvěru a ochotu vzájemně se otevřít a rozhodnutí do vztahu investovat – problémem je, že to velmi často jde proti lidské pohodlnosti, sobectví nebo uzavřenosti. Přesto je to pro mezilidský vztah nutné, protože pokud partneři neznají navzájem svá očekávání, vztah se nemůže dále rozvíjet. Zvláště ženy také někdy zapomínají, že partner není „jasnovidec“ a má šanci svou partnerku poznat jen do té míry, do jaké se mu ona sama otevře. A pokud mám na partnera nějakou prosbu, není dobré ji vyjadřovat formou výčitek. Mnohem lepší je forma přání.

Sex, sexuální komunikace

Na nedostatek nebo absenci sexu si většinou stěžovali muži. Podle P. Šmolky¹⁹ se však situace začíná obracet, poměr se dnes nejen vyrovnává, ale ve vyšším věku se dokonce obrací. Pro muže je sexuální výkonnost propojena se sebehodnocením. Občasné problémy s potencí uvádí již řada třicátníků a ve vyšším věku téměř každý. Muži jsou stresováni, pokud jsou postaveni před pohlavní styk jako před „úkol“. Pokud se ale žena umí muži přiblížit, vyjádřit něhu a potřebu blízkosti (i bez očekávání „výkonu“), muž se dokáže spíše uvolnit. Nebezpečné je nedocenit sexualitu, ale také senzualitu, tedy potřebu něžnosti, blízkosti a tělesného kontaktu – bez sexuálního podtextu. Problémem je, když si partneři neumí vzájemně vyjádřit, co jim dělá dobře a co od druhého očekávají.

Peníze v manželství

Typickým příkladem může být krize v rodině muže – podnikatele. Podnikání se mu daří, ale on je v rodině přítomen jen minimálně a svou absenci se snaží rodině

¹⁹ Srov. ŠMOLKA, P. 100 + 1 *návodů jak přežít manželství aneb Manželská poradna s.r.o.* s. 110-122.

vynahradiť zvýšeným prispívaním do rodinného rozpočtu. Preto podľa T. Nováka²⁰ väčšinou peníze nebývajú problémom, pokiaľ sú, ale skôr, keď nie sú. Značný problém tiež nastáva, pokiaľ si jeden z dvojice myslí, že peníze sú (býva to častejšie muž), a ony nie sú (alebo nie sú v miere považované za nutnú druhým z dvojice). Rada mužů tiež nese, pokiaľ žena vydělává více. A nový veľmi zatěžující fenomén posledního doby bezesporu představují dluhy.

Děti

Pro žádný vztah není zdravé a prospěšné stavět dítě výš než partnera, udělat si z dítěte lepšího partnera nebo dítě zasvěcovat do tajemství, která jsou před partnerem zatajována. Poškozuje to nejen vztah k partnerovi, ale i k dítěti. V tomto období se vztahy s dospívajícími dětmi mění, děti se postupně osamostatňují a zakládají si nové rodiny. Tím se mění také obsah rodičovské role. Výchova dětí mohla do této doby tvořit hlavní cíl a náplň manželství, teď je ale potřeba stanovit jiné. A právě zde se mohou ve větší míře než kdykoli před tím projevit rozdíly v osobnostních vlastnostech a hodnotové orientaci obou partnerů.

Volný čas

Problém v této oblasti nastává v okamžiku, kdy partnerský vztah a děti jsou jedinou životní náplní a jediným smyslem života. Nezbytné pro rozvoj člověka, ale i vztahu, je pěstovat i nadále své koníčky a rozvíjet své schopnosti, dovednosti a vnitřní zdroje. Pokud se člověk kvůli partnerovi vzdává svých přátel, může hrozit, že žena ztratí svou ženskost (muž svou mužskost), nebo může dokonce hrozit i ztráta vlastní identity. „*Funkční rodina si musí udržet alespoň nějaké společné činnosti ve volném čase, jichž se účastní všichni nebo alespoň někteří členové rodiny. Otázka „Jak trávíte víkendy?“ je nejrychlejší cestou ke zjištění funkčnosti rodiny.*“²¹

²⁰ Srov. NOVÁK, T. *Manželské a rodinné poradenství*. s. 57-59.

²¹ MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. s. 70.

Rodiče

Soužití více generací pod jednou střešou klade prakticky vždy zvýšené nároky na vzájemné přizpůsobení. Problémy nastávají, pokud nejsou hned od začátku stanovena základní pravidla a hranice a pokud obě rodiny nerespektují vzájemně své soukromí. I když ale manželé nežijí s rodiči pod jednou střešou, faktem zůstává, že rodiče stárnou a často potřebují větší pomoc a podporu. Pokud je tato péče časově, fyzicky nebo psychicky náročná, může představovat velkou zátěž i zdroj konfliktů.

Uschi Kellnerová²² provedla mezi ženami šetření a na základě vyhodnocení 10 000 dotazníků zjistila, že hlavními důvody pro pevnou vazbu na určitého partnera je téměř pro 100 % žen důvěra, spolehlivost a komunikativnost. Jako relativně důležité byly dále hodnoceny společné zájmy a sexuální soulad – zatímco vzhled partnera uvedlo jen 29 % žen. Asi 39 % žen by o tom raději chtělo vědět, kdyby je partner podváděl. Na druhé straně 45 % žen by se vlastní nevěru pokoušelo udržet v tajnosti. S tím souhlasí i F. Ingwersen²³ – dobrovolné přiznání k nevěře nedoporučuje. Podle něj je v tomto případě partner naštvaný hned několikrát: za prvé zažije těžkou urážku, za druhé je bez tázání zasvěcen, za třetí se od něj snad ještě navíc očekává, že zpověd' odmění uznáním, a za čtvrté se tímto způsobem možná cítí nucen k odpuštění.

1.5 Rozvody

Rozvod, případně v současné době stále častěji ukončení dlouhodobého vztahu nesezdaných partnerů, je krajním řešením partnerských krizí, nikoli však řešením ojedinělým. Jak uvádí J. Poněšický, je „*dlouhodobý vztah, zvláště manželství ve spojitosti se založením rodiny, prubířským kamenem osobnostních kvalit, nejenom co se týče oné spravedlnosti a rovnoprávnosti ve vztahu, nýbrž*

²² Srov. KELLNEROVÁ, U. *Žena 21. století*. s. 61-65.

²³ Srov. INGWERSEN, F. *99 možností jak (ne)uchránit manželství před krachem*. s. 73.

i schopnosti řešit společně konflikty, je to zkouška odpovědnosti a morálních kvalit, věrnosti a odříkání, zdravého úsudku a férovosti, dokonce i při úvahách, zdali je rozvod lepší nežli vzájemná destrukce.“²⁴ Podle I. Možného²⁵ se u nás za posledních padesát let zvýšila rozvodovost na čtyřnásobek. Rozvod hrozí manželství především na počátku a zejména v manželství mladých lidí. Ale rozvádějí se i manželství po mnoha letech trvání. Téměř deset procent rozvedených manželství trvalo dvacet pět a více let a skoro pětina rozvodů nastala po manželském soužití delším než dvacet let. Vzhledem k tomu, že podle údajů Českého statistického úřadu²⁶ se ženy v letech 1980-1985 vdávaly nejčastěji ve věku 20-24 let (přibližně 45-50 % žen) nebo ve věku méně než dvacet let (asi 40 % žen), je zřejmé, že právě skupina dnešních žen ve věku pozdní dospělosti je v tomto směru jednou z nejhroženějších skupin.

Úroveň rozvodovosti závisí také na vzdělání manželů. Dvakrát více rozvodů se vyskytuje u párů, kde oba snoubenci mají vzdělání základní nebo střední bez maturity. Navrhovatelkami rozvodu jsou u nás častěji ženy. To ukazuje na fakt, že neplní-li manželství své základní funkce, ženy mají častěji zájem tento neproduktivní vztah ukončit. „*Dvě třetiny návrhů na rozvod podávají ženy, většinou ve chvíli, kdy jim v manželství něco podstatného chybí – partnerův zájem, pocit bezpečí, přijatelná perspektiva. Pokud návrh na rozvod podává muž, pak velmi často až tehdy, když chce legalizovat mimomanželský vztah (někdy spíše proto, že jej chce legalizovat především milenka).*“²⁷ Další sňatek však uzavírají častěji muži, kteří mnohdy zakládají i novou rodinu.

Nejčastější příčinou rozvodů v České republice je podle údajů Českého statistického úřadu rozdílnost povah.²⁸ Lze se domnívat, že toto obecně pojaté zdůvodnění úzce souvisí s pocitem spokojenosti v partnerském vztahu.

²⁴ PONĚŠICKÝ, J. *Fenomén ženství a mužství. Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy.* s. 107.

²⁵ Srov. MOŽNÝ, I. *Česká společnost. Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života.* s. 44-47.

²⁶ Srov. *Ženy v České republice* (on-line). Aktualizováno 26.10.2006. (cit. 6.3.2008). Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2002edicniplan.nsf/t/AA0041FBC1/\\$File/401502a2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2002edicniplan.nsf/t/AA0041FBC1/$File/401502a2.pdf).

²⁷ ŠMOLKA, P. *100 + 1 návodů jak přežít manželství aneb Manželská poradna s.r.o.* s. 193.

²⁸ Srov. *Ženy v České republice* (on-line). Aktualizováno 26.10.2006. (cit. 6.3.2008). Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2002edicniplan.nsf/t/AA0041FBC1/\\$File/401502a2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2002edicniplan.nsf/t/AA0041FBC1/$File/401502a2.pdf).

M. Vágnerová²⁹ uvádí, že spokojenost s manželstvím v průběhu prvních dvaceti let jeho trvání postupně klesá. Zatěžuje je stereotyp všedního života, množství povinností a problémy spojené s rodičovstvím. Vzhledem k tomu se může časem omezovat míra intimity, vzájemné přitažlivosti, sdílených aktivit i pocitu opory, jistoty a bezpečí. K největšímu nárůstu nespokojenosti v manželství pak dochází po dvaceti až čtyřicetiletých letech. Na konci tohoto období ale dochází k obratu a od dvacátého pátého roku začíná míra manželské spokojenosti pomalu, ale soustavně stoupat. Tendence ke změně partnerského vztahu bývá ve středním věku ovlivněna dvěma potřebami – potřebou zbavit se stereotypu a závislosti na vztahu k partnerovi (který již mnohdy bývá neuspokojující) a potřebou zkoušet ještě naposledy dosáhnout hlubší vztahové intimity. Bilance středního věku často vede k přehodnocení partnerství, přičemž prožívání a uvažování může ovlivnit pocit poslední šance. Ke konci středního věku však bývá častější strategie rezignace a preference pohodlí a jistoty zaběhnutého manželství. Padesátiletý člověk nepovažuje rozchod s manželským partnerem za smysluplný, pokud k tomu nemá opravdu závažný důvod.

Druhým nejčastěji uváděným důvodem rozvodu u nás je nevěra.³⁰ I tento pojem je poměrně nejednoznačný, pro někoho znamená dokonáný pohlavní styk, podle jiného stačí myšlenka. Pro někoho je horší nevěra fyzická, jiný se hůře vyrovnává s nevěrou duševní. Jistá je spojitost nevěry a důvěry: nevěra ničí důvěru a nedůvěra provokuje k nevěře. Podle I. Možného³¹ ze srovnání našich a zahraničních výzkumů vyplývá vyšší hladina sexuální aktivity a větší rozvolněnost sexuálního chování u nás. „*Vypadá to, že existuje podvědomý názor, že máme romantické právo nebo poetickou nutnost okamžitě opustit svého partnera, když se pořádně zamilujeme do třetí osoby. Jako by bezhlavé zamilování*

²⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 204-214.

³⁰ Srov. *Ženy v České republice* (on-line). Aktualizováno 26.10.2006. (cit. 6.3.2008). Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2002edicniplan.nsf/t/AA0041FBC1/\\$File/401502a2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2002edicniplan.nsf/t/AA0041FBC1/$File/401502a2.pdf).

³¹ Srov. MOŽNÝ, I. *Česká společnost. Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. s. 34-37

zbavilo platnosti všechna existující práva a závazky. Přirozeně je spousta mýtů, románů a filmů, které podobnému názoru udělují status kultu: ... Přesto...“³²

Příčiny nevěř jsou bezpochyby nejrůznější. Ve vztahu ke klimakteriu však nelze přehlédnout, že se velmi často k problémům, které ženy prožívají v letech přechodu, přidává právě i nevěra partnera. Muži (ale i ženy) v tomto období prodělávají takzvanou „fázi zavírajících se vrátek“. Člověk bilancuje svůj život, z domova odchází dospívající nebo již dospělé děti a někdo má možná touhu zažít si předchozí životní fáze ještě jednou – ovšem s jiným partnerem.

Citlivější na příznaky hrozícího rozvodu bývají ženy. Typickým „ukvapeným rozvodem“ bývá právě rozvod pod tlakem nevěry, i když manželé se v tomto případě rozcházejí spíše z důvodu okolností po prozrazení nevěry než kvůli nevěře samotné. Podle manželských poradců také minimálně polovina partnerů s postupem času dojde k závěru, že rozvod nutný nebyl a krize se dala zvládnout. A jedním z nepravdivých tvrzení o rozvodech je, že druhá manželství jsou vždy lepší než ta první, protože do nich vstupují lidé zkušenější a vyzrálejší. Přesto existují případy, kdy rozvod nutný je.³³

1.6 Vztahy s vlastními dětmi

Spokojenost s vlastním životem je do značné míry daná vědomím, že je člověk dobrým otcem nebo matkou. Ale v období středního věku se obsah rodičovské role mění. Děti dospívají, osamostatňují se a rodičovské opečovávání, ochránářství a snaha ovládat život svých potomků se stávají zbytečné až nežádoucí. Proměny rolí i vzájemných vztahů v rodině mohou vést až k mezigeneračním konfliktům. *„Svět, do něhož mladí vstupují, je světem, který starší vůbec neznají, nikdy se s ním nesetkali – a nejen to, nejsou už schopni ho poznat, natož pochopit. ... Co do životních zkušeností je propast mezi naší mladou*

³² INGWERSEN, F. *99 možností jak (ne)uchránit manželství před krachem*. s. 55.

³³ Srov. NOVÁK, T.; PRŮCHOVÁ, B. *Předrozvodové a rozvodové poradenství*. s. 9-12.

generací a generací jejich otců a matek zcela novým fenoménem...“³⁴ Četné změny nebo konflikty mohou zatěžovat i manželské vztahy. Na druhé straně může někdy mezigenerační konflikt přispět k upevnění manželské solidarity a vzájemné podpory.

*„Vztahy ‚mladí kontra staří‘ se v rámci manželských párů vytvářejí v poměrně složité době. Oběma párům totiž může být ouvej. U mladšího páru nastává poté, co odezněly líbánky, ‚milionová realita‘ ... Manželství ‚starých‘ rodičů ... bývá v této době konfrontováno se samotnými základy jejich vztahu. Těžké to mají zejména ti, kteří žili ‚jen pro děti‘.“*³⁵

Rodiče mívají k dospívání svých dětí ambivalentní pocity. Dospělost a nezávislost dítěte může být na jedné straně ziskem, ale na druhé straně také ztrátou. Nepříjemné pocity, které dospívání vyvolává, mohou mít různé příčiny. Dospívání dětí rodičům signalizuje blížící se stárnutí i omezenost svých dalších možností; a představuje i ztrátu určitých jistot. Dosud asymetrické role rodičů a dětí by se měly měnit ve více symetrické, rodiče částečně ztrácejí svou autoritu a osamostatňování dětí mohou brát i jako potvrzení své nepotřebnosti a zbytečnosti. Všechny tyto změny tak mohou pro rodiče představovat zátěž narušující sebehodnocení a sebeúctu. Matky navíc bývají na své děti více emočně fixovány, péče o ně tvořila mnoho let stěžejní náplň jejich života. Nezbytná proměna mateřské role představuje náročný úkol, který může být prožíván jako ztráta významné složky jejich identity. Matky se dovedou do svých dětí více vcítit, ale zároveň někdy mívají sklon jednat afektivně. V konfrontaci se svými dcerami se navíc mohou dostat do pozice stároucí ženy – což bývá velmi frustrující.³⁶

³⁴ TANSKÁ, N. *Proč jdeme mladým na nervy?*. s. 38.

³⁵ NOVÁK, T. *Jak předejít krizi v manželství*. s. 50.

³⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 214-223.

1.6.1 Fáze prázdného hnízda

Prázdné (opuštěné) hnízdo, neboli domov bez dětí, může někdy znamenat velkou úlevu a radost. Muži i ženy byli dosud tlačeni svým rodičovstvím do tradičních rolí. Ženy se chtě nechtě musely zabývat především dětmi a domácností, muži se věnovali ekonomickému zajišťování rodiny. V době, kdy děti odcházejí, se mohou začít věnovat zájmům, na které dříve nebyl čas, a manželé se mohou věnovat více než předtím sami sobě. Ale „*pro některé matky znamená říct svým dětem sbohem něco jako namířit ostré světlo na své manželství.*“³⁷ Může nastat stadium nového sblížení a objevování a poznávání partnera, v novém světle – jaký vlastně je, co ho těší a co mu dělá starost, co by se dalo společně podnikat... Někdy se však ukáže, že manželství je beznadějně prázdné a zralé na rozvod. Rodiče tuto fázi většinou prožívají ambivalentně. Jsou svobodnější a nemají tolik povinností, ale mohou se cítit osamělí, prázdní nebo nepotřební. „*Rozumní rodiče svým dospělým dětem pomáhají, ale neobětují se pro ně zcela, neboť mají i svůj život.*“³⁸

Podle O. Matouška³⁹ různé studie ukázaly, že ženy ve středním věku mění své postoje od tradičně ženských k emancipovanějším, stávají se ráznějšími, jsou více orientovány na výkony, angažují se víc v mimorodinných záležitostech a jsou emočně vyrovnanější. U mužů probíhají analogické změny. Sdílejí ochotněji své prožitky, zajímají se více o lidi, uvědomují si své emoce. Rodina už není v popředí zájmu, tam se dostává profese, případně sociální kontakty.

V současné době ovšem mladí dospělí lidé odkládají uzavření manželství a založení rodiny. Ale získat finančně přijatelné bydlení je pro ně obtížné, takže často zůstávají u rodičů. V takových rodinách nedochází k posunu do fáze prázdného hnízda, ale do **fáze prodlouženého rodičovství**. Tato prodloužená mateřská péče může brzdit osobnostní rozvoj mladého člověka, protože za těchto okolností není nucen převzít komplexní zodpovědnost dospělosti. Většina rodičů je ráda, že potomek zůstává doma, ale na druhé straně nebyvají spokojeni

³⁷ MURPHY, A. P. *Sedm etap mateřství. Jak milovat své děti a neztratit sama sebe.* s. 284.

³⁸ NOVÁK, T.; DRINOCKÁ, H. *Partnerské a rodinné poradenství. Práce s klienty.* s. 113.

³⁹ Srov. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť.* s. 71-72.

se stylem jeho života – přáli by si, aby uzavřel manželství a měl děti. Z takového prodloužení fáze adolescentní nezodpovědnosti navíc může plynout riziko budoucí neschopnosti přizpůsobit se partnerskému vztahu a soužití.

*„Každé období života má svůj rytmus, své potřeby, možnosti a problémy. Kdyby se mladí od starších neodloučili, staří nedokázali nechat mladé žít vlastním životem, nemohly by se uskutečnit životní plány a možnosti těchto generací.“*⁴⁰

1.6.2 Partnerství dětí

Rodiče většinou posuzují partnerství svých dětí z hlediska svých zkušeností a pod vlivem emoční vazby na potomka. Nejraději by mu neustále radili a pomáhali. Postoje rodičů se však mohou lišit od postojů potomků, protože jejich zkušenosti a hodnoty bývají odlišné. Mezi generacemi se tak může tvořit určité napětí doprovázené pocity neporozumění až odcizení. Rodiče si uvědomují, že privilegované postavení v životě jejich potomka nyní zaujme místo nich partner a on s ním také bude sdílet nejintimnější prožitky. V této pozici už rodič nikdy být nemůže a jeho dítě mu už nikdy nebude bezvýhradně patřit. Rozumově si většina rodičů přeje, aby jejich dítě mělo stálého partnera. Zároveň však mají jasné představy o jeho kvalitách. *„Součástí rodičovské lásky je přesvědčení, že jejich dítě by mělo mít báječného partnera, a jistá kritičnost vůči němu jako nehodnému našeho dítěte.“*⁴¹ Nutno zmínit, že hodnocení partnera dítěte je často řízeno spíše subjektivními faktory. Uzavřením manželství však získává partnerský vztah mladých lidí jinou kvalitu a postoje rodičů se někdy následně mění. Manželský partner jejich dítěte se stává členem rodiny a je třeba s ním tedy počítat. Manželství dětí je pro rodiče spojeno s nutností změnit postoj a chování k mladému páru. Rodiče však přesto dál mají tendence do manželství mladých lidí zasahovat – stárnoucí člověk se cítí být bezmocný v situaci, kdy o jeho rady a pomoc nikdo nestojí.⁴²

⁴⁰ HAUSEROVÁ – SCHÖNEROVÁ, I. *Děti potřebují prarodiče*. s. 99.

⁴¹ NOVÁK, T. *Jak předejít krizi v manželství*. s. 50.

⁴² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 277-279.

1.6.3 Fáze „přecpaného“ hnízda

Fází přecpaného hnízda je nazýváno společné soužití rodičů s mladými manželi. Tento způsob života nepochybně zvyšuje riziko konfliktů a zvyšuje napětí mezi generacemi. Potřeby generací jsou v mnoha směrech odlišné, a proto bývá společné soužití stresující. Podle T. Nováka tvoří vlastní byt podle odhadů asi 20 % manželské spokojenosti. Pokud na něj však mladý pár nemá a obě rodičovské strany jsou ochotny nabídnout mladým část svého bytu, zdá se přece jen snazší bydlet u rodičů ženy. Přinejmenším proto, že matka s dcerou už mají dlouholetou praxi v tom, jak se pohádat a zase brzy usmířit. A je také velká pravděpodobnost, že mají velmi podobné zvyklosti ve vedení domácnosti. Tento předpoklad ve vztahu snachy a tchýně chybí.⁴³

Většina lidí považuje svůj byt nebo dům za své vlastní teritorium, v němž platí určitá pravidla. Proto také rodiče očekávají, že se jim mladí přizpůsobí. Stárnoucí lidé mívají zafixován určitý stereotyp života, a ten bývá společným soužitím narušován. Společné bydlení také podporuje v rodičích tendenci rozhodovat, zasahovat a s mladými lidmi manipulovat. Dalším problémem může nastat, pokud daná situace udržuje závislost mladých na rodičích, brání jejich osamostatňování, znemožňuje jim získat potřebné zkušenosti a adaptovat se na společný život.

1.6.4 Role prarodiče

Rodiče mají tendenci mladým lidem pomáhat, usilovat o rozvoj další generace, všemi způsoby ji podporovat a předávat jí své zkušenosti – což se může plně projevit až ve vztahu k vnoučatům. Prarodičovská role nezávisí na vůli člověka, ale na jednání jeho potomka. Tato role se stává významnou součástí identity stárnoucího člověka, odpovídá sociálnímu očekávání a potvrzuje jeho kvalitu. Pro prarodiče se vnouče může stát smyslem jejich dalšího života. Prarodičovská role však také potvrzuje vlastní stárnutí – z toho důvodu může být

⁴³ Srov. NOVÁK, T. *Jak předejít krizi v manželství*. s. 50-51.

doprovázena i negativními pocity. Konkrétní postoj závisí mimo jiné na tom, zda je přiměřená věku a očekávání prarodiče. Prarodičovská role posouvá generační příslušnost jedince – z tohoto hlediska má největší význam první vnouče. Mění se také vztah s vlastním dítětem, které se stalo rovněž rodičem, takže získalo vyšší sociální status. Prarodič dále nemá stejná práva ani stejné povinnosti jako rodiče, jeho role je vymezena protikladnými znaky. Na jedné straně se od prarodičů očekává, že do výchovy vnoučete nebudou zasahovat, ale zároveň se od nich očekává pomoc a podpora, pokud by se ukázala jako potřebná.⁴⁴

Vnouče prarodiče plně akceptuje, vyjadřuje mu jednoznačnou citovou náklonnost, má téměř vždy radost z jeho přítomnosti a obdivuje ho za všechno, co umí. Takový vztah už k němu nikdo nemá a mít nebude. Vnuk je někdo, komu může předávat své zkušenosti a kdo je ochotně, a zatím i nekriticky, přijímá.

