

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM**

**2011 – 2013**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Veronika Lincová**

**Stáří a duševní poruchy, jejich projevy a možnosti léčby**

Praha 2013

**Vedoucí diplomové práce:**  
PaedDr. Jan Toman

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**MASTER FULL-TIME STUDIES**

**2011 - 2013**

**DIPLOMA THESIS**

**Veronika Lincová**

**Age and mental disorders, their symptoms and treatment  
options**

Prague 2013

**The Diploma Thesis Work Supervisor:**  
PaedDr. Jan Toman

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 14. března 2013

*Veronika Lincová*

## **Poděkování**

Především děkuji PaedDr. Janu Tomanovi, za odborné vedení, za pomoc a cenné rady, připomínky, trpělivost a velice ochotný přístup při odborném vedení této práce.

Dále chci poděkovat také mé rodině a blízkému okolí za pomoc a podporu během zpracování této diplomové práce.

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá fenoménem stáří a duševními poruchami, jejich projevy a možnostmi léčby. Vymezuje stárnutí a stáří, etapy lidského života či adaptaci na stáří. Dále jednotlivě se práce zabývá psychickými nemocemi ve stáří, farmakoterapií a v neposlední řadě také demografií stárnutí. V praktické části byla zvolena forma šetření dotazníky, které byly předloženy zaměstnancům Psychiatrické léčebny v Petrohradě. V praktické části je také přiložena kazuistika gerontologického klienta.

## **Klíčové pojmy**

Adaptace na stáří, demografie stárnutí, dotazníkové šetření, etapy lidského života, farmakoterapie ve stáří, kazuistika, psychické nemoci ve stáří, stáří a stárnutí.

## **Annotation**

This thesis explores the phenomenon of aging and mental disorders, their symptoms and treatment options. Defines aging and old age, stage of life, or adaptation to old age. Each, the work deals with mental illness in old age, pharmacotherapy, and last but not least, the demographics of aging. In the practical part of the survey form was chosen questionnaires, which were presented to employees of Psychiatric Hospital in Petrohrad. In the practical part of the case study is also included Gerontological client.

## **Key words**

Adaptation to old age, aging demographics, case, mental illness in old age, old age and aging, pharmacotherapy in old age, stages of human life, survey.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ</b> .....	<b>11</b>
1.1 Stárnutí a stáří .....	11
<b>2 STÁRNUTÍ</b> .....	<b>13</b>
2.1 Stárnutí .....	13
2.1.1 Biologická involuce .....	13
2.1.2 Tělesná involuce .....	15
2.1.3 Duševní involuce .....	15
2.2 Teorie stárnutí .....	16
2.3 Mechanismy stárnutí .....	21
2.4 Optimální stárnutí.....	22
<b>3 STÁŘÍ</b> .....	<b>24</b>
3.1 Periodizace stáří .....	27
3.2 Postoj ke stáří .....	32
3.2.1 Jak přecházet předčasnému stárnutí.....	33
3.3 Změny a projevy ve stáří.....	33
3.4 Aspekty stárnutí .....	35
3.5 Biologické projevy stáří .....	39
3.6 Psychické změny ve stáří .....	43
3.7 Sociální změny ve stáří .....	44
<b>4 ETAPY LIDSKÉHO ŽIVOTA</b> .....	<b>46</b>
<b>5 STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN</b> .....	<b>51</b>
5.1 Mýty a předsudky o stáří.....	51
5.2 Ageismus.....	52
5.2.1 Důležité aspekty ageismu .....	53
5.2.2 Zdroje ageismu .....	54
5.2.3 Ageismus a vztah k sebepojetí.....	54
<b>6 ADAPTACE NA STÁŘÍ</b> .....	<b>55</b>
6.1 Typy adaptace na stáří.....	55
<b>7 DUŠEVNÍ NEMOCI VE STÁŘÍ</b> .....	<b>58</b>
7.1 Deprese.....	62
7.1.1 Léčba depresí ve stáří .....	62
7.2 Demence.....	64
7.2.1 Diagnostika demencí.....	65
7.2.2 Stav podobný syndromu demence .....	66
7.3 Prevence vzniku onemocnění demencí .....	67
7.4 Klasifikace demencí .....	68

7.4.1	Atroficko – degenerativní demence .....	68
7.4.1.1	Demence při Alzheimerově chorobě .....	68
7.4.1.2	Farmakoterapie Alzheimerovy nemoci .....	70
7.4.2	Demence s Lewyho tělísky .....	70
7.4.2.1	Demence při Parkinsonově chorobě .....	71
7.4.2.2	Demence při Huntingtonově chorobě .....	72
7.4.2.3	Pickova choroba .....	73
7.4.3	Vaskulární demence .....	74
7.4.3.1	Multiinfarktová demence .....	74
7.4.3.2	Binswangerova nemoc .....	75
7.4.4	Ostatní demence .....	75
7.4.4.1	Creutzfeldt-Jakobova nemoc .....	75
7.4.4.2	Frontotemporální demence .....	76
7.5	Shrnutí .....	77
<b>8</b>	<b>FARMAKOTERAPIE VE STÁŘÍ .....</b>	<b>78</b>
<b>9</b>	<b>DEMOGRAFIE STÁRNUTÍ .....</b>	<b>80</b>
9.1	Demografické procesy .....	80
9.2	Demografie stárnutí populace .....	81
9.2.1	Demografický náhled .....	82
9.3	Demografie v České republice .....	84
9.4	Důsledky demografických změn .....	86
<b>10</b>	<b>POPIS VÝZKUMU .....</b>	<b>87</b>
10.1	Cíl a hypotézy výzkumu .....	87
10.2	Charakteristika výzkumného vzorku .....	87
10.3	Metody sběru dat .....	87
10.4	Interpretace údajů .....	88
10.5	Kazuistika .....	90
10.6	Shrnutí a doporučení .....	92
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>95</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>97</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK .....</b>	<b>101</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>102</b>
	<b>DOTAZNÍK .....</b>	<b>I</b>



## ÚVOD

Diplomová práce se zabývá fenoménem stáří a duševními poruchami. Toto téma se v dnešní době stává čím dál více populárním. Mnozí lidé mají předsudky vůči starým lidem. Automaticky se k nim staví odpudivě, s odstupem, s arogancí a jakousi nenávisť. Vnímají tuto populaci jak obtížnou a přítěž pro společnost, mají je za ty, kteří jsou na světě zbytečně a okrádají jen stát o peníze, protože z ekonomického hlediska bude stále více potřeba peněžních prostředků pro jejich zabezpečení.

Lidé, především mladí, neprojevují mnoho zájmu o seniorskou populaci. Nezajímají se, natož aby jim pomáhali. Stáří a staří lidé by se měli tolerovat a přijímat takoví, jací jsou. Chovají se lidí tak snad, protože se bojí, že sami jednou zestárnou? Že vidí, co je vlastně čeká, že dopadnou až tak, že se o sebe nebudou umět postarat a budou odkázáni na druhé? V neposlední řadě máme strach ze smrti! Tuto skutečnost ale musíme přijmout. To, co je na světě opravdu spravedlivé je, že za peníze si mládí člověk nekoupí. Nejjednodušším řešením je zkrátka přijmout stárnutí jako fakt, součást života, jako další etapu života, a i nadále se radovat ze života. Vždyť stáří je jakýsi dar. Dar dožití se vysoké věku a mít tak možnost trávit čas se svými nejbližšími, vidět vyrůstat děti, vnoučata a třeba i pravnoučata, to je přeci největší dar pro starého člověka.

Čím dál více stoupá hranice dožití vysokého věku. Ve srovnání s minulostí až dvojnásobného věku se dnes lidé dožívají. Ohrožují nás ale různé rizikové faktory. Jsou tu zákeřné nemoci, především onkologické nemoci, které se mnohem více vyskytují, než tomu bylo dříve. Mnohem častěji také vznikají duševní a degenerativní onemocnění, což je traumatickou záležitostí nejen pro člověka samotného, ale i pro jeho nejbližší.

Je očividné, že i starý člověk chce být přijímán společností, nechce být segregován. Rád by se zapojil do aktivit, ale společnost mu to neumožní a na základě předsudků vyloučí, aniž by dostal šanci.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se věnuji problematice stárnutí a stáří, dělení jednotlivých etap života - přehled, kdy vůbec začíná stáří a kdy vlastně začínáme stárnout. V práci je popsána adaptace na stáří, zde záleží na osobnosti člověka a adaptace. Dále v práci je popsán ageismus, duševní nemoci a také jak léčit různá psychická či degenerativní onemocnění.

Praktická část je částí výzkumnou. Šetření je provedeno formou dotazníku v Psychiatrické léčebně Petrohrad. Bylo určeno pro zaměstnance, kteří jsou v denním kontaktu s gerontologickými klienty. Názorným příkladem je kazuistika jednoho z gerontologických klientů.

Cílem je podat široký přehled o jednotlivých kapitolách a podat více informací o současném fenoménu stáří a výzkumná část přinese poznatky ze šetření v Psychiatrické léčebně Petrohrad.

*„Čeho si v mládí přejeme, toho máme hojnost v stáří.“*

Johann Wolfgang Goethe

# 1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

*„Krásní mladí lidé jsou hříčkou přírody, ale krásní staří lidé jsou umělecká díla.“*

*Johan Wolfgang Goethe*

## 1.1 Stárnutí a stáří

Mezi pojmy stárnutí a stáří existuje rozdíl. Stárnutí chápeme jako soubor pochodů biofyziologických, které probíhají v čase. Pojmem stáří rozumíme výsledný stav, jsou viditelné rozdíly ve schopnostech člověka, kterými se staří lidé liší. (Kalvach a kol., 2004)

*„Mladí lidé jsou obecně považováni za mnohem pružnější než staří. Abstraktní uvažování je pružnější než kazuistické nebo jiné zkušenosti založené na odůvodnění, protože je to povahově velmi abstraktní. Staří nejsou již tak použitelní pro širokou škálu údajů.“* (Rosner, 1995, s. 70)

Stárnout začínáme už v okamžiku, kdy se narodíme. Během života, člověk prochází různými změnami. Ty jsou viditelné již mezi 15–25 lety. Stáří je přirozený proces, kterým si projde každý člověk. Z počátku stárneme nenápadně, ale později, v pokročilém věku, se tento životní proces zrychluje. (Stuart-Hamilton, 1999)

Věda, která se zabývá stárnutím, se nazývá **gerontologie**.

*„Gerontologie je souhrn poznatků o stárnutí, stáří a životě ve stáří.“*

**Gerontologie experimentální** – zabývá se příčinami a mechanismy stárnutí živých organismů

**Gerontologie sociální** - zabývá se společenskými souvislostmi individuálního i populačního stárnutí. *Zasahuje do sociologie, psychologie, sociální práce, politologie, pedagogiky, ekonomie, práva, designérství aj.*“ (Ulrychová, 2011, s. 13)

**„Geriatricie** se zabývá se problematikou zdraví, chorob, funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života ve stáří. V užším slova smyslu je geriatricie specializační lékařský obor. (Ulrychová, 2011, s. 14)

Stáří u žen označujeme tímto pojmem období, kdy začíná přechod. U mužů začíná příprava na stáří mezi 45–65. Jak stárneme, objevují se pocity lítosti, nespokojenosti či

vzteku. Lidé se jakoby snaží dohnat to, co v mládí nestihli. Mají pocit, že něco zmeškali, nestihli to, co si plánovali, a že jim život utekl před očima. Hodnotí svůj život. Dnešní doba je velice hektická. Není divu, že lidé nemají příliš času na své koníčky a vůbec sami na sebe. Každý stárne individuálně. Ve fázi stárnutí, dochází u člověka ke zpomalení a zklidnění. Duševní schopnosti člověka se během stárnutí příliš nemění, až v pozdějším, stařeckém věku, kdy dochází k zřetelným změnám v psychice.

*„Život nás všech probíhá od narození až do okamžiku smrti v určitých vývojových etapách. Každá etapa má své zákonitosti, které z ní vyplývají, ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života, a my se jim musíme poměrně zásadním způsobem přizpůsobit a zohledňovat je. Každé vývojové období nám dává určité možnosti a v něčem nás zase naopak limituje. To platí i pro období stárnutí a stáří. To si ale vždy neuvědomujeme, a tak je stáří všeobecně chápáno spíše negativně, z pohledu ztrát možností a radostí života, naděje, optimismu, omezení. Stáří ale takové být nemusí. Všeobecný pohled na seniory a stáří je hodně rozšířen pouze jednostranně. Většina lidí si při zmínce o stáří představí nesoběstačnou osobu, neschopnou samostatného života, gerontologie závislou na pomoci jiné osoby při všech běžných činnostech, pro něž je ideální umístění do ústavní péče.“* (Malíková, 2011, s. 13-14)

Stárnutí člověka postihuje celou osobnost, stárneme tedy tělesně, duševně i sociálně. Stáří je poslední etapou vývoje člověka – odborníky nazývána postvývojovou fází. Předcházející období vývoje člověka přináší změny, ale etapa stáří již žádné zdokonalení nepřináší. Tedy postvývojová fáze, ve které již byly realizovány všechny latentní schopnosti vývoje člověk, kde zůstávají pouze nové možnosti poškození. (Bromley, 1988)

*„Pro mnoho lidí je však stáří jedním z nejkrásnějších životních období, protože mají volný prostor k realizaci všeho, co zatím v životě z různých důvodů nestihli. Člověk, který umí využít šanci každého dne, umí i zdravě a pohodově stárnout. Proto se hovoří i o umění stárnout. Je to záležitost, která se týká každého z nás. Poskytování sociální služby seniorům utvrzuje mnoho osob a pracovníků v domněnku, že tento model nesoběstačnosti ve stáří se musí automaticky týkat všech. Platí sice neoddiskutovatelný fakt, že od okamžiku narození začínáme stárnout a pomalu se ke stáří každým dnem přibližujeme, ale hodně záleží na každém člověku, jak se na stáří připraví a jak u něj stárnutí a stáří bude probíhat.“* (Malíková, 2011, s. 14)

## 2 STÁRNUTÍ

*„Mladí žije z nadějí, stáří ze vzpomínek.“*

*Francouzské přísloví*

### 2.1 Stárnutí

K fenoménu stárnutí přistupujeme komplexně. Zohledňujeme roviny biologické, psychologické a sociální. Biologické změny se objevují v různých věkových škálách a mají různý význam. Nejmarkantněji tyto změny probíhají v období dospívání, v dospělosti se razantně zpomalí a ve fázi stárnutí se opět biologické změny dostávají do popředí.

*„V stárnutí jde o proces asynchronní (heterochronní), postihující nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, opět zčásti v souvislosti s jejich zatěžováním a stimulováním (aktivitou) či poškozováním (chorobnými procesy). Průběh stárnutí může být modulován také pozdními důsledky zásahů (vlivů) v tzv. kritických vývojových periodách, vyznačujících se mimořádnou vnímavostí a ovlivnitelností organismu.“* (Mühlparch, 2004, s. 22)

Rozlišují se dva typy stárnutí:

*„Fyziologické stárnutí – Probíhá přirozeně, tvoří normální součást života jedince. Jde o zákonitou epochu ontogeneze, tj. vývoje jedince od oplození až po zánik.*

*Patologické stárnutí – Může se projevovat několika různými způsoby: např. předčasným stárnutím či nepoměrem mezi kalendářním a funkčním věkem, kdy kalendářní věk je nižší než věk funkční. Patologické stárnutí se mj. projevuje sníženou soběstačností.“* (Malíková, 2011, s. 14)

#### 2.1.1 Biologická involuce

Biologická involuce vychází z individuálních genetických dispozic a není spolehlivě ovlivnitelná s výjimkou experimentální celoživotní restriktce příjmu potravy. (Mühlparch, 2004)

*„Léky, které mají příznivě ovlivňovat stav organismu ve stáří, se označují jako geriatrika. Používána je však pouze tzv. geriatrika nepravá, která pozitivně ovlivňuje organismus, aniž by postihovala vlastní involuční procesy a mechanismy. Působí především substitučně – dodávají látky, které u daného člověka či obecně často u seniorů chybějí (vitamíny, stopové prvky, hormony). Časté jsou multivitaminové preparáty s minerály, specifickou záležitostí je substituce estrogenu v klimakteriu.“* (Mühlpachr, 2004, s. 22)

Existuje také druhý efekt nepravých geriatrik. Takový efekt je symptomatický, tzn., že ovlivňuje např. průtok krve, prokrvení, činnost vegetativního nervového systému a trofiku tkání. Mezi nepravá geriatrika se řadí látky, které ovlivňují mozkovou činnost stimulačně nebo také ovlivňují zefektivnění metabolismu. Často se míchají geriatrika s preparáty, které jsou určeny na sexuální potenci. Není známo, že některé z pravých geriatrik ovlivňuje přímo biologický mechanismus stárnutí. (Mühlparch, 2004)

Současné biologické výzkumy zavrhuje teorie podstaty stárnutí. Vědci se domnívají, že bychom mohli mít vliv na proklamovanou nevratnost procesu stárnutí. Zatím však, ale toto tvrzení nebylo podloženo důkazy. Stárnutí je podmíněno mnoha různými faktory, a proto zatím vědci nenašli univerzální lék jak zpomalit proces stárnutí a zřejmě toto ani možné nebude. Musíme přijmout fakt, že stárnutí nejde zastavit, jedná se o přirozený životní proces. Stárneme tedy z různých příčin. Na rychlost stárnutí má vliv stres, agresivita, životní styl, vnitřní i vnější prostředí, antioxidanty, poruchy autoimunity, v potaz můžeme brát i dědičnost dlouhověkosti.

*„Donedávna se opírala teorie stárnutí hlavně o tzv. Hayflickův efekt, který pevně naprogramovává určitý konečný počet buněčného dělení v období do buněčné smrti. Ten např. určuje rozdíly stárnutí mezi mužem a ženou. Současným hitem rozvoje této teorie není však jen oblast stárnutí, ale naopak nestárnutí a naopak nesmyslné a nekontrolované rozmnožování buňky, které známe pod pojmem nádorového bujení. Jiná z teorií stárnutí ho obviňuje z poškozování imunního systému, který postupně ztrácí schopnost obrany organismu proti působení cizích buněk, což přichází v úvahu hlavně u vnikání cizorodých infekčních agens a dokonce i neschopností odlišit poškozené vlastní buňky při tzv. autoimunitních procesech. Nutno však předpokládat, že proces stárnutí je výsledkem poškození buněk kombinace mnoha činitelů, mimo jiné i psychických,*

*sociálních a dokonce i kulturních.“*

([http://www.paichl.cz/paichl/knihy/umeni\\_starnout.htm](http://www.paichl.cz/paichl/knihy/umeni_starnout.htm))

### **2.1.2 Tělesná involuce**

*„Po šedesátém roce života nabývá tělesná involuce rychlejšího tempa. Několikadenní klid na lůžku zvětšuje u geronta křehkost kostí, vede k atrofii svalů, ke slábnutí reflexů, které regulují krevní tlak – bez ohledu na to, že nucená nehybnost může pacienta zúzkostnit a navodit depresivní stavy. Ve srovnání se stavem organismu ve věku 20 let má šedesátiletý člověk poloviční vitální kapacitu plic.“* (Říčan, 1989, s. 371, in Mühlparch, 2004)

Stupně změn ve stáří jsou určeny nejen vlastní involucí, ale také hodnotou daného měřítka, životním stylem a chorobnými změnami. Stárnutí můžeme hodnotit i univerzální metodou spolehlivosti, která postihuje výskyt chyb a omylů, jako proces stárnutí a opotřebování. (Mühlparch, 2004)

### **2.1.3 Duševní involuce**

Těžko odlišujeme přirozené involuční změny, které jsou dané věkem od změn, které jsou již součástí nebo následkem duševní poruchy. Během duševního stárnutí se spojuje biologický věk mozku i těla s vlivem zkráceného životního pohledu, změněného vzhladu a dalších společenských činitelů, které se v daném věku objevují, a které určují duševní involuci. (Mühlparch, 2004)

*„Duševní činnost starých lidí je zpomalena, geront je ke své činnosti méně motivován a je na ní méně zainteresován, je zvýšeně opatrný. Přesnost je pro něj důležitější než rychlost. Dokazují to klasické situace, např. přecházení vozovky, přepočítávání peněz při nákupu, záznam telefonického vzkazu apod.“* (Mühlparch, 2004, s. 25)

Staří lidé velice špatně snášejí změny, hůře si zvykají na nové věci. Americký psycholog Riegel provedl výzkum. Riegel změřil inteligenci na určitém počtu gerontů a pak vyčkal, kdy a kteří z testovaných gerontů zemřou. Výzkum ukázal, že ti testovaní, u

kterých nastala smrt během pěti let, měli horší výkony než ti, které čekal delší život. (Mühlparch, 2004)

*„Psychickou involuci můžeme chápat jako demontáž osobnosti, které probíhá více či méně spořádaně. Lidé postproduktivního věku vyklízejí pozice. Člověk ztrácí vztah k určitým osobám, zálibám, hodnotám, ideálům, nadosobním i osobním cílům. S novými problémy a stresy se vyrovnává primitivnějším způsobem (tím bližší dítěti). Dalším rysem stáří je snížení zájmu o okolí a netečnost. S psychickou involucí se kombinují psychické poruchy, velmi často se vyskytují neurózy, paranoidity, deprese, suicidia.“* (Mühlparch, 2004, s. 26)

## 2.2 Teorie stárnutí

*„Tajemství věčného mládí bylo pro lidstvo vždy zajímavé. I když pokrok vědy a techniky výrazně přispěl k delšímu zachování lidského zdraví, je stárnutí stejně jako kdykoliv předtím, nezbytnou součástí života. Existuje řada otázek, na které odborníci hledají odpovědi. Proč vlastně lidé vůbec stárnou? Proč nezařídila příroda, abychom po celý život zůstali mladí a silní? Chátrání po tělesné stránce je mnohostranný proces, který je podmíněn řadou fyziologických mechanismů. A proto na otázku - proč je stárnutí součástí našeho života, neexistuje jednoznačná odpověď.“* (Stuart-Hamilton, 1999)

V odborné literatuře najdeme mnoho různých teorií, které vysvětlují důležité příčiny změn v procesu stárnutí. Ovšem, jsou to jen teorie. Obvykle ale postihují nejvýše jednu stránku velmi složitého životního procesu.

