

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra psychologie



Diplomová práce

POHLED NA RŮZNÉ PODOBY SOUČASNÉHO STÁŘÍ

Vedoucí práce: PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

Autor práce: Bc. Jaroslava Martínková
Studijní obor: Etika v sociální práci
Ročník: 2.

2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

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

Dne: 24. 2. 2010

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Ing. Marii Lhotové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení této práce.

„Umění stárnout je pro nás uměním žít. Je uměním prožívat uspokojivě celý svůj život. Je uměním prožívat odpovídajícím způsobem vždy právě tu fázi života, v níž jsme. Je to umění vždy prožívat přítomnost jako průsečík minulého a budoucího v nás samých.“

(Josef Wolf: Umění žít a stárnout)

OBSAH

ÚVOD	7
1 <u>STÁŘÍ</u>	9
1.1 Pojem stáří	9
1.1.1 Věk a délka lidského života	9
1.1.2 Definice stáří	10
1.2 Demografická hlediska stárnutí	13
1.2.1 Důsledky demografického stárnutí	14
1.3 Stáří a společnost	15
1.3.1 Ageismus	17
1.3.2 Zanedbávání a týrání seniorů	19
2 <u>ZMĚNY VYVOLANÉ STÁRNUTÍM</u>	23
2.1 Biologické aspekty stárnutí	23
2.1.1 Projevy přirozeného stárnutí	25
2.1.2 Tělesné změny ve stáří	25
2.1.3 Biologické teorie stárnutí	26
2.2 Psychické aspekty stárnutí	27
2.2.1 Hlediska psychických změn	27
2.2.2 Psychické změny při stárnutí	28
2.2.3 Změny v životní orientaci	30
2.3 Sociální aspekty stárnutí	30
2.3.1 Odchod do důchodu	31
2.3.2 Manželství seniorů	32
2.3.3 Rodinné vztahy	34
2.3.4 Osamělost	35
2.3.5 Adaptace na stáří	35

3	<u>GERONTOLOGIE, ZDRAVÍ A NEMOC STARÉHO ČLOVĚKA</u>	
	<u>ČLOVĚKA</u>	38
3.1	Věda o stáří – gerontologie	38
3.1.1	Stručná historie gerontologie	38
3.1.2	Geriatrická medicína	39
3.2	Zdravotní stav starého člověka	40
3.2.1	Zdravotní problémy ve stáří	40
3.2.2	Duševní poruchy ve stáří	42
3.2.3	Diagnostika a léčba v gerontopsychiatrii	43
3.2.3.1	Psychoterapie ve stáří	45
3.2.3.2	Formy skupinové psychoterapie vhodné pro seniory	45
3.2.3.3	Individuální psychoterapie ve stáří	47
3.2.3.4	Vzpomínková terapie	48
4	<u>KONEC ŽIVOTA</u>	49
4.1	Závěr životní dráhy	49
4.1.1	Umírání v rodině a instituci	49
4.1.2	Smrt z pohledu starého člověka	50
4.1.3	Strach ze smrti	51
4.2	Umírání a jeho průběh	52
4.2.1	Fáze umírání a potřeby umírajících	53
4.2.2	Bolest a utrpení	55
4.3	Paliativní péče	57
4.3.1	Formy paliativní péče	58
4.3.2	Překážky rozvoje paliativní péče	59
4.4	Přístup k umírajícím lidem	61
4.4.1	Jak se chovat a mluvit s umírajícím	61
	ZÁVĚR	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ	65
	SEZNAM PŘÍLOH	70
	PŘÍLOHY	71

ÚVOD

K volbě tématu této diplomové práce „Pohled na různé podoby současného stáří“ jsem dospěla na základě několikaleté praxe v domově pro seniory, kde se s generací „dříve narozených“ denně setkávám. Důvodem je však nejen má práce a postoj k seniorům, ale i možnost vidět různé další postoje a názory na stáří ostatních lidí, které jsou ne vždy chápavé a pozitivní.

Mnoho lidí má negativní postoj starším lidem a berou seniorskou generaci jako přítěž společnosti. Často je to způsobeno neznalostí seniorské problematiky a nepochopení této etapy života, někdy reakce na něco, co nás nevyhnutelně čeká a z čeho máme obavy.

Člověk je ve stáří nucen přizpůsobovat se nejen řadě změn ve vlastním organismu, ale i mnohým změnám vnějším. Adaptace na změny však v seniorském věku probíhá pomaleji a každá nemoc či stres přizpůsobivost ještě zhoršují. Ač si to mnozí nechtějí připustit, stáří je a bude nedílnou součástí našeho života. Každý z nás občas přemýšlí, jak bychom ho chtěli strávit a možná také jak bychom ho strávit nechtěli.

Kdysi lidé hledali nápoj, či jiný prostředek, který by jim prodloužil život. Život je sice na základě lékařského pokroku prodloužen, ale přidaná léta mnozí senioři prožívají bez radosti, bez obsahu, bez náplně, jako by již tato léta byla bezcenná. Častým názorem je, že stáří nemá žádnou sociální roli, ale novou rolí nebo spíše sociálním úkolem současného seniora by mělo být nalezení nového životního stylu v tomto období a nalezení aktivit, které by byly přínosem pro společnost i pro něho samého. K tomu je však potřebné poznat všechny aspekty a specifčnosti stárnutí a stáří.

Cílem této práce je podrobně popsat problematiku stáří, významných okamžiků a změn v životě starého člověka v rovině tělesné, psychické i sociální, které v současné době a v současné společnosti s vyšším věkem přicházejí, a zachytit hodnoty, které jsou důležité pro kvalitní život seniorů v dnešní době a tudíž i pro budoucí stáří každého z nás. Dále chci touto prací poukázat na možnosti, jak se na stáří všestranně připravit a jaké jsou jeho perspektivy.

Diplomová práce je teoretického charakteru a věnuje se konfrontaci starého člověka s dnešní dobou a problémům a možnostem dnešního stárnutí.

První kapitola této práce je věnována obecnému pojmu stáří, jeho definicím z pohledu odborníků, průvodním znakům stáří a jejich vysvětlení; dále demografickým hlediskům a důsledkům demografického stárnutí. Následně je zde popsán také vztah současné společnosti k seniorské populaci se svými pozitivními, ale i negativními aspekty.

Druhá kapitola je zaměřena na obecná biologická, psychická a sociální hlediska a projevy stáří a na adaptaci starých lidí.

Ve třetí kapitole se práce zabývá zdravím a nemocí ve stáří a je zde také zahrnut popis disciplín, které se problematice stáří věnují. Vzhledem k mé předchozí bakalářské práci na téma „Muzikoterapie u seniorů“, jsem v této diplomové práci použila již zpracované části kapitol o gerontologii a psychoterapii u seniorů.

Čtvrtá kapitola se týká závěru života, umírání, paliativní péče a přístupu ke starým umírajícím lidem.

Použitá literatura a další zdroje v diplomové práci jsou zaměřeny hlavně na dobře veřejně dostupné materiály a informace o seniorech. V práci jsem čerpala především z podkladů významných autorů gerontologické problematiky, psychologie, gerontopsychiatrie, sociologie a etiky. Jako stěžejní autory této literatury bych zdůraznila H. Haškovcovou, I. Holmerovou, B. Gruberovou, M. Vágnerovou, J. Bašteckého, D. Bartka, Z. Kalvacha, Š. Kovala, J. Křivohlavého, V. Pacovského, P. Říčana a další.

1 STÁŘÍ

1.1 Pojem stáří

Problém stárnutí zajímal lékaře a filozofy všech dob. Počátky vědy o stárnutí a stáří a nauky o chorobách ve stáří sahají až do starověku. Již staří Řekové měli o stáří své představy, např. Seneca a Aristoteles pokládali stáří za nevléčitelnou chorobu. V průběhu staletí lze nalézt v literatuře, umění i vědě snahy a pokusy zjistit příčiny stárnutí a délky života a pozitivně tento proces ovlivnit – zachovat si „věčné mládí“.¹ Od doby pochybných středověkých pokusů jsme již dnes vzdáleni mnoha poznatky a teoriemi odborníků, kteří přispěli k vysvětlení změn, které jsou příčinou nebo průvodním jevem stárnutí a stáří.

Pokusů o přesné objasnění pojmu stáří a stárnutí již bylo učiněno mnoho, avšak žádná z definic není absolutní a definitivní. Relativně stálému a přesnému vymezení těchto pojmů brání rozdíly v projevech stáří u každého jedince téhož kalendářního věku. Může to být nesouladem mezi psychickými a fyzickými projevy, stejně tak i odlišnými hodnotícími kritérii k vymezení stáří z hlediska historického, kulturního, sociálního a geografického.² Důležitou roli hraje také stále se prodlužující věk.

1.1.1 Věk a délka lidského života

Názory na to, kdy stáří nastává, jsou různé. V mnoha publikacích zaměřených na problematiku stárnutí a stáří je uvedeno, že stáří a proces stárnutí je velmi individuální a jeho průběh závisí na mnoha okolnostech. Věk je v praxi jednou z nejdůležitějších charakteristik stárnutí a stáří člověka. Kalendářní věk, který je nazýván také matriční nebo chronologický a jehož výhodou je jednoznačnost, je dán datem narození a vycházejí z něj různé konvence o stárnutí a stáří. Autoři

¹ JEDLIČKA, V. A KOL. *Praktická gerontologie. Učební text.* s. 6.

² JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory.* s. 7.

věnující se problematice stárnutí udávají jeho hranici rozličně. Nejčastěji je používána věková kategorizace doporučená Světovou zdravotnickou organizací, která se opírá o tzv. patnáctileté periody lidského života.³ Je to věkové členění od 60 do 74 let: vyšší věk, starší věk, rané stáří; od 75 do 89 let: stařecký věk, pokročilý věk, pravé stáří, sénium; a od 90 let výše: dlouhověkost. Klinické zvláštnosti jsou nejvíce znatelné od 75 let a toto období je označováno také jako křehké, zranitelné, vulnerabilní stáří.⁴

Další variantou je rozdělení lidí starších 65 let na kategorii třetího a čtvrtého věku. Třetím věkem je myšlen aktivní a nezávislý život ve stáří, oproti čtvrtému věku, jež znamená období, kdy je člověk již odkázán na druhé při zajišťování svých základních potřeb.⁵ Zřejmě je však lépe odpovídající skutečnému funkčnímu potenciálu věk funkční, který často není totožný s věkem kalendářním a je souhrnem biologických, psychologických a sociálních charakteristik.⁶

1.1.2 Definice stáří

Vraťme se však k definicím o stárnutí a stáří. Jak je již zmíněno výše, není žádná z definic o stáří a stárnutí absolutní. Přes to zde uvedu alespoň některé z nich od odborníků věnujících se problematice stáří v současné době.

V sociologickém slovníku⁷ je uvedeno, že stáří je poslední životní fáze, nastává většinou po skončení ekonomické činnosti a je provázena fyzickými a duševními změnami. Nelze ji vymezit pouze věkem a obecně znamená sníženou schopnost adaptace a narůstající sociální izolovanost.

Daniel Bartko popisuje stárnutí slovy: „*Stárnutí je zákonitým dovršujícím procesem vývoje člověka.*“ „...*v biologickém smyslu se pokládá za proces, který trvá celý lidský věk. Dokud se však organismus vyvíjí, je proces stárnutí překrytý procesem zdokonalování funkcí. Dřív nebo později dosáhne tento rozvoj vrchol,*

³ JEDLIČKA, V. A KOL. *Praktická gerontologie. Učební text.* s. 7.

⁴ KRAMÁŘOVÁ, N. TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie.* s. 6.

⁵ STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí.* P

⁶ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika.* s. 13.

⁷ JANDOUREK, J. *Sociologický slovník.* s. 237.

*sil začíná ubývat a funkční schopnost jednotlivých orgánů i celého organismu klesá.*⁸

Podle Tvaroha⁹ vývoj člověka, jeho stárnutí a zánik organismu nebo jeho částí neprobíhá stejným způsobem a u každého jedince má svůj individuální čas - rozebírá teorii podstaty stárnutí na vlastnostech živé hmoty a to, jak se organismus mění ve stáří. „*Otázka stárnutí závisí přímo s otázkou života. Nekonečná složitost života má svůj odlesk i v nekonečné složitosti stárnutí.*“¹⁰

Dle Haškovcové¹¹ je stáří jako proces ve své biologické podstatě stejný. Znamená involuční proces organismu, který rychleji nebo zvolna probíhá celý život. Je to přirozené období lidského života, vztahující se k životnímu období dětství, mládí a k době zralosti.

Pacovský vidí stáří jako přirozenou etapou ontogenetického vývoje a stejně jako jiná vývojová stádia má své specifické biologické znaky, odlišující je od předcházejících životních etap. „*Stárnutí a stáří jsou geneticky nakódovány, řídí se druhově specifickým časovým zákonem. Podléhají formativním vlivům prostředí. Strukturální i funkční změny vzniklé při fyziologickém stárnutí a stáří mají převážně regresivní charakter, jsou nevratné, neopakují se.*“¹²

Kalvach uvádí, že stáří je poslední fáze ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory jako jsou choroby, životní způsob a životní podmínky, a je spojeno s řadou sociálních změn např. osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí. „*Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení i periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými.*“¹³

Na otázku od kdy může být člověk pokládán za starého, odpovídá Langmeier a Krejčířová, že vzhledem ke značné individuální variabilitě, rozdílům

⁸ BARTKO, D. *Moderná psychohygienu*. s. 428. – 431.

⁹ TVAROH, F. *Všichni stárneme*. s. 27.

¹⁰ TVAROH, F. *Všichni stárneme*. s. 30.

¹¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. s. 56. – 59.

¹² PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. s. 30.

¹³ KALVACH, Z. A KOL. *Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná*. s. 18.

vykazujících výrazné známky stárnutí mezi jedinci a na základě pokroků zdravotní péče a celospolečenských změn „...je z hlediska společenského člověk starý, když je za takového pokládán ostatními členy společnosti a vývojem společnosti dochází k značným posunům této hranice.“¹⁴

Shrnutím různých, i zde uvedených definic stáří můžeme konstatovat, že i přesto, že má stáří velmi individuální charakter, je možné identifikovat určité společné znaky stárnutí.¹⁵

- Stárnutí a stáří má svou anatomii a fyziologii a vyznačuje se morfologickými a funkčními změnami, mezi nimiž existuje určitá paralelita. Změnu struktury má za následek změnu funkce.
- Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Proces stárnutí nastupuje v různé době a pokračuje různou rychlostí, přičemž jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle.
- Proces stárnutí je individuální, každý jedinec stárne jinak. Kalendářní věk se nemusí krýt s věkem funkčním.
- Typickým fenoménem stárnutí je charakter funkčních změn (funkční involuce, regrese), které jsou primární (na úrovni buněk, tkání, orgánů) a sekundární (na základě již proběhách patologických procesů).
- Stárnutí je důsledkem vzájemného působení zděděných vlastností – genetických informací a faktorů vnějšího prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje.
- Z důvodů labilnějších homeostatických mechanismů se ve stáří snižují adaptační schopnosti organismu v biologickém i psychosociálním smyslu. Stárnoucí organismus si však dokáže vytvořit nové, kvalitativně odlišné mechanismy, které mu umožňují udržovat homeostázu i v měnících se podmínkách.

¹⁴ LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. s. 185.

¹⁵ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. s. 10.

1.2 Demografická hlediska stárnutí

Lidstvo stárne jako celek, což je problém, před kterým lidé ve svých dějinách ještě nikdy nestáli.¹⁶ Stárnutí populace je jedním z významných demografických trendů současné doby.

Strukturálním demografickým pohledem na společnost reflektující složení populace z hlediska věkových skupin a pohlaví je popis populace ve formě grafu – stromu života neboli věkové pyramidy.¹⁷ „Hovoří se o tom, že se v budoucnosti „otočí strom života“ tj., že stárnoucích a starých lidí bude v některých částech světa více než mladých a ekonomicky nezávislých osob.“¹⁸

V tomto století u nás skutečně přibývá seniorů podstatně rychleji než příslušníků jiných věkových skupin. Způsobují to dvě příčiny, jimiž je ovlivňována věková struktura jakékoli společnosti. První příčinou, která je trvalá, je prodlužování lidského věku, což znamená, že se větší procento lidí dožívá šedesáti, sedmdesáti i více let.¹⁹ Podle dlouhodobých prognóz můžeme také očekávat nárůst osob velmi vysokého věku, tj. osmdesátiletých a starších. Druhou, dočasnou příčinou je snižování porodnosti a tím pomaleji rostoucí počet mladých věkových skupin. Tato příčina by měla přestat působit, až narozeným z nynějších slabých ročníků bude 60 let a více.