„Rodiče se většinou ztotožňují se svými dětmi. Jejich chyby nebo opomenutí vztahují na sebe. Naproti tomu prarodiče nenesou přímou odpovědnost za výchovu, a mohou proto v pozitivním smyslu s odstupem vnímat, naslouchat a vidět, jaká jejich vnoučata doopravdy jsou. Nedohlížejí jen na to, aby jejich vnoučata ‚fungovala‘ a byla v očích jiných dobře zapsána, ale chtějí spíše vytvořit prostředí, které dětem poskytne volný prostor k tomu, aby byly takové, jaké jsou.“⁴⁵

1.7 Vztahy s rodiči

Vzájemný vztah starých rodičů a lidí středního věku je ovlivňován rovnováhou, nebo naopak nerovnováhou, vzájemné nezávislosti a solidarity. Dokud je poskytování a přijímání pomoci v rovnováze, jsou stabilizované i vztahy. Tato rovnováha je však velmi křehká a může být snadno narušena úbytkem kompetencí, onemocněním nebo úmrtím jednoho z rodičů. Tím vzápětí stoupá závislost starých rodičů a jejich potřeba pomoci od blízkých, a to má

⁴⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 281-285.

⁴⁵ HAUSEROVÁ – SCHÖNEROVÁ, I. *Děti potřebují prarodiče*. s. 23-24.

za následek nerovné vzájemné postavení. Lidé střední generace musí nově vzniklým požadavkům péče o rodiče přizpůsobit svůj denní program, někdy i způsob trávení volného času. Pokud je péče o rodiče časově, fyzicky nebo psychicky příliš náročná, může se stát zátěží i zdrojem konfliktů (například s partnerem). Pečující dospělý se může dostat do situace, kdy nemůže splnit požadavky všech, a výsledkem je nárůst pocitů viny, pocitů vlastní neschopnosti a podobně. Nutno podotknout, že péči a pomoc poskytuje rodičům častěji dcera. Ženy, které se blíží padesátce, jsou však obvykle oprávněně přesvědčeny, že nepotřebují žádné rady, a projevují se ve vztahu k rodičům dominantně (zvláště v případech, kdy na nich rodiče začínají být závislí). Ale pro staré matky jsou tyto ženy pořád ještě především jejich dcerami a potřebují si alespoň symbolicky udržet pocit vlády nad svou rodinou nebo alespoň nad svým životem. Tím vzniká ne jeden konflikt. Žena, která přijala úkol o nemohoucí rodiče pečovat, jej zvládne o mnoho lépe, když získá podporu a pomoc ostatních členů rodiny.⁴⁶

C. Pichaud a I. Thureauová⁴⁷ z psychologického hlediska analyzují, jak rodina prožívá vztah ke starým rodičům. Nejčastěji se podle nich směřují pozitivní i negativní pocity. K pozitivním citům a pocitům patří například láska k rodičům, něžnost, obohacení přítomností starého člověka v rodině; starost o uspokojení potřeb a přání starého člověka. Z negativních pocitů lze jmenovat například strach z nesplnění svého úkolu, když k sobě nepřijmu starého rodiče; revolta reagující na zhoršení stavu starého rodiče, o kterém jsme si chtěli zachovat stejně hezký obrázek až do konce; strach z toho, že se nebudu umět o starého rodiče postarat; ořes z toho, že tradiční vztah rodiče a dítěte se obrací; úzkost ze smrti, ze ztráty drahého člověka, ze ztráty posledního opěrného bodu před vlastním koncem; nepochopení ze strany ostatních členů rodiny; pocit viny. Kvalita společného života se starými rodiči pak bude záviset na rovnováze mezi těmito city.

⁴⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 223-228, 286-294.

⁴⁷ Srov. PICHAUD, C.; THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. s. 68-71.

Vzájemná citová vazba starých rodičů a stárnoucích potomků s věkem spíše narůstá, a narůstá i míra intimity těchto vztahů. Nejpozději v tomto období se však musí stárnoucí člověk vyrovnat s tělesným nebo psychickým úpadkem svých rodičů – a nakonec i s jejich ztrátou.

Generace stárnoucích lidí bývá někdy označována jako „**sendvičová generace**“, a to proto, že žije pod tlakem požadavků obou generací, které ji obklopují - jak dospělých dětí, tak starých rodičů. Podpora mladé rodiny bývá samozřejmě přitažlivější než práce se starými rodiči a také její smysl je jiný. Pomoc mladé rodině směřuje k rozvoji další generace a její výsledky jsou pozitivnější a viditelnější. Péče o staré rodiče většinou přes veškeré úsilí k žádnému pozitivnějšímu efektu nevede a navíc může být velmi náročná – časově, fyzicky i psychicky.

1.8 Profesionální role

Podle výsledků analýzy rodiny po odchodu dětí Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí⁴⁸ zaujímala první tři místa v žebříčku hodnot žen: žít pro svou rodinu, děti a vnoučata; mít dostatek času věnovat se partnerovi a dětem; mít práci, která je dobře placená. Na druhém a třetím místě u vysokoškolsky vzdělaných žen se objevilo: mít práci, která mě baví, a mít co nejvyšší vzdělání a kvalifikaci. Co se týká významu zaměstnání pro ženy, umístilo se na prvních dvou místech: nutnost zajistit si základní zdroj příjmu a možnost uplatnit vzdělání a schopnosti. S tím, že domácí péče o děti vážně ohrožuje pracovní kariéru ženy, souhlasilo 64,1 % žen. Co se týče vzdělání, s výrokem „v současné době žena potřebuje vzdělání a vlastní kariéru“ určitě souhlasilo 24,7 % žen, spíše souhlasilo 54,6 % žen a nesouhlasilo 20,7 % žen.

⁴⁸ Srov. SVOBODOVÁ, K. *Rodina a zaměstnání IV. Rodiny po odchodu dětí (Deskriptivní fáze analýzy)*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. s. 10-17.

Naprostá většina žen se na konci mladé dospělosti vrací do zaměstnání. Podle M. Vágnerové⁴⁹ je profese pro většinu českých žen důležitou součástí jejich identity. Ekonomická aktivita žen je ve středním věku na svém vrcholu, v této době je zaměstnáno 90 % z nich. Ženy, které dříve podřídily své profesní aspirace rodině, mají nyní šanci zaměřit se na sebe a na své cíle. Ženy, které preferují práci před rodinou, jsou nejčastěji ve věku nad 45 let. V tomto období má profesní činnost pro ženy relativně nejvyšší význam. Další vývoj postoje k profesní roli u žen mívá nejčastěji charakter kompromisní stabilizace. Většina žen je spokojena s pracovní pozicí, která by z jejich hlediska byla alespoň přijatelná (jak finančně, tak s ohledem na mezilidské vztahy na pracovišti) a její jistota nebyla ohrožena ani do budoucna. Pro vdané ženy zaměřené na rodinu je dosažení 50. roku věku signálem blížícího se důchodu, a tudíž i zbytečnosti investovat do profese více, než je nutné. Období mezi 50 a 60 lety se i obecně vymezuje jako „fáze postupného úbytku profesní angažovanosti“. Lidé už spíše uvažují, co budou dělat v důchodu. Asi 80 % z nich neplánuje, že by pracovali nad hranici stanoveného věku.

Co je pro ženy v zaměstnání nejdůležitější, řeší John Gray⁵⁰. Podle něj ženy oceňují na pracovišti výkonnost a úspěchy, ale daleko víc si váží hodnot, jako je podpora, důvěra a dobrá komunikace. O kvalitu pracovních vztahů a pracovního prostředí se zajímají mnohem víc než muži. A na rozdíl od mužů věnují také více času vzájemné podpoře a pomoci. Úspěch žen bývá výsledkem dobrých pracovních vztahů, ne naopak. Hovor o pracovních úspěších i problémech má za cíl prohloubit pocit vzájemné podpory, důvěry a kvalitních vztahů. Toto „nastavení“ žen bývá pro muže často velmi těžko pochopitelné. Pro ženy je navíc z těchto důvodů přirozenější přičítat zásluhy ne sobě, ale „nám“. To je ovšem pro muže matoucí, protože muži se ke svým zásluhám hrdě hlásí. Mylně tak mohou dojít k závěru, že žena ve skutečnosti není tak schopná. Pracuje-li tedy žena s muži, musí se naučit přiznat své zásluhy, užívat „já“

⁴⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 196-203, 259-265.

⁵⁰ Srov. GRAY, J. *Mars a Venuše na pracovišti*.

místo „my“ a sebejistě inzerovat své schopnosti i úspěchy – samozřejmě bez domýšlivosti. Její pozice mezi pracovníky se tak může pozitivně posílit.

Co se týká pozice v zaměstnání, podle Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí⁵¹ 88 % žen neřídí žádného podřízeného. Ženy pracují častěji v profesích nemanuálních (59 % žen). Je třeba ale dodat, že v nich zauímají častěji než muži pozici nižších administrativních pracovníků. Odlišnosti se samozřejmě také odvíjí od dosaženého vzdělání. Asi 83 % všech respondentů bylo v zaměstnaneckém poměru se smlouvou na dobu neurčitou. Respondenti ve věku 53 let a mladší měli ale častěji smlouvu na dobu neurčitou než ti starší, respondenti starší 53 let měli naopak dvakrát častěji uzavřenou pracovní smlouvu na dobu určitou. Většina respondentů měla pevnou pracovní dobu. Průměrný počet hodin, které ženy věnují svému zaměstnání, je 40,1 hodiny. Dále se zjistilo, že spokojenost v zaměstnání se odvíjí hned od několika faktorů. Souhrnně lze říci, že poměrně vysoký podíl lidí je ve svém zaměstnání více méně spokojen. Nejvíce jsou pracovníci spokojeni s charakterem a tempem práce, nejméně naopak se sociálními výhodami a perspektivou pracovního postupu. Spokojenost s jednotlivými složkami jejich profesního života ale roste spolu se zvyšujícím se vzděláním respondenta. V posledních pěti letech bylo alespoň jednou nezaměstnaných 22 % žen.

Zaměstnání je bezpochyby významným prostředím pro každého člověka. Představuje zdroj finančních prostředků, místo pro seberealizaci, příležitost k sociálním interakcím a podobně. I proto je hrozba ztráty zaměstnání nebo reálná ztráta zaměstnání důležitým faktorem ovlivňujícím člověka. Negativně působí na duševní pohodu, může způsobovat pocity méněcennosti a nepotřebnosti, nebo dokonce deprese. Delší období nezaměstnanosti může vést až k apatii, rezignaci, sociální izolaci a nejednou i k psychosomatickým problémům.

⁵¹ Srov. SVOBODOVÁ, K. *Rodina a zaměstnání IV. Rodiny po odchodu dětí (Deskriptivní fáze analýzy)*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. s. 30-36.

2. Možné důsledky nezvládnání problémů

2.1 Zvládání náročných životních situací

Život klade na člověka na každém kroku menší nebo větší požadavky. Často se skládá z neustálého porušování a obnovování dynamické rovnováhy (homeostázy), ve vzájemném působení jedince a okolí. Organismus se znovu a znovu dostává do situace, kdy postrádá některé z podmínek nezbytných k jeho životu a rozvoji. Tím vzniká neklid a napětí. K překonání tohoto stavu rozvíjí činnost, která vede k uspokojení příslušné potřeby. Jan Čáp⁵² vymezuje tři typy náročných životních situací. Extrémně náročné životní situace, které vzbuzují závažné poruchy chování člověka a vážně narušují jeho osobnost, jsou označovány jako patogenní. Na druhé straně mnohé situace jsou značně náročné, ale přitom nemusí vyvolat funkční poruchu. Vyvolávají sice zvláštní stav, stav konfliktů, frustrace nebo stresu, ten ale může a nemusí přejít v poruchu. Těmto situacím říkáme konfliktogenní, frustrující a stresové, jen některé z nich a jen v některých podmínkách se mohou stát patogenními. Třetí skupinu tvoří prostě náročné situace, vyžadují k dosažení cíle, k splnění úkolu nebo k uspokojení potřeby překonání určitých potíží a překážek, ale nevyvolávají stres, frustraci, natož pak poruchu. Jako souhrnné označení všech těchto situací se používá právě pojmu náročné životní situace. Nejsou principiálně ničím nežádoucím, ale za určitých okolností, při nepřiměřeném stupňování náročnosti situace vzhledem k možnostem jedince, se stávají zdrojem nežádoucích stavů a reakcí. Tyto stavy vznikají, když se buď stupňují obtíže, nebo když se snižuje jedincova odolnost k nim, popřípadě když obojí změny probíhají současně.

Frustrace je stav vyvolaný situací, která zamezuje uspokojování důležitých potřeb. „*Frustrace, pojem odvozený od latinského slova frustra (marně), znamená zmaření potřeby. Jde vlastně o pocity a vnitřní stavy, které taková situace vyvolává.*“⁵³ Překážky může klást člověku samo prostředí, a to jak fyzické, tak

⁵² Srov. ČÁP, J.; DYTRYCH, Z. *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. s. 24-29.

⁵³ ŠTĚPANÍK, J. *Umění jednat s lidmi 3. Stres, frustrace a konflikty*. s. 11.

sociální, ale i sám jedinec si může stavět překážky a vytvářet frustrační situace. Podstatná pak nemusí být sama situace, jako spíše reakce na ni. Vždy je dobré posoudit několik věcí: jaký je můj osobní podíl na frustraci; jestli se jedná o záležitost, kterou jsem mohla nebo mohu sama ovlivnit; jak budu danou situaci řešit a jaké preventivní jednání zvolím pro příště. Užitečné je také položit si otázku, zda si nevytyčuji příliš vysoké cíle, jejichž nesplnění by mohlo zbytečně navozovat frustraci. Frustrace se může projevovat čtyřmi odlišnými formami: deprivací, oddálením, zmařením nebo konfliktem.

Konflikt znamená střetnutí dvou nebo více protichůdných sil na cestě k cíli, k uspokojení potřeby. Konflikty se mohou odehrávat uvnitř jedince (vnitřní konflikty), nebo v podobě konfliktů s jinými lidmi (vnější konflikty). Rozlišují se čtyři typy konfliktů: konflikty dvou kladných sil (dvou pozitivních hodnot), konflikty dvou záporných sil (negativních hodnot), konflikty kladné a záporné síly (konflikt ze současného přitahování a odpuzování, z ambivalence), dvojitý konflikt kladných a negativních sil („nechci, je to nepříjemné, ale musím“ nebo „je to příjemné, přál bych si to, ale nesmím“).

Stres je stav vzbuzený takovou náročnou situací, ve které nějaká rušivá okolnost působí na organismus, ztěžuje mu plnění úkolů a uspokojování potřeb. Stresové situace jsou zesílením, vystupňováním běžných životních nároků na člověka. Někdy bývají stres a frustrace zaměňovány. Ale je mezi nimi rozdíl mimo jiné i v prožívání. Stres se vyznačuje hlavně pocitem úzkosti, kdežto frustrace spíše zážitkem nelibosti z oddálení nebo zklamání.

Odolnost k náročným životním situacím závisí bezpochyby na vrozených vlastnostech organismu. Roli dále hraje životní zkušenost, intelekt, aktuální stav organismu, vykonávání určité činnosti (například pasivní člověk snáze podléhá působení nepříznivých okolností), příznivé společenské vztahy nebo naopak nepřiměřená úroveň aspirace.

V předchozích částech bylo nastíněno několik problematických momentů, které mohou nastat v životě ženy v pozdní dospělosti. Každý z jmenovaných problémů může být sám o sobě vnímán jako takzvaná náročná životní situace,

kteřá může způsobit vychýlení duševní rovnováhy, rozvoj psychosomatických potíží nebo narušení sociálních vztahů. Záleží na mnoha faktorech, vnějších i vnitřních, zda žena toto kritické období zvládne, nebo zda tyto problémy získají dlouhodobý charakter. Významně vyšší riziko představuje situace, kdy na ženu působí hned několik těchto jmenovaných problematických jevů – a k tomu může v období přechodu docházet nejednou. Střední věk je období, ve kterém často probíhají stresující životní události. Problémy ve vztazích (například rozvod nebo ovdovění), starosti s dětmi, jejich odchod z domova, starosti o příbuzné v pokročilém věku, úvahy o vlastní budoucnosti a tak dále. A všechno to přichází najednou v době, kdy sebedůvěra a tělesný stav žen jsou také problematické. Ženy jsou pak vystaveny takovým vnějším tlakům, s nimiž se někdy prostě nejsou schopny vyrovnat.

2.1.1 Stres

Život vyžaduje neustálou adaptaci. Někdy člověka může trápit velký problém nebo se nahromadí více malých problémů, které překračují jeho schopnost se adaptovat. To vede k prožívání silného stresu. A vysoká úroveň stresu je pak spojena s pocity úzkosti a ohrožení. Zevní spouštěče, například rozchod s partnerem, ztráta blízkého člověka, ztráta zaměstnání, změna role v životě, ale i dlouhodobý hluk, horko a podobně, jsou označovány jako stresory a reakce na ně jako stresová reakce. Prožívání stresu ale často souvisí s vnitřními faktory. Patří mezi ně vrozená zvýšená citlivost a řada vlastností a postojů, které se člověk naučil během života (například nadměrná ctižádostivost, perfekcionismus, negativní sebehodnocení a podobně). Určitá míra stresu je pro život potřebná, zlepšuje soustředění, paměť, mobilizuje energii k možnému řešení. Nadměrná úroveň stresu ale působí nepříznivě, oslabuje výkon, znemožňuje uvolnění. Lidé, kteří žijí v silně stresujících podmínkách, jsou náchylnější k rozvoji úzkosti a deprese. Na druhé straně je dobré si uvědomit, že: *„lidé se liší. Co je pro jednoho stresor, je pro druhého dobrodružství a naopak.*

Nebo na stejný podnět někdo reaguje více a jiný méně.“⁵⁴ Mezi nejčastější každodenní stresory a příčiny psychického stresu patří podle J. Praška⁵⁵ :

- Vztahové stresory – mezi spouštěče patří například neshody s rodiči, rozvod nebo rozchod s partnerem, neshody v partnerském vztahu, žárlivost, odchod dítěte z rodiny.
- Pracovní a výkonové stresory – například ztráta práce nebo hrozba ztráty zaměstnání, velké dluhy a splátky, konfliktní vztahy v zaměstnání, neschopnost říci ne při přetěžování, nesmyslnost pracovní činnosti, workoholismus (vlastní nebo partnerův).
- Stresory související se životním stylem – nevyhovující bydlení, nedostatek příjemných aktivit, stereotypní životní styl, nedostatek přátel a izolace, chybění koníčků a zájmů a podobně.
- Nemoci, závislosti a handicap – například vlastní tělesná nebo psychická nemoc nebo nemoc člena rodiny, zhoršování tělesného a psychického stavu rodičů, drogy, alkohol nebo jiná závislost (vlastní nebo partnerova).

Jaro Křivohlavý⁵⁶ vymezil osobnostní charakteristiky, které podle něj hrají roli při zvládnání stresu. Pozitivně působí například „nezdolnost v pojetí resilience“, tedy houževnatost, nezlomnost a schopnost se rychle vzpamatovávat. Dále „nezdolnost v pojetí koherence“, která je jinak označována jako smysl pro integritu (rys soudržnosti osobnosti) – člověk vykazující pevnou vnitřní jednotu a žijící v pevné, soudržné společenské skupině lépe vzdoruje životním těžkostem. Další pozitivní faktor představuje „nezdolnost v pojetí hardiness“ (osobnostní tvrdosti), kterou představují tři složky - dojem člověka, že je s to řídit a kontrolovat dění, v němž se pohybuje; oddanost, tj. ztotožnění člověka s tím, co dělá; chápání těžkých situací jako výzev k boji. Pro zvládnání životních těžkostí je dále důležitá vnímaná osobní zdatnost, subjektivní představa vlastní schopnosti kontrolovat (řídit) dění, v němž se člověk nachází. Při zvládnání pomáhá také

⁵⁴ ČERNÝ, V. *Jak překonat stres*. s. 3.

⁵⁵ Srov. PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. s. 25-29.

⁵⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. s. 69-82.

optimismus, smysluplnost života, smysl pro humor, kladné sebehodnocení nebo sebedůvěra. Naopak zvládnání ztěžuje negativní afektivita.

Životní události souvisejí jak s rozvojem psychických, tak tělesných poruch. Existuje škála životních událostí, ke kterým jsou připsány body podle míry zátěže:

- Smrt životního partnera	100
- Rozvod	73
- Rozvrat manželství	65
- Smrt blízkého člena rodiny	63
- Úraz nebo onemocnění	53
- Ztráta zaměstnání	47
- Nemoc blízké osoby	44
- Sexuální obtíže	39
- Snížení příjmů	38
- Smrt blízkého přítele	38
- Závažné neshody s partnerem	37
- Konflikty se zetěm/snachou	35
- Odchod dítěte z domova	29
- Změna životních podmínek	26
- Změna životních zvyklostí	25
- Změna bydliště	24
- Změna spánkových zvyklostí	18
- Vánoce	15
- Pokuta při dopravním přestupku	11

Součet 250 bodů v jednom roce je pak výrazným rizikovým faktorem pro rozvoj duševní nebo tělesné nemoci.⁵⁷

⁵⁷ Srov. PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. s. 29-30.

2.1.2 Duševní poruchy

Duševní poruchy mohou být vyvolány vlivy, které je možno poznat, i vlivy, které se zatím nepodařilo prozkoumat. Na jejich vzniku se podílí řada rizikových faktorů. J. Praško⁵⁸ rozlišuje faktory biologické (genetické, vrozené, dané úrazy, nemocemi a podobně), enviromentální (dané prostředím, získané výchovou, vzory, životními událostmi a podobně) a sociální (vliv kultury, kolektivu v práci a podobně). Biologické, psychologické a sociální faktory se v průběhu lidského vývoje ovlivňují, proto se mluví o bio-psycho-sociálním modelu nemocí. „*Bohužel zatím nejsme schopni diferencovat podíl těchto tří komponent na vzniku onemocnění. Do hry vstupují specifika každého konkrétního jedince – geneticky daná vulnerabilita (zranitelnost), výchova, prostředí.*“⁵⁹

„*Jde o faktory zděděné dispozice reagovat specifickým způsobem nebo být náchylnější, méně odolný ke vzniku té které poruchy.*“⁶⁰ Mezi biologické vlivy patří zejména genetické faktory. Křehké nebo nevyrovnané založení organismu bývá zřejmě prvotní u řady poruch. Většinou však nebývá jedinou příčinou, ale stává se spíše vnitřní podmínkou, predispozicí. Míra, jakou se pak tato vnitřní predispozice podílí na rozvoji psychické poruchy v budoucnosti, je různá. Na křehkosti organismu se však kromě genetických vlivů mohou podílet i jiné vrozené vlivy, jako jsou například prodělané infekce matky v průběhu těhotenství, její nadměrný stres, intoxikace, protražovaný těžký porod a další. V poporodním období pak může k psychické poruše přispívat řada biologicky působících faktorů, jako jsou avitaminózy, intoxikace, úrazy hlavy, nádory mozku, endokrinní choroby a další těžká tělesná onemocnění.