*„Rozdělení teorie stárnutí do tří skupin:*

- 1. Teorie o působení zevních vlivů – ekologické podmínky, vliv bakterií a virů*
- 2. Teorie o působení vnitřních vlivů – genetický program, hromadění omylů při proteinové syntéze, specifické metabolické změny příčné vazby*
- 3. Teorie porušené integrace a organizace.“* (Langmeier, Krejčířová, 1998)



Otázkami stárnutí se zabývá demografie, ta podává neustále aktualizované údaje o počtu lidí v různém věku, v různých zemích apod. V současnosti se stále více probádává **biologická problematika stárnutí** buněk a organismů. Nejvíce tomuto tématu věnuje pozornost Pacovský a Heřmanová. Teorie stárnutí se zabývá i tímto problémem z **hlediska psychologického**. Sleduje činnosti psychických funkcí, mezi které patří vnímání, paměť, uvažování a myšlení. Dále se z psychologického hlediska sleduje změnu osobnosti, emoce stárnoucích lidí, jejich záměry, motivaci a cíle. Na stárnutí můžeme pohlížet i z **hlediska sociologického** – stárnoucí lidé ve společenském prostředí, které je také nezbytnou součástí života. **Hledisko ekonomické** sleduje úroveň dospělé populace a její změny v průběhu odchodu starších lidí do důchodu, během něho až po smrt. (Křivohlavý, 2002)

#### Evoluční teorie:

##### **Teorie jedné funkce těla**

- předností organismu je reprodukce. Tělo rozmisťuje a přesouvá zdroje tak, aby zachovalo schopnost rozmnožování, i když k tomu dochází na úkor jiných orgánů. Zvyšuje se rychlost tělesného úpadku. (Stuart–Hamilton,1999)

##### **Programované stárnutí**

- geneticky dané, při něm dochází ke snížení autoimunity nebo ke snížení hormonální produkce. Organismus má nastavený program degenerace a smrti, který by měl předcházet problémům s přemnožením. (Stuart–Hamilton, 1999)

##### **Teorie kompenzovaného úbytku**

- tato teorie je gerontology upřednostňována. Teorie kompenzovaného úbytku předpokládá, že po dosažení zralosti existuje geneticky programovaný úbytek, který se dá kompenzovat. Při měření výkonů se tato teorie potvrdila. Úbytek je způsoben vlivem biologických změn (př. fluidní inteligence). (Hartl, Hartlová, 2000)

##### **Teorie stárnutí somatickou mutací**

- zde jsou ztracené buňky přirozeným opotřebením, nahrazeny buňkami, které obsahují genetické mutace a s malou pravděpodobností budou fungovat zcela účinně. To je hlavní důvod proč tělo progresivně reaguje. (Stuart-Hamilton, 1999)

Stárnutí, neboli také senescence je proces chátrání tělesné schránky a snižování funkčnosti organismu. Hromadí se mnoho defektů v organismu a kvůli klesajícím

schopnostem, snižováním adaptačních schopností, tyto defekty nelze opravit ani nahradit závadné nebo již odumřelé buňky novými. Stárnutí má vyšší sklony k různým nemocem a v nejhorším případě může skončit smrtí. Stárnutí se dá jen těžko časově specifikovat. Za proces stárnutí můžeme považovat věk, kdy se zvyšuje riziko úmrtí. Stárnutí tedy představuje neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří. (Stuart-Hamilton, 1999)

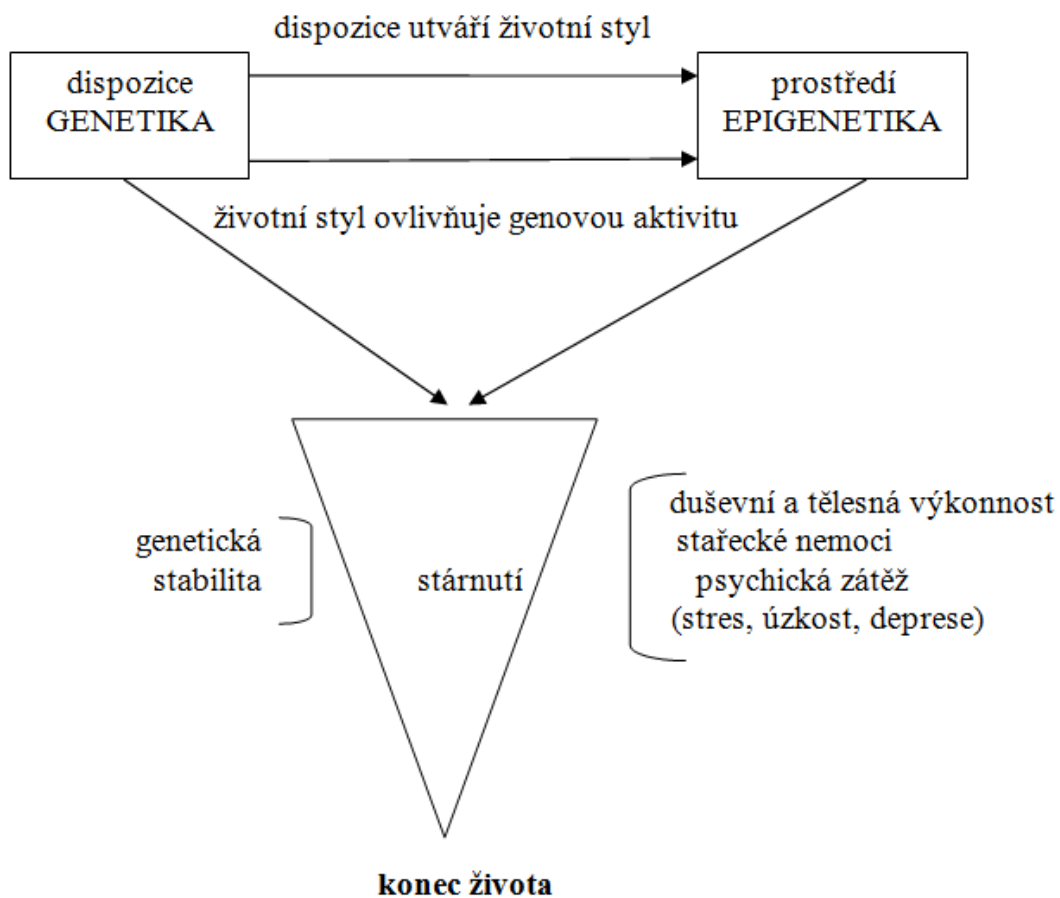
Stárnutí probíhá již od narození. Za skutečné projevy stárnutí považujeme až pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. (Kalvach a kol., 2004)

Mezi nejvýznamnější vnější činitele patří prostředí, škodlivé záření, ovzduší, chemické produkty a znečištěné životní prostředí. Starý člověk snáší špatně náhlé změny. Ty mu narušují jeho stereotyp, na který je zvyklý. Pro starého člověka je také velice důležitý kontakt s okolním světem. Ztráta kontaktu s okolím ovlivňuje proces stárnutí. (Tvaroh, 1983, Pacovský, 1990)

Proces stárnutí je tedy výsledek poškození buněk s kombinací mnoha činitelů, kromě výše uvedených také jiných, a sice psychických, sociálních, ale i kulturních.

Můžeme tedy podotknout, že stárnutí je nepřetržitý proces, je součástí celoživotního vývoje organismu. Průběh stárnutí je pro každý organismus individuální a nerovnoměrné stárnutí jednotlivých systémů a funkcí organismu. Sociolog Mühlpachr definuje stárnutí jako celoživotní proces, jehož průběh je pro každý živý organismus specifický a určuje ho genetická informace. (Mühlpachr, 2004)

**Obrázek 1: Proces stárnutí je určován jak našim genetickými dispozicemi, tak i epigenetickou modifikací našeho genomu**



Zdroj: *Gruss, 2009*

Podle Webera teorie stárnutí je možné rozdělit do dvou hlavních skupin:

**Stochastické teorie** – předpokladem je, že děj spojený se stárnutím je náhodný a s věkem přibývá poruch buněčného řízení.

**Nestochastické teorie** – vyplývá z principu, že stárnutí je geneticky dáno. (Malíková, 2011)

### „Stochastické teorie

**Teorie omylů a katastrof** – ke stárnutí dochází v důsledku nahromadění chyb v syntéze proteinů (bílkovin) při jejich transkripci a translaci.

**Teorie překřížení** – ke stárnutí dochází v důsledku přehození proteinů a dalších buněčných makromolekul. V organismu se to ve zvýšené míře projevuje na úrovni některých tkání, např. tvorbou katarakty aj.

**Teorie opotřebenění** – vychází z předpokladu, že došlo k poškození životně nenahraditelných částí organismu, s posloupností od zániku buněk vedoucího k poškození tkáně, pak orgánu a nakonec organismu jako celku. Existuje souvislost s poškozením deoxyribonukleové kyseliny v průběhu života.

**Teorie volných radikálů** – předpokládá, že superoxidové radikály kyslíku mohou poškodit membránové proteiny, enzymy a deoxyribonukleovou kyselinu.“ (Malíková, 2011, s. 17)

### „Nestochastické teorie

**Pacemakerová teorie** – je nazývána také „teorie genetických hodin“. Podle této teorie jsou určité orgány nebo orgánové systémy (imunitní a neuroendokrinní systém, především hypotalamus) považovány za geneticky naprogramovaný pacemaker na určitou dobu života. Autoři teorie poukazují na některé změny, k nimž v lidském organismu dochází již v období adolescence: involuce tymu (zmenšení brzlíku přirozenými změnami organismu, při stárnutí), pokles funkce B a hlavně T-lymfocytů aj.

**Genetická teorie** – autoři teorie vycházejí z předpokladu, že délka života je pozoruhodně specifická pro každý živočišný druh. Pro potvrzení teorie uvádějí příklad jednovaječných dvojčat, u nichž je nápadně podobná střední délka života, zatímco u ostatních sourozenců se může i podstatně lišit.“ (Malíková, 2011, s. 17)

## 2.3 Mechanismy stárnutí

Pro mechanismy stárnutí zatím neexistuje platná teorie. Stárnutí je velice složitý proces a podílí se na něm více mechanismů. Stárnutí vzniká, pokud se vyčerpají základní organické substance, hlavně hormony a hromadění zbytkových produktů v tkáních, vlivem molekulárních změn enzymů, chybnou transmisí z deoxyribonukleové kyseliny a úlohou genetického programu. (Švancara, 1979)

### Autointoxikační teorie

- tato teorie předpokládá, že odpadní látky mají špatný vliv na tělo a přispívají k mnoha nemocem,
- autointoxikační teorie vychází také z předpokladu, že látkový metabolismus produkuje vedlejší látky, a ty narušují funkce orgánů. (Tvaroh, 1983)

*„Stárnutí je poklesem schopnosti bobtnání koloidních látek, vysycháním keloidů a tím dochází k scvrkávání tkání.“* (Tvaroh, 1983)

### Teorie inhibice (kognitivního stárnutí)

- staří lidé se stávají méně schopnými utlumit přebytečné informace a soustředit se daný úkol. (Stuart–Hamilton, 1999)

### Teorie zkřížování velkých vláken

- fyzická degenerace těla u starých lidí je způsobena zhoršováním pružnosti tkání. (Stuart – Hamilton, 1999)

### Autoimunitní teorie stárnutí

- u starších lidí se z důvodu vyššího věku snižuje imunita a organismus je náchylnější k nemocem. (Tvaroh, 1983)

### Teorie volných radikálů

- volné radikály jsou ionty, které se vytváří při chemických pochodech v organismu. Ničí buňky a jejich chromozomy a to má za následek degenerativní tělesné změny. Proto se doporučuje užívat vitamin C a E. Tyto vitamíny volné radikály oslabí. (Stuart–Hamilton, 1999)

### Teorie buněčného odpadu

- buňky produkují i odpadní produkty, ty zůstávají uvnitř a znečišťují. (Stuart–Hamilton, 1999)

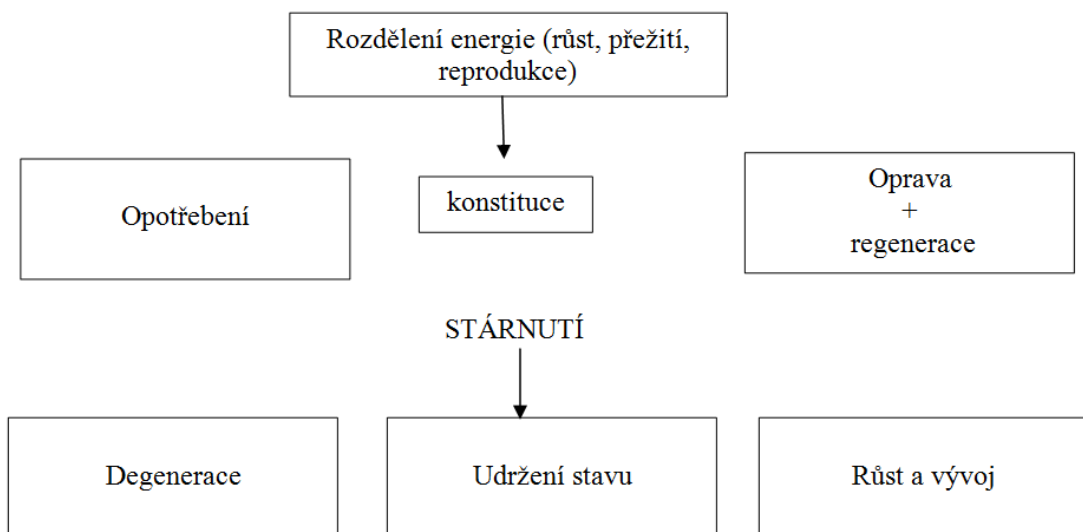
Již v dospělosti dochází k úpadku funkcí. Tato degenerace probíhá pozvolna, protože většina tělesných funkcí je předdimenzována. (Stuart-Hamilton, 1999)

## 2.4 Optimální stárnutí

Optimálním stárnutím se myslí rozdělení energie mezi růst, přežití a reprodukci. Znamená to tedy, že je maximalizována celková produkce života – tedy evoluční zdatnost. Záleží na tom, kolik energie je v daném věku věnováno růstu, opravě a reprodukci, mění se konstituce organismu a tak se vytvářejí určité procesy stárnutí jako mortalita (úmrtnost) a fertilita (porodnost). Pokud nastane to, že do procesů oprav nebude investováno příliš energie, hrozí zvýšené riziko úmrtí. Pokud bude energie využito naopak mnoho, bude se riziko úmrtí zvyšovat jen velmi pomalu, či dokonce vůbec. (Gruss, 2009)

Změna fyzického vzhledu závisí na opotřebením organismu. Rovnováha mezi opotřebením a opravnými procesy jsou rozhodující pro směr, jakým bude proces stárnutí směřovat. Evoluce může vytvářet i takové životní strategie, u kterých zůstane stav organismu zachován, nebo dokonce ještě v lepším stavu. Důležité funkce jako přežití a sebezachování a procesy reprodukce si neustále navzájem konkurují. (Gruss, 2009)

**Obrázek 2: Optimální stárnutí**



Zdroj: Gruss, 2009

*„Tajemství věčného mládí fascinuje lidstvo už odedávna. Pokrok vědy a techniky sice výrazně přispěl k delšímu zachování lidského zdraví, ale přesto je stáří stejně jako kdykoli předtím nedílnou součástí lidského života. Proč vlastně lidé vůbec stárnou? Proč příroda nezařídila, abychom byli po celý náš dlouhý život mládí a plní sil? Tělesné chátrání je mnohostranný proces založen na komplexních fyziologických mechanismech. Na otázku, proč je stárnutí součástí našeho života, tedy neexistuje jednoduchá odpověď.“*  
(Gruss, 2009, s. 61)

### 3 STÁŘÍ

*„Učení v mládí je rytí do kamene, učení ve stáří psaní do písku.“*

*Čínské přísloví*

Stárne každý z nás, každý jednou zestárne, ať se mu to líbí nebo ne, je to zkrátka přirozený koloběh života. To, že všichni zestárneme, je asi jediná spravedlnost na světě. Stáří se nevyhne chudému ani bohatému. Staří lidé mají více označení nebo pojmenování např. „dědeček“, „babička“, „stařenka“ apod. V odborné literatuře také můžeme najít synonyma k pojmu stáří. Pojem „geront“ pochází z řeckého slova „gerón“ a znamená stařec, od toho se odvozuje termín gerontologie - věda o stáří. Podobné slovo je geriatrie, což je lékařský termín.

Stáří má mnoho různých definic. Vědci zabývající se touto problematikou, se neustále snaží o co nejpřesnější definování etapy lidského života - stáří. V odborné literatuře najdeme popsanou každou lidskou etapu života, ale je zajímavé, že nejvíce pozornosti je věnováno etapě dětství a dospívání, etapy dospělosti a stáří věnují už méně pozornosti.

*„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů a modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociální rolí). Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné, a jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými.“ (Mühlpachr, 2004, s. 18)*

Stáří posuzujeme individuálně, dle věku, stavu fyzického a psychického apod. Není tedy úplně jasné, co pojem stáří přesně označuje.

*„Vystihnout povahové rysy seniorů není jednoduché a rozhodně bychom se neměli spokojit pouze s všeobecným konstatováním, že každému z nich ubývá psychických sil. To proto, že každý starý člověk měl zcela odlišný individuální osud, který odborníci nazývají běh života či životní dráhu. Problém celkového psychického profilu seniorů tkví totiž v tom, že mnohé vlastnosti, které rádi připisujeme stáří, nejsou důsledkem*



věku, ale individuálních zvláštností osobnosti. Proto řada autorů pokládá za správné poznat nejprve životní dráhy jednotlivých starých lidí a pak teprve odvodit celkový portrét seniorů, skládající se z prvků, které jsou zastoupeny pravidelně nebo s vysokou četností.“ (Haškovcová, 2010 s. 140–141)

Definice podle **J. Langmeiera**:

„Stáří je obdobím po 65. roce života - organismus slábne, je čím dál náchylnější k nemocem a úrazům (oslabení hladiny vápníku v kostech, kornatění cév, úbytek důležitých enzymů, u žen menopauza, atd.). Prožívání starých lidí směřuje k introverzi a melancholii.“ (Langmeier, 1998, s. 50)

Definice podle **E. Eriksona** – rozdělení vývoje na osm etap:

„Osm věků člověka - osm stadií vývoje lidského života

1. Stadium - základní důvěra proti základní nedůvěře (od narození do 1 roku)
2. Stadium - sebedůvěra, autonomie a vůle proti zahanbení, studu a pochybám (od 1 do 3 let)
3. Stadium - iniciativa, ochota riskovat oproti pocitům viny, rozvíjí se svědomí (od 4 do 5 let)
4. Stadium - poznávání světa, získávání kompetence, snaživost proti lhostejnosti a pocitu méněcennosti (od 6 do 12 let)
5. Stadium - nalezení identity a věrnosti, převzetí role svého pohlaví oproti difúznosti rolí při zařazování do společnosti a strachu ze zavržení (od 12 do 18 let)
6. Stadium - intimita, sblížení, láska proti izolaci, samotářství (mladší dospělost).
7. Stadium - sociální zralost, plodnost, vyvrcholení života, produktivita a péče o druhé oproti stagnaci, prázdnotě, chudosti vztahů (střední dospělost).
8. Stadium - moudrost, sebeúcta, integrita „já“ proti zoufalství, zahořklosti, depresi (pozdní dospělost, stáří). V osmé životní etapě je úkolem vyrovnat se s bilancí svého života, přijmout život takový, jaký byl, i fakt smrti.“  
(<http://psychologie.doktorka.cz/osm-veku-cloveka-osm-stadii-vyvoje-lidskeho-zivota/>)

Každý člověk v každé fázi vývoje si musí projít psycho-sociálním konfliktem. Osmou životní krizí podle Eriksona je konflikt integrity a zoufalství. V této krizi člověk postupně hodnotí svůj život. Integrita v této fázi je míněný stav smíření se s životem

tak, jak proběhl, schopnost přijmout vlastní odpovědnost za svůj život a pocit sounáležitost s muži a ženami své doby, ale i s tím, co posiluje lidskou důstojnost a lásku. Opakem integrity je zoufalství, zklamání ze svého života, lítost, že jsme nestihli vše, co jsme chtěli a pocit nenaplněnosti a zoufalství. (Drapela, 1997)

Definice stáří podle **J. Alana**:

Vymezuje stáří oproti mládí. J. Alan říká, že mládí je obdobím, ve kterém nás láká měnit svět. Stáří je s mládím osobně spojeno. Mládí hájí stáří. Rozdíl mezi znakem mládí je aktivita a činy, ale ve stáří člověk spíše hodnotí vše a zvažuje. Duchovním stavem ke společnosti je v mládí touha vyznat se v ní a vyznat se v sobě, stáří klade důraz na snahu vyznat se v sobě samotném a ve svém vztahu ke světu. Za socializační problém pro mládí, můžeme považovat přizpůsobení, pro stáří je socializační problém spíše vyrovnávání. (Alan, 1989)

Definice dle **Dylevského**:

Podle Dylevského neexistuje jedna definice stárnutí, která by zahrнула vše, co se týče této vývojové fáze člověka. Dylevský tvrdí, že pojem stáří jen opisuje vlastnosti tohoto pojmu, tzn. ubývání tělesných i duševních sil, zpomalených procesů organismu, změnami v orgánech, šedivěním vlasů, tvoření vrásk na pokožce, zhoršování smyslů, větší riziko nemoci a také počtem prožitých roků. (Dylevský, 1990)

*„Charakteristiku stáří můžeme rozdělit na:*

- *vzdálené (distální) efekty stárnutí – patří sem znaky, které byly způsobeny událostmi v minulosti člověka,*
- *časově blízké (proximální) efekty stárnutí - důsledek současných, aktuálních dějů.*

*Celkově se stáří projevuje univerzálními znaky – změnami, které mají všichni staří lidé a probabilistickými znaky, které bývají pravděpodobné, ale ne vždy podmínkou.“*  
(Stuart–Hamilton, 1999, s. 43)

V poslední době je velkým řešeným tématem problematika stárnutí a stáří. Z gerontologického hlediska se lidský život prodlužuje.

Dle Gregora v 16. století se lidé průměrně dožívali věku 20 let, v 18. století průměrná délka života byla 23-28 let, počátkem 19. století délka života byla 37 let,

později průměrná délka života stoupala. Dnes, pokud se člověk dožije 68 let, není tento věk považován za dlouhověkost, jako tomu bylo v minulém století. (Gregor, 1990)

Dle Stuarta–Hamiltona nelze konkrétně určit, kdy člověk zestárne, protože stáří je kontinuální jev a každý stárne jinak rychleji. Záleží na mnoha faktorech. Přesto ale mnoho gerontologů stáří vymezuje mezi 60–65 rokem života. V tomto období začíná docházet k evidentním fyzickým i psychickým změnám. (Stuart-Hamilton, 1999)

*„Stáří můžeme rozdělit na období raného stáří (třetí věk) 60–75 let, kdy sice dochází k evidentním změnám vlivem stárnutí, ale ty ještě nejsou tak velké, aby znemožnily aktivní a nezávislý život a na období pravého stáří – 75 a více let. V tomto období narůstají tělesné problémy, často dochází k mentálnímu úpadku a člověk začíná být při zajišťování základních potřeb odkázán na druhé“.* (Stuart–Hamilton 1999, s. 40)

Stáří je tedy poslední fází života. Jednotlivé fáze spolu souvisejí. Rané zážitky mohou totiž ovlivnit další život člověka. Vědci rozdělují život do určitých časových období (period).

*„Tvoření časových period má své základní předpoklady:*

- *vývojový stupeň trvá delší dobu během kterého nedochází k závažným změnám*
- *mezi jednotlivými etapami jsou krátké fáze rychlých přechodů, nahromadění vývojových změn o jednotlivé etapy následují za sebou vždy ve stejném pořadí u všech jedinců.“* (Švancara, 1979, s. 33)

*„Nejčastějšími měřítky stárnutí bývá chronologický (kalendářní) věk, údaj, jak je člověk starý. Věk také koreluje slabě s tělesnými změnami, proto nebývá pokládán za spolehlivý predikátor životního stavu konkrétního jedince. Spíše naznačuje stav průměrného člověka.“* (Stuart– Hamilton, 1999, s. 46)

### **3.1 Periodizace stáří**

Odborníci dodnes nevytvořili jednotnou periodizaci stáří, která by se spolehlivě mohla používat. Rozpory mezi odborníky vznikají při vymezení počátku etapy stáří i při počtu fází, do kterých se stáří člení. Pojetí stáří se během historie měnilo.