Procenty a statistikou řečeno - v roce 1970 žilo na Zemi asi 8% seniorů, tedy lidí ve věku šedesáti a více let a asi 38% dětí ve věku patnácti let a mladších. Na počátku 21. století se podíl seniorů zvýší přibližně na 10% celkové populace Země a podíl dětské populace se sníží asi na 28%. Poté bude následovat v průběhu dalších let k proměně věkové struktury tak, že se obrátí poměr dětské a seniorské populace.²⁰

¹⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. s. 119.

¹⁷ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. s. 16.

¹⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. s. 119.

¹⁹ ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. s. 332. – 333.

²⁰ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. s. 17.

1.2.1 Důsledky demografického stárnutí

Uvedený vývoj mění zásadně věkovou strukturu populace vyspělých zemí a je tedy příčinou stárnutí. Nejstarším kontinentem na světě je Evropa a zde právě probíhá proces stárnutí nejrychleji. Uváděné prognózy se nevyhýbají ani naší zemi, je oprávněný předpoklad, že po roce 2010 začne také česká společnost stárnout rychleji než dosud. Demografický vývoj v České republice, stejně tak jako v Evropské unii, povede k rostoucímu počtu obyvatel starších 65 let ve společnosti. Evropská komise v dokumentu Demografická výzva – šance pro Evropu konstatuje, že „*zdrojem problémů není delší očekávaná délka života jako taková, ale spíše je to neschopnost současných politik adaptovat se na nové demografické podmínky.*“²¹

Mnoha odborníky je jako hlavní problém spatřováno ekonomické zajištění osob, které v budoucnu dosáhnou důchodového věku, neboť mladá generace nebude schopna vyprodukovat tolik, aby uživila neustále rostoucí počet starých lidí. Např. dle Haškovcové²² bude obrovské množství ekonomicky závislých lidí břemenem, s nímž si produktivní střední generace musí poradit. Ač jej vidí jako v určitém smyslu prioritní, neopomíná zdůraznit, že je potřeba řešit nejen ekonomické problémy, ale také politickou a sociální situaci ve světě i v jednotlivých zemích. Stejně tak klade důraz na kvalitu lidského života a tudíž i kvalitu života ve stáří.

S tím samozřejmě souvisí zvýšená potřeba služeb a péče, kterou především lidé starších věkových skupin potřebují. Ve vztahu s poskytováním zdravotní péče hovoří Kalvach vzhledem ke zvyšujícímu se počtu geriatrických pacientů o tzv. „geriatrizaci“ medicíny²³. Procesu stárnutí populace a nástupu dlouhověké společnosti musí odpovídat posun klinického i rezortního zájmu, transformace přežitých přístupů i struktury oborů a služeb, které vznikly pro potřeby mladé populace. „*Stárnutí populace se chápe jako přirozený civilizační vývoj přinášející*

²¹ *Senioři vítáni. Sborník případových studií.* s. 6.

²² HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří.* s. 120.

²³ KALVACH, Z. ZADÁK, Z. JIRÁK, R. A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* s. 21.

řadu šancí i výzev týkajících se např. povahy dlouhého života ve „stáří“, seberealizace a využití potenciálu starších lidí, změny konceptu zaměstnanosti a penzionování, financování zdravotnických a sociálních systémů i stereotypů při poskytování podpory a služeb.“²⁴

Faktem je, že seniorům bude třeba nabídnout prostřednictvím jak různých institucí, tak i rodiny vhodnou smysluplnou péči, která by respektovala potřeby stárnoucí populace a směřovala k uspokojení jejich individuálních materiálních, duševních i duchovních potřeb.²⁵

Na druhé straně by podle Haškovcové²⁶ společnost sice měla jako celek pomoci stárnoucímu člověku především vytvořením vhodných podmínek pro důstojný život ve stáří, ale každý člověk je povinen připravit se na své stáří a nečekat jen pasivně, až se o ně společnost postará. *„Přijímat roli pasivních konzumentů péče je nevhodné, neúčelné a nesprávné.“²⁷*

1.3 Stáří a společnost

„Každý stárnoucí a starý člověk je členem nějakého společenství. Společnost má přijímat stáří jako přirozenou realitu a starou subpopulaci jako svou nedílnou součást. Cílem je nikoliv segregace, ale integrace! Při porušení tohoto paradigmatu může vzniknout mnoho klinicky významných problémů.“²⁸ Takto vidí starého člověka a jeho postavení ve společnosti Vladimír Pacovský i mnoho dalších odborníků seniorské problematiky, bohužel postoj velké části naší společnosti ke stáří a starým lidem je spíše negativní, odmítavý a podceňující.

V historii bylo stáří akceptováno, někdy uctíváno, oslavováno, častěji však odmítáno. Je možné říci, že dokud byla malá pravděpodobnost, že se člověk dožije vyššího věku, bylo na stáří pohlíženo jako na výjimečnost, starci byli ctěni

²⁴ KALVACH, Z. ZADÁK, Z. JIRÁK, R. A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. s. 21.

²⁵ GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie, skripta ZSF JU v Českých Budějovicích*. s. 9.

²⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. s. 122.

²⁷ Tamtéž, s. 122.

²⁸ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. s. 25.

s připisovanou moudrostí a mimořádných schopností. Naopak negativní hodnocení stáří bylo historicky spjato s faktem „ujídání ze společného krajíce“. Ve skutečnosti bývalo synonymem chudoby, smutku a zoufalství.²⁹

Dramatický demografický vývoj vrcholící ve všech vyspělých státech relativním i absolutním stárnutím populací udělal ze stáří dlouhou realitu, která velmi významně ovlivní kvalitu života každého jedince i rozvoj společnosti. Stáří svým okruhem problémů překročilo rámec osobní či rodinné události a stalo se závažnou společenskou výzvou.³⁰

Obecná představa starých lidí v současné společnosti je podle Kovala „*daná sociálním statusem a rolí starého člověka ve společnosti, sociálním klimatem; je ovlivňována sociálními kontakty, komunikací, ale i sociálními konflikty, interakcemi, případně sociální izolací starého člověka.*“³¹

Stáří je mnoha lidmi chápáno jako období, kdy zkušenosti a kompetence člověka ztrácejí svůj význam, kdy už může pouze chátrat nebo si případné schopnosti udržuje, ale nerozvíjí je, a kdy už v podstatě není ničím společnosti přínosný. Současný hodnotový systém kladoucí důraz na zachování všech, především biologicky podmíněných kompetencí mládí, jako např. výkon, mladý vzhled apod., velmi seniorskou populaci znevýhodňuje.³²

Mnozí lidé vidí jako podstatný znak stáří stále výraznější pozbývání účast na aktivním sociálním životě a ztrátu společenských vztahů. Je to role, která je lidem v tomto věkovém období připisována a očekává se, že starý člověk bude sledovat jen svoje vlastní uspokojení, že bude jen chápán a jen v nepatrné míře na sebe bude brát povinnosti. V podstatě by podle tohoto názoru bylo úspěšné stárnutí dobrovolným přijetím sociální neangažovanosti.³³

Více jak 70% české společnosti vnímá dokonce vývoj směřující k nárůstu seniorské populace jako špatný. Zajímavé je, že při výzkumech tento negativní postoj zaujímají lidé, kteří budou kolem roku 2030, kdy je předpokládán vysoký

²⁹ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. s. 45.

³⁰ KALVACH, Z. A KOL. *Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná*. s. 9.

³¹ KOVAL, Š. *Antropologický rozmer epidemiologie staroby*. s. 71.

³² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče*. s. 105.

³³ LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. s. 192.

podíl seniorské složky v české společnosti, právě touto silnou seniorskou populací. Již dnes vidí česká veřejnost společnost jako nadměrně starou a její další stárnutí nese velmi nelibě.³⁴

1.3.1 Ageismus

Vzhledem k výše popsanému hodnotovému postoji společnosti ke stáří, který podporují i např. média, když různým způsobem potvrzují jako současnou normu důležitost vnějšího vzhledu apod., ve společnosti přetrvává tendence hodnotit seniory kriticky a s určitým despektem. Z uvedeného hodnotového systému vychází ageismus tj. postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří. Z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života.³⁵ Podstatou seniorské ohroženosti je klesající obranyschopnost, rostoucí zranitelnost, involuční křehkost a s tím spojené stoupající riziko diskriminace.³⁶

Podle Sýkorové „ageismus“ *systematicky, na institucionální a individuální úrovni stereotypizuje a diskriminuje lidi na základě věku. Znamená omezení sociálních rolí a znehodnocení statusu seniorů, strukturuje očekávání druhých vůči nim, odpírá jim rovné příležitosti a v mnoha ohledech snižuje jejich životní šance.*³⁷

Ageismus může mít různé podoby, jako jsou předsudky, myšlenkové stereotypy či nevhodné jednání podmíněné přisuzováním negativních vlastností nebo chorobných projevů všem starým lidem. To může být např. zdětinšťování starých lidí, nepřiměřené odebírání jejich kompetencí, nerespektování jejich osobnosti nebo ponižování jejich důstojnosti. Může však dojít i k hrubé podobě

³⁴ VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti.* s.34.

³⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří.* s. 308. – 309.

³⁶ KALVACH, Z. ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi.* s. 10.

³⁷ SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie.* s. 50.

této diskriminace jako např. odepření nákladných léčebných postupů z důvodu věku.³⁸

Vidovičová dělí možné zdroje ageismu na tři skupiny – individuální (subjektivně-psychologické), kulturní a sociální.³⁹ Jako individuální zdroj uvádí především strach ze smrti a stárnutí, dále frustrace a agrese, ze které pramení nepřátelství vůči členům minoritních skupin apod. Vzhledem k tomu, že stereotypy dotýkající se stáří mají silnou tendenci být akceptovány samotnými seniory, bývá ageismus prohlubován a replikován tj. akceptuje-li senior představu sama sebe jako méně výkonného, jeho pracovní výkon bude mít tendenci skutečně upadat.

Další skupinou jsou kulturní zdroje, mezi něž jsou zahrnuty různorodé faktory jako hodnotové systémy, jazyk např. pohrdavé nazývání osob ve vyšším věku, mediální kultura, humor, umění a literatura. Základním znakem těchto zdrojů je jejich schopnost do nich jednou vložené stereotypy a diskriminační postoje dále téměř neomezeně opakovat.

Ve třetí, sociální skupině uvádí Vidovičová⁴⁰ jako jeden ze základních zdrojů nepříznivého pojetí stáří prostý fakt, že starých lidí je „hodně“ a stále jich přibývá. Tím, jak lidé stárnou, mají početnější společnost svých vrstevníků a to jim dává širší prostor vyjadřovat své potřeby a požadovat od společnosti jejich řešení. Na základě prosazování svých zájmů může dojít i ke generačním konfliktům a k boji věkových tříd. Tedy zvyšování počtu seniorů ve společnosti, jejich větší viditelnost a rostoucí předmět veřejného zájmu, může vyvolávat negativní reakce ostatních věkových skupin a projevy věkové diskriminace se mohou objevit v každodenním životě, byznysu, marketingu, ale i v sociálních a zdravotních službách.

Jakýkoli způsob diskriminace seniorů nebo jejich vyloučení ze společnosti má samozřejmě negativní dopady např. zdravotní či ekonomické jak pro jedince, tak i pro celou společnost. Diskriminační jednání vůči starším lidem může být

³⁸ KALVACH, Z. ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi.* s. 10.

³⁹ VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti.* s. 120. – 127.

⁴⁰ Tamtéž, s. 127.

často považováno za přirozené a samozřejmé a nemusí být jako diskriminační vnímáno. Podle Ministerstva práce a sociálních věcí⁴¹ je diskriminace na základě věku sice častá, ale zatím málo probádaná.

1.3.2 Zanedbávání a týrání seniorů

Podle Štefana Kovala⁴² se všeobecně ageismus považuje za projev specifické agresivity. *„Každá agrese je fyzickým výpadem, napadením nebo útočným jednáním, které v určitém okamžiku nastupuje obvykle jako reakce na skutečné nebo domnělé ohrožení moci, svobody apod. Také zanedbávání, zneužívání a týrání starého člověka je ze sociologického pohledu vždy agresí.“*⁴³

Otázky špatného zacházení se starými lidmi včetně týrání, zneužívání a zanedbávání ze strany rodinných pečovatelů či profesionálů byly dlouho na pokraji zájmu, obecně jsou jevem, který dosud nebyl v České republice zkoumán. Zprávy o existenci násilí páchané na seniorech, které jsou laické i odborné veřejnosti k dispozici, začaly do širšího povědomí české veřejnosti teprve v posledním desetiletí, jsou ojedinělé a zřejmě tvoří pouhou „špičku ledovce“. Český právní řád ani nezná kategorii osob seniorů, pouze právní předpisy sociálního zabezpečení užívají termín „starý občan“, který však není nikde blíže specifikován.⁴⁴

Jak vyplývá z výše uvedeného, možnosti prevence zneužívání seniorů jsou velmi omezené. Zjevně by měla být v tomto směru lépe propracována legislativa i s touto problematikou související etické kodexy. V praxi by byla určitě vhodná zdravotní výchova, spolupráce zdravotníků, sociálních služeb, policie, svazu seniorů a dalších organizací s cílem prevence tohoto nežádoucího jevu.⁴⁵ Společnost však pravděpodobně stále dostatečně nechápe povahu a závažnost

⁴¹ MPSV. *Příprava na stárnutí*. [online]. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). Dostupné na: <http://www.mpsv.cz/cs/504>.

⁴² KOVAL, Š. *Týrání starých lidí*. s. 25.

⁴³ Tamtéž, s. 25.

⁴⁴ TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. s. 38 - 39.

⁴⁵ BAŠTECKÝ, J.; KÚMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. A KOL. *Gerontopsychiatrie*. s. 162.

nevhodného jednání se seniory a nemá vytvořeny účinné monitorovací ani nápravné mechanismy.⁴⁶

Měli bychom si tedy přesně definovat co je „špatné zacházení se seniory“ a „týrání“. Podle Tošnerové je špatným zacházením rozuměno „*úmyslné neuspokojování nezbytných základních potřeb seniora nebo takové úmyslné jednání, které má za cíl starší osobě fyzicky nebo psychicky ublížit.*“⁴⁷ V soudní praxi je týráním rozuměno především „*zlé nakládání se svěřenou osobou, vyznačující se vyšším stupněm hrubosti a bezcitnosti a určitou trvalostí, které poškozené osoba pociťuje jako těžké příkoří.*“⁴⁸ Na tuto úroveň je postaveno také opomenutí povinné péče.

Různé formy domácího i ústavního násilí či zanedbávání péče a závažné formy nevhodného zacházení se starými lidmi se shrnují pod anglickým označením elder abuse and neglect – EAN.⁴⁹ Tyto formy mnohdy nejsou ostře vymezeny, závisejí kvantitativně i kvalitativně na životní úrovni, kulturním kontextu i na civilizačních zvyklostech.

Ve většině případů se EAN odehrává v domácím prostředí a pachatelé jsou blízcí příbuzní, jiné osoby žijící v témže bytě či docházející pečovatelé. Další alternativou může být nevhodné zacházení v ústavní péči např. nemocnice, léčebny pro dlouhodobě nemocné nebo domovy pro seniory. Zde je závažné to, že kromě případů osobního selhání jedince může jít o systémové projevy, jako jsou např. necitlivé, chybně tolerované či vyžadované normy v činnosti těchto institucí.⁵⁰

⁴⁶ KALVACH, Z. ZADÁK, Z. JIRÁK, R. A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* s. 249.

⁴⁷ TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině.* s. 38.

⁴⁸ KALVACH, Z. A KOL. *Úvod do gerontologie a geriatry. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná.* s. 148.

⁴⁹ KALVACH, Z. ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi.* s. 30.

⁵⁰ KALVACH, Z. ZADÁK, Z. JIRÁK, R. A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient.* s. 250.

K základním formám týrání a zanedbávání starých lidí patří:⁵¹

- Tělesné násilí (týrání) – je nejhrubší a nejzjevnější forma: záměrné působení bolesti, zraňování (bití, kopání, škracení apod.), záměrné odpírání základních životních potřeb (odpírání jídla, ošetření, léků, vystavování chladu atd.), vědomé nezabránění hrozícímu poranění a záměrné neodstranění těchto rizik (např. vstup na kluzkou plochu, rozbité schodiště apod.), dále neposkytnutí pomoci tzv. pasivní agrese. Úmyslem může být poranění či smrt týrané osoby. Tělesné týrání vede k opakovaným mnohočetným poraněním, malnutrici, úzkosti a depresi.
- Psychické (citové) týrání – častá, avšak mnohdy obtížně postižitelná forma, charakterizována jako „působení duševního utrpení“. Zahrnuje: verbální agresi, urážky, hrozby, zastrašování, ponižování, šikanování atd. Patří sem i bezohledné poškozování a likvidování předmětů s citovým významem pro týraného, bránění v sociálních kontaktech, omezování pohybu atd.
- Sexuální obtěžování a zneužívání – nebývá příliš častou formou, ale ani ve stáří není zanedbatelným problémem. Jde o nedobrovolný sexuální kontakt jakéhokoliv druhu, kterému je vystaven starý člověk. Nejčastější formou je obtěžování a zneužívání navzájem mezi klienty v ústavní péči. Projevem je nedobrovolné líbání, osahávání, obnažování, exhibicionismus, znásilnění, gerontofilní deviace atd.
- Ekonomické (majetkové, finanční) zneužívání – velmi častá forma. Jde o protiprávní či nepřiměřené využívání nebo přivlastňování majetku a zdrojů starších osob, např. vynucování změn závěti a jiných právních dokumentů, nevýhodné převody majetku, omezování vlastnických a uživatelských práv, vynucování neoprávněných poplatků za poskytování

⁵¹ HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. s. 87. – 88.; KALVACH, Z. ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. s. 30. – 31.; KALVACH, Z. A KOL. *Úvod do gerontologie a geriatric. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná*. s. 148. – 150.; KOVAL, Š. *Týranie starých ľudí*. s. 36. – 45.

péče, neoprávněné nakládání s finančními prostředky (přisvojení si důchodu seniora pro osobní potřebu apod.).