Tyto dispozice však samy ke vzniku poruchy nestačí. Další dílčí vlivy mohou pocházet z poruch vývoje v raném dětství, z tíživé rodinné situace, z dlouhodobého nebo opakovaného stresu. Kombinací těchto prvků vzniká zranitelnost, na jejímž podkladě se pak v období zátěže, na kterou se jedinec není schopen adaptovat, rozvíjí klinická porucha. „*Tam, kde člověk není schopen*

⁵⁸ Srov. PRAŠKO, J. aj. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. s. 12-17.

⁵⁹ SVOBODA, M.(ed.); ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. s. 35.

⁶⁰ MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. s. 15.

*vyvinout takové psychické mechanismy, aby se vyrovnal se zátěžovou situací, se může vytvořit psychogenní porucha. Jedinec ztrácí schopnost porozumění druhým lidem a dostává se do sociální izolace.“*⁶¹ Také zátěžové prvky mohou být rozmanité a někdy není lehké určit takzvané spouštěče – situaci nebo situace, které u zranitelného člověka odstartovaly rozvoj poruchy. Spouštěčem může být soubor vleklých událostí, stejně jako jednorázový zátěžový podnět. A může mít povahu psychosociální (například ztráta blízké osoby, propuštění z práce) nebo biologickou (například těžká chřipka). Náhlé biologické změny nebo životní události však spíše určují začátek poruchy, než že by ji přímo vyvolávaly.

Sociální faktory se mohou významně podílet na rozvoji, udržování i léčbě psychických poruch. Velký význam pro pozdější vznik duševní poruchy může mít vliv rodiny nebo sociálního prostředí v dětství. Nedostatečné naplňování potřeby bezpečí a lásky, citová deprivace v dětství, mívá za následek abnormitu v dospělosti (například neschopnost empatie nebo naopak závislost na přijetí a povzbuzení od druhých). Pokud naopak dítě získalo pocit základní jistoty, pocit, že je přijímáno a milováno, pomáhá mu tato jistota úspěšně zvládat nepříznivé události (psychotraumata nebo stresy) i v dospělosti. Prostor musí být také podnětné k rozumovému a citovému vyspívání dítěte. Nadměrná přísnost rodičů a vychovatelů v minulosti může souviset se sebepodceňováním, pocity viny, neschopností odpočívat, workoholismem a depresivními stavy v současnosti. Naopak nadměrné rozmazlování bez přiměřené zátěže povinnostmi často vede k nedostatečné strukturovanosti osobnosti s výrazným egocentrismem a obtížemi v sociální adaptaci.

Rozvoji psychické poruchy často předcházejí stresující životní události. Velmi často však dochází k rozvoji potíží až po určité časové latenci. Pokud se životní události kumulují, bývá jejich vliv výraznější. Ovšem samotné stresující události k rozvoji psychické poruchy nestačí, velmi stabilní lidé je unesou bez narušení duševní rovnováhy. Před negativním vlivem životních událostí významně chrání emoční podpora nejbližších osob. Na postiženého člověka má

⁶¹ MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. s. 16.

největší vliv podpora nebo naopak odmítnutí rodinou a nejbližším okolím. „*Sociální opora je chápána jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů modifikujících a moderujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický i fyzický zdravotní stav člověka, na jeho pohodu (well-being) a na kvalitu jeho života.*“⁶²

2.2 Nejčastější psychické poruchy

Podle Zdravotnické ročenky České republiky 2006 Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR⁶³ tvořil celkový počet vyšetření na psychiatrických ambulancích za tento rok 2 662 302 případů, z toho 1 602 186 žen. Přičemž nejčastěji byly mezi ženami zastoupeny poruchy neurotické (126 045 případů), afektivní (63 298 případů) a na třetím místě organické duševní poruchy (30 847 případů).

Pokud se navíc přihlédne k věku pacientů, pak jsou ve věkové skupině pro nás aktuální na psychiatrických odděleních hospitalizováni nejčastěji pacienti s diagnózou jiné anxiózní poruchy (F41 – průměrný věk 45,6 let); periodické depresivní poruchy (F33 – průměrný věk 53,8 let); depresivní fáze (F32 – průměrný věk 48,2 let) a bipolární afektivní poruchy (F31 – průměrný věk 47 let).⁶⁴

Výskyt většiny poruch se podle statistik u žen s věkem zvyšuje. Zřejmý vrchol je zaznamenán kolem 45. roku věku a po 55. roku počet hospitalizovaných strmě klesá.⁶⁵

⁶² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. s. 104.

⁶³ Srov. *Zdravotnická ročenka České republiky 2006* (on-line). (cit.19.2.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ročenka®ion=100&mnu_id=5300.

⁶⁴ Srov. *Hospitalizovaní 2005* (on-line). (cit. 6.3.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5310&mnu_action=select.

⁶⁵ Srov. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2006* (on-line). (cit.19.2.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=hospital®ion=100&kind=1&mnu_id=5300.

2.2.1 Neurotické poruchy a poruchy vyvolané stresem

Neurotické poruchy jsou funkčními poruchami adaptace jednak vůči prostředí a jednak vůči sobě samému. Tato nedostatečná adaptace souvisí s výskytem opakovaných stresujících životních událostí. Ve vývoji neurotických poruch dále hrají roli temperamentové charakteristiky, charakterové vlastnosti a genetický základ osobnosti. Dominantním fenoménem bývá úzkost.⁶⁶

Úzkost primárně slouží k rozpoznávání nebezpečí a představuje jednu z elementárních emocí. Jedná se o komplexní proces, při němž je afekt spojen jak s tělesnými reakcemi, tak s kognitivními reakcemi. Mezi tělesné reakce patří například zrychlení srdeční frekvence, zvýšená sekrece potu nebo suchost sliznic. Mezi kognitivní reakce patří například zjednodušení vnímání, zrychlení myšlení, specifické kognitivní vzorce a jiné. Pohotovost k úzkosti může individuálně značně kolísat, takže úzkostné reakce jsou nevypočitatelné. Úzkostí začíná komplexní behaviorální program, který slouží ke kontrole a odvrácení nebezpečí. Pokud však není možné situaci aktivně zvládnout, pak může úzkostná reakce selhat a stát se dysfunkční. Takovou extrémní formou úzkostné reakce je panika, která je doprovázena výraznými vegetativními fenomény, ztrátou orientace chování podle situačních okolností a změnami v kognitivních funkcích. Ke vzniku úzkosti existují různé přístupy, zjevně přítom ale hrají svou roli dispoziční (také genetické) faktory, dlouhodobě působící vývojově psychologické momenty a aktuální zátěžové faktory.⁶⁷

Pro naše téma jsou aktuální jiné úzkostné poruchy (F 41). Jejich hlavním příznakem je úzkost a nejsou omezeny na žádnou určitou okolní situaci. Patří mezi ně panická porucha (F 41.0), která je typická periodicky se opakující masivní úzkostí, vznikající náhle, bez objektivního nebezpečí. Panika má náhlý začátek s několikaminutovým trváním a je provázena nesnesitelným strachem. Často se rozvíjí strach z další paniky vedoucí k vyhubavému chování. Výskyt této poruchy je dvojnásobně vyšší právě u žen.⁶⁸

⁶⁶ Srov. MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. s. 68-74.

⁶⁷ Srov. RAHN, E.; MAHNKOPF, A. *Psychiatrie*. s. 357-360.

⁶⁸ Srov. MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. s. 68-74.

Dále se k těmto poruchám řadí generalizovaná úzkostná porucha (F 41.1), pro niž jsou typické trvalé, nadměrné obavy, úzkosti a zlé předtuchy obecného charakteru z každodenních událostí. „*Je to pravděpodobně nejčastější úzkostná porucha mezi starší populací (55-85 let).*“⁶⁹ Porucha je charakterizována výraznou chronickou úzkostnou symptomatikou. Nemocní žijí v neustálém úzkostném očekávání špatných věcí, nedokáží relaxovat, soustředit se, mají problémy s vyřizováním jednoduchých záležitostí. Úzkost není vázána na vnější okolnosti a neprobíhá v atakách. Postiženo je v průměru 10-15 % populace. A přibližně 90% postižených trpí v celoživotní perspektivě ještě jinou přidruženou poruchou, nejčastěji depresivní nebo jinou úzkostnou poruchou.⁷⁰

2.2.2 Afektivní poruchy / Poruchy nálady

Hlavním příznakem afektivních poruch je změna nálady. Nálada je buď chorobně smutná (depresivní), nebo naopak nadnesená (manická), doprovázená odpovídajícími změnami chování. Mezi poruchy nálady se řadí depresivní poruchy, manické epizody a bipolární poruchy.

Z poruch nálady se do popředí zájmu dostává zejména deprese. Na žádost Světové zdravotnické organizace (WHO) provedla Světová banka prognózu, podle níž zátěž depresivní poruchou předčí zátěž řadou tělesných chorob. Již dnes ve vyspělých zemích pět z deseti hlavních příčin vedoucích k neschopnosti („disability“ podle WHO – jakékoli omezení nebo ztráta schopnosti zabývat se normálními aktivitami pro danou poruchu) tvoří psychické poruchy. Podle odhadu se deprese stane v roce 2020 druhou vedoucí příčinou neschopnosti, morbidity a mortality ve světě (bezprostředně za ischemickou chorobou srdeční). Z poruch nálady se deprese také vyskytuje nejčastěji. V kterémkoli okamžiku trpí ve světě

⁶⁹ SVOBODA, M.(ed.); ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. s. 224.

⁷⁰ Srov. BOUČEK, J. aj. *Speciální psychiatrie*. s. 127-129.

340 milionů lidí depresí. Celoživotní prevalence deprese se pohybuje v průměru kolem 16 %, vyšší je u žen (10-25 %), nižší u mužů (5-12 %).⁷¹

Mezi léčenými depresivními nemocnými najdeme více než dvojnásobek žen než mužů. Pravděpodobnost onemocnění spoluurčuje dědičná zátěž pacienta.⁷² Dvojnásobný výskyt depresí u žen vysvětluje několik teorií. Podle jedné vyhledávají ženy spíše než muži pomoc a jsou schopny o symptomech psychologického rázu mluvit. Druhá teorie zdůrazňuje vliv hormonálních změn v průběhu života. Podle třetí teorie jsou ženy ohroženější depresí zkrátka z toho důvodu, že jsou vystaveny většímu psychosociálnímu stresu než muži. Na ženy jsou kladena vysoká očekávání v jejich roli manželky, matky a dcery. Často jsou odkázány na příjem partnera, zastávají většinu nudných úkonů nutných k chodu domácnosti a kontakty s okolím mohou být omezeny. Kombinace role matky a vlastní kariérní ambice mohou představovat tenzi, která je za daných podmínek obtížně řešitelná. Také zkušenost s domácím násilím, diskriminace v zaměstnání a nedostatek podpory a pomoci v těchto situacích přispívá k rozvoji duševních poruch.⁷³ Příčiny deprese však nejsou dosud uspokojivě objasněny. Například J. Poněšický nahlíží problematiku depresí u žen z psychologického hlediska a podle něj: „... ženy proto častěji trpí depresemi, poněvadž je pro ně emocionálně tak důležitá vztahovost a těžší její ohrožení, vyrovnání se s ní.“⁷⁴

Známé jsou určité rizikové faktory. Mezi neurobiologické faktory patří například faktory genetické a rodinné. Mezi psychosociální faktory se řadí například stresující životní události, které však častěji předcházejí první epizodu než následné. Na druhé straně dostupnost sociální podpory do určité míry chrání. A mezi vývojové faktory patří například větší náchylnost k rozvoji poruchy u lidí se specifickými osobnostními rysy jako je rigidita, obsedantnost, zdrženlivost,

⁷¹ Srov. SVOBODA, M.(ed.); ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. s. 201.

⁷² Srov. RAHN, E.; MAHNKOPF, A. *Psychiatrie*. s. 227.

⁷³ Srov. MANOVÁ, K. Čím trpí duše ženy, čím trpí duše muže. *Psychologie dnes*, 2004, roč. 10, č. 10, s. 15-16.

⁷⁴ PONĚŠICKÝ, J. *Fenomén ženství a mužství. Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. s. 131.

urážlivost, dominance a podobně.⁷⁵ „Významné pro onemocnění se zdají být kognitivní schopnosti postiženého, tedy druh jeho úsudku, jeho hodnocení a vytváření smyslu, které dohromady tvoří jeho kognitivně-afektivní vazebnou strukturu.“⁷⁶

U žen se s věkem podíl osob s emočními potížemi zvyšuje a osoby starší 55 let jimi trpí ve srovnání s mladšími ženami zhruba dvakrát častěji. Potvrzena byla závislost emoční pohody na rodinném stavu. Nejvíce duševně vyrovnaní podle vzdělání jsou vysokoškoláci, naopak nejčastěji mají emoční potíže jedinci se základním vzděláním (ve srovnání s vysokoškoláky 2,5krát častěji).⁷⁷

J. Bouček a kolektiv⁷⁸ specifikovali rizikové faktory pro depresivní poruchy takto. Nejlépe doložené faktory, které podle nich mohou ovlivnit rozvoj depresivní poruchy do jednoho roku od jejich působení, jsou rozvod a separace; ovdovění; deprese v anamnéze; rodinná anamnéza; významné nepříznivé životní události; zneužívání návykových látek; tělesná nemoc; sociální izolace; chudé intimní vztahy a další. Pro ženy jsou podle nich dále specifickými faktory nižší vzdělání nebo nestabilní manželství.

Je známo, že psychické poruchy vznikající v korelaci se stresem jsou diagnostikovány u žen dvakrát častěji než u mužů. Mezi takové patří právě poruchy depresivní a jako příčiny jsou potvrzovány i neurobiologické rozdíly obou pohlaví. Pro ženy jsou specifické deprese (poruchy afektivity) vázány na životní a fyziologické hormonální cykly – jako je například menopauzální deprese.⁷⁹

Podle Phillipsově⁸⁰ neexistuje žádná jasná hranice mezi prostou depresí a depresí v menopauze, přesto však mnoho žen ve středním věku prožívá právě v tomto období smutek, pesimismus, úzkost a podrážděnost, které podle ní mohou

⁷⁵ Srov. BOUČEK, J. aj. *Speciální psychiatrie*. s. 97-103.

⁷⁶ RAHN, E.; MAHNKOPF, A. *Psychiatrie*. s. 240.

⁷⁷ Srov. *Psychiatrická péče 2005* (on-line). (cit.19.2.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5310&mnu_action=select.

⁷⁸ Srov. BOUČEK, J. aj. *Speciální psychiatrie*. s. 104.

⁷⁹ Srov. KOŘÍNKOVÁ, V.; ČEŠKOVÁ, E. *Pohlavní rozdíly a antidepressivní léčba*. (on-line). (cit.20.2.2008). *Psychiatrie*, 2005, roč. 9, č. 1. Dostupné z: http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp1_05/Obsah_f.htm

být výsledkem hormonálních změn a vývoje situace. Výkyvy nálady se nejčastěji objevují během perimenopauzy, kdy jsou změny v hormonální rovnováze největší. Příjemným zjištěním je, že mnoho žen se po skončení menopauzy cítí mnohem lépe a má velkou chuť do života.

Moderní antidepresiva v posledních letech významně ovlivnila léčbu deprese. Poněkud stranou zájmu ale zůstává jiná, přirozenější metoda boje s depresí, tělesné cvičení. Neustále narůstá množství odborné literatury, která prokazuje, že aerobik stejně jako zvedání závaží jsou účinnými metodami zvládnutí deprese. Ukazuje se, že tělesné cvičení nezpůsobuje jen krátkodobou úlevu díky zvýšení hladiny endorfinů, ale že má i dlouhodobý vliv, pokud jde o pravidelně provozovanou aktivitu.⁸¹

2.3 Závislosti

Příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexní. Zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Podle bio-psycho-sociálního modelu vzniká nemoc, a tedy i drogová závislost, v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Podstatnými pojmy jsou dispozice, zranitelnost (vyvíjí se na podkladě dispozic v průběhu života) a spouštěče, které vedou k manifestaci poruchy.⁸²

O závislosti se v minulosti mluvilo často jen v souvislosti s alkoholem a drogami. Závislostní chování se však intenzivně šíří i do oblastí hracích automatů, sexuálního chování, sledování televize, počítačových her, pracovní činnosti, zaznamenány jsou i závislosti na jídle, hubnutí, závislost na sektách a tak dále.

⁸⁰ Srov. PHILLIPSOVÁ, R. N. *Kniha knih o menopauze*. s. 41.

⁸¹ Srov. Pohybem proti depresi. *Psychologie dnes*, 2005, roč. 11, č. 6, s. 4.

⁸² Srov. KALINA, K. aj. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. s. 78-79, 91.

J. Křivohlavý⁸³ definuje závislost jako stav, kdy je člověk něčím tak posedlý, že ho to zotročí, zbaví vnitřní svobody a nakonec třeba i osobní bezúhonnosti. Závislost znamená „být lapen“, chycen, zajat, a pak pomalu i zničen. Začátek závislosti nemusí být nijak dramatický, může jím být například první sklenka, první cigareta, první dávka drogy. Závislost může být substanční, to znamená závislost na přijímaných látkách (například na alkoholu, nikotinu, psychoaktivních drogách, stimulantech, sedativech a podobně, ale i na kávě). Tato závislost navozuje změnu emocionálního stavu, kognitivní i konativní činnosti. Druhým typem je závislost procesuální, tedy závislost na určitém druhu činnosti (například na hazardních hrách). Existují lidé nezdolní v riskantních činnostech (hazardéři), lidé neustále se věnující pracovní činnosti (takzvaní workholici), lidé nadměrně sportující, lidé donekonečna opakující náboženské rituály a podobně. *„Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání.“*⁸⁴

J Bouček⁸⁵ definuje syndrom závislosti jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké psychotropní látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Závislost je charakterizována silnou touhou, bažením po této látce. Diagnózu závislosti je možné stanovit v případě, že během posledního roku došlo ke třem a více níže uvedeným jevům:

- silná touha nebo pocit puzení látku užívat (bažení),
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- somatický odvykací stav,
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného dávkami nižšími,

⁸³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. s. 203-204.

⁸⁴ KALINA, K. aj. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. s. 107.

⁸⁵ Srov. BOUČEK, J. aj. *Speciální psychiatrie*. s. 31-32.

- postupné zanedbávání jiných aktivit a zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšeného množství času na její získání a zotavení se z jejího účinku,
- pokračování v užívání psychoaktivní látky i přes jasný důkaz škodlivých následků.

Podle J. Vobořila⁸⁶ řada studií upozorňuje na fakt, že udávaný poměr jedna žena ku třem mužům, kteří využijí v této oblasti nabízené služby, neodpovídá skutečnému poměru mužů a žen na drogové scéně, kde jsou tato čísla spíše jedna ku dvěma. Nabízí se tedy otázka, co tento nepoměr způsobuje. Jedním vysvětlením může být fakt, že žena-uživatelka drog je společností vnímána jako dvojí deviant. Je problematická nejen pro samotné užívání, ale zároveň zklamává ve své roli manželky a matky. Společenské klima tak na ženy vyvíjí tlak, který jim brání vystoupit z anonymity. Hlavní obavou žen, která je nutí nevyužívat nabízených služeb, je efekt vystoupení z anonymity a vydání se napospas odborné i obecné veřejnosti. *„Žena, která bere drogy, trpí většinou problémy se sebevědomím, nízkou sebedůvěrou v sebe sama a pocity bezmocnosti. Mnoho závislých žen nevyhledá pomoc, protože mají strach, že by například nemohly nadále pečovat o své děti; jindy se bojí útlaku ze strany partnera, z postihu v práci atd.“*⁸⁷

Dalším problémem je zdravotnictví. Řada studií upozorňuje na disproporce předepisování některých léků ženské a mužské populaci. Například benzodiazepiny jsou ženám předepisovány třikrát až čtyřikrát častěji než mužům. Zdravotnictví tak vytváří velký počet žen závislých na těchto lécích. Nejčastější důvody pro předepsání těchto léků jsou přitom potíže spojené s krizí v manželství nebo nároky rodinných problémů na ženu. A problémem je i fakt, že každý druhý chronický uživatel drog trpí nějakým typem problému v oblasti duševního zdraví.

⁸⁶ Srov. KALINA, K. aj. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. s. 238-241.

⁸⁷ *Zdraví ženy*. s. 74.

Co se týče dostupnosti služeb, pak nejhůře jsou na tom nízkoprahová zařízení, kde například poradenství pro ženy nabízí jen v 7 % služeb. A pouze 7 % služeb pro ženy nabízí i telefonní linky nabízející drogové poradenství. Naopak zařízení, která tyto služby nabízí, vykazují významně vyšší počet využívání služeb ženskou populací (některá i více než 50 %). Řada žen ale také volí raději takové služby, které nejsou náročné na čas a nabízejí legální přístup k potřebným drogám (například pravidelné návštěvy praktických lékařů, kde získají potřebné drogy na předpis – bez nutnosti vystoupit z anonymity).

Specifika návykových problémů u žen vymezuje Karel Nešpor.⁸⁸ Ženy podle něj bývají zpravidla ve vztahu k návykovým látkám a jiným rizikům zdrženlivější a opatrnější. To vysvětluje i jejich relativně menší počet ve srovnání s muži. Ženy ale mají menší játra, a navíc jejich játra ve větší míře metabolizují hormony. To vede spolu s nižší hmotností, vyšším obsahem tuku v těle, nižší aktivitou příslušných enzymů a dalšími faktory k tomu, že návykové látky působí u žen silněji. Také zdravotní škody způsobené návykovými látkami nastávají u žen většinou dříve. Závislé ženy trpí častěji depresemi a úzkostí, ale méně často u nich bývají poruchy osobnosti. Pozitivní podle něj je, že ženy mívají silnější pud sebezáchovy a snadněji si vytvářejí zdravější životní styl. Ve vyšším věku ale přistupuje fakt, že odolnost vůči návykovým látkám klesá a ke zdravotním škodám dochází ještě rychleji (například prostá opilost pronikavě zvyšuje krevní tlak, a tím i riziko cévních mozkových příhod).

Ve Zdravotnické ročence ČR 2006⁸⁹ se jedna ze statistik týká pacientů evidovaných na ambulantních pracovištích zajišťujících péči o alkoholiky a toxikomany a užívajících psychoaktivní látky. Ve věku od 40 do 64 let je zde evidováno 17.566 pacientů. Z toho s problémy s alkoholem je evidovaných 14.412 pacientů, na druhém místě je 961 pacientů s problémy se sedativy a hypnotiky a na třetím místě se „umístil“ tabák s 663 pacienty. Ze statistik je jasně patrné, že právě věková kategorie 40 – 64 let je ohledně těchto tří skupin

⁸⁸ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. s. 53-56.

⁸⁹ Srov. *Zdravotnická ročenka České republiky 2006* (on-line). (cit.20.2.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ročenka®ion=100&mnu_id=5300.

drog nejzastoupenější. Z celkového počtu pacientů užívajících alkohol představuje tato kategorie téměř tři čtvrtiny (14.413 z celkových 20.969 případů), u sedativ a hypnotik je to téměř polovina (961 z celkových 1.606 případů), u benzodiazepinů dokonce více než polovina (505 z 801 případů), a u tabáku je to také téměř polovina případů (663 z celkových 1.340 případů). Ze statistiky je zřejmý nárůst se zvyšujícím se věkem s vrcholem právě v této věkové kategorii a následný významný pokles.