Kritéria vymezení stáří dle věku jedince rozlišujeme:

### **Kalendářní (chronologický) věk**

- je určen datem narození, lze jej přesně vymežit. Tento věk má význam spíše sociální než biologický. (Stuart-Hamilton, 1999)

*„Dosažení chronologického věku je dosažení stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny.“* (Hartl, 1996, s. 42)

### **Fyziologický věk**

*„Jedná se o odhad úrovně fyziologických funkcí, k danému chronologickému věku jedince. Měří se metabolické pochody, hladiny hormonů, žlázová sekrece, rozvoj a funkčnost nervové soustavy.“* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 667)

### **Biologický (funkční) věk**

- jedná se o biologické stárnutí organismu. Biologický věk je v souladu s funkčností orgánů. Znat biologický věk nám podává reálné informace o skutečném stavu stárnutí.
- funkční věk nemusí být vždy shodný s věkem kalendářním. Zahrnuje biologické, psychologické i sociální aspekty.
- na biologický věk má vliv genetika biologického stárnutí a celoživotním působením vnějšího prostředí a životním stylem jedince. (Stuart–Hamilton, 1999)

Seniorské populace je velmi výrazná, i co se týče jejich fungování. Podle funkční zdatnosti rozlišujeme kategorie seniorů:

**Zdatní (fit) senioři** - velmi dobrá zdatnost. Vykonávají i fyzicky náročné činnosti. I když jsou ve vysokém věku plně funkční a zvládají denní aktivity, mohou funkčně selhat a ztratit soběstačnost v zátěžových situacích. Starý lidé jsou oslabení, stačí banální onemocnění, operace, výkyvy počasí aby došlo ke zhoršení jejich funkční činnosti. (Kalvach, 2005)

**Nezávislí** - senioři, kteří dobře zvládají činnosti každodenního života. (Kalvach, 2005)

**Křehcí senioři** - ohroženi náhlou změnou zdravotního stavu nebo funkčního stavu, neschopnost vstát z pádu, tato skupina seniorů nezvládá zátěžové situace. (Kalvach, 2005)

**Závislí senioři** – sami nezvládají ani běžné sebeobslužné činnosti. Z tělesných či duševních důvodů vyžadují pomoc. Patří sem také ti závislí senioři, kteří jsou dlouhodobě nebo trvale upoutáni na lůžku. Hrozí imobilita jedince. Tito senioři také trpí často pokročilou fází demence. Mnozí z nich bývají v domácí ošetrovatelské péči či v dlouhodobé ústavní péči. Je nutné pomoci starému člověku, aby si svou funkčnost alespoň udržoval. (Kalvach, 2005)

**Umírající senioři** – tato skupina má specifické potřeby komplexní péči o těžce nemocného nebo umírajícího člověka. (Kalvach, Onderková, 2006, s. 14-15)

*„Dá se tedy říci, že člověk je mladý, dokud je ještě schopen učit se, snášet nové odlišné názory, získávat nové zkušenosti a dát se jimi ovlivňovat, jinak řečeno, člověk je mladý dokud je schopen divit se, žasnout a radovat se z nových zážitků a zkušeností.“* (Smékal, 2005, str. 56)

*„Poměrný věk neboli biologický, ve kterém se objevuje soubor schopností a z nich odvozených dovedností, jejich výkon ukazuje, jak dobře si jedinec vede v porovnání s vrstevníky.“* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 667)

### **Sociální (sociálně-historický) věk – sociální stáří**

sociální věk nám říká, jak by se měl jedinec v určitém biologickém věku chovat podle společenských norem. V tomto věku můžeme pozorovat změny sociálních rolí, životního stylu, různorodé stránky sociálního života člověka. (Stuart-Hamilton, 1999)

*„Sociální věk se vztahuje ke společnosti určitého chování adekvátně k biologickému věku. Západní společnost očekává, že lidé, kteří překročili šedesátku, se budou chovat v zásadě klidně a usedle, a proto také není překvapivé, že za znak počátku stáří se považuje ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu. V některých primitivních společnostech je stáří chápáno jako odměna za zbožný život.“* (Stuart-Hamilton, 1999, s. 151)

- za první znak, kdy začíná stáří, Hamilton považuje ukončení pracovního poměru na plný úvazek. (Stuart-Hamilton, 1999)

*„Sociální věk zahrnuje široké spektrum nabídek sociálního života. Často počátek stáří nesprávně přiřazujeme k odchodu do starobního důchodu (důchodový věk). Sociální stáří je kombinace sociálních změn nebo splněním kritéria např. dosažení věku,*

ve kterém vzniká právě nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je vymezeno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří je tak chápáno jako sociální událost.“ (Muhlpachr, 2004, s. 15)

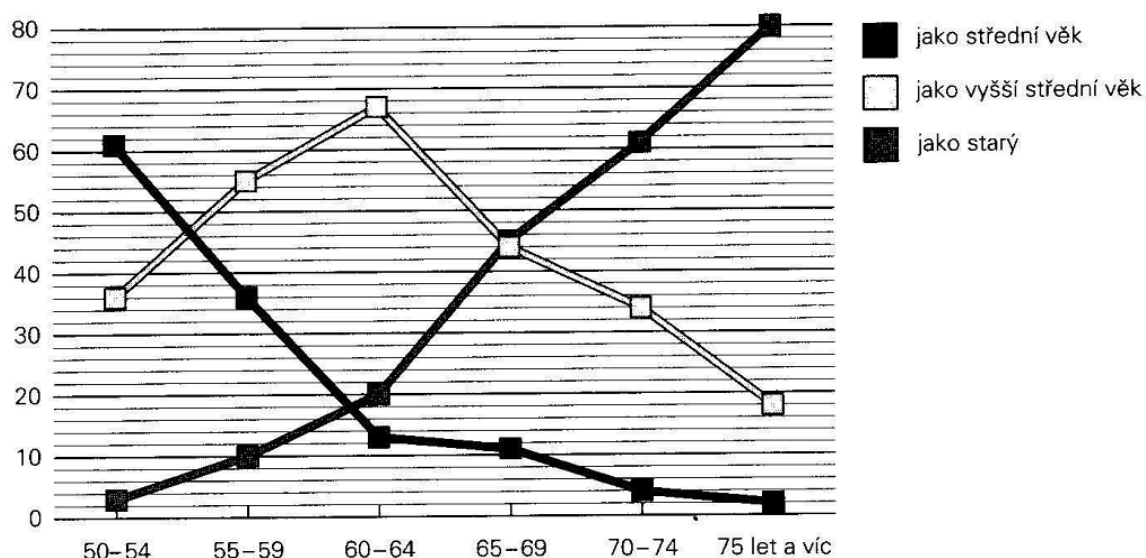
### Psychologický věk (psychické stáří)

- mluvíme o subjektivním vnímání vlastního věku. Psychologický věk ukazuje na psychický stav jedince a je podmíněn přirozenými funkčními změnami v průběhu procesu stárnutí, individuálními rysy osobnosti a reakcí člověka na stáří. (Stuart–Hamilton, 1999)

Každý jedinec stárne individuálně. Opět zde záleží na mnoha různých faktorech. Z toho důvodu řada odborníků se staví odmítavě k věkové periodizaci a k definování stáří používají i jiná kritéria, a to funkční věk a subjektivní věk. (Gregor, 1990, Pacovský, 1997)

Subjektivním věkem rozumíme to, jak starý se člověk cítí. Projevuje se v činech, postojích a názorech člověka. (Gregor, 1990, Pacovský, 1997)

**Graf 1: Sebereflexe stáří respondentů různého věku, kteří udávají, za jak staré se považují**



Zdroj: Rabušič, 1998

„Velcí myslitelé v dávné minulosti se snažili co nejlépe charakterizovat a definovat koloběh života. Spolupracovali také s řadou nejrůznějších oborů, ať už z medicíny, biologie, antropologie nebo filozofie. Z poznatků koloběhu života vážených myslitelů vychází dvě etapizace lidského života:

*Pythagoras srovnával lidský život ke čtyřem ročním obdobím:*

- *utváření (do 20 let),*
- *mládí (do 40 let),*
- *rozkvět sil (do 60 let)*
- *stáří (po šedesátce).“ (Smékal, 2005, s. 4)*

*„Stáří Číňané život zase dělili na:*

- *mládí (do 20 let),*
- *věk uzavírání manželství (do 30 let),*
- *věk plnění společenských povinností (do 40 let),*
- *věk poznávání vlastních omylů (do 50 let),*
- *poslední možnost tvůrčího života (do 60 let),*
- *věk moudrosti (do 70 let)*
- *stáří.“ (Smékal, 2005, s. 5)*

Česká republika používá dělení tzv. patnáctileté periodizace lidského života doporučenou komisí Světové zdravotnické organizace WHO:

Dělení podle Příhody, 1977:

<i>45–59 let</i>	<i>střední věk, interevium</i>
<i>60–74 let</i>	<i>stárnutí, časná stáří, senescence</i>
<i>75–89 let</i>	<i>vlastní stáří, kmetství, senium</i>
<i>90 a více let</i>	<i>dlouhověkost, patriarchium</i>

## 3.2 Postoj ke stáří

Rozlišujeme několik způsobů, kterými reagují lidé na stáří:

### „1. Konstruktivní

- *optimální postoj ke stáří, tyto lidé si uvědomují nedostatky ale i přednosti stáří, vědí, co mohou a co ne, bývají činní, soběstační, mají smysl pro humor, mají rodinné zázemí a jsou nekonfliktní*

### 2. závislost

- *sklon k závislosti ve stáří mají lidé, kteří byli celý život pasivní, spoléhali na druhé - i nyní očekávají, že se o ně někdo bude starat. Chtějí být maximálně fyzicky i psychicky podporováni druhými, mohou mít problémy se soběstačností*

### 3. nepřátelství

- *projevuje se často nespokojeností - "ubrblaností", podezíravostí až i značnou agresivitou. Agresivně vyžadují nebo odmítají pomoc, terorizují okolí - obviňují, nemají rádi mláď, své chování odůvodňují, že takoví musí být*

### 4. obranný

- *tito lidé byli dříve velmi aktivní a nezávislí, nyní sobě - ostatním za každou cenu dokazují svoji nezávislost, brání se stáří, odmítají pomoc - jsou přecitlivělí na nabídnutí pomoci*

### 5. sebenenávisť

- *tito lidé byli dříve pasivnější, depresivní, měli málo přátel, spíš nepraktičtí, nepřátelství obracejí proti sobě, zdůrazňují svoji neschopnost, cítí se osaměle, považují se za oběť okolí - stálými stesky vydírají své okolí - "starejte se"!"*  
([http://www.prosestry.cz/studijni\\_materialy/psychologie/stari](http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/psychologie/stari))

Ve stáří se každý musí vyrovnat s vlastní smrtelností. Ohlížíme se zpět a hodnotíme život. Způsoby jak se vyrovnat se stářím a smrtelností jsou různé, každý zvládá po svém. Může převládat úzkost ze strachu ze smrti, rezignace, vzepření se stárnutí. Odborníci radí postavit se situaci čelem a nahlížet na věci reálně. Přijmout stáří jako nezbytnou etapu života, která končí bohužel smrtí člověka. Celospolečenské programy kladou hlavní důraz na delší život a především na podporu kvality života,



např. dodání života létům, ne životu léta.

([http://www.prosestry.cz/studijni\\_materialy/psychologie/stari](http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/psychologie/stari))

### **3.2.1 Jak přecházet předčasnému stárnutí**

- dbát na tělesnou aktivitu, pečovat o vnoučata, dělat to, co člověka baví,
- dbát na aktivitu duševní, nebát se učit se novým informacím. To lze realizovat např. na Univerzitě III. věku či v Klubech seniorů apod.,
- dbát na přátelské vztahy, přátelé a blízcí jsou velice důležití v životě člověka,
- radovat se z maličkostí, které nám život přichystá,
- dbát na správný životní styl,

vyhýbat se stresovým situacím. Pokud k tomuto dojde, řešit věci v klidu a s rozumem.

([http://www.prosestry.cz/studijni\\_materialy/psychologie/stari](http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/psychologie/stari))

### **3.3 Změny a projevy ve stáří**

Jak roky přibývají, měníme i náš pohled na život a definování toho, kdy se vlastně stáváme „starými“. Jinak stáří vnímá např. teenager a jinak člověk v důchodu.

Dle výzkumů v současnosti starší lidé tvoří dvanáct procent západní populace. V roce 2020 bude v západní Evropě dokonce každý pátý člověk ve věku nad šedesát pět let. (Haškovská, 1990, Pacovský, 1990)

Stáří se týká především žen. Ale jsou to právě muži, kteří umírají dříve. Po přesáhnutí čtyřiceti pěti let, muži umírají častěji než ženy a to bude mít za následek to, že ve věkové skupině sedmdesátiletých vychází počet zhruba šesti žen na pět mužů a ve skupině lidí starších osmdesáti let se tento poměr zvýší. (Stuart - Hamilton, 1999)

**Tabulka 1: Změny ve stáří**

<b>Tělesné změny</b>	<b>Psychické změny</b>	<b>Sociální změny</b>
změny vzhledu	zhoršení paměti	odchod do penze
úbytek svalové hmoty	obtížnější osvojování nového	změna životního stylu
změny termoregulace	nedůvěřivost	Stěhování
změny činnosti smyslů	snížená sebedůvěra	ztráty blízkých lidí
degenerativní změny smyslů	sugestibilita	osamělost
kardiopulmonální změny	emoční labilita	finanční obtíže
změny v trávicím systému (trávení, vyprazdňování)	změny vnímání	
změny vylučování moči	zhoršení úsudku	
změny sexuální aktivity		

Zdroj: Venglářová, 2007

To, jak reaguje starý člověk na tyto změny ve stáří a jak tyto změny přijme a jak se s těmito změnami bude vyrovnávat, jsou ovlivněny především osobností, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém člověk žije, reakcemi okolí aj. (Malíková, 2011)

*„V návaznosti na změny přichází nutnost hledat nový způsob života ve stáří. Nejčastěji jsou to změny v úrovni péče o sebe a také zvýšené nároky na pomoc okolí. Většina seniorů žije v domácnosti za pomoci a podpory blízkých lidí. Při větších zdravotních problémech, osamělosti, nemožnosti pomoci ze strany blízkých teprve nastupuje varianta institucionální péče.“* (Venglářová 2007, s. 14)

Člověk se učí, jak se správně chovat. V okamžiku, kdy si člověk uvědomí, že stárne, vyskytne se problém psychologické adaptace. Adaptace na stáří. Někteří lidé si

vytvoří závislost na okolí, anebo se stane opak, a člověk bude vůči všemu a všem nepřátelský. (Venglářová, 2007)

Stárnoucí osobu je možné v obecném pojetí charakterizovat následovně:

„*Projevuje se celkový úbytek sil a jednotlivých schopností jedince,*

- *snižuje se výkonnost a zvyšuje se potřeba větší přípravy, podpory a koncentrace na provádění jednotlivých činností (začíná se to projevovat nejprve při provádění neobvyklých a náročných činností a postupně se to může vyskytovat u stále méně náročných situací),*
- *zvyšuje se potřeba odpočinku, poskytování podpory a pomoci,*
- *mění se žebříček životních hodnot a potřeb (častými projevy jsou vyšší potřeba lásky, jistoty, bezpečí, touha po upevnění citových vazeb aj.),*
- *dochází ke změnám v psychickém stavu a v emočních projevech jedince.“*

(Malíková, 2011, s. 18-19)

Je důležité soustředit se na všechny změny, které doprovázejí stárnutí - biologické, psychologické i sociální. Ty rozhodují, jak u člověka stárnutí fyzicky probíhá a jak se s tímto člověk vyrovnává. Podle toho se rozlišují sociální, biologické a psychologické aspekty stárnutí. Často se také uvádí aspekty psychosociální. Propojení je také mezi aspekty biologickými a psychickými. Vliv tělesných změn na psychiku je zcela evidentní. Všechno je se vším propojené. (Malíková, 2011)

### **3.4 Aspekty stárnutí**

Stáří přináší mnoho změn pozitivních i negativních. Každý z nás se s jeho příchodem musíme vyrovnat. E. H. Erikson přikládá stáří významný úkol - dosáhnout integrity v pojetí vlastního života.

„*Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života, jeho pojetím jako celku, který měl určitý smysl. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec. Starší člověk by měl svůj život akceptovat takový, jaký byl.“* (Vágnerová, 2008, s. 299)

Ztráta životního smyslu, zhoršení adaptace na změny v okolí, pokles soběstačnosti a výskyt nemocí, to nejvíce hrozí starému člověku. Důležitá je příprava na stáří, hledání životního smyslu, péči o sebe a aktivita ve svém životě.

### **Specifické aspekty stárnutí - psychické stáří**

- „*pokles duševních funkcí,*
- *snížená adaptabilita,*
- *změny ve vnímání,*
- *změny rozumových schopností,*
- *změny citového prožívání,*
- *změny osobnosti.“* (Červenka, 2011)

### **Sociální aspekty stárnutí**

Viewegh stáří definoval jako „zvýšenou osamocenost“. Z toho důvodu některé způsoby chování a projevy starých lidí chápeme jako snahu prorazit z osamocení. Objevuje se také závist, nepřejícnost, bezohlednost. (Viewegh, 1974)

Nejdůležitější sociální změnou pro seniora je odchod do důchodu, tím se změní i sociální role. To může vést až k apatii a depresím u některých jedinců. Projevuje se to patologickým chováním – hledání nových příznaků onemocnění (hypochondrie), časté návštěvy lékaře, zvýšené sebezpozorování apod. Dochází i ke změnám ekonomickým. Člověk se musí omezovat v kulturních a společenských aktivitách. Starým lidem se také často stává, že přestává mít zájem o okolní dění a aktivity. Také narůstá fyzická závislost na pomoci druhé osoby i psychická závislost na partnerovi, dětech. Ztráta životního partnera nebo blízké osoby je velmi traumatizující události v životě každého člověka, nejen seniora.

Někteří se na odchod do důchodu a život v důchodu těší a zvyknou si rychle a najdou si i nové radosti a nový smysl života v rodině, v cestování, zahrádkaření, sportování, kulturních akcích aj. Jiní senioři naopak po dlouhou dobu nejsou schopni akceptovat odchod do penze. Pak tato skupina seniorů vyžaduje podporu rodiny, známých, přátel i společnosti.

Dle demografického stárnutí obyvatelstva je sociální stránka stáří komentována tak, že v dnešní době se už tolik neklade důraz na prodlužování života, ale na kvalitu života ve stáří. Snaha o aktivní zapojení starých lidí do činností. (Langmaier, Krejčířová, 2007)

### **Změny v emocionální oblasti**

Ve stáří nejsou emoce tak intenzivní, jako byly dříve. Starý člověk prožívá vše podstatně méně emočně než mladí lidé. Vztah k blízkým se většinou ve stáří nemění. Stoupá význam rodiny, při vhodné péči rodiny, dobré atmosféře, je pohoda seniora zaručena. (Langmaier, Krejčířová, 2007)

#### Emoce lze zhruba rozdělit do dvou skupin:

**Afekty** – porušení duševní rovnováhy na kratší dobu. Jedná se o prudké pohnutí mysli. Nahromadění afektů a nezvládání je apatické. Často u starých lidí dochází k nahromadění afektů a k jejich nezvládání a neschopnost afekty dostatečně potlačovat. Vyskytují se afekty zlosti, lítosti a smutku i afekty radosti. (Kalvach, 2004)

**Nálady** – vyladění k afektům jednoho typu. Ve stáří se vyskytují spíše apatické nálady - depresivní, které mohou snižovat kvalitu života a ovlivňovat funkční schopnosti člověka. (Kalvach, 2004)

### **Změny v oblasti kreativity**

Na změny v oblasti kreativity se zaměřují především psychologové. Studie ukazují, že fyzické výkony mají největší úspěchy v rané dospělosti, kulturní výkony vrcholí zase ve střední době dospělosti a vrcholné výkony v umělecké, filozofické a duchovní sféře dosahují vrcholu v době stáří. (Křivohlavý, 2002)

### **Biologické aspekty stárnutí**

Některé změny probíhají pomalu, jiné naopak rychleji. Proces stárnutí je geneticky podmíněn, vliv má i životní styl a u každého jedince probíhá stárnutí individuálně. Primárně přináší změny morfologie a změny funkcí. Patří mezi ně zpomalování a úbytek. Podle Gregora opotřebování orgánů, zpomalený metabolismus a pokles biologických adaptačních mechanismů. (Gregor, 1990)

#### Obecné biologické projevy gerontogeneze:

- atrofie všech orgánů a tkání,
- snížení elasticity cév a plic,
- snížení funkce endokrinních žláz,
- zmenšení postavy,
- změny chrupu,

- mění se celkový vzhled,
- snížení výkonnosti všech smyslových orgánů,
- změna složení tělesné hmoty,
- změny v nervovém systému,
- změny pohybového aparátu,
- změny v oběhovém systému,
- změny v respiračním systému,
- změny ve vylučovacím systému,
- regulace tělesné teploty,
- změny v zažívacím systému,
- změny v činnosti štítné žlázy,
- mění se kostra stárnoucích lidí,
- stařecká křehkost. (Jarošová, 2006)

Typy reakcí na příchod na stáří. Pět strategií adjustace na stáří dle D. B. Bromley:

*„**Strategie konstruktivnosti** - ideální forma adaptace na stáří a přijetí stáří. Člověk se vyrovnává se stářím a nadále se těší ze života. Je otevřený, přizpůsobivý a tolerantní. Vztahy a kontakty navazuje dobře i v pokročilém věku a stávající vztahy udržuje. Je optimistický a přijímá možnosti budoucího života ve stáří. Okolí takového člověka považuje za milého staršího člověka.*

***Strategie závislosti** - poměrně častá. Jedinec, který vyznává takovýto způsob, má sklony k závislosti a lenosti. Spoléhá na druhé, a že se o něho postarají po všech stránkách. Pracovní kariéra a nebyla to hlavní v jeho životě. Preferuje spíše klidné rodinné zázemí, bezpečí, pohodlí, odpočinek o samotě.*

***Strategie obranného postoje** – ti senioři, kteří žili převážně pro pracovní kariéru, aktivně se zapojovali do společenského dění, plnili funkce v politických i společenských organizacích. Lidé, kteří v životě spíše dávali, než brali a celý život byli soběstační. Tato skupina seniorů nechce být v penzi. Mají strach ze závislosti, bojují o udržení svých pozic a do penze odcházejí, až když je okolnosti přinutí.*

***Strategie nepřátelství** - zhoubná jak pro daného seniora, tak i pro okolí. Lidé, kteří v životě nebyli příliš úspěšní, svalují vinu za svůj „nepodařený“ život na druhé.*

*Podezírají a jsou agresivní. Stáří nepřijali a berou ho jako další nepřízeň osudu. Tito senioři jsou často mrzutí, závistiví, nepřijemní a rozhněvaní na celý svět.*

***Strategie sebenenávisti** - senioři, kteří jsou rozzlobení sami na sebe. Nemají se rádi, jsou k sobě kritičtí a odsuzují se. Hodnotí sebe i život pohrdavě. Jsou lítostiví, neovládají a trpí často depresemi. Život byl pro ně neštěstím, oni hříčkou všech náhod, které je nakonec přivedly do stáří. Pro svůj nepraktický postoj k životu to většinou daleko nedotáhli. Nepochopili, že život je šance, kterou je možné individuálně kormidlovat, ovlivňovat, byť za respektování jistých omezujících daností. Cítí se osamělí a zbyteční. (Bromley, 1974)*

### **3.5 Biologické projevy stáří**

Biologické změny ve stáří a tedy také biologické stáří, se týká především toho, do jaké míry dochází ke změnám, které jsou většinou propojeny se změnami způsobenými nemocemi vyskytujícími se častěji převážně ve vyšším věku. (Stuart-Hamilton, 1999)

Nejčastějšími fyzickými změnami ve stáří, po šedesátém roce života, je opotřebování orgánů, zpomalená látková přeměna a pokles funkcí biologických adaptačních mechanismů, křehkost kostí a s tím spojenou atrofii svalů, pokožka a svaly ztrácí na pružnosti. Dochází také ke zpomalení reflexů a změnám ve fungování smyslových orgánů. (Mühlpachr, 2004)

Jednotlivé orgány a jejich fyziologické funkce stárnou různým tempem. Starý člověk se pomalu a špatně přizpůsobuje teplotním změnám, snižuje se svalová síla a fyzická výkonnost, naopak zvyšuje se únavnost. Fyzický výkon začíná klesat již po 40 letech. Dále se také objevují vrásky, které se věkem prohlubují. Začíná docházet k pigmentaci kůže, u žen k šedivění, u mužů také k vypadávání vlasů, mění se tělesné proporce, ruce kostnatí atd.

Člověk si všímá i vnitřních změn organismu. Vylučovací soustava zpomaluje svoji činnost a ztrácí výkonnost, nedostatečný přívod kyslíku, dalšími komplikacemi je zužování a snižování pružnosti cév a slábnutí srdce. Tyto změny mají také vliv na fungování mozku. Dochází k poklesu energie a zpomalení reakcí. (Tvaroh, 1983)

V procesu stárnutí ztrácí na výkonnosti také smysly. Ty slouží mozku ke kontaktu s okolím, a proto tedy úpadek smyslů ovlivňuje funkci mozku. Ve stáří může dojít ke

zhoršenému vnímání a tak plynou s okolím. Stárnutí smyslových orgánů se dotýká všech smyslů - zraku, sluchu, chuti, čichu a hmatu. (Stuart-Hamilton, 1999)

Biologické změny provázející stárnutí a to se také promítá do funkcí orgánových soustav.