- Zanedbávání (opominutí) péče či nevhodné zacházení – je chápáno jako selhání osoby zodpovědné za bezpečnost a za uspokojování přiměřených potřeb závislé osoby. Nebezpečnost a zanedbanost se manifestuje důsledky nezvládnutí aktivit denního života. Typickými projevy patří poruchy výživy a hydratace, prochlazení, nedostatky v osobní hygieně, poranění z pádů, hnisající rány, dekubity, zanedbanost oděvu či příbytku. Závažným jevem na hranici zanedbání je osamělost, komunikační deprivace, úzkost, apatie atd.

Fenomén špatného zacházení se seniory se týká asi 4% seniorů⁵² a jde o fenomén velmi závažný. Pro všechny uvedené formy týrání a zanedbávání je příznačná opakovanost a dlouhodobost. Ta může být způsobena neschopností nebo neochotou postiženého dovolat se pomoci, dále také neúčinností nápravných opatření a ochranných společenských mechanismů.⁵³

⁵² HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. s. 88.

⁵³ KALVACH, Z. A KOL. *Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná*. s. 150. - 151.

2 ZMĚNY VYVOLANÉ STÁRNUTÍM

2.1 Biologické aspekty stárnutí

Proces biologického stárnutí probíhá individuálně u každého jedince. Je předurčen genetickými dispozicemi a životním stylem. Biologické stárnutí souvisí s pojmem biologický věk, který poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Obecně se tento pojem používá k vyjádření celkového stavu lidského organismu.⁵⁴

2.1.1 Projevy přirozeného stárnutí

Stárnutí je poslední fáze vývoje, kterou prochází každý jedinec. Slovo vývoj však sebou nese představu, že stárnutí s sebou nutně nese zdokonalení funkcí a někdy je proto raději používán termín postvývojová fáze.⁵⁵

S věkem se snižuje činnost téměř všech orgánů viz. příloha č. I., vrcholu efektivnosti dosahují zhruba kolem třicátého roku života jedince, poté již začíná postupný pokles. Většina funkcí však zůstává zachována a je dostačující do konce života. Funkční kapacita téměř všech orgánů přesahuje délku života organismu jako tzv. funkční rezerva. Díky této rezervě se v podstatě při normálním stárnutí příliš nemění kvalita života. Stupeň neschopnosti zvyšující se s věkem spíše ovlivňují nemoci či další faktory, jako např. úrazy a nehody,⁵⁶ dalšími faktory fyzické degenerace může být znečištěné prostředí, nevhodná strava apod.

Fyzické změny též závisí na interakci dědičných předpokladů a různých zevních vlivů, které se v průběhu života stárnoucího člověka postupně nahromadily. Jak už bylo řečeno, stárí samo o sobě není chorobným stavem,

⁵⁴ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. s. 21.

⁵⁵ STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. s. 22.

⁵⁶ KNIHOVNA ZDRAVÍ. *Zdraví pro třetí věk*. s. 17.

avšak během stárnutí dochází ke sčítání mnoha nepříznivých vlivů a proto přibývá lidí ve vyšším věku u kterých je zvýšena nemocnost.⁵⁷ Počet diagnóz s věkem vzrůstá. Současná přítomnost několika chorob u téhož jedince je nazývána polymorbiditou, multimorbiditou a koprevalencí.⁵⁸ Tato onemocnění se většinou vzájemně prolínají svými příznaky.

Důsledkem multimorbidity může být polypragmázie tj. užívání mnoha léků najednou. U pacientů seniorského věku tato situace bohužel není vzácností. Výsledný efekt může být stav, kdy mezi komplikující faktory onemocnění patří nejen následky a příznaky onemocnění samotných, ale i důsledky léčebných postupů nebo nežádoucí účinky různých léků. Proto je třeba zdůraznit, že každý geriatrický pacient potřebuje pro celkové posouzení zdravotního stavu zcela individualizovaný přístup.⁵⁹

U nemocí starších osob nebývají výrazné klinické příznaky a ani akutní choroby nemají tak dramatický průběh, jako v mladším věku. Často je zřetelná pouze malá část příznaků. Také ani samotný nemocný nemá schopnost přesně rozeznat své onemocnění, neboť příznaky bývají netypické. Není však výjimkou, že má nemoc u seniora sklon k protahovanějšímu průběhu, trvá déle, často chybí úplné vyhojení nebo přechází do chronického stádia.⁶⁰

Při rozpoznávání a léčbě onemocnění geriatrického pacienta musí lékař věnovat pozornost nejenom poruchám způsobených nemocí, ale také funkčním ztrátám, aby tyto ztráty co nejméně ovlivnily životní styl seniora a byla minimalizována závislost na dalších osobách.⁶¹

⁵⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče*. s. 105.

⁵⁸ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. s. 67.

⁵⁹ HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. s. 52. - 53.

⁶⁰ MINIBERGEROVÁ, L. DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. s. 20.

⁶¹ Tamtéž, s. 19.

2.1.2 Tělesné změny ve stáří

Tělesné změny, které vyšší věk nevyhnutelně přináší, můžeme rozdělit:

- změny ve vnější podobě⁶²
 - tělesná výška se snižuje následkem atrofie meziobratlových plotének, dochází k zvýraznění páteřní křivky, shrbeného držení těla
 - mění se vzhled kůže, vznikají vrásky, kůže je suchá, tenká a svraštělá; objevují se pigmentace hlavně na nekrytých částech těla
 - vlasy rostou pomaleji, urychluje se jejich řídnutí a vypadávání, následkem poklesu melaninu přibývají šediny
 - hrubne zubní sklovina, zuby žloutnou a dochází k jejich ztrátě
 - nehty rostou pomaleji, jsou silné, objevují se na nich podélné rýhy a dráhy
- změny tělesného složení⁶³
 - zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí, snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěžím
 - změna imunitních mechanismů, zvláště pak pokles imunity a zvýšená tvorba autoprotilátek
 - úbytek svalové hmoty a pokles svalové síly; úbytek kostní hmoty
 - snižování sekrece jednotlivých hormonů – hormonální nerovnováha
 - snížení hmotnosti mozku a tloušťky mozkové kůry, pokles objemu mozku
 - snížený průtok krve v oběhovém systému, zvětšení a prodloužení tepen, ale pokles jejich elasticity
 - zpomalení psychomotorického tempa a vedení vzruchů, změna v tvorbě a působení neurotransmiterů
 - snížení elasticity orgánů a tkání v důsledku změny struktury kolagenu
 - zhoršené vnímání tzv. zevními smysly – zrak, sluch, chuť, čich a hmat
 - omezená kapacita a rychlost energeticky náročných metabolických dějů

⁶² JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. s. 22. – 24.; KNIHOVNA ZDRAVÍ. *Zdraví pro třetí věk*. s. 18.

⁶³ BARTKO, D. *Moderná psychohygienu*. s. 432. – 436.; KRAMÁŘOVÁ, N. TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. s. 5. – 6.; PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. s. 23. – 24.

- pokles množství celkové tělesné vody, naopak zvýšení obsahu tělesného tuku

Podle Pacovského⁶⁴ je mnoho uvedených projevů přirozeného biologického stárnutí a stáří prokazatelné pomocí vhodně zvolených a v praxi dostupných ukazatelů. Jednoznačně však nelze rozlišit, které zjištěné změny jsou příčinou a které následkem stárnutí.

2.1.3 Biologické teorie stárnutí

V průběhu několika minulých desetiletí již bylo zveřejněno mnoho teorií biologického stárnutí. Křivohlavý⁶⁵ uvádí dvě modernější pojetí:

- Teorie váznutí imunologického dozoru – vychází z poznatků změn v činnosti imunitního systému, hlavně činnosti brzlíku, který se od 12 let člověka zmenšuje a od 40 let je pravděpodobně již nefunkční. Stárnutí je na tomto základě ovlivněno vyčerpáním buněčného systému.
- Teorie ubývání nervových buněk a změn v mozku – na základě zkoumání bylo zjištěno, že v mozku dochází v průběhu stárnutí k výrazným biochemickým změnám v neuronech. Ubývání buněk však není stejnoměrné ve všech partiích mozku. Naopak jiné mozkové buňky mohou vznikat i v dospělosti, což však záviselo na intenzitě mentální aktivity a tzv. duševním cvičení. Kde byl mozek více namáhán, byla zjištěna vyšší produkce neurotrofinu, což vedlo k obecnému závěru, že čím je mozek namáhán více, tím více produkuje nové buňky.

⁶⁴ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. s. 23.

⁶⁵ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. s. 138.

2.2 Psychické aspekty stárnutí

Stejně tak jako dochází ve stáří k tělesným změnám, dochází i ke změnám v psychické oblasti. Obě tyto stránky člověka se vzájemně ovlivňují a úzce spolu souvisejí. Názory na přirozené psychické změny s přibývajícím věkem nejsou jednotné. Všichni shodně upozorňují na vnitřní i vnější individuální rozdíly jedinců.

Podle Bašteckého a kol.⁶⁶ mohou být rozděleny duševní projevy ve stáří rozděleny do čtyř skupin. První skupina zahrnuje jedince bez jakýchkoliv psychických změn, druhá skupina ty psychické změny, které jsou typické pro vyšší věk, ale které nalézáme již v preseniu, ve třetí skupině jsou psychické nemoci stáří a ve čtvrté psychické změny, které provázejí fyziologické stáří.

2.2.1 Hlediska psychických změn

Pacovský⁶⁷ vidí jako důležitou především osobnost každého člověka, kterou je nutné posuzovat jako psychologický celek.

Podle Wolfa⁶⁸ duševní vývoj ve stáří do značné míry závisí na tom, jak se stárnoucí člověk dokáže vyrovnat se skutečností, že stárnutí a stáří představuje z biologického hlediska sestupnou část životního cyklu. Pro stárnutí je podle něj charakteristický úbytek řady duševních funkcí, podmíněný přirozenými změnami na úrovni biologické a tento úbytek nastává pozvolna, v některých složkách však už ve středním věku dospělosti.

Další názor je uveden v Jedličkové „Praktické gerontologii“: „*Psychika geronta představuje soubor vlivů, které se proplétaly, zájemně na sebe působily, narůstaly anebo se ztrácely, a to od jeho dětství.*“⁶⁹ Podle něj se o psychické stránce a taktéž o kvalitě stáří rozhoduje celý život. Vystihnout podstatné povahové rysy starého člověka v celé šíři není jednoduché, neboť předpokladem

⁶⁶ BAŠTECKÝ, J.; KÚMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. A KOL. *Gerontopsychiatrie*. s. 185.

⁶⁷ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. s. 23. – 24.

⁶⁸ WOLF, J. *Umění žít a stárnout*. s. 133.

⁶⁹ JEDLIČKA, V. A KOL. *Praktická gerontologie. Učební text*. s. 14.

by mělo být poznání jeho životní historie, jako je základní znalost o jeho fyzickém a zdravotním stavu, jeho zkušenosti z oblasti zvládnání náročných životních událostí a začlenění do souvislostí rodinných, pracovních a společenských.

2.2.2 Psychické změny při stárnutí

Pravdou však je, že navzdory „životní historii“ každého jedince jsou také psychické změny, jež jsou pro seniorský věk charakteristické. Pouze doba, kdy se změny dané stárnutím začnou projevovat, jejich závažnost a způsob reakce na ně jsou individuálně rozdílné.⁷⁰

Některé psychické funkce se ani ve vyšším věku nemění, některé však mají sestupnou, jiné zase naopak vzestupnou tendenci. Věkem se nemění podle Gruberové⁷¹ slovní zásoba a jazykové znalosti, soudnost a také intelekt dosažený na úrovni zralého věku zůstává zpravidla nezměněn.

Naopak pozitivní jevy se vzestupnou tendencí jsou vytrvalost, trpělivost a rozvaha, stálost názorů a vztahů, někdy je staršími lidmi vítána i určitá monotónnost či stereotypie, ať pracovní, tak i životní. Patří sem také zvýšená tolerance k druhým lidem i k opačným názorům a schopnost úsudku a nadhledu.⁷²

Psychické změny, které již v průběhu stárnutí nebo ve stáří postupně klesají, mohou být způsobeny mnoha faktory.⁷³ Může se jednat „o postižení lokálního charakteru např. mírný stupeň mozkové atrofie, nebo o změny celkového charakteru.“⁷⁴ Jejich společným působením dochází ke snížení odolnosti organismu i jeho schopnosti adaptace na nové podněty. Psychické změny mohou pak následně postihnout některé části nebo celou duševní činnost starého člověka. K sestupným změnám náleží:⁷⁵

⁷⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče*. s. 106.

⁷¹ GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie, skripta ZSF JU v Českých Budějovicích*. s. 24.

⁷² JEDLIČKA, V. A KOL. *Praktická gerontologie. Učební text*. s. 15.

⁷³ GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie, skripta ZSF JU v Českých Budějovicích*. s. 24.; KRAMÁŘOVÁ, N. TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. s. 8. – 9.

⁷⁴ BAŠTECKÝ, J.; KÚMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. A KOL. *Gerontopsychiatrie*. s. 185.

⁷⁵ Tamtéž s. 186. – 187.

- zpomalení psychomotorického tempa – pomalejší reakce na podněty, celková těžkopádnost a nemotornost, zpomalená rychlost slovní reakce; dochází také ochuzení funkce fantazie a ustrnutí zájmů, nedostatek vůle dále se rozvíjet, též schopnost učit se novým věcem, ztráta duševní pružnosti a nápaditosti. Zpomalení psychomotorického tempa a snadná psychická unavitelnost se může odrazit i v poruchách myšlení tzv. zabíhavé myšlení.
- emoční poruchy především emoční labilita – neudržení emočních projevů v určitém směru, přecházení z jedné nálady do druhé. Pokud se rychle střídající emoční reakce spojí se změnami osobnosti, připomínají dětskou povahu. U některých seniorů zvýšený sklon k úzkostným nebo depresivním projevům.
- změny povahy – zužování zájmů a koncentrace na svoji osobu mnohdy spojeny s projevy zvýšené potřeby být v centru pozornosti okolí. Povahové změny mohou vést např. k šetrnosti hraničící s lakotou, požitkářství spojené s nadměrným utrácením, projevy nedůvěřivosti vůči okolí nebo svéhlavost. Zvýšená pozornost, kterou starý člověk věnuje sobě samotnému, může nabýt až hypochondrického rázu.
- změny ve vstřípivosti paměti – vážne schopnost přijímat nové informace, ukládat je do paměti a dále je zpracovávat. Následkem dochází ke zhoršování paměti, což je částečně kompenzováno zvýrazněním staropaměti. Tento jev je nazýván Ribotovým zákonem regrese a může mít vážné následky, např. starý člověk často znejistí, zda užil předepsané léky a vezme si pro jistotu novou dávku, to může vést až k neúmyslné intoxikaci.
- změna osobnosti – ve vyšším věku pozměněna poměrně často. Některé rysy se mohou zvýrazňovat celý průběh stáří, např. introverze se může vystupňovat ve vyhýbání se společnosti až v samotářství, extroverze zase v povrchnost.

Změny psychiky provázející stáří způsobují, že se mnoho seniorů velmi obtížně přizpůsobuje náhlým zvrátům jak životních podmínek, tak i zdravotního

stavu. Mnohdy je schopnost adaptace narušena natolik, že dochází k závažným změnám, jejichž následkem může být zhoršení zdravotního stavu, které je způsobeno dekompenzací některých fyzických a psychických funkcí nebo nutnost dočasného či trvalého umístění takto postiženého člověka do ústavní péče.⁷⁶

2.2.3 Změny v životní orientaci

Stárnoucí člověk se musí vypořádat nejen s minulostí, se žitím v přítomnosti, ale s plány do budoucnosti. U mnoha stárnoucích lidí je realistický pohled do budoucnosti značně poddimenzován, nejsou na stáří dostatečně připraveni a většinou nepočítají se změnami, k nimž v průběhu stáří musí dojít. „*Nevytvořili si věkovou perspektivu a jsou překvapeni, bezradní a nejistí.*“⁷⁷

Mezi stárnoucími lidmi v plánování budoucnosti se ukazuje značný rozdíl. Ti, kteří žijí relativně šťastně např. doma v rodině, mají více plánů, než ti s méně šťastným životem. Podle Křivohlavého⁷⁸ je však někdy potřebné brzdit přehnanou aktivitu v někdy neuvážených plánech a druhou uvedenou skupinu naopak podněcovat k činnosti.