2.3.1 Alkoholismus

Nejzneužívanější drogou na světě a nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou je alkohol. Termínem psychoaktivní drogy se rozumí látky, které přestupují bariéru mezi krevním řečištěm a mozkiem, a tím způsobují změny v psychických činnostech. Škodlivým užíváním nebo závislostí na alkoholu trpí přibližně 6-10 % obyvatelstva. Závislost na alkoholu přináší závažná zdravotní rizika pro jedince (poškození jater, mozku, slinivky břišní aj.). Česká republika se v roce 2003 zařadila v konzumaci alkoholu na druhé místo v Evropské unii (za Lucemburskem). Za významné faktory při vzniku závislosti jsou považovány osobnost, prostředí, droga a životní situace.⁹⁰

Alkoholismus u žen je třeba chápat poněkud odlišně. Společnost bývá vůči ženám méně shovívavá. Proto jde často o skrytější, osamělou formu alkoholismu, provázenou pocitem studu až viny. Alkoholismus žen má často dvě hlavní podoby. Propadají mu buď ženy v domácnosti, které zneužívání alkoholu tají. Nebo bývají na alkoholu závislé ženy vykonávající určité profese, tedy ženy žijící v určitých sociálních vztazích. Pravdou je, že v současné době se ženy již tolik nevěnují výhradně domácím pracím a aktivně se zapojují v sociální i ekonomické sféře, takže se mění jejich sociální role. A také způsob konzumace a jednání se přizpůsobuje této změně, ženy se více vyrovnávají mužům způsobem

⁹⁰ Srov. SVOBODA, M.(ed.); ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. s. 159-161.

chování i způsobem konzumace. Přesto se stále udržuje tendence problém skrývat nebo popírat.⁹¹

Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se podle P. Popova⁹² u nás týká asi 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen. Přitom pravidelná denní konzumace alkoholu již v dávkách vyšších než 18 g s sebou u žen nese riziko návyku a posléze závislosti na alkoholu.

Vznik závislosti na alkoholu velmi dobře popisuje takzvaný dispozičně-expoziční model. Čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav a jiné), tím menší podíl expozice je nutný. A naopak, čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace-množství, frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti. Vždy ale jde o komplexní působení řady faktorů, které se spolupodílejí na vzniku a vývoji závislosti (biologické, psychosociální).

V průmyslově vyspělých zemích představují lidé závislí na alkoholu z celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení 30 – 40 %. Závislí na alkoholu mají tedy navíc často řadu psychických potíží (k nejčastějším patří afektivní poruchy). Uvádí se, že psychiatrickou diagnózu má 40-60 % žen závislých na alkoholu.⁹³

Na druhé straně existuje výzkum, který sledoval vliv alkoholu na ženy v menopauze. Zaměřoval se na tři skupiny žen - na ženy, které pijí jen mírně („moderate“), tj. například jednu skleničku denně (odpovídá to přibližně 75 gramům alkoholu týdně); na ženy, které nepijí vůbec; a na ženy, které pijí více. Podle výsledků výzkumu je lepší pít střídmě než vůbec nebo hodně. U žen, které pijí mírně, bylo zjištěno snížení rizika cévních (koronárních) srdečních onemocnění a také osteoporózy. Na druhou stranu byl zjištěn negativní vliv na rakovinu prsu. Přesto podle výsledků výzkumu dobrý vliv na cévy a kosti převládá i rizika rakoviny prsu. Je ale třeba provést více studií, které by

⁹¹ Srov. *Zdraví ženy*. s. 78-82.

⁹² Srov. KALINA, K. aj. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. s. 151-157.

⁹³ Srov. BOUČEK, J. aj. *Speciální psychiatrie*. s. 37.

specifikovaly vlivy různých druhů alkoholu na zdraví žen a také různé reakce endogenních a exogenních hormonů na alkohol.⁹⁴

2.3.2 Sedativa a tišící léky

Sedativa a tišící léky představují zcela specifickou skupinu návykových látek. Sedativy se rozumí látky, které navozují v malých dávkách uvolnění, relaxaci. Ve větších dávkách pak vedou k negativnímu ovlivnění činnosti neuronů a ke snížení percepční schopnosti (příjmu informací), činnosti mozku, svalové činnosti i metabolické aktivity. Sedativa přijímaná ve větším množství mají nepříznivý vliv na vznik a zesílení deprese – zvláště tam, kde jsou přijímána v kombinaci s jinými drogami.⁹⁵

Tato skupina psychoaktivních látek je běžně užívána lidmi, zejména staršími, z důvodu nejrůznějších obtíží, ať již spojených s nespavostí, bolestmi nebo dalšími problémy přicházejícími s vyšším věkem. V roce 2004 bralo sedativa 1.246 respondentů, z toho 529 mužů a 717 žen. S rostoucím věkem rostl podíl jejich uživatelů. Nejstarší osoby zahrnuté do šetření Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (do šetření byly zahrnuty osoby ve věku 18 až 64 let) braly sedativa téměř čtyři krát častěji než ty nejmladší. Sedativa a tišící léky jsou jedinou ze sledovaných skupin návykových látek, které bralo více žen než mužů, a tato teze je platná ve všech věkových skupinách.⁹⁶

Hypnotika a sedativa jsou v současné době představována hlavně benzodiazepiny (většina anxiolytik a hypnotik). Jsou nejvíce předepisovanými psychoaktivními látkami. Vzhledem k legální možnosti užívání těchto látek a jejich častému předepisování u řady tělesných a psychických nemocí tyto látky zdomácněly v běžné populaci. Mnoho postižených začne užívat benzodiazepiny proti nespavosti a úzkosti. Obvykle pak při rozvoji závislosti navštěvují řadu

⁹⁴ Srov. REGISTER, T. C.; ET AL. Health Issues in Postmenopausal Women Who Drink. In *Alcohol Research & Health: Women and Alcohol*. Vol. 26, No. 4. s. 299-307.

⁹⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. s. 205.

lékařů, aby předpis získali. Intoxikace hypnotiky nebo sedativy se kromě narušeného chování (euforie, apatie a útlum, hrubost nebo agresivita, labilita nálady) projevuje i zhoršením psychomotorického výkonu, což má rušivý vliv na výkon běžných denních činností.⁹⁷

2.3.3 Kouření

Kouření je jevem, s nímž se setkáváme u mužů i u žen, u dospělých i dospívajících. Podle J. Křivohlavého⁹⁸ před sto lety kouřili hlavně muži. V polovině dvacátého století, kdy v západním světě kouřilo přes 50 % mužů, se ale ženy začaly emancipovat. A to se projevilo mimo jiné i tím, že míra kouření u žen se vyrovnala s muži. Kouření je multifaktoriálním jevem. Důvody, proč lidé kouří, jsou fyziologické, psychologické a sociální. Toto mnohostranné podmínění kouření je také důvodem, proč je odvykání kouření jedním z nejtěžších psychoterapeutických úkolů.

Podle výsledků Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR⁹⁹ v roce 2004 kouřila denně asi pětina všech dospělých žen. Mezi ženami bylo 5 % silných kuřáček (tj. těch, které kouří alespoň 20 cigaret denně). Příležitostně kouřila asi 4 % žen. Podíl denních kuřáků s věkem u žen rostl, zastavil se u věku 40 až 49 let (v této věkové skupině kouřila asi třetina žen) a s vyšším věkem opět klesal.

V České republice kouří téměř 30 % lidí, z toho 40 % žen. Nejvíce kuřáků se nachází ve věkové skupině 45 až 54 let. Přitom následky kouření páchají u žen v některých oblastech větší škody než u mužů. K většímu poškození dochází v orgánech, které jsou typicky žensky jemnější a citlivější, tedy na kůži, v ústech, kosterní soustavě a podobně. Například kuřáci mezi 40 a 50 lety mají stejnou

⁹⁶ Srov. *Psychiatrická péče 2005* (on-line). (cit.19.2.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5310&mnu_action=select.

⁹⁷ Srov. SVOBODA, M.(ed.); ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. s. 165.

⁹⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. s. 190.

⁹⁹ Srov. *Aktuální informace č. 05/04 – Světové šetření o zdraví (6. díl) – Kouření tabáku a spotřeba alkoholu*. (on line). Vloženo 13.2.2004. (cit. 24.4.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=alkohol®ion=100&kind=21&mnu_id=6200

pravděpodobnost vzniku hlubokých vrásek jako nekuřáci o 20 až 30 let starší. Nebezpečí úmrtí následkem kouření je u věkových skupin 45 až 74 let dvakrát vyšší u stálých kuřáček v porovnání s osobami, které nikdy nekouřily.¹⁰⁰

Prvotním důvodem ke kouření je často vliv druhých lidí, start kouření proto bývá označován také jako „sociální nakažlivost“. Experimentální studie ukazují, že kouření je do jisté míry vhodným prostředníkem mezi stresem a jeho zvládnutím. Kde se tedy zakouší kladný vliv kouření na momentální řešení zátěžových situací, tam se pravděpodobně kouření opakuje. V reklamách všeho druhu se také předkládá obraz žen, které se s cigaretou pohybují vždy ve společnosti atraktivních mužů, v situacích pohody, odpočinku a dobré nálady. Roli samozřejmě hraje také psychika potencionálního kuřáka. Ukazuje se, že kouření přitahuje zvláště lidi nejisté, se zvýšenou mírou pocitů méněcennosti, lidi žijící v relativní sociální izolaci a ty, kteří snadno podléhají sugestivnímu působení druhých lidí a napodobování jejich chování. Dále se ukazuje mnohostrannost vlivů dědičnosti na kouření. Hovoří se o biologické i sociální genetice. Sociální genetikou se rozumí například vliv kouření v rodině nebo nejužším společenství daného člověka na začátek kouření. Biologickou genetikou se rozumí genetické vlivy, projevující se v míře citlivosti (senzitivity), a to zvláště k tomu, co kladného a naopak co záporného kouření přináší. Patří sem i síla odolnosti ke svádění i k tomu, co vede k podléhání závislosti.¹⁰¹

2.4 Sebevraždy

Podle Českého statistického úřadu¹⁰² se mezi příčinami smrti u žen v roce 2006 vyskytlo celkem 258 případů úmyslného sebepoškození. Z věkové struktury těchto případů je patrné, že například oproti věkové skupině žen ve věku 35 až 39 let (11 případů) se počet úmrtí v důsledku úmyslného sebepoškození více

¹⁰⁰ Srov. *Zdraví ženy*. s. 87-92.

¹⁰¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. s. 190-193.

než zdvojnásobil ve věkové skupině 45 až 49 let (27 případů) a ve věkové skupině 50 až 54 a 55 až 59 let se dokonce více než ztrojnásobil (37 případů). Ve vyšších věkových skupinách je pak už patrný pokles případů. Z toho se dá jasně vyvodit, že pro ženy ve věku 45 až 60 let je problematika sebevražd velice aktuální.

Sebevraždy bývají řazeny mezi poruchy sebezáchovného pudu. Sebevražda je vědomé a úmyslné ukončení života. Nejčastějšími příčinami vedoucími k sebevraždě jsou konflikty v rodině, v zaměstnání, tělesné nebo duševní onemocnění. O bilanční sebevraždě se hovoří v případě, kdy se jedinec rozhodne po dlouhé úvaze řešit tímto způsobem svou bezvýchodnou situaci. Může být například nevléčitelně nemocen nebo sem řadíme i sebevraždy motivované sebeobětováním. Jiným případem je sebevražedný pokus, který lze definovat jako: „... ,volání o pomoc‘, při kterém jak postoj k životu, tak k smrti je ambivalentní (tzn. tendence nebo přání jsou rozporná, protichůdná). Usmrcení bylo připravováno, ale způsob byl neúčinný, nebo sebevrah byl zachráněn, buď proti své vůli, nebo částečně se záchranou počítal a přenechal ji ,náhodě, osudu‘.“¹⁰³

I když je u žen doloženo dvakrát více pokusů o sebevraždu než u mužů, je u nich menší pravděpodobnost než u mužů, že jejich pokus bude úspěšný. Podle jedné teorie je vysvětlením, že většina žen, které se pokusí o sebevraždu, se vlastně zabít nechce, ale jen hledá pomoc. Podle jiné teorie jsou muži úspěšnější při pokusech o sebevraždu díky metodám, které volí. „Maskulinní“ prostředky jako zbraně jsou většinou účinnější než prostředky „feminní“ jako prášky.¹⁰⁴

O rozdílné motivaci sebevražedného jednání mužů a žen zčásti vypovídá i struktura sebevražd podle motivu. U žen jsou například častějším motivem sebevraždy duševní poruchy (38 % sebevražd se zjištěným motivem). Sebevraždy z důvodů rodinných problémů a konfliktů (včetně problémů pracovních, školních,

¹⁰² Srov. Zemřelí podle podrobného seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR (on-line).

Aktualizováno 18.12. 2007. (cit. 6.3.2008).

Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/9C00364A23/\\$File/401706f88.xls](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/9C00364A23/$File/401706f88.xls).

¹⁰³ MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. s. 33.

¹⁰⁴ Srov. RENZETTI, C.; CURRAN, D. J. *Ženy, muži a společnost*. s. 472.

existenčních) zaujímají u žen 14 %. A sebevraždy s nezjištěným motivem tvoří 23 %.¹⁰⁵

Spouštěče suicidiálního jednání se uvádějí v kontextu výjimečných životních událostí a vysvětlují se pomocí stresového modelu. Pravděpodobnost sebevražděného jednání zvyšují například rozvody nebo významnější finanční problémy. U části suicidiantů (asi u 40 %) se dají prokázat zatěžující životní události. Subjektivní hodnocení postiženého pak ve vysoké míře určuje, zda se suicidiální jednání pod vlivem určité události spouští nebo ne.¹⁰⁶

Český statistický úřad¹⁰⁷ se věnoval problematice sebevražd z více úhlů. Co se týče počtu sebevražd žen podle věku, je patrné zvyšování počtu sebevražd se stoupajícím věkem, a to až k maximu ve věku okolo 50 roků. Dále již absolutní počty klesají, s opětovnou změnou trendu (do vzestupu) ve věku od 70 do 80 roků. Nejčastějším způsobem provedení u žen bylo oběšení nebo otrava. Co se týče vztahu sebevražd a vzdělání, až do roku 2002 bylo nejvíce sebevražd u žen se základním vzděláním. V dalších letech však nabývá na převaze skupina osob se středním vzděláním bez maturity. Jisté je, že se vzrůstajícím vzděláním dále sebevražděnost klesá.

Je tedy očividné, že na způsob ukončení existence má vliv věk, prostředí, povolání, pohlaví a řada dalších okolností, které lze těžko vymezit. Ve třech čtvrtinách pokusů lze vypořádat fakt, že ženy volí jako prostředky především léky a jedy. Ovšem u žen nad čtyřicet pět let byl pozorován ústup od lékařských prostředků ve prospěch prostředků násilných, jako je oběšení, utopení nebo skok z výšky. Nejnižší míra sebevražděnosti je zjištěna u vdaných žen, nejvyšší naopak u vdov, potom u rozvedených a rozloučených. Na druhou stranu si žena obvykle nepřeje smrt ve smyslu destrukce, zničení, ale chce spíše utéci, zapomenout, uniknout před svým dosavadním životem a dlouho, velice dlouho spát. Důvodem můžou být i obavy ze stárání kvůli nemocem a sešlosti, které

¹⁰⁵ Srov. ANALÝZA: *Motivace sebevražděného jednání* (on-line). (cit.20.2.2008). Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=516&PHPSESSID=5edc97ecd206920412064fe07777d369.

¹⁰⁶ Srov. RAHN, E.; MAHNKOPF, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. s. 393-411.

s sebou přináší. Pro některé lidi je jediným způsobem, jak stáří uniknout, možnost zemřít dříve, než se dostaví. V průmyslových zemích si dnes staří lidé berou život častěji než jakákoli jiná věková kategorie. Staří lidé, odsunutí ze společenského a profesionálního života, se totiž často stávají „živými mrtvými“ – sebevrahové vyššího věku tak svou smrtí často zpochybňují společenský systém.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Srov. *Sebevraždy v České republice 2001 až 2005*.

¹⁰⁸ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd*. s. 15-41, 189-199.

3. Prevence negativních důsledků

3.1 Vymezení pojmu prevence

Pojem prevence se v dnešní době patrně nejčastěji objevuje ve spojení se závislostí a zneužíváním drog. Například WHO tak definuje prevenci jako „soubor intervencí s cílem zamezit či snížit výskyt a šíření škodlivosti účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog“.¹⁰⁹ Prevence je však pojmem obecnějším, který vychází z latinského slovesa *praeventio* (= *předejít*). V oblasti pomáhajících profesí či v pedagogickém kontextu se tedy jedná o „*předcházení zdravotnímu nebo sociálnímu narušení jedince a jeho společenských vztahů*“.¹¹⁰ Prevence ve smyslu předcházení negativních jevů je pojmem značně širokým. Pro potřeby specifikace dílčích oblastí je nejčastěji využíváno třístupňové členění na prevenci primární, sekundární a terciární. Jednotlivé preventivní složky se liší podle cíle, přičemž primární prevence má obecně za úkol předcházet vzniku negativního jevu, sekundární prevence zabránit jeho nepříznivému vývoji a terciární prevence řešit následnou péči.¹¹¹ Toto rozdělení do jednotlivých stupňů lze přiblížit na příkladu prevence v oblasti zneužívání návykových látek, respektive nelegálních drog. Primární prevence zde má za cíl předcházet užití u osob, které dosud nejsou s drogou v kontaktu. Sekundární prevence představuje předcházení vzniku a rozvoji závislosti u osob, které již drogu užívají. A terciální prevence se snaží předcházet vážnému nebo trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním drog. Primární prevence se dále dělí na specifickou a nespecifickou. Specifickou primární prevencí se rozumí takové aktivity, které se zaměřují přímo na primární prevenci užívání návykových látek, tedy na určitou formu sociálně-patologického chování. Nespecifickou primární prevencí se rozumí veškeré aktivity podporující zdravý životní styl, které

¹⁰⁹ Srov. TRAPKOVÁ, B. *Co je primární prevence. Základy prevence* (on-line). (cit. 27.4.2008). Dostupné z:

<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=101&list=101&shw=100002>

¹¹⁰ EDELSBERGER, L. aj. *Defektologický slovník*. s. 277.

¹¹¹ Srov. PIPEKOVÁ, J. aj. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. s. 29.

ale nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek. Jedná se o aktivity, které obecně napomáhají snižovat riziko vzniku a rozvoje sociálně-patologických forem chování a zaměřují se spíše na protektivní faktory vzniku závislosti. Jsou realizovány sítí volnočasových aktivit, které nabízejí smysluplné trávení volného času. Patří mezi ně především zájmové nebo sportovní aktivity.¹¹²

Tak jako v jiných oblastech, je i v případě negativních důsledků působení specifických faktorů ovlivňujících ženy ve věku pozdní dospělosti klíčová prevence primární, zejména nespecifická. Jde tedy především o předcházení vzniku depresí, duševních poruch, závislostí a podobně formou včasné redukce rizik. V následujícím textu proto budu pojem prevence užívat v tomto kontextu.

3.2 Bio-psycho-sociální model

Při prevenci a přípravě na stárnutí hrají svou roli jak faktory osobní, tak faktory společenské. Zásadnější rozhodně je, co pro sebe může udělat sama žena. Nelze ale opomíjet ani vliv společnosti. Ten může spočívat například ve finanční podpoře, v osvětové činnosti, v poradenském systému a podobně.

Při prevenci je vždy třeba přistupovat k člověku celostně. To znamená nezaměřovat se jen na jeden problém nebo jen na jednu problematickou oblast, ale vidět vždy danou problematiku v celé její šíři. Tuto šíři dobře popisuje bio-psycho-sociální model. Člověk je vždy ovlivňován zároveň fyzicky, psychicky i sociálně. Pokud je některá z těchto dimenzí opomenuta, mohou následně chybět důležité souvislosti.

Problematika věku souvisí nepochybně se zdravím. WHO definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody“.¹¹³ Epidemiologické studie dokládají, že člověk má péči o své zdraví ve svých rukou. Tyto studie uvádějí, že

¹¹² Srov. *Systémový přístup k prevenci užívání návykových látek* (on-line). (cit. 27.4.2008). *Zaostřeno na drogy 2*, 2007, roč. 5, č. 2. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/primarni_prevence/zaostreno_na_drogy_2007_02_cislo_2_2007

¹¹³ Srov. GARBOVÁ, P. Komplexní přístup a zdraví. In FIALOVÁ L. *Wellness, zdraví a životní styl*. s. 15-19.

zdraví ovlivňuje: životní styl (50-60 %), tj. kouření, složení stravy a její energetická hodnota, pohybová aktivita, psychická zátěž spojená se stresem, alkohol, drogy a rizikové sexuální chování; dále životní prostředí (10-20 %); genetické faktory (20 %); ale zdravotní péče už podstatně méně (0-10 %).¹¹⁴

Důležitou roli v procesu stárnutí nepochybně hraje vliv dědičnosti. Přes dosud panující přesvědčení, že proces stárnutí nelze regulovat, se ale v současnosti ukazuje, že jde o záležitost chováním ovlivnitelnou. Dědičnost odpovídá za méně než třicet procent všech projevů stárnutí. A důležitost genetické informace s přibývajícím věkem klesá. Je třeba si uvědomit, že všechno, co dělám, nějakým způsobem mé vlastní stárnutí buď přibližuje, nebo oddaluje.¹¹⁵ Je ale třeba na tomto místě zdůraznit, že v této práci nejde o to, jak si co nejdéle uchovat mládí, ale spíše o to, jak dobře stárnout. Protože pouze tak se člověk může na toto období připravit a získat spolu s tím i řadu nových hodnot.

Zdravý člověk je schopen prožívat čistou radost, radost z bytí samého, radost z toho, co dělá a jak žije, radost z čisté oblohy, z ticha v lese... Každý člověk to zná, ale pocítit takovou radost je dnes stále větším problémem – není na to čas. Podstatná pro zdravý způsob života je bezpochyby také péče o duši, protože právě ona může vést i k správné péči o tělo. Nelze vymyslet jeden zaručený návod na zdravý způsob života, který by mohl být „naordinován“ všem.¹¹⁶

Pro zachování zdraví je potřeba aktivní účasti člověka. Zdravý jedinec má takzvaný produktivní charakter, který dává možnost pomalému rozvíjení všech schopností a predispozic. Důležité jsou i potřeby a jejich uspokojení. Z toho vychází primární prevence, kterou reprezentuje zdravý životní styl. Celkově životní styl může být ovlivněn mnoha faktory: prací, příjmy, vzděláním, životní úrovní, socioekonomickým postavením, bydlištěm, sociálními kontakty, genderem, hodnotovou orientací nebo normami. V české společnosti obecně

¹¹⁴ Srov. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. s. 15-18.

¹¹⁵ Srov. ROIZEN, M. F.; STEPHENSONOVÁ, E. A. *Biologické hodiny*. s. 22-25.

zdraví zaujímá na žebříčku hodnot první příčku. Zdraví je zde ale často chápáno spíše jako samozřejmost a lidé jsou přesvědčeni, že pomocí toho, že budou zdraví, dosáhnou v životě to, co chtějí. Zdraví tedy není cílem, ale často spíše prostředkem k dosažení cíle. Faktem ale zůstává, že člověk je dnes denně ovlivňován nepřehledným množstvím informací, jak být ještě zdravější. A orientace v nich může být velmi obtížná.¹¹⁷

V předchozích částech práce jsem zmínila řadu rizikových faktorů a problémových momentů v životě ženy v pozdní dospělosti. I tyto faktory lze rozdělit na fyzické, psychické a sociální. Prevence a příprava na stárnutí tedy nutně musí být celková, musí řešit všechny tyto dimenze.