### **Vylučovací soustava**

Zpomaluje svou činnost a ztrácí výkonnost při vylučování škodlivin. Oslabení pánevního dna, a to má za následek močovou inkontinenci u žen. U mužů dochází k problémům s prostatou, močí často, neúplně a moč ukapává. (Stuart-Hamilton, 1999)

### **Trávicí soustava**

Trávicí soustava v stařeckém věku méně vstřebává živiny. Staří lidé mají také problémy s chrupem, často jim chybí chrup, nemají chuť k jídlu, potíže s metabolismem, žaludeční nevolnosti po konzumaci vybraných jídel, starého člověka trápí průjemy nebo zácpy a také chronická únava. (Stuart-Hamilton, 1999)

### **Dýchací soustava**

Dýchací soustava zajišťuje menší přívod kyslíku než dříve. Plíce starého člověka mají poloviční výkon než mladý člověk. Pokud je starý člověk nemocný hrozí zánět plic. (Stuart-Hamilton, 1999)

### **Oběhová soustava**

Srdce ztrácí svoji sílu a dochází k zužování periferních cév. Častá srdeční arytmie a zrychlené kmitání srdce. Starší člověk se rychleji unaví a zadýchává se. Další problémy v oběhové soustavě u starých lidí jsou oteklé kotníky, vzniká hypertenze, tvoří se častěji hemoroidy, nedokrvují se končetiny, proto staří lidé mají často studené ruce a nohy. Tyto změny mohou být zmírněny vhodnou stravou a vhodným pravidelným cvičením. (Stuart-Hamilton, 1999)

### **Bolest**

U starších lidí byl zaznamenán zvýšený práh citlivosti na bolest. Starší lidé jsou schopni snášet intenzivnější podněty a nevnímají tolik bolest. Snížený práh bolesti souvisí i se snížením počtu smyslových receptorů u starých lidí. (Stuart-Hamilton, 1999)



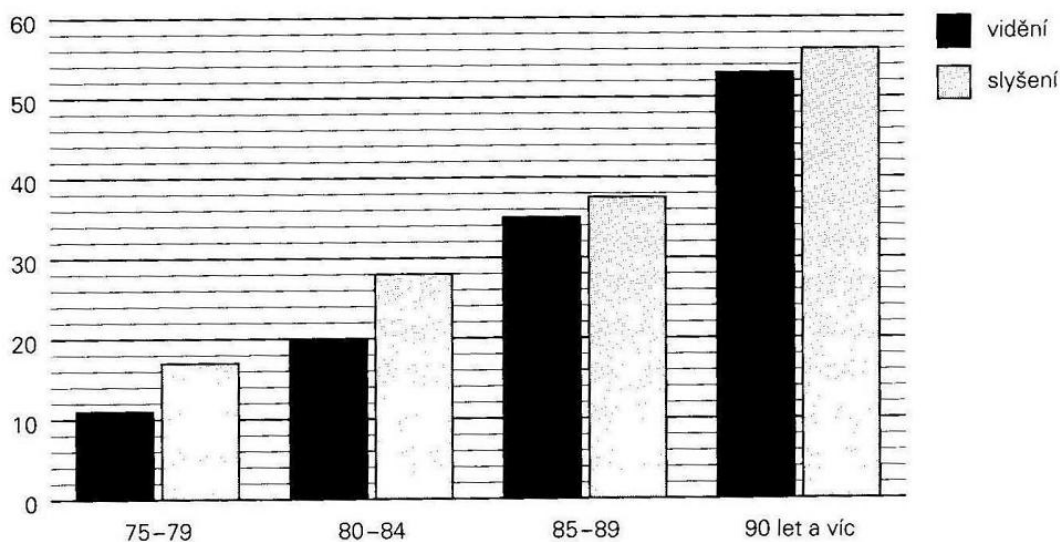
## Zrak

Zaznamenáme především zhoršenou schopnost zaostřovat. Dle odhadů cca 75% starých lidí potřebuje kompenzační pomůcky - brýle, ale ani tak mnozí nevidí dobře s jejich pomocí. Dále méně staří lidé vnímají intenzitu světla. Horší se i funkce znovu vidět po oslnění. U starých lidí dochází ke zmenšení zorného pole a také k pomalejšímu zpracovávání zrakových podnětů. Zrak slábne, obtížně se oko adaptuje na tmou. Oku neprospívá slunce bez brýlí, prach, dlouhé pozorování či televizoru počítače, čtení při slabém světle, umělé světlo apod. (Stuart-Hamilton, 1999)

## Sluch

Zvukovod starších lidí se častěji a snáze zanáší, to vede k oslabení sluchu. Ve středním uchu dochází ke ztvárnění ušních kůstek ve starším věku, a to ovlivňuje přenos zvuku. Potíže jsou i s vnímáním zvuku vysokých a nízkých tónů. Zhoršení sluchu může mít negativní dopad na sociální život starého člověka, nedoslýchavost ho velmi omezuje v běžných věcech. Sluch špatně snáší šumy, sluchu také škodí hlučné prostředí, vítr, zima. (Stuart-Hamilton, 1999)

**Graf 2: Zhoršování zraku a sluchu, které má v závislosti na věku progresivní charakter**



Zdroj: Margrain, Boulton, 2005

## **Čich**

Ve smyslu čich nejsou zaznamenány výrazné změny u zdravých lidí, ale u nemocných starých lidí je slábnutí čichu velice znát. (Stuart-Hamilton, 1999)

## **Chuť**

Každý starý člověk nemusí mít nechut' k jídlu, toto je individuální. Je ale pravda, že jak stárneme, dochází u nás ke zhoršené citlivosti. Staří lidé cítí jinak chuť. Citlivost na hořkou chuť stoupá a naopak sladké chutě jsou nevýrazné. (Stuart-Hamilton, 1999)

## **Hmat**

Ztenčují se a vrásní kůže, z tohoto důvodu dochází k zhoršenému hmatu. Kůže totiž ztrácí přizpůsobivost a pružnost, tvoří se vrásky. Kůže je pergamenová, zažloutlá, může být i zhněsalá. Na kůži se objevují tzv. stařecké skvrny a bradavice, tvoří se suché šupiny na loktech či kolenou. U starých lidí se zvyšuje hmatový práh citlivosti a citlivost k teplotě předmětů klesá. (Stuart-Hamilton, 1999)

## **Pohybový aparát**

*„V pohybovém aparátu je narušení kostního metabolismu. Ubývá kostní hmoty. Tělesná výška se snižuje po 40 letech o 1 cm/za 10 let. Úbytek svalové hmoty a tím i síly a fyzického výkonu. Klesá obsah vody v těle. Narůstá tuková hmota a mění se její rozložení po těle. Kyfóza. Snižovaná pohyblivost – může být i subjektivně podmíněná strachem z pádů, úrazů. Omezení pohyblivosti vede ke snižování sociálních kontaktů, omezování celkové hygieny, omezení soběstačnosti.“* (Ulrychová, 2011)

## **Nervový systém**

*„Snižování hmotnosti mozku, úbytek neuronů i synapsí, ubývá látek, které se podílí na přenosu informací. Snižovaná schopnost soustředění. Výpadky krátkodobé paměti. Časté sklony k depresivním náladám. Objevují se poruchy spánku. Častá a dlouhotrvající únava. Apatie vůči okolí a novým podnětům.“* (Ulrychová, 2011)

## **Imunitní systém**

Imunitní systém je velice důležitý, chrání nás před napadením virů, bakterií a jiných chorob. Naše tělo reaguje na změnu imunitní reakce vznikem autoimunitní choroby. U starších lidí je častý výskyt virových onemocnění. Hůře a déle se regenerují a hojí. (Ulrychová, 2011)

## **Endokrinní systém**

*„Klimakterium, snížení libida a jeho absence, chronická únava, poruchy spánku, časté depresivní nálady, nechuť k jakékoliv činnosti, nezvládnutí stresových situací.“*  
(Ulrychová, 2011)

## **Žlázy s vnitřní sekrecí**

Žlázy s vnitřní sekrecí s věkem snižují svoji činnost. Může za to nedostatek hormonů, to vyvolává pocit chladu, suchou kůži a snížený lesk rohovky a také se tímto zhoršuje reakce organismu na zátěžové situace. Nejčastějším problémem ve stáří bývá diabetes. Ten vzniká ubýváním hmoty Langerhansových ostrůvků. Utlumování středního laloku hypofýzy vede k poruchám kožního barviva. Snižuje se také funkce zadního laloku hypofýz. (Tvaroh, 1983, Bromley, 1974)

## **3.6 Psychické změny ve stáří**

Psychické změny u starých lidí se projevují zhoršením poznávacích procesů, které jsou způsobeny změnami ve smyslovém vnímání. Dále jsou změny emocí, zhoršená je kvalita prožívání, tedy emocí, pocitů, duševních stavů, paměti, představitosti a myšlení. Ve stáří chybí motivace, vůle a adaptabilita. Staří lidé mají také jinak uspořádané hodnoty. Zpomaluje se psychomotorické tempo, staří lidé jsou nejistí při provádění výkonů. Velice časté jsou poruchy paměti, špatná především složka vstřípivosti a reprodukce. Stařecké myšlení ztrácí plynulost, odbíhá od tématu, obsah se zužuje. Staří lidé se často straní okolí, jsou uzavřenější, nechávají si své problémy pro sebe. Jsou také více zranitelní, úzkostliví, smutní, neradi tráví čas sami. (Vágnerová, 2007)

Psychické změny jsou podmíněny biologicky nebo jsou důsledkem psychosociálních vlivů. V mnohých případech jde o jejich vzájemnou interakci.

**Biologicky podmíněnými změnami** míníme především změny v prožívání, myšlení a chování starých lidí. Tato generace je celkově zpomalená, těžko si zapamatovávají a vybavují. Během procesu stárnutí ubývá mozkové tkáň – tzv. atrofie.

**Psychosociálně podmíněné změny** mají nejvíce vliv na individuální životní styl a životní návyky. Tyto změny se nejvíce týkají stagnace většiny možností starých lidí.

Snížují se nároky, které vedou k tomu, že jsou staří lidé pohodlní. Dochází k celkovému zpomalení poznávacích procesů. (Vágnerová, 2007)

Pro starého člověka je velice důležité, aby byl zapojován do společnosti. Samota starému člověku vůbec neprosívá. Dochází tak k izolovanosti od vnějšího světa a to má dopad na jeho psychický stav. V procesu stárnutí je důležitá seberealizace. Společnost by neměla podceňovat potřeby starých lidí. A to z toho důvodu, že by se osobnost starého člověka měla respektovat!

### 3.7 Sociální změny ve stáří

*„Sociální změny ve stáří můžeme nazvat jako sociální periodizaci života, která člení lidský život do čtyř velkých období:*

**První věk** – předproduktivní. Patří sem období dětství a mládí. Růst, vývoj, vzdělání, profesní příprava, získávání zkušeností a znalostí.

**Druhý věk** – produktivní. Období dospělosti, životní produktivita pracovní, biologická a sociální.

**Třetí věk** – postproduktivní. Jde o období stáří, často je toto období označováno jako období poklesu síly a odpočinku. Hrozí nebezpečí od společnosti, která může diskriminovat, podceňovat a snižovat jejich potřeby.

**Čtvrtý věk** - fáze závislosti. Nesoběstačnost, nesamostatnost nemůžeme vnímat jako obecně přijímaná stádia předchozí. Tedy zdravé stáří a soběstačnost může zůstat až do nejvyššího věku.“ (Mühlpachr, 2004, s. 32)

Mezi změny ve stáří v sociální oblasti tedy patří např. odchod do penze a s tím spojeno snížení financí, dále změny ve společnosti, které mohou mít negativní dopad na staršího člověka. Je důležité, jaké má člověk pocity a jaké pocity člověk očekává. Jak se dokáže adaptovat na změny. Po odchodu do penze se mění role, hodnoty i postoje. Nárůst volného času někteří neumí využít. Byli na něco zvyklí, a teď jakoby neměli co na práci a život měli najednou pustý. Ztrácí významnou náplň života. Člověk v penzi se musí nějakým způsobem zaměstnat a najít si vhodné koníčky, či činnosti, které ho budou uspokojovat.

Sociální změny pozorujeme i v oblasti socializace. Prostor, ve kterém se odehrává život starých lidí, se stále více zužuje, až se může dostat do podoby jen velmi

omezeného prostoru. Dochází tak ke ztrátě přátel, či blízkých. To člověka určitě nepovzbudí, ba naopak, může se uzavřít do sebe. Může mít pocit osamělého starého člověka, až pocit nepotřebnosti.

*„Mezi nejčastější faktory sociálních změn ve stáří patří:*

**Sociální situace** – zvýšená pravděpodobnost ztráty sourozenců, partnera a přátel. Pro ztrátě partnera žijí lidé často sami. Podle výzkumů žije v České republice osaměle více než třetina lidí starších 75 let.

**Fyzický stav** – snížená hybnost, potíže se sluchem, zrakem, ale i závažné nemoci. Změny zdravotního stavu mohou negativně působit na sociální kontakty a nemoc má také vliv na psychiku člověka.

**Psychický stav** – zhoršení paměti, změny v uvažování, stařecká demence, deprese, změny osobnosti, těžší sociální kontakt.“ (Vágnerová, 2007, s. 24)

V sociálních změnách člověka má největší vliv zdravotní stav, ztráta partnera a svých milovaných blízkých. Pro staré lidi je nejlepší, zůstat co nejdéle aktivní, věnovat se činností, zapojovat se do sociálních vztahů, a dbát, jak o svůj fyzický, tak i psychický stav. Staří lidé si špatně zvykají na změny. Je tedy vhodné, aby vytvořené návyky a zaběhlé stereotypy neměnili.

## 4 ETAPY LIDSKÉHO ŽIVOTA

*„Ve stáří není lepší útěchy než to, že jsme celou sílu svého mládí vtělili do díla, které nestárne s námi.“*

*Arthur Schopenhauer*

Již v minulosti se pokoušeli naši předkové členit lidský život na určité etapy. Dávní myslitelé si všímali stejně jako současní myslitelé změn, které doprovází stáří. Pro charakteristiku etap života využívali poznatků z oborů medicíny, antropologie či filosofie. Zřejmě jako první se pokusil o rozdělení etap lidského života velká osobnost Hippokrates, nejslavnější lékař v období starověku. Rozdělil etapy lidského života na sedm období. Další významnou osobností, která rozdělila lidský život do sedmi etap, byl Jan Amos Komenský.

### **Dělení etap lidského života dle Jana Amose Komenského:**

- dítě,
- pacholek,
- mládenec,
- jinoch,
- muž,
- starý muž,
- kmet. (Čížková, 1999)

V jednom z děl J. A. Komenský napsal:

*„Nám jde o lepší budoucnost, a proto se nesmíme zastavit v hledání prostředků, které nám jí mají umožnit.“* (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 27)

J. A. Komenský popsal stáří jako dvě etapy:

- starý muž - 35-42 let
- kmet - 42 let a výše

Lidský život se skládá z vývojových fází. Pro jednotlivá období jsou charakterizovány určité znaky ve vztahu mezi organismem a prostředím přírodním či sociálním a s nimi také spojeny změny. Rozlišujeme období nitroděložní, kojenecké, dětské, dospělosti i stáří. (Pacovský, 1990)

Příhoda považuje za stáří období od 60 let. Toto období dělí do tří fází:

- časná stáří (stárnutí, senescence) - 60-74 let
- vlastní stáří (kmetství, sénium) - 75-89 let
- dlouhověkost (patriarchum) - 90 let a výše (Příhoda, 1974)

Další odborník definoval stáří do jedné etapy, která podle něho začíná v 65 letech věku. Věk 80 let a více označil za věk vysoký. (Švancara, 1983)

Haškovcová ve svém díle uvádí stáří jako pokročilý věk, definovaný od 75 - 89 let. Poukazuje na společnost, která považuje za starého člověka, který má nárok na starobní důchod daný věkem. (Haškovcová, 2010)

Gerontologie užívá členění stáří dle Neugartenové:

- mladí senioři - 65-74 let
- staří senioři - 75-84 let
- velmi staří senioři - 85 let a výše. (Neugartenová, 1966)

„Sociální periodizace rozčleňuje věk do 3 – 4 velkých období:

- První věk (předproduktivní) – dětství a mládí
- Druhý věk (produktivní) – období dospělosti
- Třetí věk (postproduktivní) – období stáří
- Čtvrtý věk – fáze závislosti.“ (Mühlpachr, 2004, str. 9)

Vzhledem k tomu, že v dnešní době se lidé dožívají vyššího věku, věková hranice posunula z šedesáti na šedesát pět let a časový úsek se ještě dále začal členit.

Rozlišujeme dle Mühlpachra:

- „Mladí senioři (65–74 let) - adaptace na odchod do důchodu, volný čas, seberealizace
- Staří senioři (75–84 let) - změna funkční zdatnosti, atypický průběh chorob)
- Velmi staří senioři (85 a více) - problémová soběstačnost a zabezpečení.“

(Mühlpachr, 2004, str. 9)

Rozdělení etap stáří dle Hartla:

- „Počínající sénium - 60–74
- Vlastní sénium - 75–89
- Dlouhověkost - 90 a více.“ (Hartl, 1993, s. 187)

Schéma životního cyklu dle Alan. Popisuje jednotlivé etapy i sociální pohled:

- *„Důchodový věk (55–65) - vrchol sociálního postavení a autority. Nastávají změny zájmů a proměny fyzických funkcí, stabilizují se životní stereotypy a hodnotí se život. Období „prázdného hnízda“ a formování nového příbuzenstva po provdání dětí.*
- *Stáří (66–74) - změny sociálních a psychických funkcí, oslabována životní aktivita. Toto období nazýváme také „profesní prázdnou“. Důležitou událostí se stává smrt partnera.*
- *Stařecký věk (75–89) – již více nesoběstačnosti a také závislost na druhých, na svých blízkých. Staří lidé se v tomto období cítí osaměle.*
- *Poslední etapa (90 a více let).“ (Alan, 1989, str. 68)*



Obrázek 3: Etapy lidského vývoje

Orientační věk (bez rozdílu pohlaví)	Vztah „já“ a ostatní	Etapa	Sociální charakteristika etapy	Profesní dráha	Rodinný cyklus	Přechod (alternativa)
0-2	„já“ je problémem pro ostatní	rané dětství	odlišování sebe a okolí, neverbální komunikace, počátky výběrového chování, cit. vazeb			narození
2-5		předškolní věk	počátky verbálního dorozumívání, identifikace soc. vztahů, osvojování návyků, adaptace na kolektiv vrstevníků, odhalování vztahů autority	hra	internalizace rodinných rolí a vztahů; zkušenost z neúplné, příp. binukleární rodiny	jesle, mateřská škola
6-12		školní věk	formování vrstevnických vztahů a pravidel skupinového chování, rostoucí úloha kognitivního učení a vzdělávání, tvorba zájmů a postojů, vznik vztahů zodpovědnosti	učení fantazijní volba povolání	ideální volba partnera, počátek přípravy na manželství a rodičovství	škola
12-15	„já“ jsem problémem pro sebe	puberta	formování vztahů mezi pohlavími, počátek emancipace od rodiny, vyhocení konfliktu zájmů, vznik problému sociální identity	pokusná volba povolání, oddálení rozhodnutí	seznamování	
16-20	ostatní jsou problémem pro mě („já“)	dospívání	nabývání zákonných práv a povinností, selekce a koordinace zájmů, počátek nezávislosti, „krize adolescence“	reálná volba povolání	sblížování, láska intimní vztahy, sexuální poměr	první povolání
21-25		raná dospělost	osvojování si rolí dospělého, počátek ekonomické a sociální samostatnosti, formování životních plánů	první zaměstnání (základní vojenská služba)	přizpůsobování partnerovi, plánování společného života, založení rodiny	sňatek, narození prvního dítěte
26-40		střední dospělost	složování sociálních rolí a konflikty rolí, materiální konsolidace, společenská angažovanost, redukce životních plánů, stabilizace sítě sociálních kontaktů (přátelství, známosti), orientace na prožitky	druhá volba povolání - změna zaměstnání - specializace - kariéra další vzdělávání	- rodina s předškolním dítětem - rodina se školním dítětem - rodina s dospívajícím dítětem	(rozvod) (druhý sňatek)
41-55		pozdní dospělost	tzv. krize středního věku s následující sociální konsolidací, nové formování životní perspektivy od představy zbytku (konce) života	profesní stabilizace, funkční postup, zhodnocování zkušeností, výkonová exaltace	- rodina s mladým dospělým vznik role prarodiče	(binukleární rodina)
55-65	„já“ je postupně problémem pro ostatní	důchodový věk	vrchol sociálního postavení a autority, změny zájmů, proměny fyzických funkcí, stabilizace životních stereotypů, zhodnocování dosavadního života (užívání)	přechod do důchodu, práce v důchodu	období „prázdného hnízda“, formování nové příbuzenské sítě (po sňatku dětí)	odchod posledního dítěte
66-74		stáří	změny sociálních a psychických funkcí, oslabování životní aktivity, počátek nové závislosti	„profesní prázdnota“	rodina (domácnost) důchodec, vdovství	smrt partnera
75-89		stařecký věk	oslabená pohyblivost, závislost a růst nesoběstačnosti		osamělost	
90 a více		dlouhověkost				smrt

Zdroj: Alan, 1989

„Platon chválí stáří, protože vede člověka k lepší životní harmonii, k opatrnosti a prohlubuje jeho moudrost. Starý člověk dovede lépe hodnotit kvality života, lépe jej umí prožít, má zdravý úsudek. Sokrates se naopak obává prodloužení života, neboť má strach, že bude muset zaplatit daň stáří, oslepne, ohluchne, nebude schopen se učit a bude rychle zapomínat. Cicero upozorňuje na to, že starý člověk musí prohloubit svoji

*sebekontrolu, aby nezkresleně vnímal změny, které ho ve stáří čekají jak v jeho individualitě, tak v okolní společnosti.*“ (Mühlparch, 2004, s. 8)

**Tabulka 2: Dělení etap lidského života dle Skořepy**

<b>Etapa života</b>	<b>Věkové rozmezí</b>	<b>Příslušná fáze</b>
<b>1. etapa - raný věk</b>	do 3 let	
<b>2. etapa - dětství</b>	od 3 do 8 let	<b>rané dětství</b> (od 3 do 4 let) <b>dětství</b> (od 4 do 8 let)
<b>3. etapa - chlapec a děvče</b>	od 8 do 14 let	od 8 do 11 let <b>prepuberta</b> (od 11 do 14let)
<b>4. etapa - hoch a dívka</b>	od 14 do 17 let	<b>puberta</b> (od 14 do 17 let) <b>dozrívání</b> (od 16 do 17 let)
<b>5. etapa - ucelování vývoje</b>	od 17 do 32 let	<b>adolescence</b> (od 17 do 24 let) <b>dovršení vývoje</b> (od 24 - 32 let)
<b>6. etapa - plná zralost</b>	od 32 do 65	
<b>7. etapa - senium</b>	od 65 let	

Zdroj: Čížková, 1999

## 5 STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN

*„Dbejme, aby nám stáří neudělalo vrásky také na duši, když je dělá na tváři.“*

*Michel De Montaigne*

V minulosti se lidé příliš vysokého věku nedoživali. Staří lidé byli „vzácností“, představovali moudrost a cenné rady a zkušenosti. Dosáhnout vysokého věku bylo vytouženým snem každého. (Haškovcová, 2010)

*„Často se stává, že povrchně uchopený jev je interpretován s předpojatostí, v důsledku čehož vznikají tzv. mýty o stáří. Máme-li ale postihnout, co je stáří a co znamená být starý, měli bychom jeden jev po druhém podrobit odpovědnému zkoumání a předpokládat, že se nám dříve či později podaří přiblížit se k jádru věci.“* (Haškovcová, 2010, s. 9)

### 5.1 Mýty a předsudky o stáří

Dnešní moderní společnost má zažitou představu o starých lidech. Staří a staré lidi se pokoušejí nevnímat, a považují za nejdůležitější maximální výkon, zdraví, sílu a krásu.

*„Představa staré osoby jako nemocné, bezmocné, senilní, neužitečné, osamělé bytosti, žijící v bídě, tudíž deprimovaně, postižené nutně depresí.“* (Tošnerová, 2002, s. 45)

O stáří existuje mnoho mýtů. Starého člověka společnost někdy považuje za zbytečného, důchodce na obtíž, kterého je nejlepší ignorovat. Odchodem do penze člověk přestává být pro společnost užitečným. A pokud chce a pokud to zdraví dovolí, senior pracuje dále, a tak zabírá pracovní místo mladším - schopnějším.

*„Většina lidí je hluboce přesvědčena, že starý člověk nárokuje výhradně nebo hlavně ekonomické a materiální zajištění své existence. Výsledkem je široce rozšířený mýtus falešných představ. V odvozené praxi se pak úsilí majoritní společnosti soustřeďuje právě na tuto jedinou oblast v přesvědčení, že výborné nebo alespoň*

*vyhovující materiální zajištění starých lidí je nejen předpokladem jejich osobní spokojenosti, ale že tuto spokojenost dokonce zakládá. Podle tohoto mýtu existuje mezi spokojeností a materiálním komfortem přímá úměrnost, a to i přesto, že i v mladších populacích známe bohaté nespokojence a šťastné chudáky. Základní ekonomické a materiální zajištění však jistě nelze zpochybňovat. Mýty o stáří ovlivňují nejen pohledy lidí na seniory, ale utvářejí i sebepojetí stáří.*“ (Haškovcová, 2010, s. 42)

## 5.2 Ageismus

*„Původní a dodnes pravděpodobně nejrozšířenější definice ageismu hovoří o stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich stáří. Pojem bývá někdy opisován synonymem „věková diskriminace“ nebo „diskriminace na základě věku“.*“ (<http://www.ageismus.cz/?m=2&lang=cz>)

Antiageistický přístup trvá na zrušení všech věkových diskriminant v sociální politické praxi. Proti tomu zřízená kampaň za povinnost třdit všechny statistiky dle chronologického věku. (Vidovičová, 2005)

*„Jedním z unikátních rysů ageismu je, že věk představuje kategorii, ve které většina lidí z vlastní skupiny (např. skupina mládež), nakonec (pokud jsou šťastní) se stanou členem cizí skupiny. Zdá se divné, že mladí lidé budou poškozeni vůči skupině, která jim bude nakonec patřit. Odkud tyto negativní vlivy pocházejí? Autoři prezentují důkazy na podporu tvrzení, že pravděpodobný důvod, proč lidé vytvářejí předsudky o starších lidech je vzhledem k myšlenkám a pocitům o jejich vlastní smrtelnosti, které jsou vyvolané na přemýšlení o starších osobách. To znamená přemýšlení o tom, že starší člověk má tendenci vzbudit obavy a strach.*“ (Nelson, 2004, s. 3)

Za posledních 40 let vzrostl zájem o zkoumání ageismu. Definice amerického sociologa Palmora: *„Ageismus je předsudek nebo diskriminace proti určité věkové skupině nebo v její prospěch.*“ (Palmore 1990, s. 4)

### 5.2.1 Důležité aspekty ageismu

*„Ageismus je ideologie a přesvědčení. Jedním z jeho projevů je věková diskriminace. Například když zaměstnavatelé nechtějí přijímat starší pracovníky, protože věří, že jsou vzhledem k svému věku méně schopní. Diskriminace je ale až krajní, nejviditelnější podobou ageismu. Ageismus se vedle ní projevuje i sdílením stereotypních očekávání od druhých na základě jejich věku nebo přijímáním předsudků.*

*- Ageismus předpokládá kvalitativní nerovnost. Čili jde o přesvědčení, že jedna věková skupina je v něčem „lepší“ než druhá. Něco jiného je věkově diferencované jednání, které je motivováno uvědoměním si reálných odlišností jednotlivých životních fází.*

*- Ageismus nemá podobu pouze negativních, ale i pozitivních stereotypů a předsudků. Například projevy soucitu a přehnaného ochrannictví vůči členům určité věkové skupiny mohou v těchto lidech vyvolávat pocity méněcennosti či podrážedenosti.*

*- Ageismus se neváže pouze k etapě stáří. Terčem ageismu mohou být ve stejné míře mladí jako senioři.“*

(<http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=371&lst=113>)

Definice dle Kalvacha, který mluví o ageismu jako o geriatrickém (seniorském) ageismu. Kalvach říká, že ageismus je soubor předsudků a stereotypů, které vyjadřují předsudky o seniorech, že je jejich příliš, jsou nepotřební, ekonomicky zatěžují apod. (Kalvach, 2006)

### Legislativa

V České republice je diskriminace věku zakázána v zaměstnání a to v §4 Zákona o zaměstnanosti 435/2004 a § 1 Zákoníku práce 65/1965 ve znění pozdějších předpisů. (<http://www.ageismus.cz/?m=2&lang=cz>)

### 5.2.2 Zdroje ageismu

- **strach ze smrti** – smrt není brána jako přirozená součást lidského života,
- **důraz na mládí a fyzickou krásu** – stáří jako takové je ignorováno,
- **produktivita a ekonomika** – stáří je považováno za finanční příítěž,
- **nevhodně volené způsoby výzkumů či průzkumů**, které se týkají ageismu.  
(Tošnerová, 2002)

### 5.2.3 Ageismus a vztah k sebepojetí

Obětí ageismu se může stát kdokoliv. Čím více se člověk bude od společnosti doslýchat mylné předsudky, tím více si je člověk přivlastní, opravdu jim uvěří a přivlastní si je ke své osobě.