2.3 Sociální aspekty stárnutí

Přijetí stáří a prožívání stárnutí je pro mnoho jedinců velmi těžké. Od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná vlastně problém jeho reakce a adaptace na stáří. Základním problémem úspěšné adaptace je najít individuálně nejvhodnější vztah mezi zdůrazňováním vhodných forem aktivit na straně jedné a postupné uvolňování se z aktivit na straně druhé.⁷⁹

⁷⁶ BAŠTECKÝ, J.; KÚMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. A KOL. *Gerontopsychiatrie*. s. 187.

⁷⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. s. 143.

⁷⁸ Tamtéž, s. 143.

⁷⁹ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. s. 25.

2.3.1 Odchod do důchodu

Kalvach⁸⁰ definuje sociální stáří jako období vymezené kombinací několika sociálních změn nebo splněním určitého kritéria, což je nejčastěji dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je chápáno jako sociální událost, je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.

Vývoj po odchodu do důchodu probíhá tedy ve fázích, které jsou individuálně podmíněny právě osobnostními, zdravotními, finančními a společenskými možnostmi a okolnostmi. Je potřeba nalézt nové varianty trávení času, na něž je možné se připravovat. Představu stáří jako volného času a klidu je nutno úplně revidovat, protože střídání činnosti a odpočinku patří i ve stáří ke zdravému rytmu života.⁸¹

Grahame Hill⁸² definuje čtyři faktory ovlivňující účinky odchodu do důchodu:

- 1) Dobrovolnost – nedobrovolné penzionování je hůře snášeno.
- 2) Osvěta před odchodem do důchodu – usnadňuje změnu, pokud se zaměří na psychickou přípravu, finanční plány apod.
- 3) Zájmy mimo zaměstnání – úzké spojení zájmů s prací ztěžuje odchod do důchodu.
- 4) Dobré zdraví a finanční zajištění – umožňují dělat v důchodu to, co si člověk naplánoval a na co se těšil.

Podle Vágnerové⁸³ znamená odchod do důchodu ztrátu profesní role a je chápán jako jednoznačný signál přechodu ze středního věku do stáří. Důchodce symbolicky odchází ze společnosti do soukromí a zůstávají mu jen soukromé role. Je to doba, která nemá jasně vymezený obsah, a která se snadno může stát zátěží, protože ji lidé neumějí využít.

⁸⁰ KALVACH, Z. A KOL. *Úvod do gerontologie a geriatricie. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná.* s. 21.

⁸¹ ŠTIKAR, J. HOSKOVEC, J. ŠMOLÍKOVÁ, J. *Bezpečná mobilita ve stáří.* s. 9. – 10.

⁸² HILL, G. *Moderní psychologie. Hlavní oblasti současného studia lidské psychiky.* s. 206.

⁸³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče.* s. 114.

Pacovský⁸⁴ vidí přípravu na stáří jako celoživotní úkol. „*Jak kdo žil, takové si zaslouží stáří. Každý člověk je odpovědný za své stáří.*“⁸⁵ Příprava na stáří má podle něj tři období:

- dlouhodobá příprava na stáří – vychází ze skutečnosti, že stáří je neoddelitelnou součástí života, jejíž kvalitu člověk do značné míry sám určuje. Rozhodující je zde celoživotní výchovné, vzdělávací i zdravotně-osvětové působení na celou populaci.
- středně dlouhá příprava na stáří – měla by začít ve středním věku a soustřeďuje se na okruh v biologické rovině tj. bezpodmínečné osvojení zásad správného životního způsobu, v rovině psychické tj. naučit se praktikovat zásady duševní hygieny, přijímat stáří jako součást života, postupně akceptovat budoucí roli seniora.
- krátkodobá příprava na stáří (bezprostřední) – zahajuje se 3 – 5 let před předpokládaným odchodem do důchodu. Jde o přípravu hodnotné činnosti, nového programu a perspektivu života a uvést do reálného vztahu představy a plány se skutečným fyzickým i psychickým stavem.

2.3.2 Manželství seniorů

Podle Vágnerové⁸⁶ má manželská spokojenost ve stáří mírně stoupající tendenci. Narůstá větší pocit uspokojení ze společného života a klesá četnost konfliktů. Důvodem je i to, že od manželství očekávají méně, uvědomují si více významu partnera a hodnoty společného života a jsou také ochotnější přijmout kompromisy.

Názorem Satirové⁸⁷ jsou staří lidé dneška nositeli nových představ o možnostech pozdních let – jednou z velkých společenských skupin, která tvoří fond plný prostředků, energie, moudrosti a tvořivosti. Manželé by si po odchodu

⁸⁴ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. s. 55. – 57.

⁸⁵ Tamtéž, s. 55.

⁸⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče*. s. 114.

⁸⁷ SATIROVÁ, V. *Kniha o rodině*. s. 322.

do důchodu měli naplánovat nový úsek společně a vědomě a realisticky se na tento zcela jiný společný život připravili.

Říčan⁸⁸ dělí a posuzuje manželství seniorů na ta velmi šťastná, kdy je mezi manžely souhra, prohlubující se intimita, vzájemná závislost, dokonale se navzájem přizpůsobili a rozumějí si. Dále manželství velmi nešťastná tj. pocit zklamání životem se klade na vinu partnerovi, při nedostatku jiných kontaktů vzniká „ponorková nemoc“, upadá komunikace a manželé se vzájemně zraňují. Jako třetí variantu popisuje manželství seniorů střední s dobrými i špatnými dny, s hádkami i usmířeními, s důvěrnými chvílemi i chvílemi odcizení.

Je ale stále častější skutečností, že i v séniu jsou ještě uzavírána nová manželství. Důvodem je, že na základě prodlužujícího se věku, zůstává starý člověk buď vinou rozvodu či brzkého ovdovění velmi dlouho sám a chce mít v pozdějším věku někoho, o koho by se mohl opřít v tísní, nemoci apod.⁸⁹

Velmi náročnou životní situací je nemoc manželského partnera, která bývá zdrojem častého a dlouhotrvajícího stresu. Starý člověk ji může prožívat jako vlastní ohrožení, bojí se ztráty partnera, jeho nemohoucnosti i změny stylu života, která z této situace vyplývá. Pro staršího člověka může být péče o těžce nemocného partnera fyzicky i psychicky příliš náročná, vyčerpávající a může vést až k syndromu vyhoření.⁹⁰

Odborníci se shodují, že při posuzování zátěžových životních situací a jejich vlivu na prožívání stáří má jeden z největších významů úmrtí životního partnera.⁹¹ Přestože jde o vysoce pravděpodobnou událost, lidé na ni nebývají připraveni. Subjektivní stres, který je spojen se ztrátou partnera, roste přímo úměrně s věkem a zvládnutí zátěže ovdovění je náročný proces trvající v průměru i dva roky. Ovdovělí starší lidé většinou nehledají náhradu za zemřelého partnera, snaží se ztrátu vyrovnat oživením jiných vztahů např. k členům rodiny či k přátelům.⁹²

⁸⁸ ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. s. 351. – 352.

⁸⁹ Tamtéž, 352.

⁹⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče*. s. 115.

⁹¹ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. s. 43.

⁹² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče*. s. 116.

2.3.3 Rodinné vztahy

I když rodina stále představuje rozhodující místo sociální integrace starých lidí, vzhledem k proměnám, jimiž prochází, lze sledovat značné posuny ve vztahu mezi starými lidmi a příbuzenstvem. Orientace na rodinu a výpomoc dětem je u starých lidí součástí nového pojetí úlohy rodiny v životní dráze, rodina je pojímána, jako výsledek životních cílů.⁹³

Faktem je, že funkční rodina a kvalitní mezilidské vztahy jsou prevencí izolace ve stáří, že „rodinné sítě“ působí jako bariéra proti osamělosti a vazby s dospělými dětmi a vnoučaty se stávají nejvýznamnějším zdrojem emocionálního uspokojení a důležitým článkem spojujícím se světem.⁹⁴

Rodina současné doby je však podle Horské a kol.⁹⁵ ovlivněna mimo jiného rozpadem vícegeneračního soužití a mnohdy tím bývají přetřhány nutné sociální vazby. Generace prarodičů a praprarodičů žije stále častěji samostatně, ale i v osamocení. Rodina se zmenšuje nejen počtem členů (menší počet dětí v rodině), ale také počtem a intenzitou vzájemných vztahů a vazeb mezi jejími členy.

Podle Stuarta-Hamiltona⁹⁶ je však preference rodinných vztahů a životního stylu seniora kombinovaná. Staří lidé stále více upřednostňují samostatný život, zároveň však vítají, nežijí-li jejich potomci či blízcí příbuzní daleko. Staří lidé tedy pravděpodobně rádi kombinují příležitost k aktivitám v interakci se členy rodiny se soukromým svých domovů.

Bartko dokonce tvrdí, že pro staré lidi je vhodnější s dětmi nebydlet. Podle něj *„jen co staří lidé a jejich dospělé děti přestanou bydlet spolu, jen co jejich kontakty přestanou být vynucené společným bytem, vzájemné vztahy se zlepšují, konflikty se ztrácejí a ze vzájemných setkání se stávají příjemné a žádoucí události.“*⁹⁷

⁹³ ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. s. 382. – 383.

⁹⁴ JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. s. 31.

⁹⁵ HORSKÁ, P. KUČERA, M. MAUR, E. STLOUKAL, M. *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*. s. 457. – 458.

⁹⁶ STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. s. 171. – 172.

⁹⁷ BARTKO, D. *Moderná psychohygiéna*. s. 452.

2.3.4 Osamělost

Již výše zmíněným odchodem do důchodu ztrácí člověk v podstatě nedobrovolně mnoho kontaktů a lidí s nimi spojené. Postupně se dále zužuje teritorium, v němž se odehrává život starých lidí a s tím dochází i k zúžení sociální sítě např. ztráta blízkých vrstevníků. Ze ztráty mnoha sociálních kontaktů vyplývá osamělost, která bývá významným problémem pozdního stáří.⁹⁸

Pocit osamění může být dán nejen izolací od společnosti, ale také proměnou okolního světa, který se jeví starému člověku cizí. Souběžně s touto tendencí pro něj pak ještě více narůstá emoční význam nejbližších lidí. Staří lidé na nich lpí jako na výlučném zdroji své jistoty a bezpečí. Případné odloučení, např. přestěhování do domova pro seniory, prožívají jako silný stres.⁹⁹

„Je paradoxní, že má-li starý člověk to štěstí dočkat se opravdu vysokého věku, nutně se též dočká příchodu pocitu extrémního osamění. Mluví se o tom, že člověk starší 85 let se stává cizincem ve vlastním světě.“¹⁰⁰

Tošnerová¹⁰¹ zdůrazňuje, že snahou člověka je potřeba sdílet společné zážitky a proto je potřebné a vhodné jako prevenci vytvoření si svého životního programu např. pomoc s vnoučaty, zájmy a koníčky a další činnosti, které vedou ke společně sdíleným činnostem.

2.3.5 Adaptace na stáří

Pro starého člověka je důležité, i přes uvedené těžkosti, se na stáří adaptovat. Někteří si na „důchodovou roli“ zvyknou rychle a snadněji, jiní ji dlouhou dobu nejsou schopni akceptovat. Úspěšná adaptace starého člověka je spojena s vytvářením programu a perspektivy i na tom jakou měrou byl na stáří připraven.

⁹⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 415.

⁹⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče*. s. 112.

¹⁰⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. s. 228.

¹⁰¹ TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. s. 22.

Existuje v podstatě pět způsobů, jak lidé na stáří reagují tj. pět strategických modelů adjustace na stáří:¹⁰²

1. Konstruktivnost – je ideální forma adaptace na stáří a jeho akceptaci. Člověk je smířen s faktem stárnutí a stáří, je soběstačný, otevřený, přizpůsobivý, těší se ze života, realizuje přiměřené cíle a plány. Optimisticky hodnotí dosavadní život a reálně přijímá možnosti budoucího života ve stáří.
2. Závislost – směřuje více k pasivitě a závislosti, spoléhá na druhé a věří, že se o něj postarají po citové i hmotné stránce. Je poměrně vyrovnaný, není ctižádostivý, a proto odchod do důchodu neneset těžce. Preferuje soukromí svého domova, bezpečí a pohodlí všeho druhu. Není ochotný navazovat styky, jež by mohly ohrozit a narušit jeho pohodlí. Ústraní v podstatě vítá.
3. Obranný postoj – týká se profesionálně a společensky úspěšných lidí, kteří žili pro práci, aktivně se zapojovali do společenského dění např. různé funkce v organizacích či politice. Bojují o udržení svého předcházejícího života, dokazují svoji nezávislost a nechtějí myslet na fakt stáří. K jeho akceptaci jsou většinou donuceni až objektivními okolnostmi.
4. Nepřátelství – lidé, kteří ve svém životě nebyli příliš úspěšní, již v předcházejícím životě měli sklon svalovat vinu za své neúspěchy na druhé. Bývají podezíraví a agresivní. Stáří přijímají jako další nepřítel osudu, žijí v ústraní a hrozí jim izolace. Dávají najevo svůj silný odpor k představě stáří a jsou mrzutí, závistiví a nepříjemní.
5. Sebenávist – tito lidé se od předcházející skupiny liší v podstatě jen tím, že nepřátelství obrazejí vůči sobě samým. Nemají se rádi a sebe i svůj předchozí život hodnotí s pohrdáním. Smiřují se sice s faktem stáří, ale nedovedou k němu zaujmout konstruktivní postoj. Jsou nepraktičtí a rádi přehánějí svou tělesnou nebo duševní neschopnost. Cítí se osamělí a zbyteční.

¹⁰² PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. s. 41. – 42.; HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. s. 114. – 116.;

V životě se samozřejmě vyskytují různé variace a kombinace těchto strategických modelů. Podstatné však je, že o volbě modelu rozhodují nejen předchozí životní zkušenosti, ale hlavně samotná povaha člověka. Vhodné, kladné povahové vlastnosti je možné kultivovat a násobit a vědomě potlačovat ty nežádoucí, ale záleží jen na člověku samotném, jestli k prahu stáří dojde jako zralá osobnost či ne. Předchozí etapy života byly šancí zralou osobností se stát.¹⁰³

¹⁰³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. s. 116.

3 GERONTOLOGIE, ZDRAVÍ A NEMOC STARÉHO ČLOVĚKA

3.1 Věda o stáří – gerontologie

S celosvětově narůstajícím podílem starých lidí narůstal i význam problematiky stáří. Tato potřeba vedla nakonec ke vzniku samostatného vědního oboru, vědy o stárnutí a stáří gerontologie. „*Gerontologie je integrovaným vědním oborem, který má interdisciplinární charakter, zabývající se problematikou stárnutí a stáří v nejširším slova smyslu*“.¹⁰⁴

Gerontologii tvoří tři vědní disciplíny.¹⁰⁵

1. Teoretická gerontologie – vytváří teoretický základ pro praktickou aplikaci poznatků (teorie stárnutí, predikce atd.). Její součástí je experimentální gerontologie (experimenty na zvířatech, in vitro, klinicko-fyziologické studie u lidí).
2. Klinická gerontologie – geriatrie – se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří a způsoby jejich ovlivnění.
3. Sociální gerontologie – analyzuje vztahy starého člověka a stárnoucí populace a společnosti.

3.1.1 Stručná historie gerontologie

Skutečnost, že ve stáří probíhají nemoci jinak než u mladých lidí či lidí středního věku, byla zřejmá klinikům již před mnoha lety. V roce 1843 ohlásil profesor J. Hamerník na pražské lékařské fakultě své přednášky o „nemocech pokročilého věku s klinickými demonstracemi“. O několik desetiletí později počínaje rokem 1904 přednášel o chorobách stáří prof. F. Procházka. Ve Francii uveřejnil slavný profesor J. M. Charcot své průkopnické „přednášky o nemocech

¹⁰⁴ WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. s. 10.

¹⁰⁵ GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie, skripta ZSF JU v Českých Budějovicích*. s. 5.

starců“ v roce 1867. I. L. Nascher, který je považován za zakladatele americké geriatrické školy, vydal svoji knihu Geriatrie v roce 1914.

Ve dvacátých letech minulého století se zabýval problematikou nemocí ve stáří profesor R. Eiselt, který byl od roku 1926 přednostou Ústavu pro nemoci stáří v dosavadním chudobinci Sv. Bartoloměje a později založil při pražské lékařské fakultě kliniku nemocí stáří. Jednalo se o první kliniku tohoto typu na světě. V roce 1929 byly otevřeny Masarykovy domovy, na svou dobu moderní a zcela unikátní zdravotně sociální zařízení s 250 lůžky.