3.3 Příprava na stárnutí

Lidé před sto lety se dožívali průměrně asi 47 let.¹¹⁸ Střední délka života se ale stále zvyšuje – v České republice je to v současné době u žen 79,67 roků.¹¹⁹ Do budoucna se dále odhaduje, že například do roku 2050 bude kolem jednoho milionu stoletých Američanů. To mimo jiné znamená, že lidé budou více let „starší“, popřípadě „staří“. *„Předpokládaná délka života v západních průmyslových zemích v posledních desetiletích průběžně stoupá. Nejedná se tedy o nesmyslnou honbu za mládím, když usilujeme o to, abychom léta navíc prožili ve zdraví, !!!atraktivně a v duševní svěžesti.“*¹²⁰

V současné době se často ozývá, že naše společnost stárne. To, jestli je populace označena za mladou, středního věku nebo stárnoucí, závisí na její věkové struktuře a hlavně na vzájemných proporcích mezi jejími hlavními

¹¹⁶ Srov. HOGENOVÁ, A. Předpoklady zdravého životního způsobu. In FIALOVÁ L. *Wellness, zdraví a životní styl*. s. 7-13.

¹¹⁷ Srov. GARBOVÁ, P. Komplexní přístup a zdraví. In FIALOVÁ L. *Wellness, zdraví a životní styl*. s. 15-19.

¹¹⁸ Srov. INLANDER, CH. B.; KELLY, CH. K. *100 způsobů jak se dožít 100*. s. 9-12.

¹¹⁹ Srov. *Základní informace o České republice. Zdravotní stav (2006)* (on-line). Vloženo 29.10.2006. (cit. 26.4.2008). Dostupné z:

http://www.uzis.cz/health_info.php?type=8®ion=100&mnu_id=3000

¹²⁰ OBERBEIL, K.; RAHN-HUBER, U. *Anti-Aging. Jak zůstat mladý*. s. 8.

věkovými skupinami: 0 – 14, 15 – 59, 60+. Velkým tématem dnešní doby je téma demografického vývoje. „Velkým tématem se stalo proto, že rození a smrt, byt' fenomény navýsost intimní a individuální, mají z důvodů změn ve své četnosti konsekvence celoplanetární.“¹²¹

Hlavní příčinou stárnutí společnosti je klesající porodnost a prodlužování lidského života. Kromě toho takzvané populační šoky (baby-boomy) mají vždy za následek velké rozdíly mezi jednotlivými věkovými kategoriemi. Navíc může být stárnutí obyvatelstva ovlivňováno migrací.¹²²

3.3.1 Národní program přípravy na stárnutí

Z hlediska podílu obyvatel starších šedesáti pěti let začala česká populace stárnout už po roce 1950, kdy proporce obyvatel tohoto věku překročila hranici osmi procent, která je považována za hranici populačního stáří. Toto stárnutí bylo převážně způsobeno zužováním základny věkové pyramidy, které mělo dvě příčiny – snižování porodnosti a stagnaci ve vývoji úmrtnosti v průběhu šedesátých let. Od roku 1950 do roku 1970 se podíl starých osob zvýšil téměř o čtyři procenta. Ale v letech 1970 – 1990 se proces stárnutí české populace přerušil kvůli baby-boomu v polovině sedmdesátých let a kvůli snížení novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Výrazné zestárnutí české populace nastává po roce 2000, kdy do důchodového věku přicházejí silnější populační ročníky narozené v období 1940 – 1955.¹²³

Podle demografických údajů v České republice pozvolna narůstal počet a podíl seniorské populace nad 60 let věku k 17,7 % v roce 1990 a 18,2 % v roce 2000. Přitom podle střední varianty populační projekce se předpokládá, že podíl seniorské populace nad 60 let věku se bude dále zvyšovat, a to na 23,4 % v roce 2010, dále na 27,7 % v roce 2020 a na 30,6 % v roce 2030. Závažným

¹²¹ RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. s. 7.

¹²² Srov. ZIMMELOVÁ, P. Problematika stárnutí Evropy. In *Sborník konference Generace 50 plus v České republice*. s. 2-6.

¹²³ Srov. RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*, s. 88-91.

důsledkem populační stagnace je tedy postupné stárnutí populace, které bude v budoucnosti největším populačním problémem v ČR. Proto byla česká společnost nucena reagovat na demografické změny a proces stárnutí populace a vytvořit si plán na vyrovnávání se s důsledky tohoto jevu.

K řešení důsledků globálního stárnutí byly vypracovány zásadní mezinárodní dokumenty, obsahující konkrétní návrhy na řešení problematiky stárnutí a stáří, především Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí populace (Viedeň 1982), přijatý Valným shromážděním OSN v roce 1982, a Zásady OSN pro řešení problémů starší populace, přijaté v roce 1991. Tyto zásady poskytly vodítko pro zajištění samostatnosti seniorů, jejich účasti na životě společnosti, péče, osobního prosazení a důstojnosti. Nejnovějším dokumentem OSN je Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, který byl přijat dne 12. 4. 2002 na závěr II. Světového shromáždění o stárnutí v Madridu jako nový dokument celosvětové platnosti, tento dokument je znám pod jménem Madridský plán¹²⁴. Mimo jiné zmiňuje fakt, že starších žen je více než starších mužů, přičemž s narůstajícím věkem tento nepoměr roste. Při vytváření jednotlivých opatření tedy musí být prioritou situace starších žen. Je také třeba rozlišit dopady stárnutí populace na ženy a na muže. Navrhovaná opatření jsou pak rozdělena do tří hlavních oblastí: senioři a rozvoj; zlepšení zdraví a duševní pohody v pokročilém věku; vytváření vstřícného a chápajícího prostředí. V současnosti připravuje OSN zprávu „Madrid 5+“, protože už uplynulo pět let od přijetí tohoto dokumentu.

Madridský plán byl rozpracován pro evropskou oblast na Ekonomické komisi OSN pro Evropu, která se konala v září 2002, v takzvané Regionální implementační strategii (RIS).¹²⁵ Cílem RIS je zajistit, aby se problematika stárnutí a stáří stala nedílnou součástí veřejné politiky. Celá RIS je rozpracována do jednotlivých závazků, mezi nimiž se vyskytuje i tento (pro nás aktuální): "Zlepšit postavení žen ve stárnoucí společnosti“.

¹²⁴ *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. s. 7-54.

¹²⁵ *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. s. 55-59.

Česká republika jako členský stát OSN přijala v této oblasti řadu závazků. Při vytváření národní koncepce přípravy na stárnutí spolupracovaly všechny resorty. Členy poradního sboru byly zástupci několika ústředních orgánů – ministerstev, přední odborníci z oblasti sociální politiky a zástupci organizací a sdružení působících v seniorské problematice. Usnesením vlády České republiky ze dne 15. května 2002 byl pak schválen Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003–2007¹²⁶. Cílem programu je vytvoření příznivého celospolečenského klimatu a podmínek pro řešení problematiky stárnutí a seniorů a docílení změny postojů a přístupů na všech úrovních, vedoucí k dosažení „společnosti pro všechny generace“. Vlastní naplnění programu a jeho cílů je rozvedeno do stovky opatření, u nichž se stanovuje jednotlivým resortům odpovědnost za plnění spolu s termínem plnění úkolu.

Cílem tohoto dokumentu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané. K tomu je samozřejmě potřeba překonat dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří. Stárnutí společnosti je třeba pojmut jako příležitost, které má být využito všemi generacemi. Program se proto obrací na celou společnost. Je žádoucí, aby pozitivní přístup ke stáří a starším lidem přijala už mladá generace. Součástí programu je tedy také příprava mladé generace na pozdější životní etapy a její podpora v pozitivním, aktivním a orientovaném přístupu ke stáří. Je potřebné, aby mladá generace přijala princip nediskriminace a solidarity. Střední generace je zodpovědná mimo jiné za svou vlastní přípravu na stárnutí a stáří. Rozhodující je zajištění rovných práv a příležitostí pro individuální rozvoj všech věkových kategorií bez rozdílů. A v neposlední řadě je ke změně společenského klimatu třeba aktivního přístupu samotných seniorů.

Program se dále dělí na několik oddílů:

¹²⁶ *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007 v České republice. s. 5-6.*

Etické principy:

K hlavním etickým principům patří respekt k jedinečnosti člověka při současném uznání vzájemné rovnosti lidí, respekt k důstojnosti osobnosti seniora, respekt k jeho nezávislosti, právu na sebeurčení, k právu na soukromí a vlastní volbu. Je třeba podporovat, posilovat a chránit rodinu jako základní článek společnosti, protože se v ní přirozeně realizuje mezigenerační solidarita, úcta a respekt ke starším lidem.

Přirozené sociální prostředí:

Možnost žít v přirozeném sociálním prostředí je předpokladem pro udržení, popřípadě i rozvoj společenského postavení seniorů.

Pracovní aktivity:

Rovnost příležitostí na trhu práce a co nejširší podpora zaměstnávání starších osob a seniorů je prostředkem jejich aktivizace a plného zapojení do společnosti. Zároveň představuje pro společnost cenný pracovní a ekonomický přínos.

Hmotné zabezpečení:

Hmotné zabezpečení ve stáří je důsledkem celoživotní aktivity každého jedince a jeho odpovědného přístupu k přípravě na stáří a je předpokladem ekonomické nezávislosti seniorů.

Zdravý životní styl, kvalita života:

Zdravý životní styl je součástí odpovědné přípravy na stáří. Je podmínkou pro zajištění aktivního a důstojného stárnutí a kvality života seniorů. K naplňování zdravého životního stylu a kvality života musí přispět jak společnost, tak i jednotlivci sami.

Zdravotní péče:

Péče o zdraví seniorů má pro společnost vzrůstající důležitost nejen v rovině etické, ale také v souvislosti s ekonomickou situací společnosti. Nárůst počtu seniorů, kteří potřebují a budou potřebovat zdravotní péči, povede k rostoucím požadavkům na systémy zdravotní péče. Zároveň je potřebné podporovat zájem a účast všech generací na programech prevence a péče o zdraví.

Komplexní sociální služby:

Nárůst počtu seniorů a rostoucí potřeba sociální péče a sociálních služeb musí vést k rozvoji sociálních systémů tak, aby reflektovaly různost sociální situace seniorů a minimalizovali riziko sociálního vyloučení a institucionalizace.

Společenské aktivity:

Co nejširší účast seniorů na společenském životě je nezbytnou podmínkou rozvoje společnosti, zdravých postojů ke stárnutí a stáří, ke vzájemnému respektu a solidaritě generací.

Vzdělávání:

Vzdělání je jednou z podmínek pro aktivní a plodný život. Možnost celoživotního vzdělávání je nezbytným předpokladem pro udržení znalostí a schopností stárnoucích osob a seniorů. Podporuje duševní pohodu, udržení pracovní schopnosti a uplatnění na trhu práce, posiluje nezávislost. Může navíc přispět ke snížení osamění, generační intolerance a zlepšit začlenění do společenského dění.

Bydlení:

Odporující bydlení je pro seniory zvláště důležité. Oddaluje nebo zamezuje odchodu seniorů do objektů a zařízení, kde jsou odloučeni od rodin a ztrácejí dosavadní společenské kontakty.

Podle F. Schirrmachera¹²⁷ bude žít roku 2050 jen v Číně tolik lidí ve věku nad šedesát pět let, kolik jich je dnes na celém světě. Tváří v tvář takovému růstu bude podle něj nejúspěšnější taková společnost, jejíž náboženské nebo kulturní přesvědčení bude umět stáří tvůrčím způsobem využít.

V současném obrazu stáří ale převládají negativní mýty a stereotypy, které zakládají ageistické postoje a chování mladších generací vůči seniorům a které přispívají k marginalizaci této skupiny. Tyto stereotypy spojují stáří s nemocí, ztrátou energie, entusiasmů a elánu, senilitou, rigidností a konzervatismem, chudobou a sociální izolací, aniž akceptují reálnou heterogenost seniorské

¹²⁷ Srov. SCHIRRMACHER, F. *Spiknutí metuzalémů. Stáří má zelenou!*

populace. Starší lidé jsou implicitně bráni jako osoby potřebné a závislé, zatěžující rodinu a stát. Stáří je konstruováno jako společenský „problém“ a tuto konstrukci opakovaně stvrzuje stát, média, trh, zdravotnictví i věda. Senioři se tak střetávají s nepříznivým image stáří. Lidé ale stárnou subjektivně různě, odlišnou rychlostí a většinou se považují ne za staré, jen za „starší“. Prožívání vlastního stáří ovlivňuje rozhodujícím způsobem hlavně zdravotní stav.¹²⁸

L. Vidovičová a L. Rabušic¹²⁹ na základě svého výzkumu vymezili faktory, které podle názoru českých respondentů hrají roli při vnímání člověka jako starého. Nejčastěji byl volen jako rozhodující faktor fyzický zdravotní stav, věk, ztráta duševní svěžesti a ztráta autonomie. Toto pořadí celkem spolehlivě naznačuje, že v České republice je starý hlavně ten, kdo jako starý vypadá a kdo není v dobrém zdravotním stavu.

3.3.2 Individuální příprava na stárnutí

Studie Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí¹³⁰ řešila plány a způsoby přípravy respondentů na stáří. Přibližně 83 % žen má nějaké koníčky, jimž se chce ve stáří věnovat, a více jak tři čtvrtiny dotazovaných se o zajištění ve stáří dohodly se svým manželem a mají jasnou společnou představu. Asi 73 % dotazovaných žen dbá na udržení kondice a zdravý životní styl (zde však byla patrná závislost kladných odpovědí na vzdělání respondentů – stejně jako u následující otázky). Asi dvě třetiny dotázaných žen mají v úmyslu v důchodu cestovat, poznávat nové lidi a užít si nových věcí. Jen necelá polovina žen patří k lidem, kteří chtějí i po dosažení důchodového věku pracovat. A pouze 32,8 % dotazovaných žen se vzdělává s úmyslem udržet si rozhled a odbornost i ve stáří (i zde se však odpovědi lišily v závislosti na vzdělání).

¹²⁸ SÝKOROVÁ, D. Být člověkem určitého věku. In *Sborník konference Generace 50 plus v České republice*. s. 7-20.

¹²⁹ Srov. VIDOVIČOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti (zpráva z empirického výzkumu)*. s. 10-18.

¹³⁰ Srov. SVOBODOVÁ, K. *Rodina a zaměstnání IV. Rodiny po odchodu dětí (Deskriptivní fáze analýzy)*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. s. 50-51.

Společnost dnes bere stárnoucími lidem mnoho – sebevědomí, zaměstnání, celý jejich dosavadní život. Lidé často hovoří o tom, jak nečekaně je zaskočilo vlastní stáří. Člověk nedbá na varovné signály, a pak náhle otevře nevěřící oči a vidí, že je starý. Už jen proto je třeba, aby se každý na své stáří připravoval a aby společnost uměla zhodnotit a využít potenciál, kterým starší lidé disponují. Při pohledu na tento problém z osobního hlediska je zřejmé, že s postupným prodlužováním střední délky života bude stáří v budoucnu možná představovat polovinu času lidského bytí na tomto světě. Novým úkolem naší doby tedy podle F. Schirrmachera je naučit se stárnout úplně nově. „...*pro naši budoucnost není nic potřebnějšího nežli sebevědomí starších lidí.*“¹³¹

Individuální přípravy na stárnutí se budou týkat i následující kapitoly. Na prevenci a přípravu na stárnutí se zaměří z hlediska faktorů fyzických, psychických a sociálních.

3.4 Biologické / fyzické faktory

Mezi biologické faktory patří zdravá výživa, pohybové aktivity, klimakterické potíže a podobně. Zdá se, že tyto faktory záleží spíše na ženách samých, ale i zde hraje svou roli společnost.

Například u stravy jsou lidé každodenně ovlivňováni médii a jejich obrazem krásy (ne vždy odpovídajícím zdravému tělu), jejich pestrou nabídkou přípravků na hubnutí, ale i reklamami na nezdravá jídla. Často je velmi těžké poznat, která „fakta“ předkládaná médii, jsou pravdivá a která ne. Úkolem státu, zejména ministerstva zdravotnictví, by tedy měla být kvalitní osvěta, zajištění pravdivých, vědecky doložených informací k této problematice a dostatečně široká nabídka poradenských služeb (dostupných pro každého).

Podobně je tomu u pohybových aktivit. I zde by byla na místě osvětová činnost, která by seznamovala se zdravým přístupem ke svému tělu.

¹³¹ SCHIRRMACHER, F. *Spiknutí metuzalémů. Stáří má zelenou!* s. 31.

Na společnosti také záleží, jestli podle jejích norem je cvičení populární, jaké cvičení je „moderní“ (ne každé cvičení, které je právě v trendu, musí odpovídat potřebám jedince). Člověk sám také nemůže ovlivnit množství organizací nabízejících kvalitní pohybové aktivity.

Co se týče klimakterických potíží, média předkládají nabídku prostředků, které mají vést k překonání klimakterických potíží. Reklamy na hormonální přípravky jsou ale velmi často placeny farmaceutickými firmami – což hovoří samo za sebe. Ministerstvo zdravotnictví by tedy mělo přinášet nestranné a vědecky ověřené informace o hormonální substituční terapii i o jejích alternativách.

3.4.1 Zdravá výživa

Pojem strava zahrnuje druh, množství a kvalitu potravin a nápojů, které lidé konzumují.¹³² Stravování je jednou ze základních životních potřeb. Strava je tvořena potravinami, „palivem organismu“, které nám dodávají potřebnou energii k vykonávání všech denních činností. Každý člověk by měl znát zásady zdravé výživy a snažit se podle nich řídit.

Už Hippocrates radil: „Necht' je jídlo vaším lékem.“ Potvrzuje to i závěr odborníků - 60 % případů rakoviny u žen je spojeno se stravou.¹³³ Vědci nalézají stále více pojítek mezi zvyšujícím se množstvím tuku ve stravě a rakovinou. Tučná strava se navíc negativně podílí na onemocnění srdce a na výskytu mrtvice. S některými druhy rakoviny zaujímá Česká republika přední místa v tabulkách jejich výskytu. Ročně u nás onemocní rakovinou 65 500 lidí (což je v průměru 179 lidí denně) a 28 500 nemocných na ni ročně i zemře (asi 78 denně).¹³⁴ V četnosti rakoviny žaludku, tlustého střeva, konečníku a děložního čípku drží Česká republika celosvětový prim. Společným jmenovatelem těchto druhů rakoviny je právě špatná životospráva. Navíc kuřáci mají oproti nekuřákům

¹³² Srov. *Zdraví ženy*. s. 47-58.

¹³³ Srov. INLANDER, CH. B.; KELLY, CH. K. *100 způsobů jak se dožít 100*. s. 61-102.

¹³⁴ Srov. ČECH, S. *Jak se dožít 100 let v České republice*. s. 58-71.

sedmnáctinásobné riziko úmrtí na rakovinu plic. Rizikovým faktorem nejméně devíti druhů rakoviny je nadváha. Pokud chci předcházet rakovině, musím podporovat a posilovat svůj imunitní systém. Všeobecná doporučení ohledně zdravé stravy znějí: jezte rozmanitou stravu; pro udržení nebo zlepšení váhy vykompenzujte množství snědené potravy pohybovou aktivitou; jezte dostatečné množství vlákniny, zeleniny a ovoce; jezte nízkotučná jídla chudá na cholesterol a nasycené tuky; snižte spotřebu soli, cukru a sodíku; alkoholické nápoje užívejte s mírou.

Kvůli nebezpečí osteoporózy se ženám v menopauze doporučuje dostatečný přísun vitamínu C, který urychluje vstřebávání vápníku do kostí. Ženy by měly jíst hodně potravin s velkým obsahem vápníku, jako jsou sýry, tvaroh, jogurty a jiné mléčné produkty. Také celozrnné produkty, kapusta, mrkev, špenát, fenykl, fazole, hrách a čočka mají hodně vápníku. Dále se ženám po menopauze doporučují potraviny s vyšším obsahem cholesterolu, aby došlo ke stimulaci tvorby estrogenu v nadledvinkách – celozrnné produkty, semena, ořechy a sójalecitin coby potravinový doplněk. Strava by také měla obsahovat hodně vitamínu D (nejlépe ryby z chladných moří jako makrela, losos, treska). A kosti by se měly pravidelně zatěžovat.¹³⁵

Zdůraznit je také třeba důležitost pitného režimu. Většina lidí nekonsumuje dostatek vody k tomu, aby se usnadnilo vyloučení všech odpadních produktů, které vznikají při metabolických a zažívacích procesech. Spotřeba většího objemu vody tak může přispět k detoxikaci organismu.¹³⁶ Důležité také je, jaké tekutiny tělu dodávám. Optimální kvalitu má voda z horských ledovců (obdobnou kvalitu má ale i kvalitní pitná voda, která se před konzumací nechá zmrazit.¹³⁷

¹³⁵ Srov. OBERBEIL, K.; RAHN-HUBER, U. *Anti-Aging. Jak zůstat mladý*. s. 44-55.

¹³⁶ Srov. KURZWEIL, R.; GROSSMAN, T. *Fantastická cesta*. s. 40-46.

3.4.2 Pohybové aktivity a sport

Důležitou roli v zdravém životním stylu hraje dostatek pohybové aktivity. Podle studie uveřejněné v Journal of the American Medical Association, která probíhala sedm let na vzorku 40 000 žen po menopauze, měly ženy, které pravidelně cvičily, o 20 % menší pravděpodobnost úmrtí během oněch sedmi let oproti ženám žijícím sedavým způsobem. Cvičení pomáhá zahnat nemoci jako srdeční onemocnění a mrtvici, vysoký krevní tlak, rakovinu prsu, rakovinu tlustého střeva, infekční onemocnění, cukrovku nebo osteoporózu.¹³⁸

„Právě ve vyšším věku je velice důležité posilovat svalstvo, aby odlehčilo kostem. Zvláště účinná je speciální gymnastika přispívající ke správnému držení těla a procvičení páteře.“¹³⁹

Podle údajů z roku 2002 ale tělesná aktivita nepatří k životnímu stylu většiny české populace. Skoro polovina žen se vyhýbá jakékoli tělesné aktivitě. Co je to zacvičit si pravidelně alespoň jednou týdně do zpotení, neví sedm z deseti žen. A fyziologicky dostatečně, tedy alespoň třikrát týdně, u nás sportuje jen 11 % žen. Každý pátý Čech nebo Češka pak má ve středním věku (45 – 55 let) nadváhu.¹⁴⁰

V posledních desetiletích ale zájem žen o různé pohybové aktivity vykonávané ve volném čase stoupá, nejčastěji se jedná o různé druhy aerobního cvičení. Pravidelný pohyb a cvičení má prokazatelný vliv nejen na stimulaci optimálního tělesného rozvoje a zdatnosti, tedy na biologické faktory, ale i na formování ženské osobnosti po stránce psychické a společenské. Podle dotazníkového šetření jsou nejčastějšími motivy žen ke cvičení redukce hmotnosti a zdravotní aspekty, hlavně snaha o zlepšení tělesné kondice. Ženy chodí pravidelně cvičit také kvůli psychickému uvolnění, navazování sociálních kontaktů, rozptýlení, radosti ze cvičení a dobré náladě, kterou jim přináší, nebo

¹³⁷ Srov. ČECH, S. *Jak se dožít 100 let v České republice*. s. 117-124.

¹³⁸ Srov. INLANDER, CH. B.; KELLY, CH. K. *100 způsobů jak se dožít 100*. s. 145-150.

¹³⁹ OBERBEIL, K.; RAHN-HUBER, U. *Anti-Aging. Jak zůstat mladý*. s. 45.