Traxler definoval tři stadia, která mohou změnit názor na sebe sama:

**I. stádium** - pokud člověk svolí, aby mu bylo přiděleno označení, které ho charakterizuje (např. důchodce). Tak přichází o svou původní roli.

**II. stádium** - stává se závislejším na označení. Záleží, zda je označení pozitivní, to potom nedochází ke ztrátě sebeúcty. Při negativním označení nastává třetí stádium.

**III. stádium** – v tomto stádiu se jim objevuje ztráta sebeúcty. Senior začíná věřit označení od společnosti a je přesvědčený o své neschopnosti. (Tošnerová IN: Traxler, 2002)

Ageismus je soubor absurdních předsudků, které ubližují seniorům. Lidé si neuvědomují, že také budou jednou staří, a že stejně tak o nich může společnost mýnit se zlými předsudky.

## 6 ADAPTACE NA STÁŘÍ

*„Zklamání v lásce zapříčiňuje neštěstí v mládí, zklamání nad tížadostí ve zralém věku  
a zklamání pro nevděčnost ve stáří.“*

*Oliver Goldsmith*

Adaptace člověka ve stáří záleží na mnoha rozdílných faktorech. Nejdůležitější roli na adaptaci hraje osobnost člověka, okolí jedince i zkušenosti. Lidé se nemění, ale pouze přizpůsobují. Adaptovat se na stáří lze tehdy, pokud si člověk uvědomí, že začíná stárnout. (Pacovský, 1997)

### 1. Teorie odcizování

- člověk dosáhne sociální adaptace ve stáří v tom okamžiku, ve kterém se dokáže uvolnit ze sociálních rolí. (Stuart-Hamilton, 1999, Švancara, 1983)

### 2. Teorie aktivity

- staří lidé mají různé aktivity, díky aktivní činnosti se staří lidé udržují v pohodě a spokojenosti. Důležité pro staré lidi také je společenský kontakt. Ale i přílišná aktivita člověku škodí. Tito lidé např. odmítají jakoukoliv pomoc. (Hamilton, 1999, Švancara, 1983)

## 6.1 Typy adaptace na stáří

Existuje pět strategií na adaptaci ve stáří:

### **Konstruktivnost**

- ideální typ. Takový člověk má radost ze života, je přátelský, přijímá vše, tak jak to přijde. Mají mnoho aktivit.

### **Závislost**

- Tito lidé jsou spíše pasivní, podezřívaví, neprůbojní, ale vyrovnaní. Společnost je přijímá.

### **Obranný postoj**

- tento typ adaptace člověka na stáří je méně přijatelný. Tito lidé dříve byli spokojeni, měli mnoho aktivit, nyní nemají zájem o společnost, nepřijímají pomoc od druhého. Nechtějí přijmout fakt, že stárnou

## **Hostilita - nepřátelství**

- tento typ lidí se často dostává do konfliktu ve společnosti z důvodu agresivního chování, vyhýbají se společnosti. Ke stáří se staví negativně.

Sebenenávist

- nenávist vůči své osobě. Vyčítají si své chyby a neúspěchy, trpí depresemi. Tito lidé často páchají sebevraždu jako řešení situace. (Hamilton 1999, Bromley 1974)

Z praktického pohledu rozlišujeme tři formy přípravy na stáří:

### *„1. Dlouhodobá*

*- začíná již od dětství, kdy bychom měli učit děti uctě ke starším lidem, vést je ke správnému chování. Svým jednáním k rodičům, prarodičům spolurozhodujeme o tom, jaký vztah budou mít děti k nám, až zestárneme.*

### *2. Středně dlouhá*

*- každý člověk středního věku by měl začít s cílenou přípravou na stáří. Zamyslet se nad svojí životosprávou, akceptovat stáří jako nedílnou součást lidského života. Lidé středního věku by měli začít také pracovat na svém sociálním portfoliu, tj. na souboru různých aktivit, které budou moci využívat a rozvíjet v pozdějších letech. Začínat se zcela novými činnostmi až na začátku penze je možné, ale náročné a obtížné. Snadnější adaptaci na nové období také usnadňuje včasné vytvoření přátelských vztahů, protože televize nenahradí osobní zájem a přátelství.*

### *3. Krátkodobá*

*- má být ryze praktická (asi 3 roky před odchodem do starobního důchodu). Lidé by si měli upravit bezpečně a bezbariérově byt, vyměnit opotřebované spotřebiče. To vše v době, dokud mají větší finanční možnosti a jsou při síle. Měli by rovněž více dbát na zdravý životní styl a posílit přátelské a společenské vztahy. A hlavně by měli mít jasno, jak vyplní penzijní čas. V naší společnosti se víceméně udržuje tradiční obraz člověka v důchodovém věku: život v ústraní a smyslem života je péče o vnoučata a podpora rodin dětí. Tato role by se však neměla stát jedinou náplní života seniorů. Co tedy s léty „navíc“? Jsou dvě možnosti: stárnout pasivně, sedět a čekat, až zestárneme, či aktivně, tzn. svůj život stále vytvářet. Ve výhodě jsou*



*jednoznačně lidé s celoživotními koníčky a racionálním postojem ke stáří.“*  
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/adaptace-a-priprava-na-stari-305689>)

## 7 DUŠEVNÍ NEMOCI VE STÁŘÍ

*„Čím víc stárnu, tím víc zjišťuji, že dětství a stáří jenom splývají, ale že jsou to navíc dva nejintenzivnější stavy, které je nám dáno žít.“*

*Marguerite Yourcenarová*

První známky psychických obtíží související se stárnutím organismu se objevují po čtyřicátém pátém věku. U klimakterické problémy, u mužů zase lehké involuční deprese (změny nálad, nespavost, vzteklost, únava). (Tvaroh, 1983)

Dle Bašteckého jsou nejčastějšími duševními chorobami stáří demence, deprese, paranoidní stavy a deliria. (Baštecký a kol., 1994)

**Gerontopsychiatrie** je lékařský obor, který se zabývá duševními poruchami vyššího věku.

### Rozdělení starších lidí po psychické stránce:

- 1) **Staří lidé psychicky normální**
- 2) **Staří lidé postižení duševní poruchou** – např. neuróza, ve stáří se objevila, ale není pro ně typická
- 3) **Staří lidé postižení duševní chorobou** – např. senilní demence, která je pro stařecký věk typická
- 4) **Staří lidé postižení již dříve duševní poruchou** – duševní porucha se ve stáří zhoršila. (Vondráček, 1975)

### **Neuróza**

Duševní porucha, která vzniká na základě nervového šoku. Postupem času mizí, klesá intenzita obsedantních projevů, ale zesilují se depresivní a hypochondrické neurotické projevy. (Tvaroh, 1983)

## **Deliria**

Vznikají zvýšenou citlivostí mozku na škodliviny. Příčinou vzniku deliria mohou být také některé léky, infekční onemocnění, malnutrice apod. Z těchto příčin může vzniknout demence nebo s ní koexistovat. (Baštecký a kol., 1994)

*„Deliria jsou závažné duševní poruchy, které se vyskytují jako nespecifické reakce na řadu inzultů. Tyto inzulty pak vedou k poruše mozkového metabolismu a neurotransmise. Z těchto inzultů jsou nejběžnější hypoxie, dehydratace, hypoglykémie, akutní i chronické intoxikace (alkohol), náhlé odnětí dlouhodobě užívaných nebo zneužívaných látek, některá farmaka (např. centrálně působící anticholinergika), záněty (např. uroinfekce, bronchopulmonální infekce), horečnaté stavy, cévní mozkové příhody, traumata mozku a další. Etiologické faktory jsou zpravidla kombinované, někdy mnohočetné. Velmi důležité jsou také psychosociální faktory – např. adaptace na nové prostředí (nemocnice, domov důchodců apod.). Výrazný rizikový faktor vznik u delirií je organické postižení CNS.“*

(<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>)

Deliria **nejsou** součástí syndromu demence, i když se jako příznak vyskytují. A to především, když dojde k somatickým komplikacím nebo pokud je zvolena polypragmatická farmakoterapie. Deliria se vyskytují především u demence s Lewyho tělísky. (<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>)

### Charakteristika delirií:

- snížená schopnost udržet pozornost
  - dezorganizované myšlení – např. roztěkanost
- (<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>)

### Abychom mohli říci, že se jedná o delirium, musí být přítomny alespoň dva projevy:

- kvalitativní porucha vědomí,
- percepční poruchy – např. halucinace,
- poruchy spánku či bdění,
- poruchy paměti,
- dezorientace v čase či místě.

(<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>)

U delirií nesmí být přítomna psychóza či jiná psychická porucha, pak by se nejedlo o delirium. (<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>)

### **Demence**

Řadí se mezi závažnější psychické poruchy. Charakteristické znaky jsou poruchy vstřípivosti a paměti. Postihuje věkovou populaci nad 65 let a toto se týká 5% populace. Jedním ze stupňů demence v pokročilejším věku, a sice nad 85 let, trpí téměř polovina populace. Nejběžnější formou je Alzheimerova choroba. (Thomasma, Kushnerová, 2000, Baštecký a kol., 1994, Pacovský, 1990)

Duševní poruše demence bude věnována samostatná kapitola.

### **Paranoidní myšlení**

Paranoia se vyskytuje ve stáří velmi často. Jedná se o poruchy sensoria a poruchy kognitivních funkcí. Objevují se paranoidně bludné syndromy involučního nebo dementního původu. Z paranoidního myšlení se rozvíjí i psychózy vnějšího charakteru, tzn. schizofrenie. (Baštecký a kol., 1994, Pacovský, 1990)

### **Deprese**

Deprese jsou velice závažným problémem starší populace a patří mezi nejčastější poruchy ve stáří. S věkem se zvyšuje riziko výskytu depresí. Toto onemocnění se týká především žen. Deprese jsou ale léčitelné antidepressivy a dá se s tím žít. Člověk se toto naučí ovládat. U starých lidí se vyskytuje hypochondrie. Důležité pro léčbu je tělesné zdraví člověka. Protože stav psychický jde ruku v ruce se stavem tělesným. (Baštecký a kol., 1994)

Depresím bude věnována samostatná kapitola.

### **Sebevražedné pokusy (parasuicidia)**

Parasuicidia se projevují ve stáří bohužel často. Život pro ně ve stáří již nemá smysl, ztratili životní jistotu, jsou zoufalí, beznadějní, cítí se opuštěni. Člověk prožívá vnitřní boj sám se sebou. (Baštecký a kol., 1994)

Triáda presuicidálního syndromu:

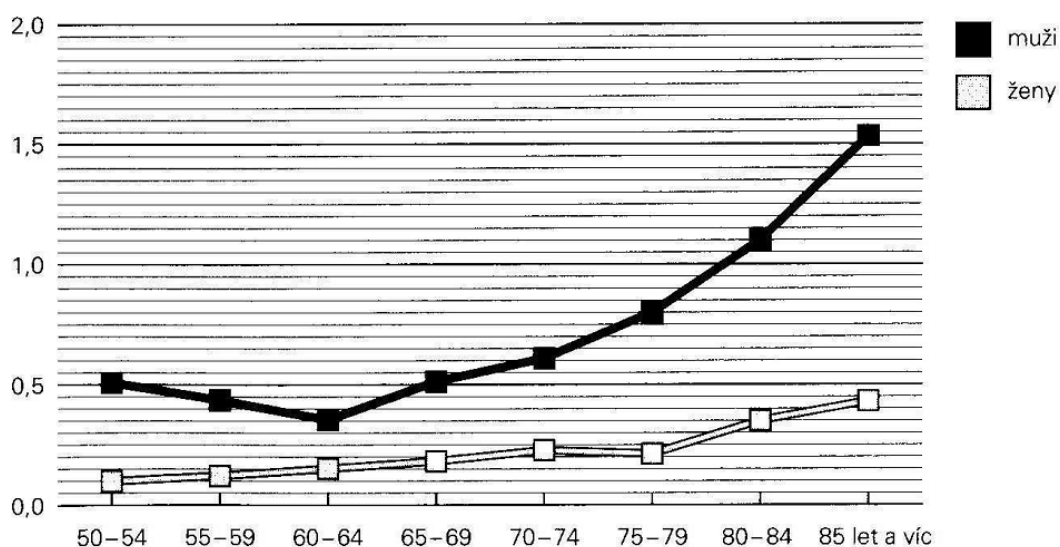
**První fáze** – uzavření se do sebe.

**Druhá fáze** – agresivní projevy, které byly směřovány na okolí, teď směřují na svoji osobu.

**Třetí fáze** – suicidní myšlenky a představy.

Alarmující je, že přibývá dokonaných sebevražd (5–10krát vyšší výskyt než ve středním věku), hlavně u mužů. (Baštecký a kol., 1994)

**Graf 3: Četnost promile dokonaných sebevražd**



Zdroj: Vojtěchovský, 1994

Pro staré lidi je velmi důležité v něco věřit. Psychický stav má ohromný vliv na život lidí. Ve stáří můžeme ztratit smysl života, myslet si, že máme vše hezké už za sebou, že nás čekají jen nemoci a trápení, ale opak je pravdou! Musíme si říci, že na světě nejsme sami, že máme kolem sebe lidi, které máme rádi a kteří zase mají rádi nás. Hned je na tom světě lépe a věříme v lepší zítřky a v to dobré. Ne nadarmo se říká: „víra tvá tě uzdraví“!

## 7.1 Deprese

*„Depresivní poruchy ve stáří představují závažný interdisciplinární problém. Úzce souvisejí s dalšími chorobami, mohou prodlužovat jejich trvání, zhoršovat prognózu, zároveň být jejich příznakem. V klinickém obraze často dominují somatické stesky, které depresi maskují nebo „odůvodňují“ a nemocného přivádějí spíše k praktickému lékaři nebo lékaři jiných odborností než k psychiatrovi. Vedou tak mnohdy ke zbytečným vyšetřením, polypragmazií, a tím dalším rizikům a komplikacím. Je tedy třeba, aby právě lékaři somatických oborů na depresi aktivně pomýšleli a aktivně vyhledávali její příznaky.“* (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/depresivni-poruchy-ve-stari-452349>)

### 7.1.1 Léčba depresí ve stáří

*„Deprese jsou velmi často se vyskytující poruchy. Ve stáří se kromě depresivních poruch typických pro střední věk, setkáváme často s organicky podmíněnými depresivními poruchami. Poměrně časté jsou také deprese jako součást poruchy přizpůsobení (přispívají k tomu faktory jako ztráta partnera, ztráta společenského postavení a prestiže, zhoršení materiálních podmínek, jakákoli institucionalizace – přijetí do nemocnice, do domova důchodců). Ve stáří se většinou obraz deprese mění, přibývá somatizace, vyskytují se dlouhé a terapeuticky rezistentní fáze. Při léčbě depresí ve vyšším věku kombinujeme přístupy biologické a psychosociální. Některé lehčí deprese seniorů lze léčit pouze psychoterapií, bez použití antidepresiv (především deprese u poruch přizpůsobení, smíšené úzkostné a depresivní poruchy). U většiny pacientů však musíme podat antidepresiva.“* (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-psychicky-poruch-ve-stari-462924>)

Můžeme zvolit ta antidepresiva, která jsou používána u mladších pacientů. Antidepresiva s anticholinergními účinky, kterým mají vedlejší účinky zhoršování paměti, deliria, zácpa aj, bychom užívat spíše neměli. Mezi antidepresiva s anticholinergním účinkem patří tricyklická antidepresiva. Jako vhodná antidepresiva se doporučují selektivní inhibitory reuptake serotoninu – např. sertralin, citalopram, a alosterický inhibitor. Použití Paroxetinu v gerontopsychiatrii je omezené, má slabší

anticholinergní působení a větší počet lékových interakcí. U antidepresiv Fluoxetinu je riziko větších lékových interakcí, z toho důvodu je jeho použití u seniorů velmi omezené. (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-psychicky-poruch-ve-stari-462924>)

Deprese u starších lidí nesou s sebou riziko vzniku Alzheimerovy choroby (20-50% pacientů). U demencí se často vyskytují depresivní symptomy. Příčinou vzniku je především deplece neurotransmiterů – serotoninu, noradrenalinu, dopaminu, uvědomění si poruch paměti. Spouštěčem pro vznikající deprese ve stáří mohou také být nepříznivé vnější události či stres. Je jisté, že deprese ve stáří mají vliv na kvalitu i délku života. (<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>)

*„Terapie deprese u starých pacientů by se měla dělat individuálně a zejména by se mělo s cílem využívat u slabých depresí nelékových postupů. Někteřímu pacientovi pomůže více zájem lékaře o jeho problémy, jinému odborná pomoc psychologa. S farmakologickou léčbou je nutno počítat u pacientů se středně těžkou a závažnější depresí a je vhodné ji kombinovat s psychoterapií. Koenig nepovažuje za správné předepisovat hned jako lék první volby amitriptylin, ač je to prý velmi rozšířený postup u jeho kolegů. Dává přednost začínat SSRI, sertralinem, fluoxetinem, paroxetinem nebo citalopramem. Při poruchách spánku volí sedativní antidepresivum (tetracyklický mirtazapin). S přihlédnutím k tomu, že staré osoby nemívají prostředky na nákladnou léčbu, upozorňuje na skutečnost, že například fluoxetin má ve stáří dlouhý poločas a vystačí se se třemi tabletkami po 20 mg na týden. Pro stimulaci CNS je vhodný po zvážení rizika záchvatů bupropion. Některé z tricyklických přípravků jako nortriptylin a desipramin jsou vynikajícími antidepresivy druhé linie pro těžší pacienty. Lékař musí vždy bedlivě sledovat případné nežádoucí účinky zvoleného léku a čas, kdy lék začne účinkovat, což u antidepresiv může trvat 6 až 8 týdnů. Není na místě unáhlená změna léku ani dávkování.“* ([http://www.zdrava-rodina.cz/med/med1199/med1199\\_29.html](http://www.zdrava-rodina.cz/med/med1199/med1199_29.html))

## 7.2 Demence

*„Demence jsou poruchy, které vznikají po vytvoření základů kognitivních funkcí, tj. po čtvrtém až šestém roce života. Ve stáří však výskyt demencí kulminuje, věk je hlavní rizikový faktor demencí. Pro demence je příznačné, že dochází k podstatnému úbytku kognitivních funkcí od nemorbidní kapacity, a u některých typů demencí dochází na počátku k úbytku exekutivních (výkonných) funkcí. Druhotně dochází k úpadku dalších, nekognitivních funkcí.“*

(<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>)

Syndrom demence tvoří jednotlivé symptomy, které podle příčiny se nemusí objevovat všechny a nemusí toto nastat současně. Objevují se a vyvíjí různě a jinak rychle. Demence se kombinuje s poruchami paměti, poznávání, poruchami řeči, praxie, emotivity a sociální adaptace. (Mühlpachr, 2004)

Je velice důležité rozpoznat, zda se jedná o demenci či nikoliv. K tomu slouží nejjednodušší orientační test, který se opakuje s odstupem čtyř týdnů:

- pacienta se zeptáme na časoprostorovou orientaci (místo, rok, den, měsíc)
- pacientovi vysvětlíme, o co půjde a sdělíme tři jednoduché předměty (např. dům, auto, míč) a na tyto názvy se pacienta zeptáme znovu po pěti minutách
- mezi těmito dvěma body pacient odečítá sedmičky od padesátky. (Mühlparch, 2004)

Podezření, že se jedná o syndrom demence, vzbuzuje porucha časoprostorové orientace, neschopnost si vybavit si po pěti minutách dva ze tří vyjmenovaných pojmů a nesprávné určení alespoň jednoho výsledku ze dvou odečítání. (Mühlparch, 2004)

*„V medicíně platí zásada, že diagnózy se nedokazují, ale vylučují. V průběhu demence dochází k těžké degradaci osobnosti. S tím souvisí i postupně snižování až zánik schopnosti péče o sebe sama, neschopnost provádět úkony běžné denní rutiny. Může se vyskytnout celá široká plejáda dalších, nekonstantních příznaků a potíží.“*  
(Mühlparch, 2004, s. 41)



Demence - okruhy postižení:

**a) Postižení kognitivních funkcí**

**b) Postižení nekognitivních funkcí**

- psychologické příznaky a příznaky chování, emotivita, spánek-bdění, výskyt psychotických příznaků, delíria.

**c) Poruchy aktivit denního života**

- souvisí s poruchou exekutivních funkcí - schopnost plánovat, umět se rozhodnout, řešit problémy.