Po druhé světové válce nastal ve světě významný rozvoj geriatrie. Významnou osobností byla Marjoria W. Warrenová, jejíž výzkumy byly základem britské geriatrické medicíny. První katedra geriatrie vznikla v Glasgow v roce 1965.¹⁰⁶

3.1.2 Geriatrická medicína

Geriatrie je zařazena pod výše uvedenou klinickou gerontologii. Zabývá se starým nemocným člověkem jako jedincem. Je lékařským oborem, který se zabývá diagnostikou onemocnění ve stáří. Občas bývá geriatrie přirovnávána k pediatrii svou specifitou diagnostiky. Bohužel ještě i dnes se setkáváme s mediky, kteří se dívají na staré pacienty jako na někoho, kdo slibuje více práce jak terapeutické, tak diagnostické a v mnohém ji vidí jako neperspektivní.¹⁰⁷

Geriatrická péče zahrnuje složku akutní i následnou, paliativní i preventivní, ambulantní i lůžkovou. Jádrem oboru geriatrie je všeobecná interna, která přesahuje především do neurologie, gerontopsychiatrie, rehabilitace a ošetrovatelství.¹⁰⁸

¹⁰⁶ HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. s. 6. - 7.

¹⁰⁷ Tamtéž, s. 50.

¹⁰⁸ KALVACH, Z. ZADÁK, Z. JIRÁK, R. A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. s. 25.

3.2 Zdravotní stav starého člověka

Všechny hlediska života člověka ve vyšším věku ovlivňuje právě zdraví. V praxi je za zdravého člověka považován takový senior, „u kterého není přítomna zjevná choroba, který je spokojen s kvalitou svého života, je soběstačný a má neporušenou sociální homeostázu.“¹⁰⁹

Stáří není nutné vždy spojovat s chorobou, protože existuje mnoho zdravých starých osob. Je také jen málo nemocí, které by byly vázány výlučně na pokročilý věk. Faktem ale je, že s přibývajícím věkem se počet lidí, kteří jsou zdraví, snižuje, a navíc zkušenosti ukazují, že nemocných starých lidí je více, než kolik jich skutečně vyhledá lékařskou pomoc.

Pod tlakem okolností spojených s potenciální nebo faktickou nemocí také dochází u starých lidí ke změně hodnotových orientací. Nesporně jsou staří lidé vzácně zajedno v preferenci zdraví a zabezpečení v případě nemoci.¹¹⁰ Zdraví je dar, který dostáváme zadarmo, bez jakékoli zásluhy a teprve, když ho ztrácíme, zjistíme jeho obrovskou hodnotu a toužíme po jeho navrácení.

Ke zlepšení celkového fyzického i psychického zdraví podle Křivohlavého¹¹¹ dopomáhá i ujasnění si smysluplnost vlastního života.

3.2.1 Zdravotní problémy ve stáří

Některé příznaky nemoci jsou ve stáří častější než ve věku středním. Mají ve svých důsledcích velký význam a nemocný je někdy ani sám nesignalizuje. Mezi tyto příznaky řadí Gruberová¹¹² závratě, pády a poruchy chůze; poruchy spánku, zejména nespavost; delirantní stavy; poruchy vyprazdňování (inkontinence, zácpa); proleženiny – dekubity; a dehydratace.

Příčinou stoupající nemocnosti je kombinace primárního fyziologického pochodu s různými chorobnými procesy. Téměř vždy je však těžké určit přesnou

¹⁰⁹ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. s. 61.

¹¹⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. s. 246. – 247.

¹¹¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. s. 185.

¹¹² GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie, skripta ZSF JU v Českých Budějovicích*. s. 54.

hranici mezi změnami podmíněnými stářím a patologickým procesem. Při sledování chorob u starých lidí je zjišťován výskyt nemocí, které lze podle Jedličky¹¹³ rozdělit do čtyř základních skupin:

1. Choroby vyskytující se výlučně ve vysokém věku např. poruchy zraku, sluchu, hypertrofie prostaty, senilní demence apod.
2. Choroby vyskytující se i v mladším a středním věku, ale jejich doménou je právě věk pokročilý, mnohdy mají i svůj vyhraněný klinický obraz. Je to např. arterioskleróza, kardiovaskulární onemocnění, onemocnění dýchacího aparátu, poruchy pohybového systému, tumory, endokrinní poruchy a další.
3. Choroby s častým výskytem již od mládí a středního věku, ve stáří však vykazující řadu odchylek a zvláštností. Tyto odlišnosti jsou pro starého člověka velmi důležité, neboť mohou být při nesprávném hodnocení příčinou mylné nebo pozdní diagnózy.
4. Geneticky zakódované poruchy – syndromy předčasného stárnutí. Patří sem např. progerie (příznaky stárnutí projevující se již u dětí) nebo Wernerův syndrom (obdoba progerie, pouze propuká v období dospělosti).

Haškovcová¹¹⁴ upozorňuje na rizikové faktory, které mohou způsobit zhroucení sociální homeostázy, zhoršení zdravotního stavu, někdy i smrt. Takový člověk se podle ní nazývá „rizikový geront“. Jde o specifická rizika vyznačující se spojením složky zdravotní i sociální. Tato komplexnost se projevuje v souboru příčin vedoucích ke vzniku nemoci, klinickém obraze i ve funkčních důsledcích.

Za rizikového geronta je považován starý člověk, který se není schopen rychle a účelně přizpůsobit změnám ve svém životě a je vystaven působení některých nepříznivých psychosociálních a zdravotních faktorů. Mezi tyto ohrožení patří vysoký věk (nad 80 let), sociální izolace, ztráta dřívějších rolí, nespolupráce a porucha chování, špatná adaptace, ekonomické problémy, choroby vedoucí

¹¹³ JEDLIČKA, V. A KOL. *Praktická gerontologie. Učební text.* s. 34.

¹¹⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří.* s. 287.

k funkční ztrátě či s obtěžujícími komplikacemi, nedostatek potřebné péče apod.¹¹⁵

Ve stáří se tedy úzeji k sobě váže podmíněnost zdravotní a sociální situace, kdy nejen sociální situace může vyvolat zdravotní potíže, ale ještě častěji mohou zdravotní potíže výrazně zkomplikovat sociální situace starého člověka. Velkým handicapem starého člověka jsou duševní změny v jeho soukromém životě.

3.2.2 Duševní poruchy ve stáří¹¹⁶

Pro stáří je také typická řada duševních poruch. Počet duševních poruch s věkem roste podobně jako ostatní nemoci a jejich léčení má svá u starých lidí též svá specifika. Tyto důvody zvýšily v rámci oboru psychiatrie pozornost věnovanou starým lidem a vedly ke vzniku gerontopsychiatrie. Ta je v současné době samostatným medicínským oborem.¹¹⁷

Řada prací se zabývá výskytem duševních poruch ve stáří. Nejčastějšími poruchami jsou neurózy. K častým duševním poruchám starých lidí patří paranoidní syndrom. V diagnostickém spektru stoupají pochopitelně nejvýrazněji demence.¹¹⁸

Je určitě potřeba rozlišit rozdíl mezi poruchami paměti a demencí. Poruchy paměti jsou velmi nespecifický a rozšířený symptom a jen část z nich patří k diagnostickému okruhu demence. V povědomí laické veřejnosti se však oba problémy značně překrývají, či dokonce splývají. Jestliže se tedy u někoho poruchy paměti objeví, bývá to často varovným signálem buď pro postiženého, nebo jeho rodinu a okolí, aby se obrátili na lékaře, na němž pak je, aby v diagnostickém procesu nejprve stanovil, zdali se jedná skutečně o demenci, nebo jen o izolované poruchy paměti.¹¹⁹

¹¹⁵ PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. s. 54. – 57.

¹¹⁶ MARTÍNKOVÁ, J. *Muzikoterapie u seniorů*. Bakalářská práce. s. 27. – 28.

¹¹⁷ KRAMÁŘOVÁ, N. TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. s. 6.

¹¹⁸ BAŠTECKÝ, J.; KŮMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. A KOL. *Gerontopsychiatrie*. s. 25.

¹¹⁹ HRDLÍČKA, M.; HRDLÍČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. s. 11.

Snad žádný okruh duševních poruch netrpí tak malou shodou v posuzování závažnosti stavu jako právě demence. V psychodiagnostice se využívají různé psychologické testy¹²⁰ viz. Příloha II. – IV. Jejich užití je vyhrazeno psychologům.¹²¹ Spektrum příznaků doprovázející demence je relativně široké, patří k nim zejména paranoidní ladění a myšlení, popř. výskyt bludů; výskyt halucinací; poruchy v běžných činnostech; agitovanost, agresivita; poruchy rytmu spánku a bdění; změny nálad tj. deprese, mánie úzkosti a fobie.¹²²

Stejně jako symptomy somatických potíží mohou zůstat skryty i různé psychické poruchy, které starý člověk a jeho okolí přehlídí. Velmi zajímavé jsou dlouhodobé studie sledující průběh duševních chorob ve stáří. V těchto pracích nacházíme mnohdy překvapivě optimistické prognózy. Jednoznačně špatnou prognózu mají pouze těžké organické psychosyndromy. Paranoidní syndromy a velká část depresivních syndromů mají dobré léčebné výsledky. Dobré terapeutické výsledky mají i lehké organické psychosyndromy s poruchami efektivity a zvýšenou unavitelností, jestliže nejsou spojeny s výraznějšími poruchami intelektu.¹²³

3.2.3 Diagnostika a léčba v gerontopsychiatrii

Velmi často se v praxi stává, že starý člověk reaguje duševní poruchou na vznik somatického onemocnění a proto není možné zužovat diagnostiku jen na posouzení duševního stavu, ale provádět vyšetření zahrnující i tělesnou oblast. Oborem, který je však psychiatrii asi nejbližší a jehož spolupráce s psychiatrem je neodmyslitelná, je klinická psychologie. Klinický psycholog přispívá k diagnostice posouzením úrovně intelektu a paměti, osobnostních rysů,

¹²⁰ viz. např. *Testovník. Soubor testů pro gerontologii*. Holmerová, I., Česká alzheimerovská společnost

¹²¹ HRDLIČKA, M.; HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. s. 19.

¹²² PIDRMAN, V. KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. s. 15.

¹²³ BAŠTECKÝ, J.; KÚMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. A KOL. *Gerontopsychiatrie*. s. 27. – 28.

stupně deprese, míry neuroticismu. Může odhalit doposud klinicky nerozvinuté obtížně identifikovatelné projevy počínajícího duševního onemocnění.¹²⁴

Baštecký a kol.¹²⁵ upozorňují na některé zvláštnosti psychologického vyšetřování osob vyššího věku:

1. Větší pozornost než u mladších osob je třeba věnovat zajištění dobrého kontaktu a spolupráce; doporučuje se seznámit vyšetřovaného s účelem vyšetření, a pokud je to potřeba, posilovat motivaci i v jeho průběhu.
2. Je nutné počítat s oslabením zraku a sluchu; doporučuje se zkontrolovat úroveň vnímání, a zajistit dobré podmínky pro percepci podnětových situací.
3. Vzhledem ke snížené mentální pohotovosti bývají starší lidé pomalejší při chápání instrukce; doporučuje se zkontrolovat, zda pacient chápe, co se po něm požaduje, případně instrukci opakovat.
4. V souvislosti se sníženou fyzickou výkonností se u starších osob dříve dostavuje únava; doporučuje se zařazovat přestávky nebo rozdělit vyšetření na několik kratších úseků.
5. Při kognitivních výkonech je potřebné počítat s intervencí negativních emočních stavů; doporučuje se kombinovat diagnostický postup s psychoterapeutickým ovlivňováním, obzvláště v případech, kdy se u pacienta vyskytují známky úzkosti a deprese.

Významné postavení v léčbě duševních poruch ve stáří zaujímá farmakoterapie. Uplatňována je farmakoterapie interní jako např. kardiotonika, hypotenziva a stabilizace vnitřního prostředí. Dále se uplatňuje speciální psychiatrická farmakoterapie, která je rozdělena na dvě části:

- a) farmakoterapie poruch kognitivních funkcí např. monotropní farmaka
- b) farmakoterapie poruch ostatních psychických funkcí např. antidepressiva, neuroleptika.¹²⁶

Další léčebnou metodou ve stáří je psychoterapie. Je to léčebné působení způsobem rozhovoru, neverbálního chování, podněcování emocí, učení, sugesce

¹²⁴ KRAMÁŘOVÁ, N. TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. s. 11.

¹²⁵ BAŠTECKÝ, J.; KŮMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. A KOL. *Gerontopsychiatrie*. s. 83.

¹²⁶ BAŠTECKÝ, J.; KŮMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. A KOL. *Gerontopsychiatrie*. s. 85.

apod. Je dělena na psychoterapii direktivní a nedirektivní, symptomatickou a kauzální, náhledovou a akční nebo skupinovou a individuální.¹²⁷

3.2.3.1 Psychoterapie ve stáří¹²⁸

Hlavní indikační oblastí individuální a skupinové psychoterapie ve stáří jsou neurózy, především úzkostné a depresivní, a resocializace lehčích forem psychóz a demencí. Naléhavými kandidáty pro individuální psychoterapii ve stáří jsou osoby osaměle žijící, nedávno ovdovělí, všichni depresivní se sebevražednými tendencemi, osoby přemístěné do institucí pro staré lidi, a starší lidé s opakovanými hospitalizacemi. Pro léčbu většiny starších osob umístěných v institucích byly vypracovány nejrůznější techniky s psychoterapeutickým potenciálem, nazvané mentální aktivizace.

3.2.3.2 Formy skupinové psychoterapie vhodné pro seniory¹²⁹

K širšímu uplatnění skupinové psychoterapie seniorů dochází ve světě v posledních 20 letech, u nás něco později. Předností skupinové psychoterapie před individuální je dle většiny autorů především zážitek intenzivního společenství, který je tak často frustrován osamělostí ve vyšším věku.

Nejčastěji používané formy terapie vhodné pro seniory:¹³⁰

- a) Analyticky orientované psychoterapeutické skupiny – jsou vhodné pro neurózy krátkodobě trvající, mající velkou potřebu svěření svého utrpením. Cílem je úprava symptomů podmíněná objasňováním předvědomých nebo podvědomých konfliktů.
- b) Skupinová psychoterapie se sociokomunikací a psychodynamickou komponentou – je určena především pro hospitalizované starší nemocní, zvláště pro středně vyjádřené afektivní poruchy a lehčí demence. Cílem

¹²⁷ KRAMÁŘOVÁ, N. TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. s. 14. – 15.

¹²⁸ MARTÍNKOVÁ, J. *Muzikoterapie u seniorů*. Bakalářská práce. s. 28.

¹²⁹ MARTÍNKOVÁ, J. *Muzikoterapie u seniorů*. Bakalářská práce. s. 28.

¹³⁰ BAŠTECKÝ, J.; KÚMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. A KOL. *Gerontopsychiatrie*. s. 115.

je resocializace po zpracování aktuálních konfliktů na vědomé či předvědomé úrovni.

- c) Programově zaměřené tréninkové skupiny – jsou určeny pro úpravu funkčních defektů nebo změn u demencí, psychotiků nebo selektivně tělesně postižených. Pracuje se pomocí modelů učení: nácvik reorientace a zapamatování u demencí, sebeprosazování a rozhodování u depresí. U somaticky nemocných a demencí nejlépe ve formě skupinového léčebného tělocviku nebo léčby zaměstnáváním.
- d) Pedagogicky zaměřené skupiny – jsou bez přesně vymezeného diagnostického omezení, vhodné jak pro zdravé tak i nemocné starší občany v domovech pro seniory, odděleních následné péče a jinde. Skupina řeší pod vedením léčebného pedagoga nebo sociálního pracovníka některé specifické životní situace stáří a institucionalizace. Cílem je aktivizace životního stylu v ústavě a navázání kontaktu mezi obyvateli.
- e) Rozhovorové skupiny – probíhají pod vedením sociálního pracovníka, nebo psychologa či pedagoga v otevřených, vesměs krátkodobě trvajících skupinách. Diskutuje se specifická problematika stáří.
- f) Skupiny zaměřené na podporu činností a zájmů – jsou vhodné pro obyvatele nejrůznějších institucí s dlouhodobým pobytem. Cílem těchto skupin je zjišťování specifických zájmů, reaktivace zapomenutých dovedností a nácvik vhodných aktivit. Cílem snažení je posilování sebevědomí, vytržení z pasivity a snadnější navozování společenských kontaktů.
- g) Skupiny svépomocné – usnadňují organizaci ve specifických podmínkách domovů pro seniory, odděleních následné péče, a to ve formě samosprávy obyvatel nebo pacientů.
- h) Skupiny arteterapeutické – se scházejí pod vedením léčebného pedagoga. Vhodní jsou obyvatelé institucí oddělení následné péče, domovů pro seniory a otevřených psychiatrických zařízení. Cílem snažení je aktivovat zájem, tvůrčí schopnosti a zvyšování sebevědomí technikami

grafickými a malířskými. K překonávání zábran, obav a strachu lze použít techniky povzbuzující spontaneitu a uvolnění z vědomé kontroly.