¹⁴⁰ Srov. MOŽNÝ, I. *Česká společnost. Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. s. 55-60.

z touhy po pohybu. Ženy nad třicet let pak preferují psychické uvolnění a redukci hmotnosti.¹⁴¹

Právě ve věku, kdy se zpomaluje metabolismus a životní styl se orientuje spíše na požitky, je stále obtížnější si štíhlou postavu udržet nebo ji vylepšit. Pravidelný pohyb ale nejen udržuje nebo redukuje tělesnou hmotnost, ale také udržuje tělo pohyblivé a pružné. Výsledkem je pohyblivost, správné držení těla a skvělý pocit. Z častějšího pohybu pak profituje nejen tělo, ale i duch. Odbourává se napětí a po sportu se člověk cítí čerstvý, svěží a plný nové energie. Výrazně je také podporována schopnost zapamatování a koncentrace, mizí poruchy prokrvení a bolesti hlavy.

Podle S. Čecha¹⁴² je pohyb rozhodujícím faktorem dlouhověkosti, protože startuje metabolismus. Předchozí generace tolik usilovaly o odstranění dřiny a nepohodlí, že dnešnímu člověku pohyb chybí. Přitom je geneticky připraven na mnohonásobně více fyzické aktivity, než kolik svému tělu v dnešní době dopřává. Pohybová aktivita je životně důležitá pro správné fungování lidského těla, kyslík je při ní přiváděn rychleji do všech důležitých orgánů. Činnost tělesného svalstva také chrání před škodlivým cholesterolem, spaluje škodliviny a odbourává překyselení. Pohyb také ovlivňuje metabolismus. A k tomu všemu ještě „vypíná“ negativní myšlení. Přesouvá totiž mozkové vzruchy ze zadní emoční hemisféry do střední oblasti pohybových aktivit. Proto se člověk tak často a rád odreačovává činnou prací a pohybem od svých každodenních starostí. Je vědecky prokázán úzký vztah mezi nedostatkem pohybu a zvýšeným výskytem úzkostných stavů a nastupujících příznaků deprese. Pohyb je rozhodujícím faktorem pro udržení zdravého mozku.

Jedna hodina pohybu týdně ale nic nevyřeší. Na druhou stranu nemá smysl začít s pohybem nárazově a unáhleně – tím si člověk může i velmi ublížit. Každé cvičení je třeba začít zvolna a zvážit přitom svůj zdravotní stav. Velmi prospěšná je například chůze. Každý si může najít variantu pohybové aktivity, která mu bude

¹⁴¹ Srov. STREŠKOVÁ, E. Co motivuje ženy ke cvičení? *Psychologie dnes*, 2007, roč. 13, č. 2, s. 45.

¹⁴² Srov. ČECH, S. *Jak se dožít 100 let v České republice*. s. 93-99.

nejlépe vyhovovat. Vždy pak platí, že kdo pravidelně cvičí, ten má odolnější organismus, cítí se mladší a bývá méně unavený.

Cvičení s sebou tedy přináší tyto pozitivní stránky: snižuje riziko onemocnění srdce, snižuje krevní tlak, posiluje vazivo a šlachy, zmírňuje stres a pomáhá zmírnit depresi, zlepšuje spánek, snižuje riziko vzniku několika druhů rakoviny, zlepšuje fyzický vzhled, posiluje sebevědomí, posiluje kosti a omezuje vznik osteoporózy, zvyšuje hladinu energie.¹⁴³ „Pravidelná fyzická aktivita může pomoci udržovat skeletální integritu po celý život jedince. Cvičení zabezpečuje zvýšení kostní hmoty, ale musí být trvalé, aby nárůst kostní hmoty pokračoval. Cvičení je dále významným faktorem v redukci rizika vzniku zlomenin. Zlepšuje svalovou sílu, pohyblivost, stabilitu, držení těla, a tím snižuje incidenci a závažnost pádů.“¹⁴⁴

Na druhé straně člověk ale nesmí opomíjet ani důležitost odpočinku a spánku. Ve spánku tělo spouští nejsilnější autoregulační a detoxikační mechanismy. Ve spánku se léčí a regeneruje tělo i duše. A během spánku se tělo také zbavuje jedů a překyselení.¹⁴⁵

V současné době se používá také s termín se starého Řecka – kalokagathia. Tento termín znamená v doslovném překladu krásu těla i duše, jejich dokonalost a jejich vzájemné vyladění. Pod tímto ideálem se však neskrývá jednoduše jen fyzická atraktivita, rozhodně ne za každou cenu. Podle I. Martínkové, je kalokagathia komplexem péče a starostlivosti o sebe sama, vyplývající z citlivosti ke svým potřebám, tělesným i duševním. Jde o práci na sobě, o porozumění sobě i o potěšení ze sebe samého. Harmonizován musí být i vztah k bližním a ke světu celkem.¹⁴⁶ „Znalost silných i slabých stránek vlastního těla, pocit dobré tělesné kondice a energie, dobrý pocit z vlastního těla a schopnost je ocenit – to vše dává člověku sílu. Rozvíjení tělesného potenciálu dodává navíc

¹⁴³ Srov. KURZWEIL, R.; GROSSMAN, T. *Fantastická cesta*. s. 318-320.

¹⁴⁴ TOŠNEROVÁ, V. Ovlivnitelné rizikové faktory osteoporózy a funkční patologie. In Program a sborník abstrakt odborné konference „Klimakterická medicína ve 21. století“ *Nové přístupy*. s. 12.

¹⁴⁵ Srov. ČECH, S. *Jak se dožít 100 let v České republice*. s. 38-40.

¹⁴⁶ Srov. KOUČKÁ, P. Kalokagathia. *Psychologie dnes*, 2006, roč. 12, č. 6, s. 11-16.

člověku pocit úspěchu, který ho může povzbudit i v potýkání se s jinými problémy.“¹⁴⁷

3.4.3 Klimakterické potíže

Klimakterické potíže lze léčit režimovými opatřeními nebo farmakologicky. Farmakoterapie se dělí na léčbu hormonální a nehormonální. Terapeutické podávání estrogenů vede podle T. Faita¹⁴⁸ k odstranění prakticky všech příznaků klimakteria. Jejich podávání je účinnou prevencí příznaků dlouhodobého estrogenního deficitu i některých dalších chorob. Rozlišuje se hormonální léčba žen v pre-, peri- a postmenopauze. Začíná se nízkodávkovou terapií, a teprve pokud není účinná, dávka se zvyšuje. V současnosti je k dispozici řada hormonálních substitučních preparátů. Trendem v hormonální terapii je individualizace léčby. Hormonální terapie však s sebou přináší i jistá rizika. *„... hormonální substituce estrogenů má pro některé ženy příznivé účinky včetně ochrany před srdečními onemocněními, ale vyskytují se i negativní účinky jako zvýšené riziko rakoviny prsu. Tato léčba je navíc ženám vnucována prostřednictvím diskriminace na základě pohlaví a věku tím, že slibuje věčnou feminitu a mládí.“¹⁴⁹*

Podle M. Kochové¹⁵⁰ estrogeny rozhodně nelze doporučit v těchto případech:

- v rodině (u matky, babičky, tety, sestry) se vyskytla rakovina prsu nebo rakovina vaječníků,
- už jste nebo jste byla nemocná na rakovinu prsu nebo vaječníků,
- máte silné křečové žíly nebo jste už někdy měla trombózu.

Podle nových poznatků vědy totiž za estrogenové terapie srdečních infarktů, mrtvic a Alzheimerera nebylo, naopak. A riziko onemocnění na rakovinu prsu

¹⁴⁷ RENZETTI, C. M.; CURRAN, D. J. *Ženy, muži a společnost*. s. 492.

¹⁴⁸ Srov. FAIT, T.; ŠNAJDEROVÁ, M. aj. *Estrogení deficit*. s. 111-124.

¹⁴⁹ RENZETTI, C. M.; CURRAN, D. J. *Ženy, muži a společnost*. s. 482.

¹⁵⁰ Srov. KOCH, M. *Intelligence těla*. s. 88-95.

výrazně stouplo. Na druhé straně ale typické potíže let přechodu, pocení, poruchy spánku a depresivní rozlady, které se v této době mohou (ale nemusí) objevit, se dají užíváním hormonů výrazně zlepšit. Také pochva a orgány pánve zůstávají měkčí a elastičtější, rovněž tak kůže. Kostí jsou poměrně dobře chráněny před osteoporózou, ale jen dokud trvá přísun estrogenu, poté jejich pevnost znovu ochabuje.

Existují ale i alternativy, jako jsou například rostlinné preparáty nebo sójové prostředky, a v mnoha případech jejich účinek stačí ke zmírnění potíží. Pro udržení elasticity vagíny a tkáně kolem močového měchýře je možné jednou až dvakrát týdně zavádět poševní čípek obsahující estrogen (množství hormonů je přitom nízké). Při návalech horka existuje jako alternativa hormonální léčby lék z řady takzvaných antidepresiv, účinná látka se nazývá venlafaxin. A aby se zabránilo osteoporóze, potřebuje každá žena po padesátce každodenní přísun vápníku minimálně 100 mg. A samozřejmě hodně sportu a pohybu, aby se posílily kosti a svaly.

S. Faeltenová¹⁵¹ radí, jak zvládnout menopauzu, a to nejen z hlediska fyzického, ale i z hlediska psychického a sociálního. Co se týče psychické oblasti, je podle ní pro ženu lepší, dovolit si smutek ze ztráty plodnosti prožít. Na druhé straně je dobré si uvědomit, že mít dítě není jedinou možností seberealizace ženy. Doporučuje také svěřit se partnerovi. Otevřená komunikace s partnerem je velmi důležitá a navíc může ženě pomoci najít realistický postoj k menopauze.

Z hlediska sociálního by ženy měly hledat citovou oporu. Není dobře, když se v tomto období izolují. Pokud naopak vyhledají společnost jiných žen, pomůže jim to adaptovat se na novou situaci.

Co se týče fyzických faktorů, doporučuje se dostatek odpočinku a spánku a pravidelné cvičení. Cvičení je jistým druhem samoléčby deprese, protože zvyšuje hladinu endorfinů. Rizikovým faktorem je naopak kouření, protože snižuje sekreci estrogenu a urychluje nástup přechodu (o dva až čtyři roky). Navíc kouření při současném užívání hormonální substituční léčby zvyšuje riziko

¹⁵¹ Srov. FAELTENOVÁ, S. *Domácí lékař pro ženy*. s. 214-216.

trombózy a embolie. Pokud ženu trápí suchá sliznice pochvy, měla by používat lubrikační krém.

Mezi klimakterické potíže patří většinou také ochabnutí pánevního dna, s kterým může být spojený i samovolný únik moči a neustálé nucení, nebo také pokles dělohy, močového měchýře nebo střev. Aby se předešlo ochabnutí pánevního dna, doporučuje se jediné – cvičit. Nejpozději s nástupem přechodu by ženy měly začít s cíleným posilováním pánevního dna. Navíc posilováním svalů pánevního dna mohou ženy zvýšit i svoji sexuální citlivost. A současně se lepším prokrvením předchází vzniku hemeroidů.¹⁵²

Hlavním příznakem přechodu jsou návaly (obtěžují asi 75 % žen). Bývají jevem dočasným (většinou 9 – 16 měsíců), ale jsou nepříjemné a obtěžující. Lékaři podle S. Faeltenové¹⁵³ doporučují:

- Zůstat v chladu (horko samo o sobě ke vzniku návalu přispívá).
- Vyhnout se teplotním skokům.
- Správně se oblékat (do zimy je lepší takzvané vrstvené oblečení, při návalu je pak snazší svléci si potřebné vrstvy a znovu se obléci, když nával přejde; nejlepší materiál je bavlna nebo jiné přírodní vlákno).
- Vynechat koření (například pálivé papričky nebo kari).
- Omezit kofein (může spustit návaly zvýšením krevního tlaku a tepové frekvence).
- Omezit sladkosti (konzumace cukru urychluje metabolismus a přispívá k tvorbě tělesného tepla).
- Abstinenci (po konzumaci alkoholu hladina estrogenů u žen strmě stoupá, tyto vzestupy ale bývají následovány náhlým propadem hladiny estrogenů, což může spustit návaly).
- Sóju (v sóje se nacházejí takzvané fytoestrogeny, přirozené rostlinné hormony podobné lidským estrogenům a stejně působící).

¹⁵² Srov. OBERBEIL, K.; RAHN-HUBER, U. *Anti-Aging. Jak zůstat mladý.* s. 180-182.

¹⁵³ Srov. FAELTENOVÁ, S. *Domácí lékař pro ženy.* s. 242-245.

Phillipsová¹⁵⁴ navíc ženám radí cvičení. Pravidelné tělesné cvičení zlepšuje krevní oběh, a to může vést k větší toleranci těla na mezní teplotu a lepší schopnosti rychle se ochladit. Dále je třeba jíst menší porce stravy, protože velké dávky rozšiřují krevní cévy, a to je příčinou, proč je tělo teplejší. Nutné je pít dostatek tekutin, zvláště pokud ženu trápí noční pocení. Další příčinou návalů může být kouření nebo nadměrný stres.

3.5 Psychické / duševní faktory

3.5.1 Duševní hygiena

Duševní zdraví znamená podle E. Markové¹⁵⁵ dobrou kondici celé osobnosti, nejedná se jen o nepřítomnost duševní poruchy. Duševně zdravý člověk má schopnost přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet. Umí plánovat a plány uskutečňovat. Je schopný podílet se na změnách a vytvářet nové věci. Umí komunikovat. Aktivně se zúčastňuje dění kolem sebe. Dobře se adaptuje na nové situace. Poznává se podle citové vyrovnanosti, zvládá vlastní emoce a zároveň se dovede uvolnit. Dokáže pracovat a udržovat partnerský vztah. Duševní zdraví představuje schopnost přizpůsobovat se situacím a reagovat na ně.

Výzkumy také ukazují, že lidé, kteří jsou v dobrém vztahu s vnějším světem, s rodinou a s přáteli, žijí déle. Studie dále potvrzují, že dobré mezilidské vztahy přispívají nejen k psychické pohodě, ale mají vliv i na kardiovaskulární a imunitní systém. Lidé, kteří zůstávají myšlenkově aktivní a naučí se zvládat stres, se obecně těší lepšímu zdraví.¹⁵⁶

Zdravotní stav člověka je výsledkem složité interakce mnoha faktorů, z nichž některé lze poměrně snadno ovlivňovat. Ukazuje se, jak zásadní význam pro zdraví má psychický a sociální stav každého jedince. Ten, kdo touží po osobní

¹⁵⁴ Srov. PHILLIPSOVÁ, R. *Knihy knih o menopauze*. s. 30-34.

¹⁵⁵ Srov. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. s. 16-17.

¹⁵⁶ Srov. INLANDER, CH. B.; KELLY, CH. K. *100 Způsobů jak se dožít 100*. s. 169-176.

pohodě a chce pěstovat nezdolnost, která by mu pomohla v boji se stresem, by podle M. Zvírotského¹⁵⁷ měl žít tak, aby naplnil následující pětici:

- Mít rád. Pozitivní vztah sám k sobě je předpokladem i k tomu mít rád někoho jiného. Vztah k druhému člověku nelze ničím plnohodnotně nahradit. Láska podněcuje, dodává energii a radost ze života.
- Tvořit. Typickým rysem kreativity je otevřenost vůči budoucnosti. Člověk ostatně tvoří i sám sebe. Tvorba, která přináší uspokojení, může mít rozličnou podobu, může být uskutečňována nejen v umění nebo řemeslech, ale také ve výchově dětí, v duchovní oblasti a podobně.
- Bydlet. Mít vlastní prostor, někam patřit, jsou hodnoty často podceňované. Vědomí domova souvisí s láskou i tvorbou, domov je dán emoční vazbou na lidi, věci, místo a musí být vytvářen. Bydlet znamená těšit se ze svého sídla a moci se do něj ukrýt, mít v něm své soukromí.
- Vztahovat se. Vytvářet si vztahy k okolnímu světu, k lidem, zaujímat vlastní stanoviska k událostem, jevům, aktivně se podílet na životě společnosti, to vše posiluje identitu. Pocit, že je člověk platným členem společnosti a že na ni má sám určitý vliv, je pro jeho zdraví nutný. Žít mezi jinými lidmi znamená dorozumívat se s nimi, proto je také nezbytné ovládnout umění přiměřené komunikace.
- Učit se. Výše uvedeným činnostem se člověk musí neustále učit. Celoživotní učení jako aktivní a tvořivý proces je velice účinný způsob rozvoje osobnosti, zpomalování stárnutí a zvyšování pocitu spokojenosti. Ostatně učení usnadňuje adaptaci, tedy proces přímo vedoucí ke zdraví.

Duševní hygiena se zaměřuje mimo jiné i na zrání osobnosti. Maslow nastínil devět charakteristických rysů takzvané zralé osobnosti. Patří mezi ně: ryzí vztah ke skutečnosti; vysoký stupeň sebeakceptace; vysoká míra spontánnosti; koncentrace více na problém než na sebe sama; vážení si samoty jako možnosti usebrání; vysoký stupeň autonomie, nezávislosti na druhých lidech;

¹⁵⁷ Srov. ZVÍROTSKÝ, M. Je zdraví opravdu to nejdůležitější? *Psychologie dnes*, 2006, roč. 12, č. 4, s. 26-27.

přátelské a láskyplné vztahy k několika blízkým přátelům; podřizování vlastního jednání etickým principům; nadhled nad vlastní kulturou (její transcendence). Později přibýly další rysy, jako je například otázka smysluplnosti života.¹⁵⁸

Každý člověk se někdy ptá: „Má můj život smysl?“, případně: „Co dá mému životu smysl?“. Člověk mající smysl života se pozitivně zavázal nějakému konceptu smyslu života nebo životnímu schématu. Tento koncept mu poskytuje životní rámec, který mu umožňuje souvisle interpretovat svět a odvozovat od něj životní cíle. Možnost naplňovat životní cíle pak přináší pocit smysluplnosti. Naopak lidé, kteří ve svém životě smysl postrádají, trpí takzvanou existenciální frustrací, která vzniká, když člověk pochybuje o smyslu své existence, když se smysl bytí stal sporným a člověk neví, co dál. To může vést za určitých okolností k neuróze nebo k depresi se suicidiálními tendencemi – takto vzniklá neuróza se označuje jako existenciální neuróza.¹⁵⁹

J. Křivohlavý¹⁶⁰ se mimo jiné zabýval otázkou, kdy je člověku dobře. Vzniká množství studií, které si kladou za cíl zjistit, jaké charakteristiky mají lidé, kterým je dobře. V rámci pozitivní psychologie existuje oblast, která se zabývá lidskými snahami a cíli lidského snažení. Otázka pak zní: Jaké cíle v každodenním životě (i v životě jako celku) je dobré si stavět, jde-li nám o to, aby nám bylo dobře? Naše snahy, záměry, cíle a směřování našeho úsilí lze rozdělit do tří skupin. Do nejnižší skupiny patří běžné, krátkodobé cíle, těch je nesmírné množství. Naopak nejvyšší skupinou je naše trvalé životní směřování, konečné záměry, jde o cíle, „nad něž již nic vyššího není“. Skupinu mezi tvoří naše osobní snažení.

Toho, oč se člověk snaží, je mnoho. Proto může docházet k situacím, kdy jsou naše snahy ve vzájemném rozporu. Není divu, že výsledkem takového stavu je i to, že člověku není dobře. Na straně druhé se hovoří o integrované osobnosti jako o ideálu psychického vývoje. Integrovat zde znamená spojovat, spojit,

¹⁵⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. s. 152-153.

¹⁵⁹ Srov. SOUKUPOVÁ, T. Jaký je smysl vašeho života? *Psychologie dnes*, 2004, roč. 10, č. 10, s. 17-19.

sjednocovat, sjednotit v jeden jediný funkční celek. Termínem „integrace osobnosti“ se pak rozumí její kompaktnost, celistvost. Výsledky řady studií ukazují, že s rostoucí integrovaností snah, záměrů a cílů v osobnosti člověka roste kvalita jeho života, a tím i do značné míry to, jak mu je dobře.

Mezi cíle, které vedou k dobrému životnímu pocitu, pak bezesporu patří cíle generativní. Generativitou se přitom rozumí snaha generovat, vytvářet něco, co přesahuje hranice sebestředných, egocentrických až egoistických zájmů člověka. Tvořit něco, co by člověka přežilo, co by obohatilo druhé lidi. Pojmu generativita je možno porozumět tam, kde hovoříme o plození, kreativitě, umělecké nebo vědecké činnosti, případně i o dobrovolné formě pomoci druhým lidem. Výsledky empirických studií ukazují, že tam, kde byly diagnostikovány generativní snahy, záměry a cíle, tam bylo možno diagnostikovat i vyšší míru toho, co psychologové označují termínem well-being.

3.5.2 Zvládání stresu

Každá žena chce a potřebuje každý den zvládnout plno věcí - stručně řečeno se stresu nemůže vyhnout, i kdyby chtěla sebevíc. Cílem tedy není vymýtit ho ze života, ale naopak poradit si s ním, jak nejlépe umím. V neposlední řadě je třeba se naučit rozpoznat signály blížící se stresové reakce. Člověk by měl být před stresem vždy o krok napřed, pak má velkou šanci úspěšně ho zvládnout. Stres ale na každého působí jinak a každý se s ním také jinak vypořádává, takže všeobecně platný návod nelze nadiktovat. Každý si musí najít a zvolit metody, které mu pomáhají.

Druh a způsob reakce na stres závisí na dosavadních zkušenostech, na tom, co člověk dosud prožil, a v neposlední řadě i na jeho povaze. Chce-li tedy úspěšně zvládat stres, musí v první řadě poznat sám sebe. Stává se totiž, že úspěšnému zvládnutí stresu brání naučený způsob chování, který není účinný nebo vhodný.

¹⁶⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. Kdy je člověku dobře. *Psychologie dnes*, 2004, roč. 10, č. 10, s. 20-22.

Riziko vysoké míry stresu hrozí podle K. Kraska-Lüdecke¹⁶¹ například těm jedincům, kteří: na sebe kladou vysoké požadavky; všechno chtějí dělat co nejlépe; neodpustí si žádnou chybu; jsou nároční a kritičtí i ve vztahu k druhým lidem; mají tendenci k pesimistickému pohledu na svět; nenaučili se odmítat požadavky druhých lidí; přidávají si víc a víc práce; cítí se za všechno a za všechny zodpovědní; chtějí, aby je všichni lidé měli rádi, nebo je alespoň uznávali; domnívají se, že když problémy obejdou, vyřeší se samy; nezastávají názor, že by se dokázali změnit; nereagují na varovné tělesné příznaky nebo je nedokáží rozpoznat.

Na náročné životní situace reagují lidé rozmanitými způsoby. Někdo se snaží opětovným a zvýšeným úsilím překážky zdolávat, jiný rezignuje nebo se zaměří k jinému, náhradnímu, cíli, další zkouší některou z technik, které mají vést k překonání napětí a úzkosti pramenící z nemožnosti dosáhnout cíle. Jan Čáp¹⁶² vymezuje techniky, s jejichž pomocí se člověk vyrovnává s náročnými životními situacemi (především těmi patogenními). Zároveň ale upozorňuje na fakt, že každá z těchto technik může být jak „normální“, tak „patologická“ – může vést jak k úspěšnému a přiměřenému řešení složité životní situace, tak k řešení nepřiměřenému.