**d) Zdravotní postižení pečovatelů o demenční pacienty**

- nejčastěji se jedná o rodinné příslušníky. U nich se zvyšuje somatická i psychická nemocnost. (<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>)

Demence lze dělit schematicky na:

**„Primárně degenerativní**

- *atroficko-degenerativní choroby*

**Demence symptomatické (sekundární)**

- *syndrom demence vzniká na podkladě poškození činnosti mozku systémovým onemocněním, infekcí, chronickou intoxikací, traumaty a dalšími noxami. Sekundární demence lze ještě dělit na demence vaskulární a ostatní symptomatické demence.*“

(<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>)

### **7.2.1 Diagnostika demencí**

Abychom mohli diagnostikovat demenci, musí se vyskytovat příznaky alespoň po dobu pěti měsíců:

- ubývání paměti, zhoršené zapamatování si nových věcí, nejasné vybavování si vzpomínek – posuzuje se dle psychologický testů,
- klesá myšlení, orientace v prostoru, logické uvažování,
- při demence ale je dobře zachováno vědomí, i když deliria mohou demenci komplikovat,

- poruchy emocí, motivace, změny sociálního chování, emoční labilita, podrážděnost, apatie. (Mühlpachr, 2004)

K diagnostikování střední a těžké demence zejména, při Alzheimerově chorobě, je mezinárodně uznávaný a užívaný Folsteinův MMSE – mini vyšetření duševního stavu, jedná se o formalizovanou verzi orientačního testu uvedeného výše. (Mühlpachr, 2004)

*„Test MMSE vyšetřuje některé základní neuropsychologické funkce poškozené syndromem demence – paměť, časoprostorovou orientaci, orientaci osobou, řeč a jazyk. Odpovědi na jednotlivé otázky nebo řešení zadaných problémů se boduje. V testu je možné dosáhnout nejvýše třiceti bodů. Hranicí, která odděluje lidi nedementní od lidí dementních, je počet 23 bodů.“* (Mühlpachr, 2004, s. 42)

### **Příloha 1: Test MMSE**

#### **7.2.2 Stav podobné syndromu demence**

*„Shrnutí klíčových kroků při diagnóze demence:*

- *podrobná anamnéza, kterou sdělí jak pacient, tak jeho blízcí,*
- *podrobné vyšetření duševního stavu, včetně MMSE,*
- *podrobné vyšetření tělesného stavu se zaměřením na mozek,*
- *laboratorní vyšetření,*
- *elektroencefalografické vyšetření,*
- *užití zobrazovacích metod, alespoň výpočetní tomografie,*
- *formální neuropsychologické testování.“* (Mühlpachr, 2004, s. 45)

Podle Levyho a McLouhglina, 1996 se jako demence chybně diagnostikuje pět skupin změn pacientova stavu:

#### **1. Normální stárnutí**

- a) benigní a maligní stařecká zapomětlivost
- b) porucha paměti ve vztahu k věku
- c) porucha dalších kognitivních funkcí ve vztahu k věku

#### **2. Psychiatrické syndromy**

- a) reverzibilní demence (pseudodemence)
- b) schizofrenie

- c) pozdní parafrenie
- d) ganserův syndrom

### **3. Delirium**

### **4. Amnestický syndrom**

### **5. Onemocnění, u kterých je přechod do demence nejistý**

- a) cévní mozkové příhody
- b) progresivní prozopagnozie
- c) progresivní apraxie
- d) progresivní agnozie
- e) progresivní afázie
- f) diogenův syndrom

## **7.3 Prevence vzniku onemocnění demencí**

*„Prevence demencí se při absenci účinné kauzální či alespoň nemoc modifikující léčby jeví slibnou oblastí pro medicínskou intervenci. Klíčové je rozpoznání rizikových faktorů rozvoje demencí a stanovení strategií jejich možného ovlivnění. Preventivní zásahy lze rozdělit na primární prevenci (u ne-dementních osob nebo u osob s přítomností patologie CNS, avšak bez klinických projevů demence) a na sekundární prevenci (u osob s manifestními příznaky kognitivního deficitu a přítomností patologie CNS). V praxi i v publikovaných studiích je ovšem v řadě případů obtížně diferencovatelné, zda se jedná ještě o primární, nebo již o sekundární prevenci, proto v dalším textu nejsou rozlišovány. Jednou ze schůdných cest se jeví být intervence faktorů životního stylu, tj. stravovacích návyků, konzumace alkoholu, černé kávy, kouření a pohybové aktivity.“* (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-v-klinicke-praxi-v-roce-2011-462909>)

Preventivním opatřením, které je prokázáno, jsou volnočasové aktivity. Každý z nás by měl dělat něco, co ho těší, z čeho má radost. Oblíbené činnosti u starých lidí jsou nejvíce zahradničení, cestování, posezení s přáteli, pletení, četba, hraní stolních her apod. Za prevenci také považuje zdravý životní styl. (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-v-klinicke-praxi-v-roce-2011-462909>)

## 7.4 Klasifikace demencí

### 7.4.1 Atroficko – degenerativní demence

#### 7.4.1.1 Demence při Alzheimerově chorobě

*„Vývoj pojmu Alzheimerova choroba byl dlouhý, složitý a stále pokračuje. Senilní demenci dobře poznávali odborníci již v první polovině minulého století. Alois Alzheimer mnichovský neuropatolog, v roce 1907 popsal histologický nález v mozku paní Auguste D., která zemřela s diagnózou těžké demence po čtyřletém průběhu nemoci ve věku padesát jedna roků. Spíše než Alzheimer sám považovali jeho spolupracovníci histologický nález za tolik odlišný od běžné senilní demence, že prosadili pojem Alzheimerovy nemoci. Přibližně od poloviny sedmdesátých let se začal prosazovat pojem Alzheimerova nemoc pro obě její tehdy rozlišné podoby – presenilní i senilní.“ (Mühlpachr, 2004, s. 55)*

Průběh onemocnění se vyvíjí postupně. Odhalit první příznaky není jednoduché, preklinické stadium nemoci se totiž může vyvíjet i několik let. Mezi první příznaky patří zapominání běžných denních činností, nemocný si nevybavuje, co měl ten den k obědu, kde byl, koho potkal, co se dočetl v novinách, zda vůbec tyto uvedené činnosti prováděl. Postupně se objevuje i porucha řeči, která je obsahově prázdná, klient často nenachází slova, častá je afázie. Dále vzniká apraxie, nemocný nedokáže provádět naučené úkony, které dříve dělal běžně, alexie je u těchto lidí také součástí onemocnění, nerozumí čtenému textu, také se objevuje astereognózie, nerozeznání pravé a levé strany. Velmi často dochází k poruchám sexuálních funkcí, k poklesu potence i libida či naopak. Chování těchto pacientů je sociálně únosné na rozdíl od jiných druhů demence. Časem se začne nemoc zhoršovat. Nemocní bloudí, ztrácejí se na místech, kde to velice dobře znali, zapominají, kudy se jde do míst, které znali celý život. Postupem času se objevují i poruchy chování, neklid, bludy a halucinace. (Mühlpachr, 2004)

*„Alzheimerova nemoc obvykle probíhá 3-8 let. Definitivní diagnóza Alzheimerovy nemoci je diagnóza histologická, pravděpodobná diagnóza se uvádí u onemocnění s typickými klinickými příznaky a možná diagnóza Alzheimerovy nemoci se uvádí v případech s atypickými příznaky nebo v případech kombinovaných dalšími současně probíhajícími systémovými chorobami. Někdy se tato nemoc vyskytuje familiárně –*

*nemoci trpí několik blízkých pokrevních příbuzných. Tento výskyt, kde se choroba manifestuje zpravidla dosti časně, je však vzácný. Neustále jsou hledány tzv. rizikové faktory výskytu Alzheimerovy nemoci. Mezi ně patří výskyt Alzheimerovy nemoci u blízkých pokrevních příbuzných výskyt Downova syndromu, vyšší věk matky při narození dítěte a genetické faktory.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 56)

Při onemocnění Alzheimerovou chorobou se vyskytují poruchy a degenerativní jevy v mozku:

- snížení látkové přeměny, nejvíce snížení oxidace glukózy v mozku,
  - ve větším množství vznikají tzv. volné kyslíkové radikály na neurodegenerativních dějích,
  - nedostatek tzv. nervových růstových faktorů, mozkových hormonů, které mají vliv na mozkové reparační procesy,
  - vznik sterilních zánětlivých změn, kde se uvolňují cytokiny, a ty poškozují buňky,
  - zvýšené otvírání tzv. kalciových kanálů, ke zvýšenému vstupu kalcia do nervových buněk a jejich následnému působení tzv. excitačních aminokyselin.
- (Mühlpachr, 2004)

*„Alzheimerova choroba je heterogenní onemocnění. Rozlišují se dvě základní podoby – rané formy a forma pozdní. Rané formy začínají ve věku do 60 let a probíhají šest až osm let. Forma pozdní začíná ve věku nad 60 let a její průběh je obvykle delší, často více než deset let.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 57)

Existuje test na diagnostikování Alzheimerovu chorobu, který se nazývá **NINCDS-ADRDA**. Test se skládá ze tří úrovní – pravděpodobná, možná a jistá. Konečná diagnóza může být ale vyřčena až s histologickým nálezem při biopsii nebo diagnostickými hypotézami. Musíme vyloučit ale možné nádorové onemocnění, stav zmatenosti, poruchy paměti apod. (Stuart-Hamilton, 1999)

*„Alzheimerova choroba je nejčastěji se vyskytující demence vůbec. Představuje asi 50-60% všech demencí. Ve věku 65 let trpí asi 5% populace středním až těžkým stupněm demence. Alzheimerova choroba je čtvrtá až pátá nejčastější příčina všech úmrtí. Alzheimerova choroba velmi podstatně snižuje kvalitu života postižených.*

*Mezi základní klinické rysy patří:*

- *pomalý, plíživý začátek,*
- *plynule progredientní průběh bez výraznějších výkyvů,*
- *brzy dochází k úpadku osobnosti,*
- *časný úpadek soudnosti, logického myšlení a prostorové orientace,*
- *postupně dochází ke ztrátě schopnosti samostatné existence,*
- *postižení zpravidla brzy ztrácí vědomí nemoci,*
- *podstatné narušení kvality života postižených,*
- *choroba končí smrtelně.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 72)

#### **7.4.1.2 Farmakoterapie Alzheimerovy nemoci**

Kombinuje se farmakologická a nefarmakologická léčba. Farmakologickou léčbu dělíme na léčbu kognitivních poruch a léčbu nekognitivních poruch. Léčba tzv. kognitivu má kladný vliv i na nekognitivní poruchy. (<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/alzheimerova-nemoc-diagnostika-a-lecba-280058>)

*„Opakovanými klinickými studii byla prokázána a ověřena účinnost pouze u léčiv ze skupiny inhibitorů acetylcholinesterázy iAChE a u těžkých stadií AD byl prokázán efekt blokátoru ionotropních receptorů excitačních aminokyselin memantinu (Ebixa). Z inhibitorů acetylcholinesterázy jsou používány v současné době tři látky: rivastigmin, galantamin, donepezil. Inhibitory AChE jsou indikovány především u lehkých a středně těžkých stadií AD. Memantin, jak již bylo uvedeno, je indikován u těžkých stadií AD.“* (<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/alzheimerova-nemoc-diagnostika-a-lecba-280058>)

#### **7.4.2 Demence s Lewyho tělísky**

Demence s Lewyho tělísky je druhá nejčastěji se vyskytující demence atroficko-degenerativního původu. Výskyt se uvádí 15-25% všech demencí. (Mühlpachr, 2004)

*„Demence s Lewyho tělísky je progresivním onemocněním, které postihuje obě pohlaví ve vyšším věku. Nejnápadnějším příznakem je kolísající postižení kognitivních*

*funkcí, které zasahuje obvykle paměť, ale i jazyk a řeč, praxi a usuzování. Kolísání klinického obrazu je nápadné. Období zmatenosti bývají střídána s obdobími, kdy jsou postižení orientováni, pak může následovat delirantní stav. Kolísání úrovně kognitivních funkcí se projevuje jak v každodenním životě, tak v průběhu testování.“ (Mühlpachr, 2004, s. 58)*

Klinické příznaky přetrvávají dlouhodobě na rozdíl např. od deliria. Ten druh nemocnění často rychle se změní v hlubokou demenci. Nález v mozku ukazuje na Lewyho tělíčka v neuronech. Výskyt senilních plaků a neuronálních klubek. (Mühlpachr, 2004)

#### Diagnostika demence s Lewyho tělísky:

Diagnostikuje se tehdy, když přibude alespoň jeden symptom k úbytku kognitivní úrovně pacienta:

- zrakové či sluchové halucinace, paranoidní bludy,
- extrapyramidové příznaky – ztuhlost, třes, negativní reakce na podání běžné dávky léků,
- opakované pády, zastření či ztráta vědomí. (Mühlpachr, 2004)

Lidé s tímto onemocněním často trpí depresemi, vyskytují se deliria, jsou přecitlivělí. Tento typ demenci nemá prozatím svoje místo v MKN, z toho důvodu se demence s Lewyho tělísky diagnostikuje jako atypická Alzheimerova choroba. (<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>)

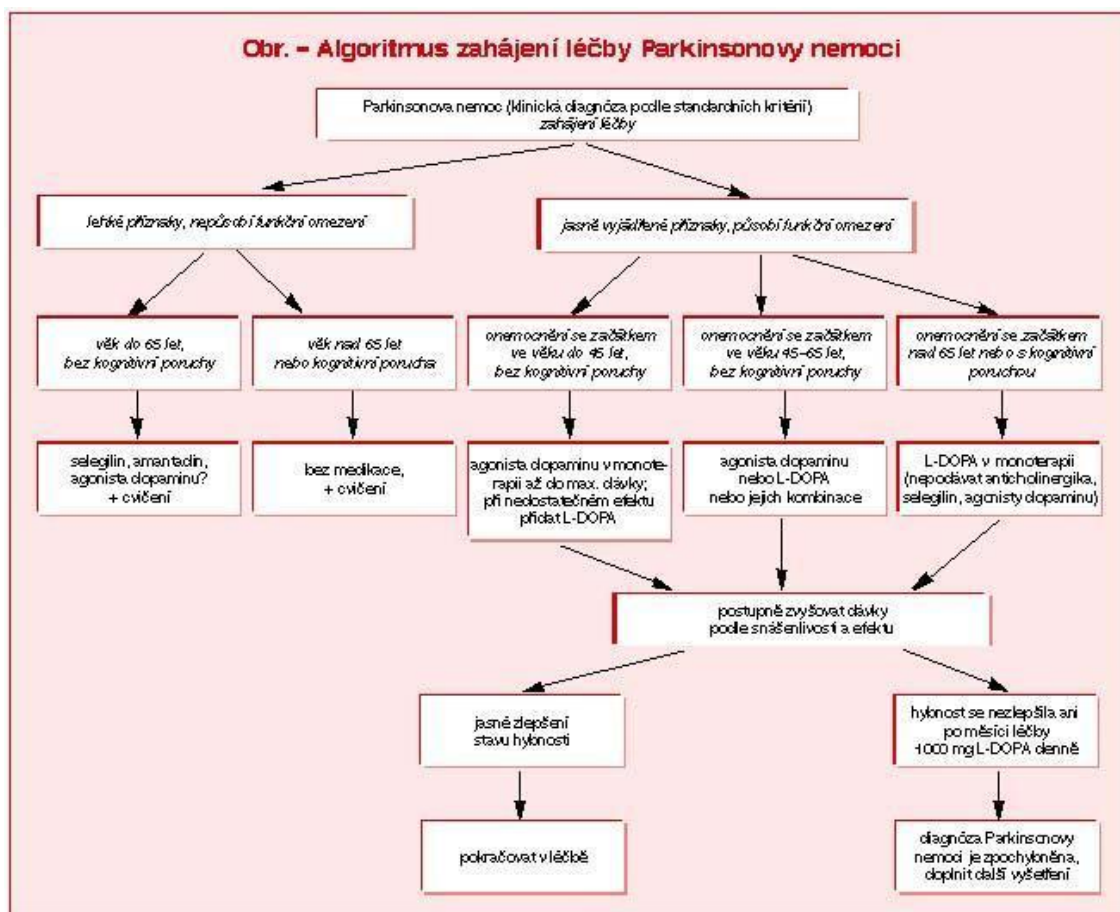
#### **7.4.2.1 Demence při Parkinsonově chorobě**

Demence při Parkinsonově chorobě se týká 10% nemocných. Pokud se příznaky Parkinsonovy choroby objeví po sedmdesátém roce věku, hrozí demence až trojnásobně horší než při vzniku u pacientů mladších. Výskyt demence roste tedy s věkem a mohou doprovázet toto onemocnění i deprese. Lidé s tímto onemocněním jsou zapomětliví, poznávání je zpomalené, zapamatování a vybavnost zhoršené, těžce řeší problém, a jsou apatičtí. (Mühlpachr, 2004)

*„Příčina demence při idiopatické Parkinsonovy nemoci není dobře známa. Pravděpodobně jde o syndrom. U některých nemocných se IPN kombinuje s Alzheimerovou nemocí, u dalších s vaskulární demencí. U některých autorů sílí*

přesvědčení, že případy dosud diagnostikované jako IPN s demencí jsou ve skutečnosti korovou nemocí s Lewyho tělisky.“ (Aarsland, Tandberg, Larsen, Cummings, 1996, s. 540 in Mühlpachr, 2004, s. 59)

**Obrázek 4: Algoritmus zahájení léčby Parkinsonovy nemoci**



Zdroj: *Metodické aspekty hodnocení nákladové efektivity onkologické péče z hlediska dostupnosti a analýzy klinických dat.* [online]. © 2011. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/metodicke-aspekty-hodnoceni-nakladove-efektivity-onkologicke-pece-z-hlediska-dostupnosti-a-analyzy-klinickych-dat-461806>

#### 7.4.2.2 Demence při Huntingtonově chorobě

Huntingtonova choroba není všemi vědci považována za demenci. Průměrné délka života člověka s tímto onemocněním trvá déle než ostatní formy demencí. Délka života se tedy pohybuje kolem patnácti let života. (Stuart-Hamilton, 1999)



*„Huntingtonova nemoc je vzácné dědičné degenerativní neuropsychiatrické onemocnění. Dědičnost je autozomálně dominantní, takže každé dítě postiženého rodiče je stíženo s 50% pravděpodobností, že onemocní také. Gen, jehož mutace chorobu podmiňuje, se jmenuje IT15. Je na 4. Chromozomu a kóduje huntingtin, cytoplazmatický protein. Proč toto onemocnění postihuje jen jeden druh nervových buněk bazálních ganglií mozku ani mechanismus jejich poškození známy nejsou.“ (Mühlpachr, 2004, s. 59)*

Příznaky u demence při Huntingtonově chorobě jsou neurologické – poruchy chůze, řeči, záškuby, kroutivé pohyby, někdy se objevují i poruchy chování. Toto onemocnění se objevuje již v presenilním věku než ve stáří, ale také už byl zaznamenán výskyt u dětských pacientů.

(<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>)

#### **7.4.2.3 Pickova choroba**

Pickova choroba se neobjevuje jen u starých lidí. Po šedesátém roku života se s tímto onemocněním setkáváme zřídka, po sedmdesátém roce téměř vůbec. (Stuart-Hamilton, 1999)

*„Pickovy choroby jsou poměrně přesně definována. Atrofie nervové tkáně začíná ve frontálních lalocích, neúprosně postupuje ke spánkovým lalokům mozku a je provázena rozmanitými změnami psychické činnosti, jež vyvolává. Na buněčné úrovni nacházíme neurony degenerující v tzv. Pickova tělíska, která mají charakteristický vypouklý tvar. Někteří pacienti mohou být charakterizováni obecným vzorem atrofie popsaným u Pickovy choroby (poškození lokalizováno především v čelních a spánkových lalokách a podobně), ale nemusí u nich být přítomna Pickova tělíska.“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 192)*

Lidé s tímto onemocněním nejdříve ztrácí schopnost organizovat, myslet abstraktně, pokud nemoc doprovází syndrom Klüver-Buchyho, může se vyskytovat nezdrženlivé sexuální chování. V pokročilejším stádiu se objevují poruchy řeči nebo také sklon ke konfabulaci. Od projevení prvních symptomů do čtyř let dojde k úmrtí. (Stuart-Hamilton, 1999)

### 7.4.3 Vaskulární demence

*„Na druhém místě jsou demence vaskulární, kterých je dle různých studií 15-30 %. Vaskulární demence má několik klinických forem dle lokalizace postižení mozku – formu s časným začátkem (po větších cévních mozkových příhodách, kde jsou léze v oblastech významných pro kognitivní funkce), formu multiinfarktovou (převážně kortikální postižení), formu subkortikální (Binswangerovu chorobu) a smíšenou kortiko-subkortikální formu. Nutno si však uvědomit, že existuje velké množství smíšených demencí, u kterých se etiologicky podílejí jak alzheimerovské, tak vaskulární změny. Existují i názory, že čisté formy Alzheimerovy choroby a vaskulární demence jsou krajní extrémy, a většina demencí je smíšených, s převahou jedné či druhé složky.“* (<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>)

#### 7.4.3.1 Multiinfarktová demence

U tohoto druhu demence dochází k poškození mozkové tkáně výrazněji. V mozkové tkáni dochází k infarktům náhodně, to postihuje především mozkovou kůru a další oblasti psychických funkcí. Musíme rozlišovat od mrtvice! Příčiny Multiinfarktové demence nejsou dodnes zcela ujasněny. Jednou z příčin ale je dědičnost multiinfarktové demence či výskyt mrtvic, dále příčinou je věk, po padesátém pátém roce je zvýšené riziko nástupu nemoci. (Stuart-Hamilton, 1999)

*„Metodou zjišťování Multiinfarktové demence je Ischemická hodnotící škála, známá též pod jménem Hachinského ischemická škála po svém objeviteli. V této škále jsou pacientům přidělovány body na základě počtu symptomů, které vyžadují. Nejnápadnější příznaky jsou přitom pro svou větší závažnost dále kvantifikovány. Skór sedm a více bodů indikuje onemocnění MID.“* (Stuart-Hamilton, 1999, s. 194)

Hlavní rozdíl mezi Multiinfarktovou demencí a ostatními druhy demencí je především v průběhu choroby. Průběh této nemoci probíhá ve fázích, krok po kroku dochází k úpadku. U jiných druhů demencí je plynulý rozvoj choroby. Proces při multiinfarktové demenci se opakuje a tím dochází k dalšímu snížení psychických funkcí

člověka (nejvíce paměti) – vznikají nové a nové infarkty, které postupně postihují další části mozku, až dojde k úplné neschopnosti dané funkce mozku. Nelze předpovídat, které schopnosti v mozku budou zasaženy, lokalizace infarktu je náhodná. Smrt nastává nečastěji do čtyř let od projevení prvních symptomů v důsledku nějaké choroby např. srdečního infarktu či infekce. (Stuart-Hamilton, 1999)

#### **7.4.3.2 Binswangerova nemoc**

Binswangerova nemoc má velice zajímavou historii.

*„Binswanger v roce 1894 popsal osm pacientů, jejichž onemocnění začalo v šestém decenniu života, projevovalo se drobnými akutními cévními příhodami a epileptickými záchvaty, obojí doprovázel intelektový úbytek. Mozky zemřelých popsal jen makroskopicky. Našel aterosklerózu mozkových tepen. První histologické vyšetření podal Alzheimer roku 1902. Onemocnění bylo považováno za velmi vzácné až do doby, kdy dokonalé zobrazovací metody potvrzují toto postižení mozku. Současná odborná literatura předpokládá, že Binswangerova nemoc může být nejčastějším onemocněním mozku vůbec.“* (Mühlpachr, 2004, s. 62)

Toto onemocnění začíná mezi 50-70. rokem života. Nemoc trvá přibližně pět let, ale u někoho pouze několik měsíců. Touto nemocí mohou být postižena obě pohlaví. Nemoc postupuje krok za krokem. U někoho má tato nemoc rychlý nástup, u někoho pomalý a zdlouhavý. Objevují se např. poruchy paměti, nálady, přibývají cévní poškození mozku, ztuhlost, akineze a poruchy řeči. (Mühlpachr, 2004)

#### **7.4.4 Ostatní demence**

##### **7.4.4.1 Creutzfeldt-Jakobova nemoc**

*„Tato choroba je velice vzácná, postihuje přibližně jednoho člověka z milionu. Má charakter pomalé virózy (přivodci zřejmě bílkoviny, nejjednodušší známí přenašeči infekce vůbec), a je tak jedinou známou infekční demencí. Většina lidí postižena touto chorobou je ve věku 50-70 let, hlášeny byly případy onemocnění ve všech věkových kategoriích. Prvotními symptomy jsou obvykle poruchy hybnosti (chůze, rovnováhy,*

*závratě atd.), následují symptomy demence. Průběh je velmi rychlý. Smrt obvykle nastává od devíti měsíců po výskytu prvních symptomů.*“ (Hamilton, 1999, s. 193)

#### **7.4.4.2 Frontotemporální demence**

Proces této nemoci je pomalý, vyskytují se poruchy chování, afektivity a řeči, dochází k zanedbávání hygieny, poruchy sociálního chování, agresivita či neutlumená sexualita, nepřiměřené vtipkování, hypochondrie, deprese či myšlenky na sebevraždu. Tito pacienti, se projevují také neklidným či sentimentálním chováním, neschopností změnit mechanický návyk, dále hyperorálním chováním – zkoumají předměty ústy, jsou rozptýlení, impulzivní, u žádné činnosti nevydrží dlouho. Brzy si ani neuvědomují, že jsou nemocní. (Mühlpachr, 2004)

*„Stejně onemocnění se často vyskytuje u pacientových příbuzných, kteří s ním byli v prvním stupni příbuzenství, dále začátek před 65. rokem věku, diagnózu rovněž podporují příznaky poškození motorického neuronu – např. svalová slabost.*

*Podkladem Frontotemporální demence jsou tři druhy chorob:*

- *nespecifická degenerace čelního mozkového laloku,*
- *pickova choroba,*
- *poškození čelního mozkového laloku.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 60)

## 7.5 Shrnutí

*„Demence jsou velmi časté choroby především vyššího věku. Postihují kognitivní funkce – paměť, intelekt, pozornost, motivaci. Nejnápadnější projevy pro okolí bývají zpočátku poruchy paměti. Postupně se přidávají i poruchy dalších funkcí. Bývá postižena emotivita – afekty, nálady, v průběhu demence se mohou vyskytnout např. depresivní stavy. Někdy dochází k poruchám vnímání – halucinacím a iluzím. Mohou se objevit bludy. Vždy se objevují poruchy osobnosti, úměrné stupni a druhu demence. V průběhu demence dochází k těžké degradaci osobnosti. S tím souvisí i postupné snižování až zánik schopností péče o sebe sama, neschopnost provádět běžné úkony.“*  
(Mühlpachr, 2004, s. 71)

Praktičtí lékaři jsou schopni rozpoznat 74% případů v pokročilém stádiu a 40% případů počínajících demencí. Je velice důležité zachytit včas tento problém a zahájit včasnou a vhodnou léčbu. V dnešní době je neomezené množství terapeutických možností pro léčbu dementních osob. (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-v-klinicke-praxi-v-roce-2011-462909>)

*„Léčba, která je nám nyní dána k dispozici, nerestituuje funkce nemocných, ale prodlužuje dobu jejich dožití, také zvyšuje jejich množství v populaci. Doba, kdy léčba bude blokovat zcela progresi choroby a restituovat funkce, je bohužel asi ještě daleko. Dnes musíme své snahy zaměřit zejména na oddálení doby institucionalizace nemocných při zachované kvalitě a důstojnosti života, a to jak jejich, tak pečovateli.“*  
<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/alzheimerova-nemoc-diagnostika-a-lecba-280058>

## 8 FARMAKOTERAPIE VE STÁŘÍ

*„Nejsilnějším lékem na stáří je láska.“*

*John Stuart Mill*

Pro starší populaci dodnes nebyly vyrobeny žádné speciální farmakodynamické látky, které by účinkovaly. Počet onemocnění se velmi zvyšuje s přibývajícím roky života, z tohoto důvodu se léky používají častěji než v jiných věkových skupinách.