- i) Léčba kontaktem se živými zvířaty – se pěstuje cílevědomě v institucích pro staré lidi v USA a Kanadě, a píše se o ní pod termínem PET THERAPY. Zvířata, především psi, dovedou nabídnout nejen přátelství, ale i kamarádství, lásku, pocit vzájemné sounáležitosti, potřebnosti respektování, a také smysl pro odpovědnost. Úloha domácích zvířat ve stáří přesahuje rámec institucí a dovede vylepšit život stárnoucích i v domácnosti, zvláště při osamění.
- j) Skupiny muzikoterapeutické – mají v psychologické léčbě starých osob řadu předností před technikami verbálními. V geriatrici platí více než v jiných medicínských disciplínách pravidlo, že tento způsob hudebního působení neklade obvykle psychický odpor, nevyžaduje od seniorů intelektuální práci a logiku. Muzikoterapii ve skupině lze proto aplikovat i tam, kde člověk není schopen přijmout mluvené slovo. Z těchto důvodů je muzikoterapie účinná nejen u psychóz seniorů, ale i u demencí, parkinsoniků apod. Lze ji aplikovat ve formě aktivní i pasivní.

3.2.3.3 Individuální psychoterapie ve stáří¹³¹

Individuální psychoterapie je podmíněna osobnostními předpoklady starého člověka a hlavně znalostmi a zkušenostmi geriatrického psychoterapeuta. Geriatrická psychoterapie disponuje některými společnými základními pravidly, která jsou nezávislá na jednotlivých psychoterapeutických školách. Nejdůležitějším krokem je volba optimální strategie a terapeutické komunikace. Na rozdíl od klasické psychoterapie ve středním věku je prospěšné, aby setkání se staršími pacienty probíhala v kratších časových úsecích (do 30 min) a při tom častěji (alespoň 3x týdně). Je prospěšnější stanovit si malé a dosažitelné cíle, než usilovat o rekonstrukci osobnosti seniora.¹³²

¹³¹ MARTÍNKOVÁ, J. *Muzikoterapie u seniorů*. Bakalářská práce. s. 30.

¹³² BAŠTECKÝ, J.; KÚMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. A KOL. *Gerontopsychiatrie*. s. 121.

3.2.3.4 Vzpomínková terapie

Cennou a pro širší praxi dobře použitelnou metodou individuální i skupinové psychoterapie ve stáří je léčba vzpomínáním. Vzpomínání na minulost je přínosné v tom, aby se i v pokročilém věku dořešily doposud nezpracované a zapomenuté dávné konflikty. Konečným cílem léčby vzpomínáním je propojení významných zážitků minulosti s přítomností, a nově získané korektivní zkušenosti a postoje nasměrovat do nejbližší budoucnosti. Tato terapie může probíhat ve skupinách i individuálně.¹³³

¹³³ KRAMÁŘOVÁ, N. TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. s. 16.

4 KONEC ŽIVOTA

4.1. Závěr životní dráhy

Pokud se dnes říká, že smrt byla s námi vždycky, pouze stáří je jev nový, pak je v této myšlence obsažen i historický posun samotného místa smrti v životě člověka. Smrt je v dnešní době opravdu daleko silněji vázána na stáří, než byla kdykoli před tím. Smrt tedy změnila pro nás svou tvář, protože před několika desítkami let byla s člověkem vlastně od narození a dnes je plně spojena se stářím.

Tím, že se změnilo vnímání smrti a postoj k ní, je oddělována od života, až do období, kdy člověk zestárne. Je tedy v dnešní době vlastně vázána až na přirozený konec životní dráhy.¹³⁴

4.1.1 Umírání v rodině a instituci

Stejně tak jako narození, bylo i umírání člověka v minulosti přirozenou součástí života rodiny a tak se člověk se závěrečnou fází lidského života setkával již od dětského věku.¹³⁵ Každý tedy věděl, jak vypadá umírání zblízka. Lidé se uměli o umírajícího a následně i zemřelého postarat, ale také se s ním mohli rozloučit.

Moderní člověk tyto znalosti a možnosti nemá a většinou je přesvědčen, že péče o umírajícího je výhradně v kompetenci profesionálních zdravotníků. Konfrontace se smrtí a umíráním bývá dnes v dětství i dospělosti vzácná a je nepochybné, že závěr života vnímá dnešní umírající i jeho rodina jako krizi, kterou je těžké zvládnout.¹³⁶

Staré rituály kolem umírání a smrti zanikly bez možnosti vzniku nových, protože většina nemocných dnes umírá v různých institucích, převážně ve zdravotnických či sociálních zařízeních. Institucionalizace smrti vede k tomu,

¹³⁴ ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. s 392.

¹³⁵ ŠTOLBOVÁ, H. Fenomén smrti. *Sociální služby*, 2009, roč. 6, č. 2, s. 22.

¹³⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. s. 28. - 29.

že povinnost asistence u umírajícího člověka přebírá zdravotnický personál a lékaři namísto rodiny. Tento trend je možné pozorovat od druhé poloviny 20. století téměř ve všech vyspělých zemích. Podle Gruberové¹³⁷ má hned několik příčin:

- 1) Pokrok moderní medicíny, která se dokáže vypořádat s velkou řadou nemocí. Stoupá zdravotní uvědomění lidí, nemocní i jejich příbuzní chtějí vyčerpat všechny léčebné možnosti a ústavní léčbu považují za vrchol těchto možností.
- 2) Rozpad vícegenerační rodiny, ve které se automaticky o staré členy rodiny starali ti mladší až do jejich smrti. Tato změna je i ve změně bytových podmínek (mnoho rodin žije v malých jednogeneračních bytech) a ve změně personální (dřívější ženy v domácnosti jsou dnes zaměstnané). Je tedy jen malá a výjimečná možnost o umírajícího pečovat doma.
- 3) Tabuizace smrti vede k odmítání péče o umírajícího ze strany příbuzných. Následkem strachu ze smrti a obav z psychického tlaku nebo tělesného vyčerpání jsou často vážně nemocní transportováni do nemocnice, jen aby smrt rodině nebyla na očích.

4.1.2 Smrt z pohledu starého člověka

V každodennosti a v běžném zorném poli se smrt dnes vlastně nevyskytuje a lidé pomyšlení na ni odkládají až na období svého pozdního stáří. Představa, že všichni staří lidé jsou vyrovnáni se smrtí jako přirozeným koncem životní dráhy, je přílišným zjednodušením. Silné lpění na životě u starých lidí sílí s celkovým prodlužováním života a s přičleňováním smrti ke stále vyššímu věku. Současně se ale ukazuje, že ve stáří slábne postoj ke smrti jako k něčemu negativnímu.¹³⁸

¹³⁷ GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie, skriptá ZSF JU v Českých Budějovicích*. s. 87.

¹³⁸ ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. s. 394.

Podle Vágnerové¹³⁹ staří lidé už nemají tak velkou potřebu smrt popírat, častěji o ní mluví a tímto způsobem se s ní také vyrovnávají, protože popírání a tabuizace už není tak účinnou obranou jako dřív. Nárůst potřeby mluvit o smrti signalizuje, že je pro ně toto téma aktuální.

Vědomí konce života vnáší do stáří tři základní významy – určuje hodnotu času, hodnotu vlastního života a hodnotu sociálních kontaktů. Na tomto základě mohou podle Alana¹⁴⁰ vedle sebe existovat dvě odlišné koncepce:

- 1) podle tzv. teorie aktivity – je udržování činorodosti ve stáří zdrojem životní spokojenosti, dokonce i zdraví a je poznamenáno potlačením významu smrti jako determinantyžití;
- 2) podle tzv. teorie vyproštění – je naopak zdrojem vnitřní vyrovnanosti právě uznání nevyhnutelnosti redukce sociálních interakcí a preference hodnot „sociální imunity“, které jsou ovlivněné vědomím vlastního konce.

4.1.3 Strach ze smrti

Postoj k vlastní smrti bývá převážně emotivní. Většinou nejde ani o obavu a úzkost vázající se k faktu životního konce, ale spíše jde o strach z utrpení, které umírání může přinášet. Pacovský tvrdí, „že větší strach zažívá starý člověk z obavy před bezmocností stáří, před úplnou závislostí, před potížemi chronické nemoci než před smrtí.“¹⁴¹

K obavě ze ztráty samostatnosti, z bezmocnosti, bolesti a dlouhodobého trvání takového stavu se také pojí strach starých lidí ze ztráty soudnosti a sebeuvědomování tj. svého Já. Vědí, že by se stali zcela závislými a manipulovanými. Důvodem není obava, že by s nimi někdo zacházel špatně, ale spíš potenciální možnost nedostatku respektu a úcty k jejich osobnosti a vůli. Tato potřeba kontroly nad koncem svého života se projevuje i formou různých

¹³⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 431.

¹⁴⁰ ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. s. 396. – 397.

¹⁴¹ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. s. 114.

přání vztahujících se přímo k umírání a smrti. Vágnerová¹⁴² popisuje 6 faktorů, na kterých strach ze smrti závisí:

- 1) Věk – obecně strachu ze smrti ubývá s postupujícím věkem, často bývá žádoucí délka vlastního života vymezena potřebou dožít se nějaké osobně významné události.
- 2) Gender – ženy se bojí smrti méně než muži a snáze se s představou konce svého života vyrovnávají, svůj strach ze smrti dovedou snadněji projevit, mluvit o ní a hledat oporu u blízkých. Muži tuto záležitost prožívají jinak i jinak reagují, častěji aktuálnost vlastní smrti popírají nebo ji racionálně přijímají, ale nemluví o ní. Problémem je, že nedovedou o svých pocitech tak snadno mluvit a neprojevují navenek tolik svoje emoce, což může vést ke vzniku pocitu větší subjektivní zátěže.
- 3) Osobní vlastnosti a dispozice k určitému ladění – strach z konce života posiluje sklon k depresím a úzkostem.
- 4) Míra obtížnosti současného života – čím je život těžší a naděje na zlepšení méně reálná, tím bývá strach ze smrti menší. Pokud je starý člověk zásadním způsobem limitován ve svých životních možnostech, přijímá snáze smrt jako východisko nebo vykoupení.
- 5) Vyrovnanost s vlastním životem tj. dosažení pocitu integrity a naplněnosti vlastního života – představa nesplněné povinnosti zvyšuje strach ze smrti.
- 6) Stabilita hodnot a identifikace s určitým životním názorem snižuje strach ze smrti – významnou roli zde hraje náboženská orientace, víra.

4.2 Umírání a jeho průběh

Problematikou umírání a smrti se zabývá vědní obor, který je označován jako thanatologie.

V užším medicínském smyslu je umírání stav, „*kdy začínají nezvratně selhávat životně důležité funkce a jehož výsledkem je zánik individua*“.¹⁴³ Synonymem

¹⁴² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 432.

pojmu umírání je podle lékařské terminologie tzv. terminální stav. Terminální stav je faktickým umíráním, finálním procesem života, ale umírání nelze redukovat pouze na tento stav, umírání je proces, který se děje v určitém relativně dlouhém úseku a v širším slova smyslu je chápáno „jako různě dlouhý časový úsek od doby, kdy lékař nebo pacient dojde k závěru, že nemoc není zvrátná, že stav je neléčitelný.“¹⁴⁴ Psychickou podporu umírajícímu je tedy potřebné zahájit již v této fázi, nikoliv až v situaci terminálního stavu. Tato péče a podpora je rozlišována na tři stádia:¹⁴⁵

- situace *pare fine* – je synonymem života s nevléčitelnou nemocí, který může být i dlouhodobý (měsíce i léta). Cílem psychologického působení je, aby umírající nezemřel dřív psychicky než fyzicky;
- situace *in fine* – je synonymem terminálního stavu. Jde o zajištění důstojného umírání. To by mělo být respektováno jako sociální akt - člověk by neměl být v osamění;
- situace *post finem* – by měla zahrnovat starost o zemřelého a provedení posledních věcí souvisejících s úmrtím, ale také starost o pozůstalé.

4.2.1 Fáze umírání a potřeby umírajících

Téměř všichni autoři věnující se problematice umírání a smrti, se shodují na pěti fázích změn v psychice pacientů před smrtí, které na základě rozhovorů s těmito lidmi sestavila Kübler-Rossová. Zjistila, že tyto změny v psychice probíhají zákonitě bez rozdílu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení a společenského zařazení.¹⁴⁶

- 1) Fáze první: popírání skutečnosti – člověk nechce vzít na vědomí těžkou nemoc, není ochoten uvěřit. Tato fáze někdy splývá s druhou.
- 2) Fáze druhá: zloba a hněv – postižený se ptá, proč právě on, vidí postižení nemocí jako nespravedlnost, je nahněvaný, může být i agresivní.

¹⁴³ GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie, skripta ZSF JU v Českých Budějovicích*. s. 88.

¹⁴⁴ GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie, skripta ZSF JU v Českých Budějovicích*. s. 88.

¹⁴⁵ JEDLIČKA, V. A KOL. *Praktická gerontologie. Učební text*. s. 22. – 24.

¹⁴⁶ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. s. 114.

- 3) Fáze třetí: vyjednávání, smlouvání – člověk si přeje prodloužení života alespoň do doby, než dosáhne nějakého cíle. Namlouvá si, že ještě může něco proti svému stavu udělat. Tato fáze je krátká a přechází do fáze čtvrté.
- 4) Fáze čtvrtá: deprese – bývá u všech umírajících nejzřejmější, je časově nejdelší. Přibývá fyzických potíží i sociálních starostí. V tomto období je velmi potřebná podpora blízkých osob.
- 5) Fáze pátá: souhlas – fáze rezignace, vzdávání boje, přijetí nezvratné reality. Zde je potřeba zajistit maximální mírnění bolesti a patřičnou ošetrovatelskou péči.

Klasické fáze psychické odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci mají ve stáří přeci jen určité zvláštnosti. Jednotlivé etapy jsou méně dramaticky vypjaté, méně plastické a překrývají se. Často je pozorován spíše stav chronického smutku, odevzdání se a někdy i čekání na smrt. Říká se, že některá zvířata bezpečně poznají své poslední okamžiky a odcházejí zemřít na určitá místa v přírodě. Předzvěst blízké smrti je známa i u lidí a starý člověk někdy lépe než jeho lékař odhadne, kdy zemře. I starý člověk má právo na důstojné dožití a pokojnou smrt.¹⁴⁷

Potřeby lidí se podle Vágnerové¹⁴⁸ v bezprostřední blízkosti smrti mění, ale mnohé z nich mají v této situaci velký význam. Je to například potřeba citové jistoty a bezpečí, která může být velmi silná. Starý člověk, kterému ubývá energie, má větší snahu hledat oporu a pomoc, potřebuje vyjádřit své pocity, potvrdit si svůj vztah s blízkými lidmi, chce, aby mu někdo naslouchal. Důležitá je také potřeba zachování sebeúcty, kterou může uspokojit přijatelný způsob jednání se starým a nemocným člověkem, ohled na jeho přání a respekt k jeho osobnosti. Nelze opominout také potřebu otevřené budoucnosti, přesahu vlastní fyzické existence, neboť mnozí umírající se potřebují vyjádřit k budoucnosti, která se jich osobně již netýká, ale vztahuje se k jeho blízkým lidem.

¹⁴⁷ PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. s. 114.

¹⁴⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. s. 434. – 435.

4.2.2 Bolest a utrpení

Bolest je běžnou záležitostí života každého lidského jedince. Lidský život je bez bolesti nereálný. Fenomén bolesti je s problémem stáří velmi úzce spojený a u starých lidí se setkáváme s mnoha zdroji bolesti. Přestože člověk skrze bolest poznává ohraničenost vlastního života, nepoddává se jí, bojuje s ní, hledá její příčiny a účinné prostředky k jejímu odstranění. Současné vědecké poznatky z oblasti medicíny, psychologie, antropologie, filosofie i teologie se shodují v tom, že bolestí trpí vždy celý člověk.¹⁴⁹

Někteří autoři¹⁵⁰ mluví o celkové bolesti, která se skládá z více složek, jež jsou odrazem dimenzí člověka:

- fyzická bolest - má základ v tělesné oblasti. Nemusí být vždy krutá, často dotváří lidský osud a její pochopení může být podnětným článkem biologického zákona. Může mít ochrannou úlohu života, např. upozorní člověka na lokalizaci nějakého patologického procesu. Na jejím poznání je do značné míry závislá i lékařská diagnostika.
- sociální bolest – je utrpením spojeným s předtuchou ztráty či se ztrátou blízkých osob nebo se ztrátou sociální role.
- emoční (duševní) bolest – je pocitový komplex, zahrnující duševní otřes, otupělost, hněv, smutek, úzkost. Může se jednat o zármutek v konečném období choroby.
- spirituální (duševní) bolest – je možné jí nazvat utrpením, které je spojené s odcizením od svého nejhlubšího já. Může být prožívané jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu.