Mezi dva základní způsoby reakce patří bezesporu přímá agrese nebo prostý únik - tyto techniky můžeme pozorovat již u dětí. Když se na cestě k cíli objeví překážky, které nelze obejít, je možné pokusit se je zdolat jejich odstraněním nebo rozbitím, tedy přímou agresí. Tato technika vede někdy k úspěchu, k uspokojení potřeby, k oslabení pocitu vnitřního napětí. Tím se tento agresivní postup může posilovat a upevňovat tak, že ho člověk použije opětovně. Přímá agrese je technika v některých situacích přiměřená a každý člověk ji někdy použije. Je to aktivní způsob vypořádávání se s životními překážkami. V současnosti můžeme najít celou řadu postojů k lidské agresi. S postupem vývoje společnosti se ale projevuje jasná tendence hodnotit agresivní chování

¹⁶¹ KRASKA-LÜDECKE, K. *Nejlepší techniky proti stresu*. s. 49-53.

¹⁶² ČÁP, J. *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. s. 60-90.

negativně (i když z psychopatologického hlediska zůstává otazník ohledně vlivu násilného tlumení agresivních impulsů na celkový stav osobnosti).

Na druhé straně prostý únik, popřípadě útěk, je také někdy, ale opravdu jen někdy, účelný. Každý se setkal s heslem: „Kdo uteče, ten vyhraje.“ Naznačuje, že vyhnout se střetnutí s protivníkem, ale často také s obtížnou životní situací, je méně nebezpečné a přináší prospěch. Tato domněnka ale není jednoznačná. Například strach a zbabělost jsou většinou lidí odsuzovány nebo jsou zdrojem posměchu. Na druhé straně společnost schvaluje pozměněné formy úniku, to znamená nebýt agresivní a reagovat na náročné situace raději pasivně, omezit aktivitu a pasivně se přizpůsobit.

Protože ale společnost plně neschvaluje přímou agresi, ani únik, je třeba si osvojit jiné, složitější techniky. Od přímé agrese jsou odvozovány techniky jako upoutávání pozornosti, egocentričnost, identifikace, kompenzace, racionalizace a projekce. Od prostého úniku pak techniky osamocení, negativismu, regrese, potlačení a úniku do fantazie.

Každá z těchto technik může člověku v určité konkrétní situaci pomoci. Nutno ale dodat, že řada z nich může být škodlivá nebo nepřiměřená. Naopak je možno vyzdvihnout techniku kompenzace. Kompenzace je poměrně častou technikou, s jejíž pomocí se člověk vyrovnává s neúspěchem. Vyvíjí přitom úsilí, aby dosáhl jiného uspokojení buď v oblasti téže potřeby, nebo v oblasti jiných potřeb. Například lidé s pocitem méněcennosti se snaží vyvážit své neúspěchy tím, že usilují o úspěch v něčem jiném. Formy kompenzace jsou velmi rozmanité a jejím prostřednictvím je možné se vyrovnat s jakýmkoli neúspěchem nebo s frustrací kterékoli potřeby. Kompenzace je aktivní forma vyrovnávání se s náročnými situacemi a může být i společensky velmi hodnotná.

Všechny přizpůsobovací techniky mají svou faktickou „sebezáchovnou“ hodnotu. Pomáhají přežít i překonávat obtížné situace. Jsou účelné a pozitivní, pokud představují reakci přiměřenou dané situaci. Reakce nepřiměřené a stereotypní ale přinášejí problémy. Téměř každý člověk je do jisté míry ohrožen nebezpečím stereotypního jednání v náročných situacích. Jeden ze způsobů

adaptace se pro člověka většinou stane určujícím a převažujícím. Je ale třeba si uvědomit, že strnulé, zafixované a neměnné způsoby zvládnání náročných situací jsou škodlivé. Člověk totiž reaguje navyklým způsobem tam, kde je na místě jiná odpověď. Kde je málo flexibility a přiměřenosti reakcí, tam je i více stresu, frustrací a konfliktů.¹⁶³

V některých zátěžových situacích se může následkem nezvládnání těžkostí rozvinout i **závislost**. Droga pro některé jedince představuje „techniku“, jak překonat problémy. Cílem primární prevence je předejít užívání návykových látek včetně alkoholu a tabáku. Cílem prevence v rámci společnosti podle K.Nešpora¹⁶⁴ není předávání informací nebo to, aby se prevence líbila, ale to, aby se cílová populace chovala zdravěji. Zmiňuje například problematičnost médií, která jsou často spíše součástí problému než součástí jeho řešení (například reklamy na alkohol a tabák). Nejlepší preventivní programy využívající sdělovací prostředky podle něj kombinují jejich vliv s působením na místní úrovni. Například ti, kdo mají určitý problém, se z médií dozvědí, kde mohou v místě bydliště vyhledat pomoc. Takové působení ale musí být dlouhodobé a soustavné.

Podle P. Béma a K. Kaliny¹⁶⁵ k užívání drog dochází vždy v určitém systému. Bio-psycho-sociální model znázorňuje vztah mezi drogou, jejím uživatelem a prostředím, ve kterém k interakci mezi drogou a uživatelem dochází. K těmto třem oblastem se navíc váží takzvané rizikové faktory (zvyšující riziko) a protektivní, ochranné faktory (riziko snižující). Úkolem prevence tedy je podpora protektivních a omezování rizikových faktorů.

U drogy se sleduje její charakter, potenciál pro závislost, účinky, způsoby aplikace a tak dále (biologické faktory). Co se týče uživatelů, závislost lze navodit u každého jednotlivce, neexistuje struktura osobnosti, která by stoprocentně před závislostí chránila nebo ji naopak stoprocentně předurčovala. Rizikovými a protektivními faktory jsou zejména osobnostní charakteristiky. Riziko zvyšuje nízké sebevědomí a sebehodnocení, nízká výkonnost, nedostatek asertivity

¹⁶³ Srov. ŠTĚPANÍK, J. *Umění jednat s lidmi 3. Stres, frustrace a konflikty*. s. 77-105.

¹⁶⁴ Srov. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. s. 154-155.

¹⁶⁵ KALINA, K. aj. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. s. 275-281.

a schopnosti čelit tlaku okolí, nevhodné sociální vazby, úzkostnost, stres a jeho špatné zvládnání, nezdrženlivost, sklon k depresím, ale i například zdravotní handicap (psychické faktory). Do oblasti prostředí se zahrnuje působení všeho, co člověka obklopuje. Lze zde rozlišit tři úrovně. První představuje společnost - její vztah k drogám, postoje a normy, dostupnost drog, výkonová a konzumní orientace, oslabení rodin, rozvodovost a tak dále. Druhou úroveň představuje rodinné prostředí - atmosféra rodiny, míra lásky a péče, rodinný systém norem a hodnot a podobně. Třetí úroveň tvoří přátelé.(sociální faktory)

Při řešení těžkých životních situací může člověku pomoci mnohé. Některé věci, které mu mohou pomáhat, jsou přímo v něm (v jeho osobnosti), jako například jeho schopnost řešit těžké situace, znalost strategií zvládnání nebo naopak jeho zranitelnost. Jiné jsou oproti tomu mimo člověka. Sociální opora je formou pomoci, která přichází v těžkostech od druhého člověka, a je chápána jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů modifikujících a moderujících nepříznivý vliv různých negativních životních situací na psychický i fyzický zdravotní stav člověka, na jeho pohodu a na kvalitu jeho života.¹⁶⁶ Svou nepochybnou zde tedy hrají i faktory sociální.

I společnost ale může ovlivnit množství stresu, které na člověka doléhá. Často právě společnost určuje normy a hodnoty, podle kterých pak jednotliví lidé hodnotí například význam manželství, rodiny, nevěry, rozvody, vztahy mezi generacemi, význam starých lidí, ale i nebezpečí návykových látek a podobně. A to už pak přináší důsledky do životů konkrétních lidí.

3.5.3 Volnočasové aktivity

Za jednu z nejvýznamnějších sfér realizace životního způsobu je tradičně označován volný čas, respektive trávení volného času, a to jak z hlediska kvantitativního (objem volného času), tak kvalitativního (struktura volného času). Ve volném čase se člověk může věnovat činnostem, které má rád, které ho baví,

¹⁶⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. s. 93-112.

uspokojují a přinášejí mu radost a uvolnění. Volný čas je sférou, v níž je možné nejvýrazněji uplatňovat svobodná rozhodnutí o její náplni na základě spíše vlastních potřeb, zájmů a hodnot než zvenčí více či méně vnucených daností a povinností nebo stereotypů.

Různí lidé si pod pojmem volný čas představují různé věci. J. Pávková¹⁶⁷ zjistila u žen v pozdní dospělosti například tyto představy: „práce na zahradě, záhony květin a zeleniny“, „cestování, poznávání cizích zemí“ nebo „pohodlné křeslo a pěkná kniha“. Pod pojem volný čas se běžně zahrnují odpočinek, rekreace, zábava, zájmové činnosti, zájmové vzdělávání nebo dobrovolná společensky prospěšná činnost.

O volném čase lze hovořit ve chvíli, kdy člověk vykonal své pracovní povinnosti (pracovní čas) i činnosti nutné k udržení existence sebe sama, své rodiny a své domácnosti (vázaný čas). V praxi z toho plyne bezprostřední závislost rozsahu volného času nejen na délce pracovní doby, ale i na objemu a časové náročnosti různých mimopracovních závazků.

Na druhé straně je třeba zdůraznit důležitost volného času, a to zejména pro věkovou kategorii 45 až 60 let. Právě v této době je totiž klíčové naučit se s volným časem nakládat, najít si hodnotné zájmy a kvalitní náplň volného času. Protože bezprostředně na pozdní dospělost navazuje období stáří, kdy už člověk může odejít do důchodu. Pokud si návyky spojené s trávením volného času neosvojí již teď, může se po odchodu do důchodu cítit ztracený a dezorientovaný. Ale pokud člověk má kvalitní záliby a naučil se s volným časem hospodařit a kvalitně ho využívat, může se období stáří stát krásným časem, plně využitým a naplněným.

Jako hlavní funkce volného času se uvádějí: odpočinek (regenerace pracovní síly), zábava (regenerace duševní síly) a rozvoj osobnosti (spoluúčast na vytváření kultury). Základní funkce a možnosti volného času jsou vymezovány takto:

¹⁶⁷ Srov. PÁVKOVÁ, J. aj. *Pedagogika volného času*. s. 9-13.

- rekreace (zotavení a uvolnění);
- kompenzace (odstranění zklamání a frustrací);
- výchova a další vzdělávání (učení o svobodě a ve svobodě, sociální učení);
- kontemplace (hledání smyslu života a jeho duchovní výstavba);
- komunikace (sociální kontakty a partnerství);
- participace (podílení se, účast na vývoji společnosti);
- integrace (stabilizace života rodiny a vrůstání do společenských organismů);
- enkulturace (kulturní rozvoj sebe samého, tvořivé vyjádření prostřednictvím umění, sportu, technických a dalších činností).

České oficiální dokumenty za funkce volného času pokládají relaxaci, regeneraci, kompenzaci, sociální prevenci a výchovu.¹⁶⁸

Množství volného času závisí na mnoha faktorech. Může být redukováno zaměstnáním (přesčasy, vedlejším pracovním poměrem a podobně), u žen pak často domácími pracemi nebo pomocí dospělým dětem nebo starým rodičům. Ze studie Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí¹⁶⁹ vyplynulo, že ženy se domácími pracemi věnují téměř o deset hodin týdně déle než muži. Na druhém místě jejich náplně času se umístila výpomoc s péčí a výchovou vnoučat, které ženy věnují asi devět hodin týdně. V průměru sedm hodin týdně stráví žena výpomocí s chodem domácnosti svých dětí. Co se týče změn po odchodu dětí, nadpoloviční většina dotázaných věnuje nyní více času svým koníčkům a zájmům, necelá polovina se dnes více věnuje svému zaměstnání, a naopak méně času je už třeba na zajištění chodu domácnosti.

Jedním z poznatků z oblasti volného času je, že odpočínutý člověk podá lepší pracovní výkon a lépe zvládá i mezilidské vztahy na pracovišti. Při zájmových činnostech mohou lidé získávat nové vědomosti, které lze uplatnit i v profesi. Činnosti ve volném čase by měly přispívat také k utváření mezilidských vztahů a navazování sociálních kontaktů. Ze zdravotně-hygienického hlediska je důležité uspořádání režimu dne, respektování křivky

¹⁶⁸ Srov. HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. s. 13-15.

¹⁶⁹ Srov. SVOBODOVÁ, K. *Rodina a zaměstnání IV. Rodiny po odchodu dětí (Deskriptivní fáze analýzy)*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. s. 22-27.

výkonnosti jedince, hygiena prostředí i sociálních vztahů a hygiena duševního života. Správné využívání volného času se pak pozitivně projevuje ve zdravotním stavu člověka. V neposlední řadě by činnosti ve volném čase měly přispívat k uspokojování biologických i psychických potřeb člověka. Z volného času se však stalo odvětví, které je využíváno i komerčně. Průmysl volného času je v tržních ekonomikách samostatným a většinou dobře prosperujícím odvětvím, které ale často rezignuje na vzdělávací cíle a kultivaci osobnosti.¹⁷⁰

Výrazným charakteristickým rysem současné české společnosti je značná různorodost v trávení volného času. Velice zřejmým trendem u značné části populace ale je určitý sklon spíše k pasivnějšímu a nenáročnějšímu trávení volného času. Nejvíce je to patrné na dominantě trávení volného času, televizi. Devět osob z deseti sleduje televizi (případně video a podobně) pravidelně, tj. denně či alespoň vícekrát týdně. Druhou nejpravidelnější činnost pak představuje četba časopisů a zábavné literatury. Naopak nejmenší frekvenci i nejméně početnou skupinu vyhraněných příznivců má návštěva divadel, koncertů a výstav.¹⁷¹

Bezpochyby platí, že hodnotné zájmy a koníčky představují velké plus. Pokud má člověk ve svém životě oblast, která ho naplňuje, při které se realizuje a která vnáší do jeho života smysl, vlastní velké bohatství. Při takové činnosti totiž člověk často zapomíná i na všechny problémy a stresy, může být sám sebou a potvrzuje si zde i svou vlastní hodnotu.

Co se týče společného trávení volného času manželů, mohou podle S. Kratochvíla¹⁷² nastat dva různé problémy. Buď se objevují stížnosti na to, že se jeden partner druhému „nevěnuje a nemá na něho čas, je stále pryč“ nebo že se „věnuje jen své práci, svým přátelům a svým zálibám“. Druhý extrém představuje situace, kdy partner „nenechá člověka na pokoji, aby si mohl ve volném čase v klidu odpočinout a věnovat se vlastním zálibám, ale stále požaduje, aby se

¹⁷⁰ Srov. PÁVKOVÁ, J. aj. *Pedagogika volného času*. s. 15-18.

¹⁷¹ Srov. TUČEK, M.aj. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*. s. 168-202.

¹⁷² Srov. KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. s. 138-140.

věnoval jemu“. Proto je třeba najít kompromis mezi těmito dvěma extrémy, který by vyhovoval oběma partnerům. Volný čas je tedy podle něj třeba rozdělit na:

- Čas, který má každý sám pro sebe a který tráví mimo dosah partnera.
- Čas, při němž jsou manželé sice prostorově blízko, ale každý se věnuje jiné činnosti, která ho baví a kterou s ním druhý nesdílí.
- Čas, při němž se manželé baví spolu, ať už jde o činnost, výlet, hru, práci na zahradě, návštěvu nějaké kulturní akce nebo nezávaznou konverzaci.
- Čas, který manželé tráví spolu ve společnosti jiných osob, například s přáteli, s příbuznými nebo na společenských akcích. Zejména přítomnost přátel blízkých oběma manželům může působit jako kladný podnět ke konverzaci, ve které se i manželé někdy jeden od druhého a o druhém dozvědí víc, než když se pokoušejí si spolu vyprávět sami.
- Čas, při němž manželé spolu řeší nahromaděné problémy.

Oblast trávení volného času se týká faktorů psychických, fyzických i sociálních. Ve volném čase má každý člověk prostor pro naplňování svých psychických a duševních potřeb, je to výjimečný prostor pro kompenzaci a seberealizaci, pro rozvoj osobnosti nebo další vzdělávání. Z hlediska fyzických faktorů nabízí volný čas prostor pro pohybové aktivity, ale i čas na odpočinek a rekreaci. A co se týče sociálních faktorů, přináší volný čas prostor pro navazování sociálních kontaktů, partnerství i mnohé příležitosti komunikace.

Svou nepochybnou roli zde ovšem hraje i společnost. I zde by byla na místě osvěta, aby lidé uměli docenit, zhodnotit a plně využít význam volného času. Role společnosti spočívá i v nabídce kvalitních volnočasových aktivit pro všechny věkové kategorie a všechny skupiny obyvatelstva.

3.6 Sociální / společenské faktory

3.6.1 Sociální opora

Sociální oporu definoval J. Křivohlavý: „*Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.*“¹⁷³ Sociální opora může mít svou makro-, mezo- i mikroúroveň. U makroúrovně sociální opory jde o celospolečenskou formu pomoci potřebným. O mezoúrovni se hovoří v případech, kdy se určitá sociální skupina lidí snaží pomoci potřebným. V případě mikroúrovně jde o pomoc a oporu, kterou danému člověku poskytuje osoba, jež je mu nejbližší. S tím souvisí i takzvaná sociální síť. Tímto termínem se vyjadřuje soubor lidí, s nimiž člověk je nebo byl v sociálním kontaktu a od nichž může očekávat, že by mu v případě potřeby poskytli určitou pomoc. Příkladem může být rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé, členové určité organizace a podobně.¹⁷⁴

Sociální opora má význam v životě každého člověka. Jako důležitý moment se ale jeví zvláště v náročných životních situacích, při zvládání životních těžkostí, při překonávání životních krizí a podobně. Významnou roli má tedy právě i v období pozdní dospělosti žen. Pokud má žena kolem sebe okruh lidí, na které se může spolehnout, kteří ji přijímají takovou, jaká je, kteří ji mají rádi a u kterých může mít jistotu, že jí v případě potřeby pomůžou a podpoří, má mnohem lepší předpoklady všechny tyto náročné životní situace zvládnout.

Výzkum Vidovićové a Rabušice se zabýval otázkou, jak časté mají lidé středního věku vzájemné interakce se svými starými rodiči. Ukázalo se, že interakce mezi dospělými dětmi ve věku 45 – 59 let a jejich starými rodiči jsou poměrně intenzivní. Plných 77 % respondentů odpovědělo, že se se svými rodiči vzájemně navštěvují jedenkrát do měsíce a častěji, 64 % pak jednou týdně

¹⁷³ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. s. 94.

¹⁷⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. s. 93-97.

a častěji. V odpovědích na tuto otázku nebyly zaznamenány rozdíly mezi pohlavími. Jiná situace ale nastala u dotazu o kvalitě těchto kontaktů. Pro muže jsou totiž statisticky významně častěji tyto vzájemné návštěvy povinností než pro ženy (10:25 %), naopak pro ženy jsou častěji radostí než pro muže (49:37 %). Také intenzita pomoci poskytovaná starým rodičům se odlišuje v závislosti na pohlaví respondenta.¹⁷⁵

Pro ženy v pozdní dospělosti představují vztahy velmi významnou oblast. Citlivě vnímají jakýkoli konflikt nebo problém ve vztazích s partnerem, s dětmi, s partnery dětí, s vnoučaty, s vlastními rodiči, s dalšími příbuznými, s přáteli, s kolegy a tak dále. Mezilidské vztahy představují nejen zdroj sociální opory, ale někdy i zdroj konfliktů a stresu. Přesto je důležité do nich investovat a rozvíjet je.

3.6.2 Zaměstnání

Stárnutí populace vyvolává také otázky týkající se možností prodloužení pracovní činnosti starších pracovníků. Posunutí věku odchodu do důchodu vytváří ale jenom legislativní rámec, jehož naplnění záleží na reálných podmínkách umožňujících starším lidem dosahovat kvalifikace, znalosti a dovednosti žádané zaměstnavateli, a obstát tak na trhu práce.

Jednou, ne-li jedinou cestou vedoucí k posílení konkurenceschopnosti starších lidí na trhu práce je, zejména v případě kvalifikačně náročnějších zaměstnání, další vzdělávání, jehož předpokladem je ale vyhovující zdravotní stav. Při zlepšování kvalifikační připravenosti a vzdělávání starších lidí je nezbytné postupovat ve třech rovinách. Je třeba analyzovat a zhodnotit stávající systém dalšího vzdělávání. Následně pak vymezit obecná doporučení ke zlepšení stávajícího nebo vytvoření nového systému vzdělávání dospělých osob. Třetí krok by pak měl vést k rozpracování jednotlivých nástrojů dalšího vzdělávání specificky zaměřených na dílčí skupiny starších osob, ale i na vzdělávací

¹⁷⁵ Srov. VIDOVIČOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti (zpráva z empirického výzkumu)*. s. 18-29.

instituce, zaměstnavatele a správní orgány. V zahraničí jsou například uplatňované nástroje jako placená / neplacená dovolená na vzdělávání, vzdělávací poukázky, individuální vzdělávací účty, daňové zvýhodnění jednotlivců, kteří si hradí další vzdělávání; daňové zvýhodnění zaměstnavatelů při vzdělávání zaměstnanců; fond dalšího vzdělávání; veřejná informační kampaň; přizpůsobení nabídky vzdělávání potřebám starších osob.¹⁷⁶

Tyto záležitosti záleží spíše na společnosti a jejích prioritách. Další klíčovou otázkou ale je, jestli stárnoucí lidé mají vůbec zájem dále se vzdělávat a pracovat, i když mají nárok odejít do důchodu. Podle studie Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí¹⁷⁷ v současné době absolvuje nebo v průběhu posledních tří let absolvovalo některou formu dalšího vzdělávání celkem 20 % respondentů. Pro naprostou většinu z nich (90 %) byl hlavní důvod jejich rozhodnutí studovat nebo absolvovat vzdělávací kurz spojený s jejich zaměstnáním, u zbylé části se jednalo většinou o důvody osobní nebo společenské.

A jak už jsem zmiňovala, období mezi 50 a 60 lety se obecně vymezuje jako „fáze postupného úbytku profesní angažovanosti“. Lidé už spíše uvažují, co budou dělat v důchodu. A asi 80 % lidí neplánuje, že by pracovali nad hranici stanoveného věku¹⁷⁸. Pokud ale člověk vezme do úvahy výši důchodů a fakt, že jejich výše se spíše snižuje (s tím, jak narůstá procento lidí v důchodu), je možné, že v budoucnu řada lidí svůj postoj přehodnotí a pokud jim to zdravotní stav a společnost dovolí, zůstanou v zaměstnání i v důchodovém věku – alespoň na částečný úvazek.

¹⁷⁶ Srov. CZESANÁ, V.; HAVLÍČKOVÁ, V.; ŠÍMOVÁ, V.; VYMAZAL, J. *Podpora vzdělávání starších osob*.

¹⁷⁷ Srov. SVOBODOVÁ, K. *Rodina a zaměstnání IV. Rodiny po odchodu dětí (Deskriptivní fáze analýzy)*. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. s. 37-40.

¹⁷⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 259-265.

Závěr

Ve své práci jsem se zabývala problematikou životního období žen v pozdní dospělosti, tj. ve věku 45 až 60 let. Cílem mé práce bylo vymezit specifické faktory, které na tuto cílovou skupinu působí, analyzovat jejich možné negativní důsledky a navrhnout možnosti jejich prevence.