Ve stáří se nejčastěji vyskytuje nemoc zvaná polymorbidita a je nutné užívání současně více léků. Funkce, které se podílejí na interakci léčiva, s organismem mohou být ovlivněny, tzn., že působení léků může být změněno kvantitativně i kvalitativně. (Mühlparch, 2004)

*„Lék v organismu postupuje různými etapami, které zahrnují jako absorpci a distribuci, účinek na receptor, metabolismus a nakonec jeho eliminaci ve formě mateřské látky nebo jeho metabolitů:*

- *absorpce – snížená absorpční schopnost žaludku a střev,*
- *distribuce – s přibývajícím věkem se mění absolutní a relativní podíl plazmatických bílkovin, tyto změny ovlivňují distribuci léčiv,*
- *účinek na receptoru – ve stáří je nutno počítat u různých pacientů s velmi rozdílným účinkem i při stejném dávkování, často lze pozorovat zcela odlišné reakce na hypnotika a psychofarmaka,*
- *metabolismus a vylučování – výzkumy stále černěni dokazují, že se ve stáří snižuje biotransformační aktivita jaterních enzymů, významnou roli hrají i faktory kouření a snížená renální funkce, eliminace léčiv je značně závislá na věku, se zvyšujícím se věkem se zvláště snižuje funkční schopnost eliminace toxických látek.“ (Mühlparch, 2004, s. 26 – 27)*

Při výzkumu zdravých lidí v kmetském věku bylo zjištěno, že většina z nich má vysokou vrozenou inteligenci. Projevují zájem o aktuální dění, dobrou paměť a menší nemocností. Užívají méně léků, upřednostňují život v přítomnosti, nechybí optimismu a smysl pro humor. Život měli jako jedno velké dobrodružství. (Sheehyová, 1999)

Člověk je mladý, dokud je ještě schopen vzdělávat se, přijímat názory od druhých, získávat nové zkušenosti. Člověk je mladý dokud ho život nepřestává udivovat a raduje se z nových zážitků. (Smékal, 2005)

### **Léčba psychických poruch ve stáří**

*„U demencí je založena na důkazech pouze léčba inhibitory mozkových cholinesteráz a memantinem, a to u Alzheimerovy choroby. V léčbě delirií je nezbytné upravit hydrataci, alimentaci, stav vnitřního prostředí, léčit základní vyvolávající příčiny. V léčbě depresí je nutné opatrně volit antidepressiva, aby neměla anticholinergní účinky a neinterferovala s ostatními podávanými léčivy.“*  
(<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-psychickych-poruch-ve-stari-462924>)

## 9 DEMOGRAFIE STÁRNUTÍ

*„Duha je stáří slunce.“*

*Ze Samu Pýthagorás*

*„Demografie stáří studuje podíl seniorů ve společnosti, jejich věkové složení, vývoj a prognosu s přihlédnutím k ostatním faktorům. Podíl osob nad 60 let a více v r. 1998 18%, prognosa pro rok 2025 je 27%. Průměrný věk žen 78 let, mužů 72 let. Dle statistik je tedy evidentní geriatrisace a feminisace společnosti.“* (<http://czmedicus.blogspot.cz/2012/03/teorie-starnuti-demografie-stari.html>)

*„Demografie je vědní obor, který zkoumá reprodukci lidských populací. Tím se liší od řady jiných oborů, které také mají za objekt svého zájmu lidské populace. Předmětem jejího studia je demografická reprodukce - obnova lidských populací rozením a vymíráním. Změny počtu obyvatel a populační přírůstek jsou tedy základními tématy demografie. Početní stav obyvatelstva přímo ovlivňují: proces porodnosti (narození), úmrtnost (úmrtí) a prostorová mobilita (stěhování). Demografie hledá na jedné straně obecné pravidelnosti a zákonitosti reprodukce lidských populací a na druhé straně jejich specifické projevy u konkrétních populací.“* ([http://www.demografie.info/?cz\\_obecne=](http://www.demografie.info/?cz_obecne=))

### 9.1 Demografické procesy

Jedinec prochází změnou stavu. Událost pro člověka znamená přechod z jednoho stavu do druhého, neboli je to uskutečnění procesu (např. úmrtnost). ([http://www.demografie.info/?cz\\_obecne=](http://www.demografie.info/?cz_obecne=))

*„Každý z demografických procesů se projevuje demografickou událostí:*

- *porodnost narozením,*
- *úmrtnost úmrtím,*
- *potratovost potratem,*
- *sňatečnost uzavřením manželství,*
- *rozvodovost rozvodem,*
- *migrace stěhováním.“* ([http://www.demografie.info/?cz\\_obecne=](http://www.demografie.info/?cz_obecne=))



## 9.2 Demografie stárnutí populace

Stárnutí v demografickém smyslu se týká celé populace. Stárnoucí populaci může „omladit“ zvýšení počtu mladých věkových skupin, ale jednotlivce omladit nemůže. Změnami v demografické reprodukci dochází a mění se při něm zastoupení dětské a postreprodukční složky v populaci.

Demografické stárnutí může být vyvoláno dvěma faktory:

**Zpomalení růstu mladších věkových skupin** - výsledek poklesu plodnosti a porodnosti. (Alan, 1989)

**Zrychlení růstu počtu osob ve starším věku** – dochází k rychlejšímu snižování měřítek úmrtnosti ve vyšším věku. To vede k dožívání se vyššího a vysokého věku. Obvykle však oba uvedené typy probíhají současně. (Alan, 1989)

Přibývání starých lidí je:

„**Relativní** - nízká porodnost s klesajícím podílem dětí a mládeže

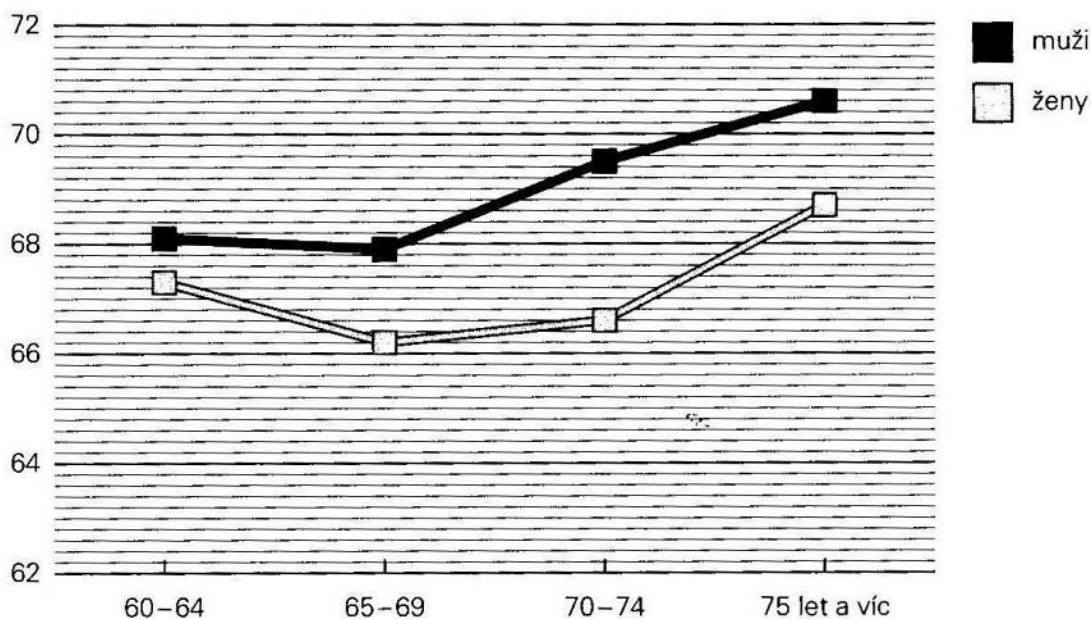
**Absolutní** - klesá úmrtnost ve středním věku a více lidí se dožívá stáří

Po roce 2010 vstoupí mezi seniory mimořádně silné poválečné ročníky.“ (Ulrychová, 2011, s. 24)

Podle statistiky z roku 2005, z lidí, kteří překročí věk šedesát, se dožije osmdesáti let jen 18,1% žen a 11,2 % mužů. (Vágnerová, 2007)

Vymezit stáří není jednotné, ale většina gerontologů věk počátku stáří vymezuje mezi 60. – 65. rok života a období pravého stáří definují od 75 let a více. V tomto období již dochází k evidentním fyzickým i psychickým změnám, dochází tedy k mentálnímu zhoršení a člověk začíná být odkázán na pomoc druhých. (Stuart-Hamilton, 1999)

**Graf 4: Průměrný věk, v kterém se dle názoru respondentů člověk stává**



Zdroj: Rabušič, 1998

### 9.2.1 Demografický náhled

„Snižování úmrtnosti i porodnosti a zvýšení podílu věku osob šedesáti pěti a více z 13,5% na 18% během 25 let.

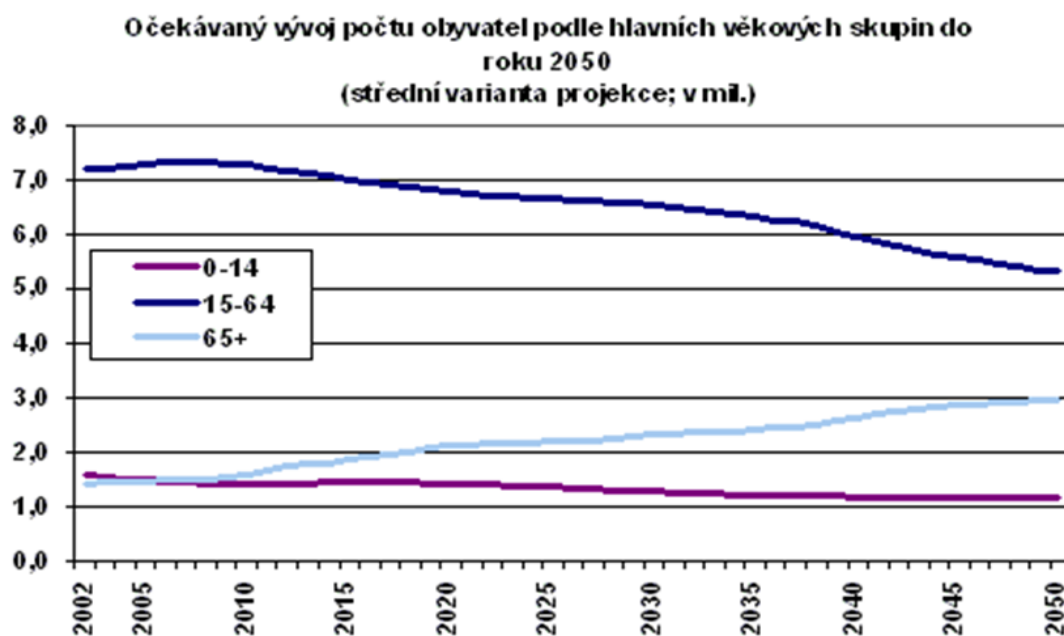
- 1950 – 200 mil osob nad 60 let
- 1975 – 350 mil osob nad 60 let
- 2000 - 590 mil osob nad 60 let
- 2025 – 1,1mild osob nad 60 let.“ (Červenka, 2000, s. 5)

Prodlužování života člověka je považováno bezpochyby za velký úspěch, ale demografické stárnutí nese s sebou problémy. Jak pro jednotlivce, tak pro společnost. (Červenka)

#### „Index feminity

- 0-14 let - 995
- 15-59 let – 1002
- 60-80 let – 1465
- 80 a více – 2309.“ (Červenka, 2000, s. 6)

**Graf 5: Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových skupin do roku 2050**



Zdroj: Červenka, 2011

Stárnutí obyvatel ponese ekonomické následky. Hovoří se o “demografické časované bombě“. V současnosti je vysoký počet starých lidí, a ti zatěžují hospodářskou ekonomiku. Velice malý počet naší populace pracuje a platí daň z příjmu, dávky zdravotního a sociálního pojištění a z toho důvodu není dostatek zajištění na výplatu důchodu, sociální a lékařskou péči starým lidem. Stárí se především týká žen, ale po čtyřicátém pátém roce věku umírají častěji muži než ženy. To má za následek to, že ve skupině sedmdesátiletých je přibližně šest žen na pět mužů. Ve skupině lidí starších osmdesáti let je tento poměr vyšší a to čtyři ženy na jednoho muže. (Stuart-Hamilton, 1999)

Nyní, podle Statistické ročenky 2005, z lidí, kteří překročí 60. rok, se dožije 80 let jen 18,1% žen a 11,2 % mužů. (Vágnerová, 2007)

### 9.3 Demografie v České republice

*„Demografické stárnutí se v současné době stává jednou z nejzávažnějších a nejdiskutovanějších společenských otázek. V následující analýze se zaměříme na předpokládané stárnutí populace České republiky do roku 2065 podle výsledků střední varianty projekce Českého statistického úřadu.“*

([http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=824](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824).)

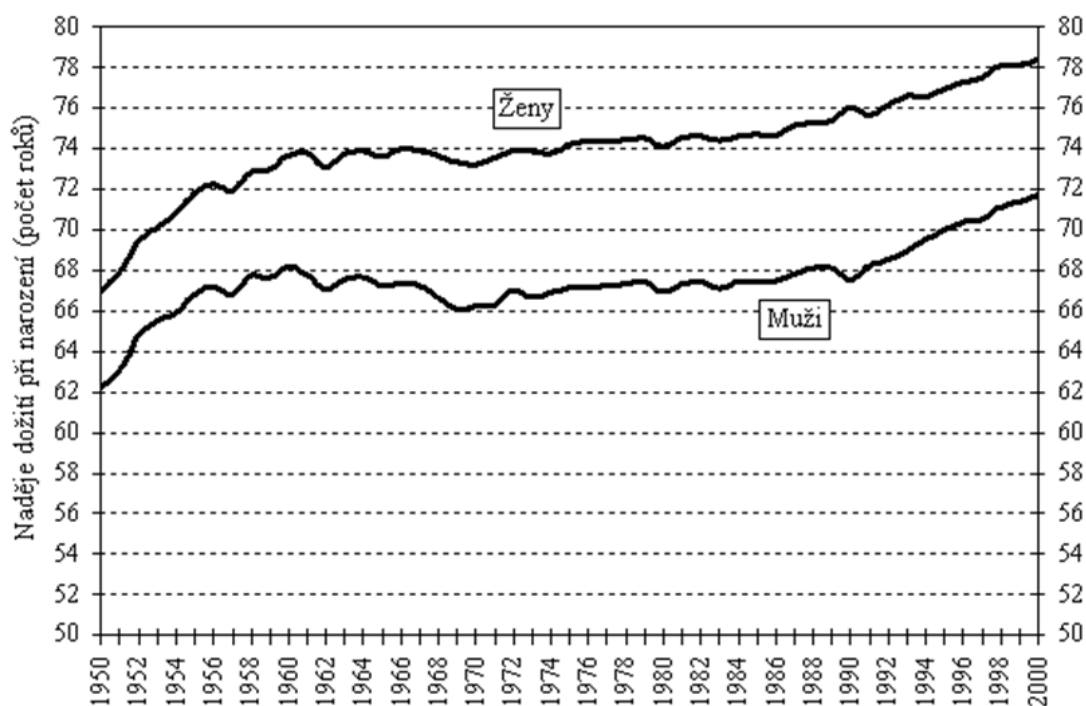
Během deseti let se v České republice zvýšil podíl občanů ve věku 65 a více let ze 13 na 14 procent. (<http://www.novinky.cz/domaci/105043-cesi-ziji-dele-nez-slovaci-nezeni-se-a-vice-se-rozvadeji.html>)

*„Demografické stárnutí je proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl seniorů a snižuje se podíl dětí mladších 15 let, tzn. starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek. Hlavní příčinou demografického stárnutí je spolu s poklesem porodnosti trvalý pokles specifických měr úmrtnosti vedoucí k prodlužování naděje dožití a tím k častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku. Důsledky demografického stárnutí se dotýkají všech sfér sociálního a ekonomického vývoje a nejčastější obavy vyvolávané změnou věkové struktury se pojí s udržitelností financování důchodového systému, růstem nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči a nedostatkem pracovních sil na trhu práce. Proces populačního stárnutí se nicméně promítá též do postavení seniorů ve společnosti i do sféry soukromé, do mezigeneračních vztahů a vztahu uvnitř rodiny.“* ([http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=824](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824).)

Demografická prognóza tvrdí, že v roce 2030 bude v České republice 30,6% občanů nad 60 let. (<http://www.mpsv.cz/cs/>)

*„Občané České republiky se v průměru dožívají vyššího věku a mají méně dětí než v minulosti. V důsledku toho dochází ke změně věkové struktury populace a tzv. demografickému stárnutí. Počet starších lidí v České republice se tak postupně zvyšuje. V roce 2004 žilo v ČR 14% občanů starších 65 let. V roce 2030 by měli podle odhadů ČSÚ tvořit 22,8% a v roce 2050 pak 31,3% populace České republiky, což představuje přibližně 3 miliony osob. Počet lidí ve věku 85 a více let by mělo do roku 2050 stoupnout přibližně na půl milionu (v roce 2004 jich bylo 93 516).“* (Beránková 2005)

**Graf 6: Naděje dožití při narození**



Zdroj: *Naděje dožití při narození v letech 1950-2011*. [online]. © Český statistický úřad, 2013. Dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje\\_doziti\\_pri\\_narozeni\\_v letech\\_1950\\_2011](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_doziti_pri_narozeni_v letech_1950_2011)

*„Mýtus zjednodušené demografie vyrost na základě chybného přesvědčení, že se člověk stává starým v den odchodu do důchodu. Staří lidé jsou všichni důchodci. Jako by dnem odchodu do penze skončil život, nebo alespoň jeho smysluplná část. Jako by dál už nebylo nic než jen obtížné, strastiplné stáří, doprovázené nemocí s perspektivou blízké smrti. Tento mýtus zcela ignoruje rozdíl mezi „mladými“ a „starými“ důchodci i zřejmou okolností, že díky stále se prodlužující střední délce života může člověk žít smysluplný život i v penzi, právě tak, jako se i v pokročilém stáří může radovat z každodenních drobností.“ (Haškovcová, 2011, s. 42)*

## 9.4 Důsledky demografických změn

Dobré zprávy jsou, že se prodlužuje délka života, které se dožíváme. Věková hranice roste. Zlepšuje se zdravotní péče a jsou dobré podmínky pro život. Stárnutí obyvatelstva ale také přináší vážné problémy v oblasti ekonomické a sociální. Lidé starší šedesáti let trpí zdravotními obtížemi, které jsou velmi časté. A z toho důvodu využívají až 60% zdravotní péče, která je velmi nákladná. (Kalvach, 1992)

Aby nedošlo ke konfliktům, měla by se přehodnotit sociální politika státu a důchodový systém. Mladí lidé totiž nebudou schopni naplnit generační úmluvu a pomáhat se živobytím starých lidí. Jak mladá, tak i starší populace se budou cítit ukřivděni, nespravedlivě a bude docházet ke společenským konfliktům. (Gruss, 2009)

V České republice přibývá gerontů rychleji než jiné věkové populace. Příčinami je prodlužování dožitého věku a snižování porodnosti u mladých lidí.

**Tabulka 3: Obyvatelstvo v ČR podle hlavních věkových skupin v letech 1920 - 2003**

Rok	Počet obyvatel ve věku				
	0-14	15-49	50-54	55-59	60+
1920	2 772 469	5 304 143	496 198	410 943	983 103
1930	2 529 447	5 936 143	549 128	487 855	1 134 215
1937	2 550 300	5 932 181	583 103	515 969	1 295 781
1945	1 807 357	4 289 259	450 344	378 662	958 528
1950	2 171 181	4 598 058	576 996	456 381	1 122 506
1960	2 457 606	4 447 692	694 374	626 486	1 433 660
1970	2 085 220	4 922 818	397 540	616 783	1 782 796
1980	2 411 514	4 926 826	616 227	631 319	1 740 906
1990	2 223 269	5 261 905	515 736	530 936	1 830 894
1995	1 921 085	5 403 563	652 776	493 533	1 859 802
2000	1 685 398	5 272 479	801 594	627 536	1 885 496
2001	1 642 873	5 220 681	809 763	656 642	1 894 233
2002	1 604 977	5 177 008	800 600	700 406	1 917 783
2003	1 571 249	5 155 305	790 638	733 817	1 950 642

Zdroj: *Naděje dožití při narození v letech 1950-2011*. [online]. © Český statistický úřad, 2013. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/10n1-05>

## **10 POPIS VÝZKUMU**

Výzkumná část práce je zaměřena na Psychiatrickou léčebnu v Petrohradě, kde pobývají právě i gerontologičtí klienti, kterými se ve své práci zabývám. Zvolila jsem šetření pomocí dotazníku. Dotazník obsahuje uzavřené i otevřené otázky.

### **10.1 Cíl a hypotézy výzkumu**

Cílem praktické části bylo zjistit, zda zaměstnancům Psychiatrické léčebny Petrohrad vyhovuje náplň práce, zda poskytují uspokojení z této práce, jak vnímají život pacientů. Cílem také bylo zjistit výskyt psychických a degenerativních diagnóz v léčebně, a zda gerontologičtí pacienti mají možnost kulturních aktivit.

Hypotézy výzkumu:

1. Specifická náročnost práce s gerontologickými klienty negativně ovlivní vnímání a hodnocení tohoto povolání u zaměstnanců.
2. Aktivity mimo základní léčebný proces již nemohou ovlivnit kvalitu života gerontologických pacientů v léčebně.

### **10.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkumným vzorkem bylo 20 zaměstnanců v Psychiatrické léčebně Petrohrad, ve věkovém rozmezí 31-50let. Dotazník zodpovídaly zaměstnankyně – zdravotní sestry, vrchní sestry a náměstkyně pro ošetřovatelskou péči. K vyplňování dotazníku přistupovaly zaměstnankyně ochotně a se zájmem.

### **10.3 Metody sběru dat**

Metoda sběru dat byla vybrána forma dotazníku.

Dotazník:

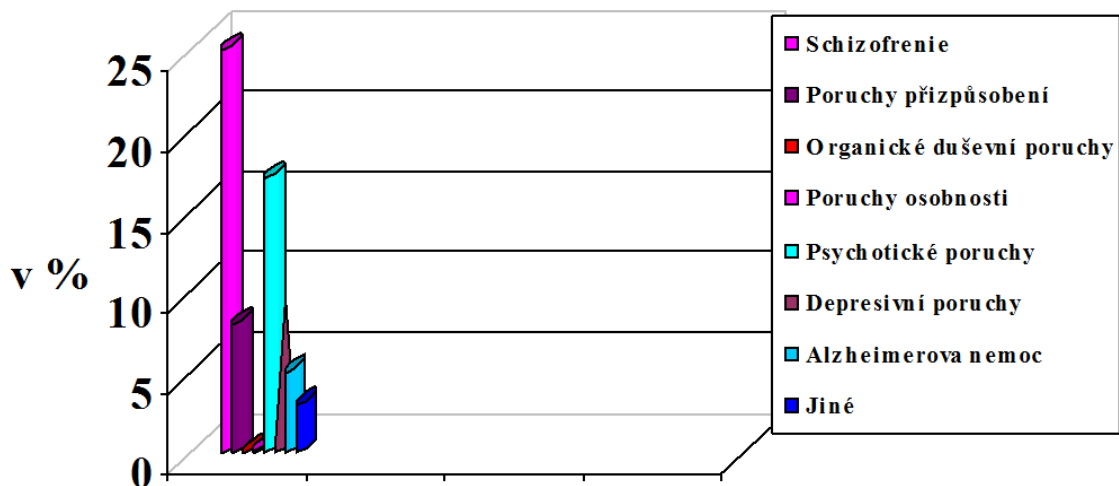
1. Vyhovuje Vám náplň práce v dané pozici?
2. Považujete svoji kvalifikaci za dostatečnou?

3. Práce na pracovišti mi vyhovuje?
4. Pociťuji uspokojení ze své práce?
5. Jak vnímám život pacientů?
6. Pociťují pacienti dostatek návštěv, a jak to prožívají?
7. Věří pacienti, že se ještě vrátí domů?
8. Pokud pacienti neprožívají pobyt šťastně, můžete toto ovlivnit?
9. Kolik pacientů má **duševní diagnózu** a kolik **degenerativní onemocnění**?
10. Po jak dlouhou dobu bývají v léčebně pacienti?
11. Pořádá PL Petrohrad pro tyto pacienty kulturní akce?

## 10.4 Interpretace údajů

Vzorkem je 20 zaměstnanců v Psychiatrické léčebně Petrohrad ve věkovém rozmezí 31-50let. Dotazník zodpovídaly ženy. K vyplňování dotazníku přistupovaly zaměstnankyně ochotně a se zájmem. Rozsah skupiny: 20 zaměstnanců, konkrétně ženy.