Studie o bolesti předesílají, že intenzita vnímání bolesti tzv. práh bolesti se u každého člověka projevuje jinak. To, co u jednoho člověka vyvolá nesnesitelnou bolest, může jiná osoba snášet zcela bezbolestně, není ani možné bolest definovat pouze určitými podněty. *„Jde spíše o specifickou osobní zkušenost, která závisí na výchově v určité kulturní sféře, na významu určité*

¹⁴⁹ ŠTEFKO, A. *Důstojnost' člověka v starobe, chorobe a zomieraní.* s. 45.

¹⁵⁰ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z.* s. 78. – 79.; ŠTEFKO, A. *Důstojnost' člověka v starobe, chorobe a zomieraní.* s. 46. – 47.

*situace a celé řady faktorů, které jsou individuální pro každého jednotlivce. Proto zde jako osobně naléhavý vystupuje požadavek brát do úvahy individualitu a jedinečnost osobnosti konkrétního člověka.*¹⁵¹

Bolest je nejčastěji považována za zdroj utrpení, a to do té míry, že oba pojmy bývají obvykle spojovány. Přesto jsou to dvě rozdílné formy těžkostí. Utrpení je odpovědí nejen na bolest, ale i na spoustu jiných jevů, než jen odpověď na bolestivý podnět. I ne příliš výrazná bolest může vést k utrpení, pokud je její příčinou například obava, že je její příčinou závažné onemocnění a naopak obrovská bolest nemusí být vnímána jako utrpení, pokud je naděje, že brzy skončí a má jasný důvod.

Je patrné, že k utrpení někdy dochází i bez tělesného podkladu např. pohled na bolest někoho blízkého, mučivá chudoba, ztráta práce apod. V rámci celostního pojetí člověka lze souhlasit s definicí: *„Utrpení je specifickým stavem velkých těžkostí, způsobených ztrátou integrity, neporušenosti, soudržnosti nebo celosti osoby, anebo hrozbou (v níž člověk věří), která povede ke zrušení integrity člověka. Utrpení trvá tak dlouho, dokud integrita není zrestaurována nebo dokud hrozba nepomine.*¹⁵²

Určitě je zde na místě uvést zakladatele psychiatrické školy logoterapie Viktora E. Frankla, který věnuje ve svých dílech utrpení velkou pozornost. Podle něj může člověk i v utrpení vidět neopakovatelný úkol a je v něm dána neopakovatelná možnost jedinečného činu. Záleží jen na našem postoji, jak utrpení přijímáme a neseme. *„Kdykoli jsme konfrontováni se situací, již se nemůžeme vyhnout a z níž nemůžeme uniknout, kdykoli musíme čelit nezaměnitelnému osudu, dostává se nám příležitost uskutečnit nejvyšší hodnotu a naplnit nejhlubší smysl, které jsou skryty v utrpení.*¹⁵³

¹⁵¹ ŠTEFKO, A. *Důstojnost člověka v starobe, chorobe a zomieraní.* s. 48.

¹⁵² MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z.* s. 75.

¹⁵³ FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl.* s. 73.

4.3 Paliativní péče

Paliativní medicína často bývá chápána veřejností jako nová disciplína, ve skutečnosti je však asi nejstarším lékařským oborem, protože až do novověkého pokroku medicíny byly pouze u mála nemocí k dispozici možnosti účinné léčby. I dnes však platí, že nastane v lidském životě čas, kdy se ocitne léčba nemoci u konce svých možností. V této fázi se cílem lékařského snažení stává paliativní péče.¹⁵⁴

Koncept paliativní medicíny vychází z filozofického přesvědčení, že smrt je součástí života a z etické dimenze bezpodmínečné úcty k člověku jako jedinečné a komplexní bytosti. Třetím východiskem je praktická péče o fyzické pohodlí a psychologická podpora, která se poskytuje nemocnému.¹⁵⁵

Nejzákladnější definice paliativní péče uvedená v dostupné literatuře i na internetových portálech všeobecně zní: „*Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.*“¹⁵⁶ Jinak řečeno, je to vlastně způsob, jak zajistit, aby i časově omezený život nějakou nemocí bylo možné dožít plně a kvalitně. Určitě je potřeba zdůraznit, že paliativní péče není prodlužování života za každou cenu. Nejdůležitějšími body nezbytné součásti a náplně moderní paliativní medicíny jsou:¹⁵⁷

- úspěšné zvládnání bolesti a dalších průvodních jevů závěrečných stadií smrtelných onemocnění
- důsledné vycházení z individuálních přání a potřeb pacientů, respektování jejich hodnotových priorit a ochrana práva pacienta na sebeurčení
- ochrana důstojnosti pacienta a kladení hlavního důrazu na kvalitu života

¹⁵⁴ VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie.* s. 36.

¹⁵⁵ MINIBERGEROVÁ, L. DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory.* s. 59. – 60.

¹⁵⁶ UMÍRÁNÍ.CZ. *Paliativní péče.* [online]. Definice paliativní péče. [cit. 2010-02-18]. Dostupné na: <http://www.umirani.cz>.

¹⁵⁷ ŠTOLBOVÁ, H. Fenomén smrti. *Sociální služby.* s. 22. - 23.

- zdůraznění významu rodiny a nejbližších přátel nemocného tzn. nevytrhávat nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožnit jim, aby poslední období života prožili ve společnosti svých blízkých a v důstojném a vlídném prostředí
- nabízet všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících, pomáhat zvládnout jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.

Moderní paliativní péče musí vycházet též ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením. Je založena na spolupráci více disciplín, prolínají se zde aspekty lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální.¹⁵⁸

4.3.1 Formy paliativní péče a potřeby pacienta

Paliativní péče může být poskytována v mnoha formách. Asi nejznámějším typem je hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči, dále to jsou oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zařízení tj. především v rámci nemocnic a léčeben), zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně mobilní) hospic, denní stacionář paliativní péče (denní hospicový stacionář), může to být i specializovaná ambulance paliativní péče nebo zvláštní zařízení specializované paliativní péče např. specializované poradny, tísňové linky apod. viz. příloha č. V.¹⁵⁹

At' už je poskytována péče umírajícímu jakoukoli výše uvedenou formou, měly by být zohledněny tyto potřeby:¹⁶⁰

- potřeby psychické - ty se naplňují především ochranou důstojnosti pacienta např. možnost člověka rozhodovat o sobě, pravdivá informovanost o jeho zdravotním stavu apod.

¹⁵⁸ KALVACH, Z. A KOL. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)* [online]. Praha: © Cesta domů, 2004. [cit. 2010-2-18]. Dostupné na: www.cestadomu.cz. s. 8.

¹⁵⁹ UMÍRÁNÍ.CZ. *Paliativní péče*. [online]. Definice paliativní péče. [cit. 2010-02-18]. Dostupné na: <http://www.umirani.cz>.

¹⁶⁰ ŠTOLBOVÁ, H. Fenomén smrti. *Sociální služby*. s. 23.

- potřeby somatické - zahrnují vše, co se týká těla, tišení bolesti, hygienu, příjem potravy, nerušený spánek apod.
- potřeby sociální - znamenají umožnění kontaktu nemocného se svým okolím, dle jeho přání např. telefony, návštěvy, procházky..., prostě vše, co je při jeho aktuálním zdravotním stavu možné.
- potřeby spirituální - nabývají důležitosti právě ke konci života, i lidé, kteří nejsou věřící, si kladou otázky po smyslu svého života, bilancují, potřebují vyjádřit svému okolí lásku, odpuštění a potřebují totéž slyšet a vnímat od druhých.

Je potřeba mít na zřeteli, že člověk v době umírání může prožívat silný pocit ztráty, izolace, osamělosti nebo i vyčerpání z předcházející léčby. Trpí ztrátou sociálního zázemí, soukromí, dosavadních zvyklostí apod. Potřebuje pocit bezpečí, důstojnosti a životní cíl. Žije se strachem, co bude dál s ním, ale i s lidmi na kterých mu záleží. Jeho život je počítán ze dne na den. Na druhé straně při dobré péči může zažívat i pozitivní emoce, může doufat, věřit, cítit lásku a zažívat usmíření. Otázkou tedy je, proč není umožněno poskytnutí paliativní péče každému umírajícímu a proč je dostupná v tak malé míře.

4.3.2 Překážky rozvoje paliativní péče

V posledních letech je mnohými mezinárodními institucemi zdůrazňována potřeba nahlížet na paliativní péči jako na významné téma veřejného zdravotnictví a zdravotní politiky. Bohužel je stále ještě hodně zemí, kde je tato péče oblastí spíše zanedbávanou. Nejinak je tomu i v České republice, kde i přes určité změny, ke kterým v posledních deseti letech přeci jen došlo, stojí stále péče o nevléčitelně nemocné a umírající mimo hlavní zájem zdravotnického systému.¹⁶¹

Velké většině umírajících nebo pokročile nemocných se stále odpovídající péče nedostává. Závěr života mnohých z nás je tak zbytečně provázen bolestí,

¹⁶¹ UMÍRÁNÍ.CZ. *Paliativní péče*. [online]. Definice paliativní péče. [cit. 2010-02-18]. Dostupné na: <http://www.umirani.cz>.

osamělostí, ztrátou důstojnosti a dalšími formami utrpení, jimž by bylo možné předejít.¹⁶²

Důvodem je první řadě nedocení paliativní péče, nedostatečná znalost jejích postupů a nevyhovující odborná příprava zdravotníků. Dále je to špatná informovanost veřejnosti o možnostech péče o umírající a neochota společnosti se těmto otázkám věnovat. Což má své kořeny v minulých desetiletích, bohužel ani v současné době tento nedostatek není veřejností reflektován, ze strany tvůrců zdravotní politiky též i veřejných médií není paliativní péče považována za dlouhodobě důležitou.

Velkou překážkou jsou též omezující a demotivující legislativní rámce paliativní péče a její nevyhovující financování. Tato péče není dostatečně zakotvena v našem právním řádu, špatná legislativa nepodporuje či dokonce znemožňuje důstojnou péči. Finanční podpora ze strany státu je nedostatečná a není systémově řešena.¹⁶³

Neposlední v řadě hrají roli také mylné představy velké části veřejnosti spojené s umíráním, jako je např. umírání je plné bolesti, osamění apod. a nedá se s tím nic dělat; lidé mají umírat v nemocnici, aby jejich nemohoucnost neviděli jejich blízcí; paliativní péče je pouze pro staré lidi, nebo jen těm, kdož jsou se smrtí smířeni a pouze nemocnému členu rodiny atp. Tyto představy mají základ právě v dlouhodobém trendu o smrti nemluvit, tabuizovat jí a tím následné vznikání mylných domněnek a omylů, které z mlčení a nevědomosti pramení.¹⁶⁴

¹⁶² VORLÍČEK, J. ADAM, Z. POSPÍŠILOVÁ, Y. A KOL. *Paliativní medicína*. s. 18.

¹⁶³ UMÍRÁNÍ.CZ. *Paliativní péče*. [online]. Definice paliativní péče. [cit. 2010-02-18]. Dostupné na: <http://www.umirani.cz>.

¹⁶⁴ UMÍRÁNÍ.CZ. *Paliativní péče*. [online]. Definice paliativní péče. [cit. 2010-02-18]. Dostupné na: <http://www.umirani.cz>.

4.4 Přístup k umírajícím lidem

Doprovázení umírajícího vyžaduje mnoho síly a konfrontuje člověka s jeho vlastní konečností. Doprovázející by měl vědět o posledních a možná nejdůležitějších životních úkolech, s nimiž se při svém umírání musí každý člověk vyrovnat. „*Přes všechno hledání rozumného a věcného řešení jednotlivých problémů, se nesmí nikdy zapomínat na větší celkovou souvislost.*“¹⁶⁵

Umírání, stejně jako všechny ostatní životní fáze, ukládá člověku specifické etické úkoly. I umírající člověk zůstává mravně odpovědný. Vědomě prožívaný a často dlouhotrvající proces umírání poskytuje poprvé možnost objevit smysl uplynulého života jako celku. Takové objevování si žádá čas a bylo by neetické člověka o tento čas připravit či mu jej ukrátit. V těchto chvílích ještě může člověk vykonat rozhodující činy ve svém životě, jako je smíření se se svým uplynulým životem, uvést do pořádku svůj vztah k blízkým či k Bohu, přijmout svůj život se všemi jeho nedokonalostmi a odevzdat jej neuzavřený, takový, jaký je.¹⁶⁶

Otázku po smyslu života výstižně zodpovídá Frankl: „*Musíme učit sebe i zoufající, že vlastně nikdy nezáleží na tom, co očekáváme od života my, nýbrž co očekává život od nás.*“¹⁶⁷ Podle něj na výzvy a otázky života můžeme a máme odpovědět odpovědným jednáním.

4.4.1 Jak se chovat a mluvit s umírajícím

Nemocný potřebuje ve všech fázích umírání doprovázení, možnost se vypovídat a slyšet slova pomoci. Když se dopracoval k poznání blízkosti smrti, bude s ním také možné smysluplně hovořit o otázce, jaká terapeutická opatření se ještě mají provést a jaká nikoli. V doprovázení umírajícího je vždy velmi důležitá důvěrná rozmluva, nesmí být zaháněn do izolace neochotou k rozhovoru, vyhýbavým chováním nebo zlehčováním jeho stavu.¹⁶⁸

¹⁶⁵ VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie.* s. 55.

¹⁶⁶ Tamtéž, s. 55. – 56.

¹⁶⁷ FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl.* s. 53. – 54.

¹⁶⁸ ROTTER, H. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky.* s. 85.

U mnoha umírajících lidí se v poslední fázi vynořuje náboženská otázka. K lidsky důstojnému doprovodu umírajícího náleží také otevřený hovor k této otázce, doprovázení umírajícího po cestě naděje. Spíše než na slovech zde záleží na lidské blízkosti a na společném citlivém setrvání v důvěřující víře, doufající v to, co v dané situaci není zjevné. Umírající je tak cítí, že smrtí nebude vyloučen ze společenství s lidmi ani s Bohem.¹⁶⁹

Podle Křivohlavého¹⁷⁰ existuje jednotný souhlas v tom, že by se umírajícímu neměla vnucovat potřeba přijetí faktu konce, neboť to je možné pouze z vlastního ujasnění situace a z vlastní svobodné vůle. Rozhovor s umírajícím by měl být spíše nasloucháním, než mluvením.

Závěrem nelze přehlédnout upozornění, jež je možné slyšet od řady pacientů, lékařů i přátel umírajících. Jde o ochotu doprovázejícího hovořit formou Buberovského dyadického dialogu s pacientem o vlastních problémech, nejistotách, obavách či úzkostech a strachu. Řada těch, kteří takto zkusili hovořit ve chvíli, kdy jim umírající mohl být učitelem, vyjádřilo díky za tuto možnost. „*Kdo jiný by nám mohl být učitelem, nežli ti, kteří sami poznali, co to je stát na konci života a chystat se učinit krok přes práh?*“¹⁷¹

¹⁶⁹ VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie*. s. 56.

¹⁷⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. s. 159.

¹⁷¹ Tamtéž, s. 160.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo komplexně teoreticky popsat a přiblížit problematiku současného stáří a stárnutí, a vztahu člověka k času, vlastnímu tělu, společnosti, civilizaci i ke smrti. Jsem přesvědčena, že daného cíle jsem dosáhla.

Ve společnosti bohužel neustále chybí přijetí životní etapy stáří jako nedílné a rovnocenné součásti života. Stále zde panuje střet „užitečného schopného“ mládí a „nepotřebného neperspektivního“ stáří. Hodnotou se pro starého člověka však stále více stává možnost volby své role ve společnosti, udržování svého zdraví, naplnění života smysluplnou aktivitou a také možnost dalšího rozvoje.

Přes všechny dosud známé poznatky o problematice stárnutí a stáří, fyziologické a patologické pochody stáří, pokusy o objektivizaci a standardizaci definice reálného stupně zestárnutí, nemáme v dnešní době dostatečné kompetence a schopnosti zabránit procesu stárnutí. Rozdíly mezi kalendářním a biologickým věkem jedince vyžadují zřejmě ještě dlouhodobý výzkum v řadě oblastí, tak abychom byli schopni jednotlivým procesům porozumět v celém rozsahu.

Centrem úsilí a pozornosti by se mělo stát komplexní zlepšení kvality života seniora, po stránce fyzické, duševní, s udržením všech aktivit svého života a možností vést v přijatelné kondici smysluplný život. Určitě by mělo platit velmi často užívané, avšak málo dodržované úsloví – přidat nejen roky životu, ale i život rokům.