Na ženy v pozdní dospělosti působí celá řada zatěžujících faktorů, a to v oblasti biologické, psychické i sociální. Jedním z těchto faktorů je klimakterium s jeho nepříjemnými příznaky a změnami v oblasti tělesné i psychické. U žen mezi 45. a 55. rokem dochází k poklesu hladiny pohlavních hormonů estrogenů. V důsledku toho následuje menopauza, tedy poslední pravidelná menstruace, a tím i konec biologické plodnosti. Ženy se musí vyrovnávat také s vlastním stárnutím, což je samo o sobě ztíženo současným „kultem mládí“. Co se týče partnerských vztahů, dochází v tomto období velmi často ke krizím a vyskytuje se také zvýšené procento rozvodů, jejichž nejčastější příčinou bývá rozdílnost povah nebo nevěra. Proměňují se také vztahy s vlastními dětmi, které dospívají a začínají se osamostatňovat. Ženy se tak musí vyrovnávat buď s fází prázdného hnízda, kdy děti odcházejí z domova a zakládají si své vlastní rodiny, nebo s fází „přečpaného“ hnízda, kdy si děti sice zakládají vlastní rodinu, ale zůstávají i s partnerem bydlet u rodičů – z hlediska rozdílných potřeb obou generací může docházet k řadě konfliktů. Od žen je také často očekávána pomoc jak ze strany dospělých dětí, tak ze strany starých rodičů. Jako problematické se jeví, že významné zatěžující faktory působí v této době na ženy ve zvýšeném množství, velmi často dokonce souběžně. To značně zvyšuje riziko nežádoucí reakce.

Při zvládání náročných životních situací hrají roli vrozené vlastnosti organismu ženy, její životní zkušenosti, intelekt, aktuální stav organismu, společenské vztahy a podobně. Jedná se tedy o faktory biologické, psychologické i sociální. Při nezvládnutí stresových situací se může rozvinout duševní porucha. V období pozdní dospělosti žen je doložen zvýšený výskyt některých duševních poruch – nejčastěji jsou to depresivní poruchy nebo

neurotické úzkostné poruchy. Dalším negativním důsledkem nezvládnání problémů mohou být závislosti. U žen v tomto období je nejčastěji zaznamenán alkoholismus, závislost na sedativech nebo kouření. Nezvládnání problémů spojených s tímto věkem se projevuje i ve výrazně zvýšeném výskytu sebevražedného chování.

Prevence a příprava na toto období by v ideálním případě měla začínat už v předchozích životních etapách. Svou roli přitom hraje jak žena sama, tak společnost. Právě společnost totiž vytváří normy a hodnoty, které ovlivňují každého člověka v ní. Ovlivňuje postoje lidí k manželství, k rodině, k nevěřám, k rozvodům, k vztahům mezi generacemi, k stárnutí a stáří, ale i k návykovým látkám a podobně. Role společnosti spočívá v osvětě, v nabídce poradenských služeb, v nabídce volnočasových aktivit, v poskytování informací k problematice klimakteria, v zajištění možností dalšího vzdělávání a zaměstnanosti starších lidí a tak podobně. Jako pozitivní krok v této oblasti je možno chápat Národní program přípravy na stárnutí, jehož cílem je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i ve stáří podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané.

Nelze zapomínat ale ani na potřebu individuální přípravy na stárnutí. Novým úkolem je, aby každý člověk uměl využít a tvořivě zhodnotit svůj potenciál i ve stáří.

Co se týče role ženy při prevenci a přípravě na toto období vystupují zde opět faktory biologické, psychické a sociální. Z hlediska faktorů biologických (fyzických) by žena měla dbát na zdravou výživu, na dostatek pohybových aktivit, ale i odpočinku a spánku. Měla by se také vyhýbat alkoholu, kouření a dalším drogám. A záleží i na tom, jak se žena vyrovnává s příznaky klimakteria.

V oblasti faktorů psychických hraje důležitou roli duševní hygiena. Žena by ve svém životě neměla postrádat smysl. Naopak by měla mít vytyčené realistické cíle, a to krátkodobé i ty dlouhodobé nebo celoživotní, k nimž by mohla ve svém životě směřovat. Roli zde hrají také techniky, které žena používá

při zvládání stresu. Pozitivním faktorem je, pokud má žena kvalitní volnočasové aktivity a umí se svým volným časem správně nakládat.

Jako pozitivní sociální faktor zde významně působí sociální opora. Pro ženy je velmi důležité mít okruh blízkých lidí, u kterých mohou v případě životních těžkostí vyhledat pomoc a oporu. Jako sociální faktor vystupuje také zaměstnání. Hranice odchodu do důchodu se stále posouvá. Ženy by se proto měly i v tomto období dále vzdělávat a nevyklouzat předem pracovní poměr i v důchodovém věku.

Při zpracovávání této práce jsem narazila na fakt, že cílové skupině, kterou jsem se zabývala, je věnováno v odborné literatuře jen velmi málo pozornosti. K dispozici jsou v podstatě pouze publikace, které se zabývají zdravotními důsledky klimakteria, případně je této věkové skupině vymezen prostor v rámci učebnic vývojové psychologie. Podobná situace jako v oblasti odborné literatury panuje i v oblasti masmédií, v televizi, rozhlasu, časopisech, novinách... Nejde-li totiž zrovna o prodej léčebných přípravků či prostředků zajišťujících věčnou mladost, je tato skupina pro inzerenty neatraktivní. A stejně je tomu i s pozorností veřejnosti či veřejné správy. Ženy ve věku pozdní dospělosti nepatří mezi skupiny, které pokřikují na ulicích, demonstrují, stávkují a podobně. To by však neměl být důvod k tomu, přehlížet problematickou situaci, v níž se dnes čím dál častěji ocitají. Je nepochybně v zájmu celé společnosti snažit se nalézat vhodné formy prevence, jimiž by se dalo předejít výše popsaným negativním důsledkům. Vždyť již v roce 2025 budou podle demografů ženy v pozdní dospělosti tvořit 24 % všech žen a 12 % všech obyvatel České republiky.

Seznam použitých zdrojů:

Primární literatura:

BEARD, M.K.; CURTIS, L. *Přechod a roky po něm*.
České Budějovice: Dona, 1995. ISBN 80-85463-45-3.

BOUČEK, J. a kol. *Speciální psychiatrie*.
Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1354-X.

COHEN R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Přel. S. Struková.
Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

CZESANÁ, V.; HAVLÍČKOVÁ, V.; ŠÍMOVÁ, Z.; VYMAZAL, J.
Podpora vzdělávání starších osob.
Národní observatoř zaměstnanosti a vzdělávání NOZV-NVF, 2006.
ISBN nevedeno.

ČÁP, J.; DYTRYCH, Z. *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*.
Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1968. ISBN nevedeno.

ČECH, S. *Jak se dožít 100 let v České republice. 1. Díl Průvodce po cestě k dlouhověkosti*.
Brno: Čechovo nakladatelství, 2005. ISBN 80-903648-0-2.

ČERNÝ, V. *Jak překonat stres*. 3. aktualiz. vyd. Brno: Computer Press, 2006.
ISBN 80-251-1003-6.

EDELSBERGER, L. aj. *Defektologický slovník*. 3. vyd.
Jinočany: Nakladatelství H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

FAELTENOVÁ, S. *Domácí lékař pro ženy*. Přel. Loulová R. Praha: Columbus, 2003. ISBN 80-7249-113-X.
(uspořádala Sharon Faeltenová ve spolupráci s redaktory PREVENTION Magazine Health Books).

FAIT, T.; ŠNAJDEROVÁ, M. aj. *Estrogenní deficit*.
Praha: MAXDORF, 2007. ISBN 978-80-7345-128-8.

FIALOVÁ, L. *Moderní body image*. Praha: Grada Publishing, 2006.
ISBN 80-247-1350-0.

FIALOVÁ, L. *Wellness, zdraví a životní styl*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta tělesné výchovy a sportu, 2007. ISBN 978-80-86317-54-0.

GRAY, J. *Mars a Venuše na pracovišti*. Přel. P. Klůfová. Praha: Práh, 2003. ISBN 80-7252-076-8.

HAUSEROVÁ – SCHÖNEROVÁ, I. *Děti potřebují prarodiče*. Přel. A. Syrovátková. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-105-3.

HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-927-5.

INGWERSEN, F. *99 možností jak (ne)uchránit manželství před krachem*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1912-2.

JENÍČEK, J. *Žena v přechodu*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0679-2.

JENÍČEK, J. *Žena v přechodu aneb Ženou po celý život*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-752-4.

KALINA, K. aj. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. aj. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KELLNEROVÁ, U. *Žena 21. století*. Praha: Ikar, 1997. ISBN 80-7202-144-3.

KOCH, M. *IntelIGENCE těla. Co byste měli vědět, abyste zůstali mladí*. Přel. Eva Bosáková. Olomouc: FONTÁNA, 2005. ISBN 80-7336-259-7.

KOUCKÁ, P. Kalokagathia. *Psychologie dnes*, 2006, roč. 12, č. 6, s. 11 – 16.

KRASKA-LÜDECKE, K. *Nejlepší techniky proti stresu*. Přel. D. Brejlová. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1833-0.

KRATOCHVÍL, S. *Manželská terapie*. 3. rozšíř. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-332-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-349-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. Kdy je člověku dobře. *Psychologie dnes*, 2004, roč. 10, č. 10, s. 20 – 22.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-774-4.

KURZWEIL, R.; GROSSMAN, T. *Fantastická cesta. Žijte tak dlouho, abyste mohli žít navždy*. Přel. Bronislava Grygová. Olomouc: ANAG, 2007. ISBN 978-80-7263-392-0.

Madridský plán a jiné strategické dokumenty. Přel. I. Holmerová I., J. Cilag. Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0174-3.

MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MANOVÁ, K. Čím trpí duše ženy, čím trpí duše muže. *Psychologie dnes*, 2004, roč. 10, č. 10, s. 15 – 16.

MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2003. ISBN 80-86429-19-9.

MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd. Dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Přel. V. Čadský. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.

MOŽNÝ, I. *Česká společnost. Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-624-1.

MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. ISBN 80-86429-58-X.

MURPHY, A. P. *Sedm etap mateřství. Jak milovat své děti a neztratit sama sebe*. Přel. A. Kolašínová. Ostrava: DOMINO, 2005. ISBN 80-7303-269-4.

Národní plán přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007 v České republice. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005. ISBN 80-86878-13-9.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 3. aktualiz. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NOVÁK, T. *Jak předejít krizi v manželství*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0935-X.

NOVÁK, T. *Manželské a rodinné poradenství*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1316-0.

- NOVÁK, T.; DRINOCKÁ, H. *Partnerské a rodinné poradenství. Práce s klienty*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1526-0.
- NOVÁK, T.; PRŮCHOVÁ, B. *Předrozvodové a rozvodové poradenství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1449-3.
- OBERBEIL, K. *100 tipů jak omládnout*. Brno: Computer Press, 2006. Přel. Z. Zvolánková. ISBN 80-251-0983-6.
- OBERBEIL, K.; RAHNOVÁ-HUBEROVÁ, U. *Anti-Aging. Jak zůstat mladý*. Přel. A. Bezděková. Praha: Euromedia Group, 2001. ISBN 80-7202-809-X.
- PÁVKOVÁ, J. aj. *Pedagogika volného času*. 3. aktualit. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-711-6.
- PHILLIPSOVÁ, R. N. *Kniha knih o menopauze*. Přel. E. Fales. Praha: Fortuna Print, 2005. ISBN 80-7321-163-7.
- PICHAUD, C.; THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Přel. A. Kozlíková. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-184-3.
- PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- Pohybem proti depresi. *Psychologie dnes*, 2005, roč. 11, č. 6, s. 4.
- PONĚŠICKÝ, J. *Fenomén ženství a mužství. Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. 2. vyd. Praha: TRITON, 2004. ISBN 80-7254-374-1.
- PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0185-5.
- PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. Praha: INFORMATORIUM, 2003. ISBN 80-7333-002-4.
- Program a sborník abstrakt z odborné konference „*Klimakterická medicína ve 21. Století*“ *Nové přístupy*. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2006. ISBN 80-87009-13-4. (Ed. Rešlová T.)
- RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. Brno: GEORGETOWN, 1995. ISBN 80-901604-2-5.
- RAHN, E.; MAHNKOPF, A. *Psychiatrie. učebnice pro studium a praxi*. Přel. J. Lorenc, L. Tobolová, P. Sedláček, M. Bodlák. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0.

REGISTER, T. C.; ET AL. Health Issues in Postmenopausal Women Who Drink. In *Alcohol Research & Health: Women and Alcohol*. Vol. 26, No. 4. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2002. ISBN 0-16-010431-9.

RENZETTI, C.; CURRAN, D. J. *Ženy, muži a společnost*. Přel. L. Gjurič, M. Linková, B. Knotková-Čapková, V. Parente-Čapková. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0525-2.

ROIZEN, M. F.; STEPHENSONOVÁ, E. A. *Biologické hodiny*. Přel. R. Loulová, L. Chocholová. Praha: Rybka Publishers, 2000. ISBN 80-86182-17-7.

Sborník konference Generace 50 plus v České republice. Třeboň, 21.10.2004. Jihočeská univerzita – Zdravotně sociální fakulta a Ledax s.r.o. ISBN neuvedeno.

Sebevraždy v České republice 2001 až 2005. Olomouc: Český statistický úřad, 2006. ISBN 80-250-1282-4.

SCHIRRMACHER, F. *Spiknutí metuzalémů*. Přel. P. Lutovská. Praha: Euromedia Group, 2005. ISBN 80-242-1496-2.

SCHNEIDER, S. *Velký hormonální podvod*. Olomouc: Fontána, 2004. ISBN 80-7336-109-4.

SOUKUPOVÁ, T. Jaký je smysl vašeho života? *Psychologie dnes*, 2004, roč. 10, č. 10, s. 17 – 19.

Společnost žen a mužů z aspektu gender. Sborník studií. Praha: Open Society Fund Praha, 1999. ISBN neuvedeno.

STOPPARDOVÁ, M. *Hormonální terapie při menopauze*. Praha: Ikar, 2002. ISBN 80-249-0032-7.

STREŠKOVÁ, E. Co motivuje ženy ke cvičení? *Psychologie dnes*, 2007, roč. 13, č. 2, s. 45.

SVOBODA, M.(ed.); ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

SVOBODOVÁ, K. *Rodina a zaměstnání IV. Rodiny po odchodu dětí (Deskriptivní fáze analýzy)*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2007. ISBN 978-80-87007-64-8.

ŠMOLKA, P. *Nevěra. Pro podváděné i podvádějící*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0397-1.

ŠMOLKA, P. *100 + 1 návodů jak přežít manželství aneb Manželská poradna s.r.o.* Praha: Mladá fronta, 2006. ISBN 80-204-1384-7.

ŠTĚPANÍK, J. *Umění jednat s lidmi 3. Stres, frustrace, konflikty.* Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1527-8.

TANSKÁ, N. *Proč jdeme mladým na nervy?* Praha: MOTTO, 2001. ISBN 80-7246-098-6.

TOMANOVÁ, J. Proč tloustneme, když víme, že nám to škodí? *Psychologie dnes*, 2006, roč. 12, č. 6, s. 26 – 27.

TUČEK, M. a kol. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí.* Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2003. ISBN 80-86429-22-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří.* Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VIDOVIČOVÁ, L.; RABUŠIC, L. *Senioři a sociální opatření v oblasti stáru v pohledu české veřejnosti.* Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2003. ISBN 80-239-1351-7.

Zdraví ženy. (ed. Jordi Vigué). Přel. H. Knerová. Dobruška: Rebo Productions, 2006. ISBN 80-7234-534-6.

ZVÍROTSKÝ, M. Je zdraví opravdu to nejdůležitější? *Psychologie dnes*, 2006, roč. 12, č. 4, s. 26 – 27.

Primární elektronické zdroje:

Aktuální informace č. 05/04 – Světové šetření o zdraví (6. díl) – Kouření tabáku a spotřeba alkoholu. (on line). Vloženo 13.2.2004. (cit. 24.4.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=alkohol®ion=100&kind=21&mnu_id=6200

ANALÝZA: Motivace sebevražedného jednání (on-line). (cit.20.2.2008). Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=516&PHPSESSID=5edc97ecd206920412064fe07777d369.

BAČOVÁ, V. Kvalita života, hodnotové systémy v společnosti a sociální kapitál. K vymedzení psychologických dimenzí kvality života. In DŽUKA, J. *Psychologické dimenzie kvality života* (on-line). (cit. 26.4.2008). Prešov: PULIB, 2004. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/elpub/FF/Dzuka3/index.htm>

Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2006 (on-line). (cit. 19.2.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=hospital®ion=100&kind=1&mnu_id=5300.

Hospitalizovaní 2005 (on-line). (cit. 6.3.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5310&mnu_action=select.

KOŘÍNKOVÁ, V., ČEŠKOVÁ, E. *Pohlavní rozdíly a antidepresivní léčba*. (on-line). (cit. 20.2.2008). *Psychiatrie*, 2005, roč. 9, č. 1. Dostupné z: http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp1_05/Obsah_f.htm

Psychiatrická péče 2005 (on-line). (cit. 19.2.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5310&mnu_action=select.

Systémový přístup k prevenci užívání návykových látek (on-line). (cit. 27.4.2008). *Zaostřeno na drogy 2*, 2007, roč. 5, č. 2. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/primarni_prevence/zaostreno_na_drogy_2007_02_cislo_2_2007

TRAPKOVÁ, B. *Co je primární prevence. Základy prevence* (on-line). (cit. 27.4.2008). Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=101&list=101&shw=100002>

Základní informace o České republice. Zdravotní stav (2006) (on-line). Vloženo 29.10.2006. (cit. 26.4.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/health_info.php?type=8®ion=100&mnu_id=3000

Zemřelí podle podrobného seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR (on-line). Aktualizováno 18.12. 2007. (cit. 6.3.2008). Dostupné z : [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/9C00364A23/\\$File/401706f88.xls](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/9C00364A23/$File/401706f88.xls).

Zdravotnická ročenka České republiky 2006 (on-line). (cit. 19.2.2008). Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ročenka®ion=100&mnu_id=5300.

Ženy v České republice (on-line). Aktualizováno 26.10.2006. (cit. 6.3.2008). Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2002edicniplan.nsf/t/AA0041FBC1/\\$File/401502a2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2002edicniplan.nsf/t/AA0041FBC1/$File/401502a2.pdf).

Sekundární literatura:

BEARD, M. K.; CURTIS, L. R. *Přechod a roky po něm*. České Budějovice: Dona, 1995. ISBN 80-85463-45-3.

BONDER, A. *Jak zůstat mladá, fit a krásná*. Přel. J. Bílková. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1511-2.

BURDOVÁ, M. *Zralá léta*. Praha: VaN Práce, 1996. ISBN 80-208-0385-8.

CAPPONI, V.; NOVÁK, T. *Sám sobě manželským poradcem*. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-163-1.

ČERNÁ, P. *Rozvod, otcové a děti*. Praha: Eurolex Bohemia, 2001. ISBN 80-86432-11-4.

DONÁT, J. *Klimaktérium. Průvodce ženy přechodem*. Praha: Alberta, 1994. ISBN 80-85792-05-2.

EISELOVÁ, H. *Žena po 40*. Praha: nakladatelství Jan Vašut, 1999. ISBN 80-7236-058-2.

FORWARDOVÁ, S.; FRAZIEROVÁ, D. *Když vám příbuzní otravují život*. Přel. E. Hauserová. Praha: MOTTO, 2004. ISBN 80-7246-201-6.

GREGOR, O. *Žít se stresem, to je kumšt*. 2. rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-053-3.

HUBBARDOVÁ, C. *Jak zvládnout domácnost, děti, manžela, práci i sebe*. Přel. E. Klimentová. Praha: NLN, 2004. ISBN 80-7106-361-4.

HUDSONOVÁ, P. *Problémy, kterým čelí ženy*. Frýdek-Místek: Alpress, 1996. ISBN 80-85975-97-1.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1370-5.

LaLANNE, J. *Nový život po padesátce*. Přel. P. Kozáková. Praha: PRAGMA, 1999. ISBN 80-7205-695-6.

MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. Přel. J. Lorenc. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-992-5.

- MONTIGNAC, M. *Zhubněte a udržte svoji váhu v každém věku. Montignacova metoda pro ženy*. Přel. Vladimír Čadský. Praha: PRAGMA, 2006. ISBN 80-7349-018-8.
- NUBEROVÁ, U. *Desatero pohodových žen*. Přel. J. Doubravová. Praha: Euromedia Group – Ikar, 2003. ISBN 80-249-0169-2.
- PETRÁKOVÁ, J.; OLIVOVÁ, J. *Krásná v každém věku*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1982-5.
- PRESL, J., et al. *Kontracepce*. Praha: Galén, 1993. ISBN 80-85824-01-9.
- Sebevraždy (1996 – 2000). Doplněné vydání*. Praha: Český statistický úřad, 2002. ISBN 80-7223-713-6.
- SHOSHANNAOVÁ, B. *Proč muži opouštějí ženy*. Přel. V. Ohnisková. Brno: JOTA, 2003. ISBN 80-7217-242-5.
- SHREEVE, C. *Obtížné dny*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-75-6.
- SCHNEIDER, S. *Hodným holkám začíná klimakterium. Ty druhé jdou dál*. Přel. L. Stočesová. Praha: Pragma, 1999. ISBN 80-7205-712-X.
- STOPPARDOVÁ, M. *Zdravá žena*. Praha: Ikar, 2000. ISBN 80-7202-649-6.
- SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
- ŠMOLKA, P.; PACEK, D. *Manželská poradna aneb Tam, kde vlastní síly nestačí*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1617-6.
- VIDOVIČOVÁ, L.; GREGOROVÁ, E. *Mainstreaming věku jako strategie managementu populací se stárnoucí demografickou strukturou*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2007. ISBN 978-80-87007-57-0.
- VODÁKOVÁ, A.; VODÁKOVÁ, O. *Rod ženský. Kdo jsme, odkud jsme přišly, kam jdeme?* Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-18-0.

ABSTRAKT

KOTOUČKOVÁ, J. *Specifické faktory ovlivňující ženy v období pozdní dospělosti a možnosti prevence jejich negativních důsledků*. Tábor 2008. Diplomová práce.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta.

Katedra pedagogiky. Vedoucí práce M. Kaplánek.

Klíčová slova: ženy, pozdní dospělost, klimakterium / přechod, prevence, zdravý životní styl, příprava na stárnutí

Práce se zabývá problematikou období pozdní dospělosti žen. Ženy ve věkové kategorii 45-60 let jsou v současné společnosti vystaveny řadě specifických tlaků, které mohou významně negativně ovlivnit kvalitu jejich života. Cílem práce je proto vymezit tyto specifické faktory v biologické, psychické i sociální oblasti, analyzovat jejich možné negativní důsledky a následně navrhnout možnosti jejich prevence.

Mezi výše uvedené faktory patří například klimakterium, partnerské vztahy, rozvody, odchod dětí z domova, role prarodiče nebo péče o staré rodiče. Jejich působení, často ve vzájemné provázanosti, je možné označit za náročnou životní situaci, jejíž nezvládnutí se projevuje stresem, konflikty, frustrací. Tento vývoj je pak rizikový z pohledu vzniku duševních poruch či sociálně patologického jednání vedoucího v některých případech až ke vzniku závislosti na návykových látkách či sebevražednému jednání. Poslední kapitola práce je proto věnována možnostem prevence těchto negativních následků, a to jak na straně žen samotných, tak na straně společnosti.

ABSTRACT

The specific factors affecting women in late adulthood and the possibilities of prevention of their negative consequences.

Key words: women, postmenopausal women, climacterium, prevention, wellness, the preparation for aging process

This dissertation is focused on the problematic period in postmenopausal women. The women in age from 45 to 60 are in our current society under many pressures which can have a negative influence on their quality of living. The goal of this dissertation is to define these specific factors into biological, psychological and social factors and also to analyse their possible negative consequences and suggest the ways of prevention.

The climacterium, partnership relations, divorces, children's walk-out from home, the part of grandparents or also the old parent-care belong among these factors. These could be marked as a difficult living situations which could cause stress, conflicts or frustration. If this stage stays uncontrolled, many psychological troubles could start leading up to many kinds of addictions or self-destructions. That is why is the last chapter focused on the possibilities of prevention, both from the women point of view and from the society.