Dnešní doba pěstuje „kult mládí“ a v hodnotícím vztahu mladí kontra staří ti dříve narození prohrávají. Názorem společnosti je, že mladí mají před sebou ještě perspektivu nezávislého produktivního věku, ale staří již žádnou perspektivu nemají, ale společnost by měla v současném stupni svého rozvoje přijmout stáří jako realitu a narůstající populaci seniorů jako svou nedílnou součást. Důležité je uvědomit si, že i stáří potřebuje šance, že stará generace nesmí zůstat bez role. Je potřebné udržovat správné sociální vztahy a sociální interakce mezi generacemi. Velmi záleží na tom, jak se jedna generace chová k jiné a jak

na pozadí celé společnosti porozumí skutečným potřebám druhých. K tomu je určitě nutná velká dávka vzájemné a moudré tolerance.

Říká se, že stáří je smutné období života, protože přestává naděje. Tato slova lze konkretizovat tak, že člověk má strach z důsledků přirozené involuce, tj. že se snižující se soběstačností vzroste jeho závislost. Bojí se závislosti, která je ve společnosti nepopulární. Představa bezmocného stáří a obavy z faktu, že někomu budou na obtíž, bývá důvodem, proč raději někteří staří lidé skrývají své obtíže a nevyžadují péči. Senioři jsou konfrontováni s mnoha ztrátami a to může vést ke snížení jejich sebehodnocení a celkovému znejistění. Je potřeba, aby jejich okolí působilo v opačném směru a posilovalo uvedené hodnoty.

Současné a očekávané geografické změny by měly být výzvou pro zdravotní a sociální péči i pro celé spektrum poskytování dalších služeb, protože senioři potřebují kvalitní služby stejně jako jiné věkové skupiny občanů. Pokud by integrace staré populace s celou společností nefungovala dobře, hrozí uvnitř staré generace pocit izolovanosti, bezmoci a marnosti. Seniorům nelze přisuzovat pouze postavení manipulovatelného objektu a vztah společnosti by neměl být projevován jen jako „poskytování péče“, senior by měl být rovnocenný partner, jako kterákoliv jiná osoba.

Závěrem bych citovala Vladimíra Pacovského *„Se stářím lze zacházet jako s kamenem; může se nechat valit na společnost a dělat jí problémy, ale může se použít i jako součást pevné stavby společnosti.“*¹⁷²

¹⁷² PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. s. 47.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ

LITERATURA:

- 1) ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-044-6.
- 2) ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. 3. vyd. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0953-1.
- 3) BARTKO, D. *Moderná psychohygiena*. 6. vyd. Bratislava: Obzor, 1990. ISBN 80-215-0102-2.
- 4) BAŠTECKÝ, J.; KŮMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. A KOL. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-070-8.
- 5) ČEKÝ HELSINSKÝ VÝBOR. *Senioři*. [online]. Přehled zásadních dokumentů, které se zabývají řešením problematiky stárnutí populace a lidských práv seniorů. [cit. 2010-01-20]. Dostupné na: <http://www.helcom.cz/viev.php?cisloclanku=2005040109>.
- 6) FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl*. Praha: J. Kocourek, 1994. ISBN 80-901601-4-X.
- 7) GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie, skripta ZSF JU v Českých Budějovicích*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 1998. ISBN 80-7040-286-5.
- 8) GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6.
- 9) HANZLÍKOVÁ, A. A KOL. *Komunitné ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-155-7.
- 10) HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
- 11) HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- 12) HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas. Proč a jak?* Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3.

- 13) HILL, G. *Moderní psychologie. Hlavní oblasti současného studia lidské psychiky*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-641-1.
- 14) HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6.
- 15) HORSKÁ, P. KUČERA, M. MAUR, E. STLOUKAL, M. *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*. Praha: Pyramida, 1990. ISBN 80-7038-011-X.
- 16) HOVORKA, J. *Cesta do stáří*. 3. vyd. Praha: Práce, 1986. ISBN neuvedeno.
- 17) HRDLIČKA, M.; HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-797-4.
- 18) JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
- 19) JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Universitas Ostraviensis, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- 20) JEDLIČKA, V. A KOL. *Praktická gerontologie. Učební text*. 2. vyd. Brno: Grafia, 1991. ISBN 80-7013-109-8.
- 21) KALVACH, Z. A KOL. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)* [online]. Praha: © Cesta domů, 2004. [cit. 2010-2-18]. Dostupné na: www.cestadomu.cz. ISBN 80-239-2832-5.
- 22) KALVACH, Z. A KOL. *Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.
- 23) KALVACH, Z. ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
- 24) KALVACH, Z. ZADÁK, Z. JIRÁK, R. A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 25) KNIHOVNA ZDRAVÍ. *Zdraví pro třetí věk*. Praha: REBO, 2006. ISBN 80-724-356-2.
- 26) KOVAL, Š. *Antropologický rozmer epidemiologie staroby*. Košice: PonT, 2001. ISBN 80-967611-3-7.

- 27) KOVAL, Š. *Týranie starých ľudí*. Košice: PonT, 2001. ISBN 80-967611-2-9.
- 28) KRAMÁŘOVÁ, N. *Gerontopsychiatrie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Č. Budějovicích ZSF, 2000. ISBN 80-7040-442-6.
- 29) KRAMÁŘOVÁ, N. TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. 2. vyd. České Budějovice: JU v Č. Budějovicích ZSF, 2005. ISBN 80-7040-829-4.
- 30) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- 31) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
- 32) KŘIVOHLAVÝ, J. KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
- 33) LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
- 34) MARTÍNKOVÁ, J. *Muzikoterapie u seniorů*. České Budějovice, 2007. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce L. Motlová.
- 35) MATOUŠEK, O. A KOL. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- 36) MÁTL, O. JABŮRKOVÁ, M. *Kalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
- 37) MINIBERGEROVÁ, L. DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
- 38) MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- 39) MPSV. *Příprava na stárnutí*. [online]. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří), poslední aktualizace 2008-08-01. [cit. 2010-01-28]. Dostupné na: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>.
- 40) PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: SCIENTIA MEDICIA, 1994. ISBN 80-85526-32-8.

- 41) PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Vicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
- 42) PIDRMAN, V. KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.
- 43) ROTTER, H. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.
- 44) ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
- 45) SATIROVÁ, V. *Knih o rodině*. Praha: Práh, 1994. ISBN 80-901325-0-2.
- 46) *Senioři vítáni. Sborník případových studií*. Praha: Otevřená společnost, 2008. ISBN 978-80-87110-9.
- 47) SHEEHYOVÁ, G. *Průvodce dospělostí. Šance a úskalí druhé poloviny života*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-185-1.
- 48) SPAEMANN, R. *Šťěstí a vůle k dobru*. 1. vyd. Praha: OIKOYMENH, 1998. ISBN 80-86005-01-0.
- 49) STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- 50) SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
- 51) ŠTIKAR, J. HOSKOVEC, J. ŠMOLÍKOVÁ, J. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1339-0.
- 52) ŠTEFKO, A. *Důstojnost člověka v starobe, chorobe a zomieraní*. Bratislava: Dobrá kniha, 2003. ISBN 80-7141-429-8.
- 53) ŠTOLBOVÁ, H. Fenomén smrti. *Sociální služby*, 2009, roč. 6, č. 2, s. 22. - 23.
- 54) TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Comúter Press, 2009. ISBN 978-80-251-2104-7.
- 55) TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2000. ISBN 80-238-5875-0.
- 56) TVAROH, F. *Všichni stárneme*. Praha: Avicenum, 1984. ISBN neuvedeno.

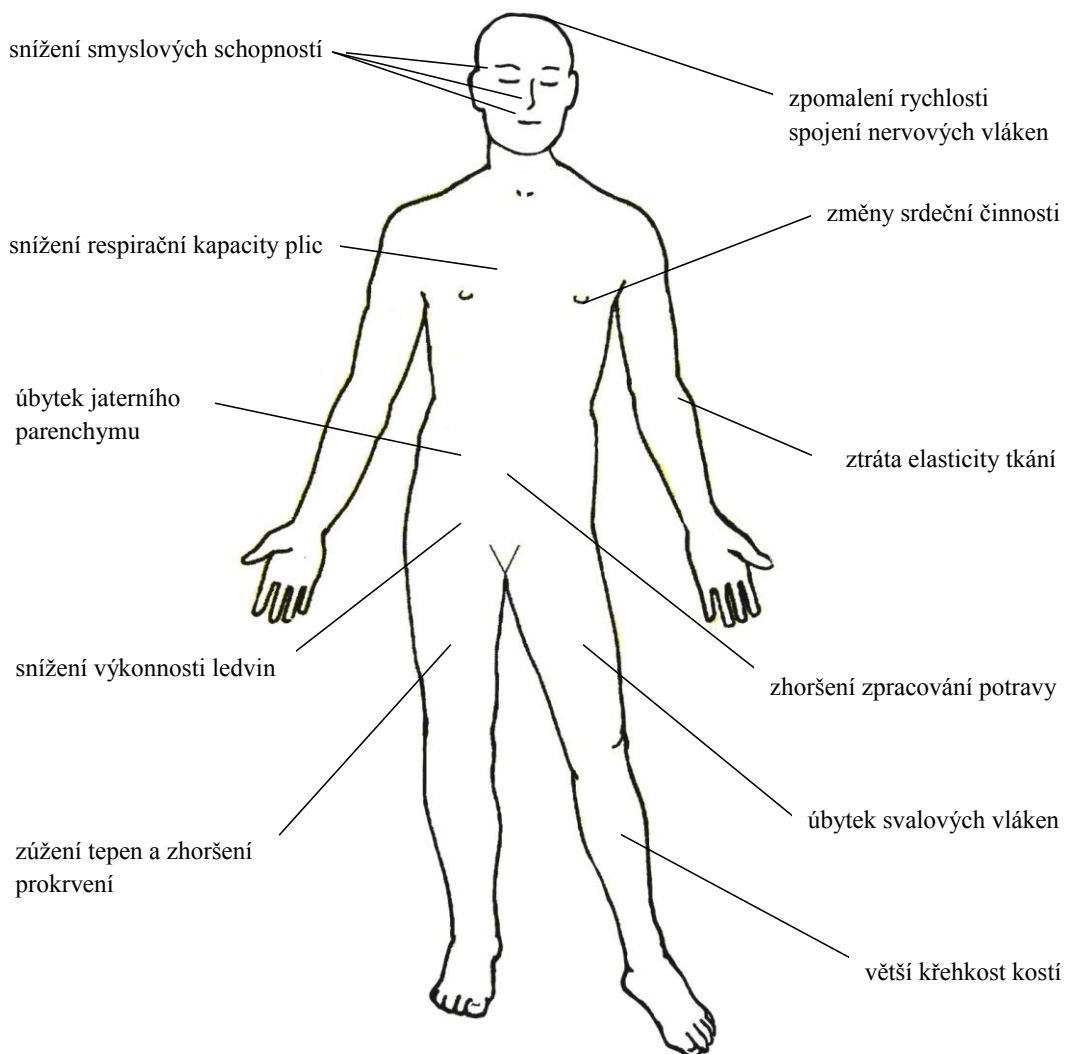
- 57) UMÍRÁNÍ.CZ. *Paliativní péče*. [online]. Definice paliativní péče. [cit. 2010-02-18]. Dostupné na: <http://www.umirani.cz>.
- 58) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- 59) VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie pro obor penitenciární péče*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-307-1.
- 60) VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: EDIS, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6.
- 61) VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.
- 62) VORLÍČEK, J. ADAM, Z. POSPÍŠILOVÁ, Y. A KOL. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- 63) WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. ISBN 80-7013-314-7.
- 64) WOLF, J. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982. ISBN neuvedeno.

SEZNAM PŘÍLOH

- I. Změny ve stáří u osob nad 75 let
- II. Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activites of Daily Living)
- III. Test instrumentálních denních činností (IADL - Instrumental aktivity daily living)
- IV. Test kognitivních funkcí (MMSE – Mini Mental State Exam)
- V. Hospicová péče v České republice

PŘÍLOHA I.

Změny ve stáří u osob nad 75 let



PŘÍLOHA II.

Barthelův test základních všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living)

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre*
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti: **

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

PŘÍLOHA III.

Test instrumentálních denních činností – IADL

(Instrumental activities daily living)

Činnost	Zvládnutí činností	Body
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí ho	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže používat telefon	0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje s doprovodem jiné osoby	5
	Cestuje v speciálně upraveném dopravním prostředku	0
Nakupování	Je schopný si samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby	5
	Neschopný bez podstatné pomoci	0
Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	10
	Jídlo si ohřeje	5
	Jídlo musí připravit jiná osoba	0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Vykoná lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	0
Práce kolem domu	Vykonává samostatně a pravidelně	10
	Vykonává pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	0
Užívání léků	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté	5
	Léky musí podávat jiná osoba	0
Finance	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	0
celkem		

Vyhodnocení stupně závislosti:

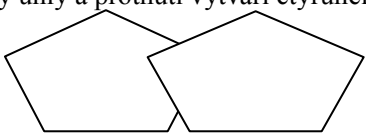
0 – 40 bodů – závislý v IADL

41 – 75 bodů – částečně závislý v IADL

76 – 80 bodů – nezávislý v IADL

PŘÍLOHA IV.

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1.Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokojí?) 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2.Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3.Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4.Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného,aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného,aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>2 1 1 1 1</p>
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

PŘÍLOHA V.

Hospicová péče v České republice

Název	Forma péče
Benešov, Terénní služby Benešov	Domácí hospicová péče
Brno, Domácí hospic, poradna a půjčovna pomůcek	Domácí hospicová péče
Brno, Hospic sv. Alžběty	Lůžkové hospice
Chrudim, Smíření	Hospice ve výstavbě
Čerčany, Hospic Dobrého Pastýře	Lůžkové hospice
Červený Kostelec, Hospic Anežky České	Lůžkové hospice
Hospic DUO - Vraňany	Hospice ve výstavbě
Hospic Johanka	Hospice ve výstavbě
Jablonec nad Nisou, Ambulance paliativní péče	Další hospicová péče
Jihlava, Hospicové hnutí Vysočina	Domácí hospicová péče
Kyjov, Domácí hospic David	Domácí hospicová péče
Litoměřice, Hospic sv. Štěpána	Lůžkové hospice
Malejovice, Dětský hospic	Lůžkové hospice
Malejovice, Dětský hospic Klíček	Domácí hospicová péče
Most, Hospic v Mostě	Lůžkové hospice
Nové Město na Moravě, Hospicové hnutí Vysočina	Domácí hospicová péče
Občanské sdružení Hospic pro Liberec	Hospice ve výstavbě
Olomouc, Hospic na Svatém Kopečku	Lůžkové hospice
Opava, Charitní hospicová péče Pokojný přístav	Domácí hospicová péče
Ostrava, Dětský hospic Klíček - poradna, výjezdy s...	Domácí hospicová péče
Ostrava, Dobrovolnické hospicové hnutí	Další hospicová péče
Ostrava, Hospic sv. Lukáše	Lůžkové hospice
Ostrava, Mobilní hospic Ondrášek	Domácí hospicová péče
Ostrava, Mobilní hospicová jednotka, Charita Ostrava	Domácí hospicová péče
Plzeň, Hospic sv. Lazara	Lůžkové hospice
Prachatice, Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna	Lůžkové hospice
Praha, Domácí hospic Cesta domů	Domácí hospicová péče
Praha, Hospic Štrasburk	Lůžkové hospice
Rajhrad, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	Lůžkové hospice
Rajhrad, Mobilní hospic sv. Jana	Domácí hospicová péče
Valašské Meziříčí, Hospic Citadela	Lůžkové hospice
Velká Chmelištná, Společenství Androméda	Hospice ve výstavbě
Zlín, Hospic Hvězda	Lůžkové hospice
Žďár nad Sázavou, Domácí hospicová péče	Domácí hospicová péče

ABSTRAKT

MARTÍNKOVÁ, J. *Pohled na různé podoby současného stáří*. České Budějovice 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

Klíčové pojmy: stáří, stárnutí, biologické, psychické a sociální aspekty, gerontologie, zdraví a nemoc, umírání, etika

Práce je teoretického charakteru, přibližuje a popisuje problematiku současného stáří z hlediska demografického, biologického, psychického a sociálního. Zabývá se vztahem společnosti k seniorům a popisem projevů stáří, potřebami starých lidí, jejich adaptací na různé změny ve vyšším věku a také zdravotním stavem starého člověka. Dále se práce zabývá koncem života, umíráním a etickými hodnotami.

ABSTRACT

The view of different forms of current age.

Key words: age, ageing, biological, psychological and social aspects, gerontology, health and illness, dying, ethics, social work

The thesis has a theoretical characteristic, it focuses and describes the current age issue from the demographic, biologic, psychological and social prospective. It addresses the relationship of the society and senior citizens and describes the demonstration of age, the needs of senior citizens, their adaptability to different types of changes and also to health conditions of older people. It also focuses on the end of life, dying and etical principles.