**Graf 7: Nejčastěji se vyskytující duševní a degenerativní onemocnění v Psychiatrické léčebně Petrohrad**



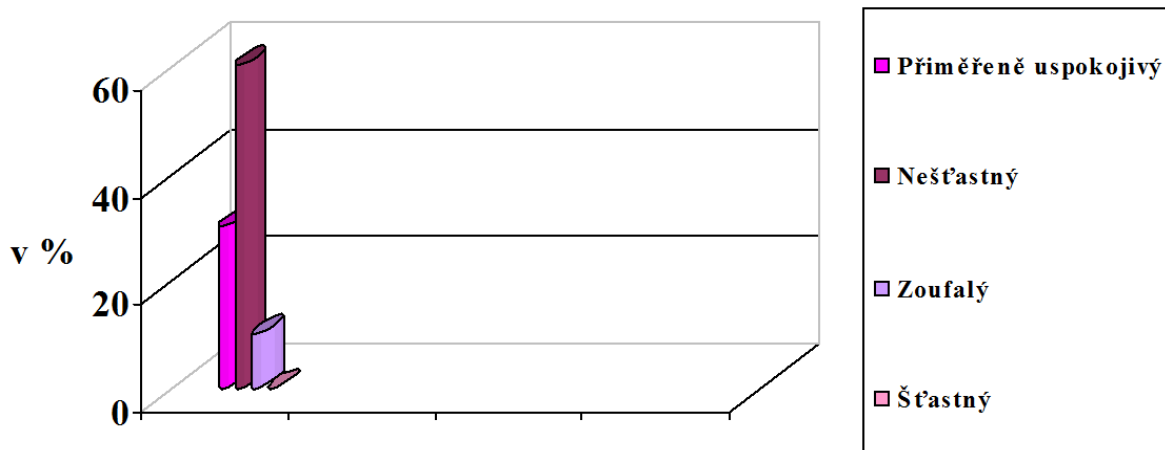
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z grafu vyplývá, že nejčastěji vyskytujícím se psychickým onemocněním v Psychiatrické léčebně Petrohrad je Schizofrenie, dalšími častými psychickými a



generativními onemocněními jsou psychotické poruchy, poruchy osobnosti, depresivní poruchy, poruchy přizpůsobení, Alzheimerova nemoc.

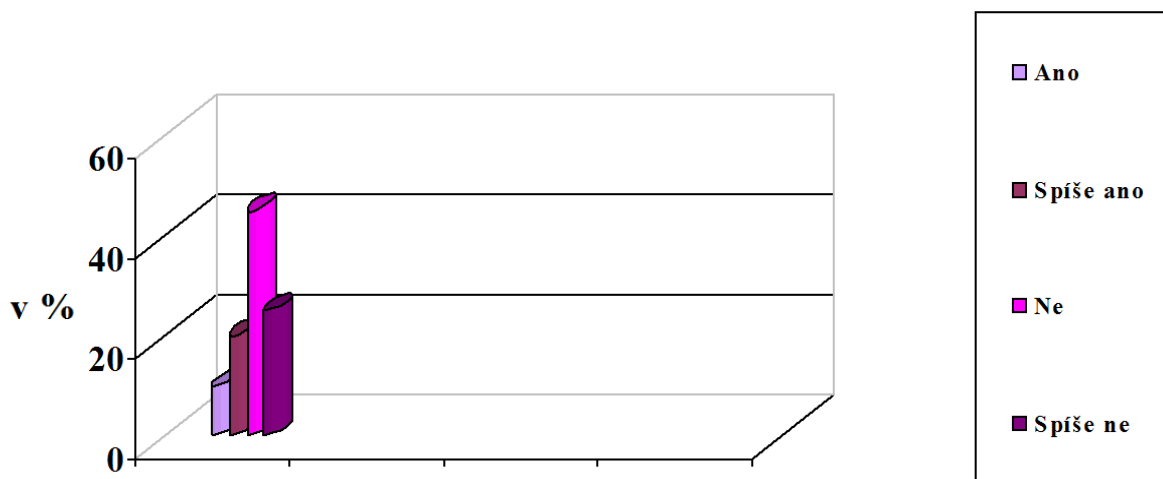
**Graf 8: Jak vnímají život pacientů zaměstnanci?**



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z grafu vyplývá, že zaměstnanci si všímají pocitů pacientů. Většina zaměstnanců vnímá život pacientů jako nešťastný či přiměřeně uspokojivý. Zdravotnický personál se ale snaží pomoci pacientům vyplněním volného času, porozuměním a nasloucháním.

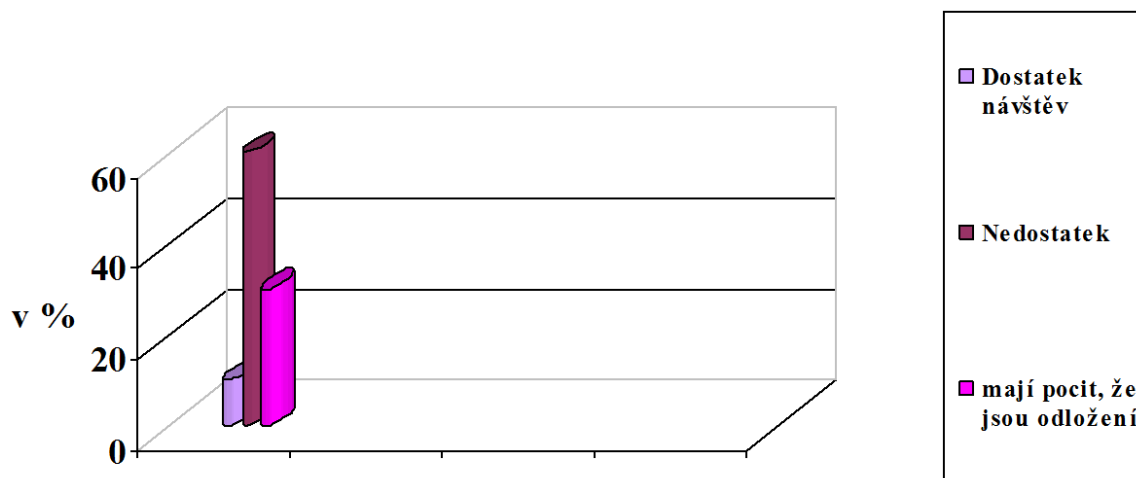
**Graf 9: Věří pacienti, že se ještě vrátí domů?**



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z grafu vyplývá, že pacienti spíše nedoufají, že se vrátí domů.

**Graf 10: Pociťují pacienti dostatek návštěv?**



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z grafu vyplývá, že pacienti nepociťují dostatek návštěv a rádi by uvítali častější navštívení svých blízkých. Z toho také plyne nešťastný život v psychiatrické léčebně.

## 10.5 Kazuistika

Žena, rok narození 1931

### **Rodinná anamnéza:**

Rodiče již zemřeli, čtyři sourozenci- žije pouze jeden, stýkají se, měli k sobě blízko

### **Sociální anamnéza:**

Je vdova, manžel zemřel na Ca plic, 2 děti, syn tragicky zemřel. Dříve pracovala jako úřednice, měla ráda ruční práce, turistiku, ráda četla detektivky, tancovala, žije ve společné domácnosti s dcerou a vnučkou

### **Osobní anamnéza:**

Ischemická choroba srdeční, opakované hospitalizace na plicním oddělení – sledována v TRN ambulanci, diabetes mellitus kompenzován dietou a inzulinem, artrosa nosných kloubů

V červnu 2005 první hospitalizace v psychiatrické léčebně, s parere ošetřujícího lékaře pro narůstající agresivitu, halucinace zrakové i sluchové, ohrožuje sebe i okolí, dezorientace místem i časem, bez sui tendencí, insomnie

**NO dle pacientky:**

„Jsem zde proto, že mluvím ze spaní, říká to vnučka i dcera.“

**NO dle doprovodu:**

„Matka neví kde je, neustále s někým mluví, křičí, někoho vidí, zapaluje svíčky, utíká z domu.“

SPP: lucidní, orientovaná osobou, časem nepřesně, dezorientace místem, kontakt navazuje, PM tempo průměrné, ladění lehce pokleslé, agresivita, sluchové halucinace, MMSE 14

V medikaci atypická neuroleptika ve vyšších dávkách – částečné odeznění příznaků, propuštěna do domácí péče dcery a vnučky. Zajištěna péče neurologa a psychiatra.

Prosinec 2006 tři měsíce programuje demence, opakovaně stavy zmatenosti, PM neklid, bradypsychismus, halucinace, tranzitorní amence, problémy v soužití, poruchy paměti ve všech složkách, úbytek kognitivních funkcí – doporučení k hospitalizaci na gerontopsychiatrickém oddělení PL.

**Lékařská diagnóza:** Alzheimerova choroba

**Nynější stav:**

Dcera nemohla v domácím prostředí zajistit matčin nepřetržitý dohled.

Klientka nastoupila před rokem do Domova pro seniory z důvodu úplné ztráty soběstačnosti v důsledku progresu Alzheimerovy choroby. MMSE 3.

Při nástupu do domova byla klientka velmi neklidná s náznaky agrese. Důvod nespokojenosti a neklidu nebyla schopna sdělit. Nebylo možné navázat kontakt, nebyla orientována osobou, časem ani místem. První den v domově strávila ve společnosti dcery a asistence pracovníka přímé péče. Individuální plán péče byl sestaven zejména na základě anamnézy poskytnuté dcerou, neboť klientka nebyla schopna vyjádřit svoje potřeby a přání. V průběhu služby se snažili pracovníci v přímé péči plán péče přizpůsobit aktuálním potřebám. V prvních dnech byl plán péče zaměřen na adaptaci klientky v novém prostředí. Sledování pozitivních a negativních reakcí na poskytovanou

službu bylo jediným vodítkem pro další individuální plánování služby. V tomto období byla péče zaměřena na podporu při provádění běžných denních činností, jako je osobní hygiena, stravování, pomoc při prostorové a časové orientaci.

V průběhu jednoho měsíce došlo postupně k úplnému vymizení stavů neklidu a agrese. Klientka byla částečně orientována osobou a místem, její spolupráce s personálem se začala zlepšovat. Klíčový pracovník začal ve spolupráci s klientkou a dcerou začleňovat do plánu služeb aktivity, které jí byly příjemné a vedly ke zlepšení mentální a fyzické kondice. Při poskytování služby byl využit princip podpory kognitivních funkcí a princip bazální stimulace.

V současné době je klientka v dobrém fyzickém i psychickém stavu. Je klidná, spolupracuje a vyjadřuje spokojenost. S pracovníky, kteří o ni pečují, si vytvořila velmi přátelský vztah. Po roce MMSE 15.

### **Prognóza:**

Klientka bude pokračovat v zavedených terapiích, postupně, dle jejích reakcí, budou do individuálního plánu zařazovány terapie další. I nadále se předpokládá úzká spolupráce klíčového pracovníka s dcerou klientky, což je nezbytné například pro reminiscenční terapii. (Hapalová, 2009)

## **10.6 Shrnutí a doporučení**

Cílem výzkumu bylo ověření hypotéz:

- Hypotéza č. 1. Potvrzena. Z dotazníkového šetření vyplývá, že zaměstnanci jsou spokojeni se svou prací i s náplní práce. Zaměstnancům vyhovuje náplň práce v dané pozici, pochvalují si dostatek poskytnutých informací k výkonu práce, kolektiv, který pracuje jako tým a mají dostatek podpory a pomoci od spolupracovníků.
- Hypotéza č. 2. Vyvrácena. Psychiatrická léčebna se dostatečně věnuje svým gerontologickým klientům. Nabízí jim široké spektrum nabídek aktivit. Patří mezi ně např. výlety do přírody, kulturní akce - kino, divadelní představení. Dále návštěva hradů a zámků, návštěva zoo. Psychiatrická léčebna Petrohrad pořádá i

vlastní akce např. oblíbený Masopust, vánoční akce, plesy, zábavy, koncerty, sportovní dny apod. Aktivity jsou mezi pacienty velice oblíbené.

Z výzkumu vyplývá, že zaměstnanci jsou spokojeni se svým zaměstnáním. Práce je naplňuje a jsou s ní spokojeni. Zaměstnání jim také vyhovuje z toho důvodu, že pracují v dobrém kolektivu (což je velice důležitým faktorem pro dobrý pracovní výkon), který si navzájem pomáhá – spolupracují jako tým. Nestěžují si ani na nedostatek informací, které potřebují k vykonání své práce. Jsou spokojeni s dostatečnou podporou a pomocí od svých spolupracovníků. Zaměstnanci mají také dobrý pocit z užitečnosti z práce a dostatek zpětné vazby. Pocit, že jsou užiteční a dobří v tom, co dělají je velmi cenný a přínosný. Překvapující odpovědí byl fakt, že většina respondentů není spokojena se svým dosaženým vzděláním. Na otázku, zda považují svoji kvalifikaci za dostatečnou, odpověděla většina, že svoji kvalifikaci za dostatečnou nepovažují. Z toho vyplývá, že by se zaměstnanci dále chtěli rozvíjet ve svém oboru. Což je také dobré jak pro člověka samotného, tak pro léčebnu.

Z výzkumu dále vyplynulo, že se Psychiatrická léčebna Petrohrad pořádá pro své klienty spoustu aktivit, které jsou přínosem a zážitkem pro pacienty. Psychiatrická léčebna nabízí výlety do přírody, kulturní akce jako jsou např. kino, divadelní představení. Dále návštěva hradů a zámků, návštěva zoo. Psychiatrická léčebna Petrohrad pořádá i vlastní akce - oblíbený Masopust, vánoční akce, plesy, zábavy, koncerty, sportovní dny apod. Aktivity jsou mezi pacienty velice oblíbené. Je hezké vidět, že i duševně nemocní staří lidé mají možnost se bavit a dělat něco, co je baví, z čeho mají radost. Protože staří, nemocní lidé již nemají příliš radosti ve svém životě. To, že neprožívají příliš radosti, potvrdila i jedna z otázek v dotazníku - Jak vnímá zdravotnický personál život pacientů v PL. Odpovědi zněly jako přiměřeně nešťastný až nešťastný a také někteří mají pocit odložení. Za to, jak se pacienti cítí, mají vliv i méně časté návštěvy blízkých těchto klientů. Zda má pacient dostatek návštěv je individuální a také záleží na osobnosti pacienta a jeho sociálním a rodinném zázemí. Spíše za nimi blízcí příliš nedocházejí a staří lidé tímto také strádají. Někteří klienti už ani nedoufají, že se vrátí domů. Zaměstnanci ale mohou ovlivnit alespoň z části náladu a zpříjemnění pobytu individuálním přístupem, zájmem o jejich další osud, smysluplným vyplněním

jejich volného času, zapojení do ergoterapie, fyzioterapie, komunikací s pacienty, hledáním společných řešení. Pacienti pak nemají pocit, že jsou odloženi.

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo poskytnout náhled na fenomén stáří a stárnutí. Podat přehled o tom, co je vlastně stárnutí a stáří, vysvětlit mezi těmito dvěma pojmy rozdíl. Rozdělit etapy lidského života, podat vysvětlení o mýtech a předsudcích stáří, charakterizovat biologické, psychické a sociální změny ve stáří. Vysvětlit postoje a adaptaci na stáří. Poskytnout přehled o duševních a degenerativních onemocněních, která nás mohou potkat ve stáří, o prevenci vzniku demencí, depresí a jiných vážných onemocnění, která omezují člověka v životě. V praktické části bylo cílem zjistit skutečnosti od zaměstnanců Psychiatrické léčebny Petrohrad a poukázat na konkrétní případ gerontologického klienta formou kazuistiky.

Teoretická část popisuje stárnutí a stáří jako fenomén dnešní doby. Část teoretická se také zabývala etapami lidského života, adaptací na stáří, demografií stárnutí a v neposlední řadě těmi nejdůležitějšími psychickými nemocemi, které se vyskytují ve stáří a její farmakoterapií.

Praktická část byla věnována dotazníkovému šetření. Dotazník byl předložen zaměstnancům Psychiatrické léčebny v Petrohradě. Tato část diplomové práce zjišťovala náplň dané pracovní pozice zaměstnanců, jejich uspokojení z práce, jak pociťují a vnímají život starých lidí v tomto zařízení. Práce zjišťovala také výskyt psychických a degenerativních onemocnění tamních klientů. V praktické části jsou uvedené výzkumné otázky, zda zaměstnanci jsou spokojeni s náplní práce v Psychiatrické léčebně Petrohrad. Tato hypotéza byla potvrzena. V praktické části je také uvedena kazuistika gerontologického klienta s Alzheimerovou poruchou.

Věřím, že tato práce bude přínosem, že přinese pochopení pro stárnoucí populaci, že lidé, kterým stáří přijde ponižující a staří lidé na obtíž, změní názor i své chování vůči těmto bezbranným lidem. Protože, ať už chceme nebo ne, jednou každý zestárneme a budeme muset tuto skutečnost přijmout jako součást našeho života a naučit se zestárnout. Ve stáří člověk může přijít o své radosti, protože ztrácí naději, ale je zbytečné trávit čas nad přemýšlením, že jednou budeme staří, protože nic nám neurychluje stárnutí tak, jako právě tyto myšlenky na to, že zestárneme.

Grácií stáří je dobrota. Řekla moudrá Anna Lauermannová a má pravdu. Vždyť staří lidé jsou tak milí, hodní, bezbranní, roztomilí, plní zážitků. Měli bychom jim

pomáhat a vážit si jich. Starý člověk si již nedělá žádné iluze, ale co je na tom špatného snít? Každý člověk, v každém věku má právo mít své sny, a pokud mu to zdraví dovolí, proč je nezrealizovat?

Proč a jak vlastně stárneme? To je otázka, kterou si kladou mnozí z nás. Často se také ptáme sami sebe, co se vlastně stane po naší smrti. Ale život je příliš krátký na to, abychom se zabývali těmito myšlenkami. Až i na nás dojde, přijměme stáří jako štěstí, že jsme jej mohli poznat.

*„Štěstí je poznat v mládí přednosti stáří a stejné štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí.“ (Johann Wolfgang von Goethe)*



# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých zdrojů

- ALAN, J. *Etapy života očima sociologa*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 8070380446.
- BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7254-116-1.
- ČERVENKA, V. *Problematika stáří. PL Bohnice*. Praha, 2006
- ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: UP, 1999. 176 s., ISBN 80-7067-953-0.
- DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 1997, 175 s. ISBN 80-7178-251-3.
- DYLEVSKÝ, I., TROJAN, S. *Somatologie*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0026-1.
- GREGOR, O. *Stárnout, to je kumšt*. 2. vyd. Praha: Olympia, 1990. ISBN 80-7033-040-6.
- GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. vyd. 1., Praha: Portál, 2002, ISBN 978-80-7367-605-6.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 2012-08-20.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. Vyd. Praha, 2010. 355 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 208 s. ISBN, 8024721694.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 8024701790.

- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-7506-7.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: MU, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Gerontopedagogika pro speciální pedagogy*. Brno: MU, 2001. 115 s. ISBN: 80-210-2510-7.
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-85824-95-7.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky III*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977. ISBN 80-71785-84-9.
- SHEEHYOVÁ, G. *Průvodce dospělostí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-185-1.
- SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister–Principal, 2002. ISBN 978-80-87029-62-6.
- STUART, H. I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří*. Praha: Grada, 1983. ISBN 80-86571-10-1.
- THOMASMA, D. C., KUSHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*. Praha: Mladá fronta, 2000. ISBN 80-204-0883-5.
- TOŠNEROVÁ T. *AGEISMUS – průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002, 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
- TVAROH, F. *Všichni stárneme*. Praha: Avicenum, 1983. ISBN 80-86091-07-4.
- ULRYCHOVÁ, L. *Stáří Gerontologie*. Praha, 2011. Výukový materiál.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VIEWEGH, J. *Psychologie stáří*. 2. vyd. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1974, ISBN neuvedeno.
- VONDRÁČEK, V. *Úvahy psychologicko - psychiatrické*. Praha: Avicenum. 1975, 246 s., ISBN 80-247-1525-2.

### Seznam použitých zahraničních zdrojů

BROMLEY, D. B. *Psychológia ľudského stárnutia*. Bratislava: Smena, 1988. ISBN neuvedeno.

NELSON, T. D., *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons*. Massachusetts Institute of technology, 2004. ISBN:9780262640572.

NEUGARTEN, B. L. *Adult personality*. Human Development, 1966. SBN 978-80-247-7038-3

PALMORE, E. *Ageism: Negative and positive*. New York, Springer, 1990. ISBN 80-7367-123-9.

ROSNER, R., A. *Aging and old age*. United States of America, 1995. ISBN 0-226-675666-1.

### Seznam použitých internetových zdrojů:

BENEŠOVÁ, R., *Ageismus*. [online]. © 2010. Dostupný z: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=371&lst=113>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. [online]. © 2006. Dostupný z: <http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/10n1-05>

HERO, G. *Teorie stárnutí demografie stáří*. [online]. © 2012. Dostupné z: <http://czmedicus.blogspot.cz/2012/03/teorie-starnuti-demografie-stari.html>

HŮLE, D. *Demografie*. [online]. © 2004-2009. Český statistický úřad. Dostupný z: [http://www.demografie.info/?cz\\_obecne=](http://www.demografie.info/?cz_obecne=). ISSN 1801-2914

Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. © 2005. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/>

JIRÁK, R. *Duševní poruchy ve stáří*. [online]. © 2004. Dostupný z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf><http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>, MUDr. Roman Jiráček, CSc.

KOENING. *Deprese u starých lidí*. [online]. © 1999. Dostupný z: [http://www.zdrava-rodina.cz/med/med1199/med1199\\_29.html](http://www.zdrava-rodina.cz/med/med1199/med1199_29.html)

*Naděje dožití při narození v letech 1950-2011*. [online]. © Český statistický úřad, 2013. Dostupný z: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje\\_dozeni\\_pri\\_narozeni\\_v letech\\_1950\\_2011](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_pri_narozeni_v letech_1950_2011)

*Osm věků - osm stadií vývoje lidského života.* [online]. © 1999-2013. Dostupné z: <http://psychologie.doktorka.cz/osm-veku-cloveka-osm-stadii-vyvoje-lidskeho-zivota/> ISSN 1213-1903

PAICHL, P. *Umění stárnout.* [online]. Dostupné z: [http://www.paichl.cz/paichl/knihy/umeni\\_starnout.htm](http://www.paichl.cz/paichl/knihy/umeni_starnout.htm)

POLÁCHOVÁ, E. *Adaptace a příprava na stáří.* [online]. © 2007. Dostupný z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/adaptace-a-priprava-na-stari-305689>

*Stáří.* [online]. Dostupné z: [http://www.prosestry.cz/studijni\\_materialy/psychologie/stari](http://www.prosestry.cz/studijni_materialy/psychologie/stari)

VAVROŇ, J. *Češi žijí déle než Slováci, nežení se a více se rozvádějí.* [online]. © 2006. Dostupný z: <http://www.novinky.cz/domaci/105043-cesi-ziji-dele-nez-slovaci-nezeni-se-a-vice-se-rozvadeji.html>

VIDOVIČOVÁ, L. *O ageismu.* [online]. © 2006. Dostupný z: <http://www.ageismus.cz/?m=2&lang=cz>

ULRYCHOVÁ, L. *Projevy přirozeného stáří a stárnutí.* [online]. © 2011. Dostupné z: [http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/Projevy\\_st%C3%A1%C5%99%C3%AD\\_3.pdf](http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Projevy_st%C3%A1%C5%99%C3%AD_3.pdf)

# SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Proces stárnutí je určován jak našim genetickými dispozicemi, tak i epigenetickou modifikací našeho genomu.....	19
Obrázek 2: Optimální stárnutí.....	22
Obrázek 3: Etapy lidského vývoje .....	49
Obrázek 4: Algoritmus zahájení léčby Parkinsonovy nemoci.....	72

## Seznam grafů

Graf 1: Sebereflexe stáří respondentů různého věku, kteří udávají, za jak staré se považují.....	30
Graf 2: Zhoršování zraku a sluchu, které má v závislosti na věku progresivní charakter .....	41
Graf 3: Četnost promile dokonaných sebevražd.....	61
Graf 4: Průměrný věk, v kterém se dle názoru respondentů člověk stává.....	82
Graf 5: Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových skupin do roku 2050 .....	83
Graf 6: Naděje dožití při narození .....	85
Graf 7: Nejčastěji se vyskytující duševní a degenerativní onemocnění v Psychiatrické léčebně Petrohrad.....	88
Graf 8: Jak vnímají život pacientů zaměstnanci? .....	89
Graf 9: Věří pacienti, že se ještě vrátí domů?.....	89
Graf 10: Pociťují pacienti dostatek návštěv? .....	90

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Změny ve stáří .....	34
Tabulka 2: Dělení etap lidského života dle Skořepy .....	50
Tabulka 3: Obyvatelstvo v ČR podle hlavních věkových skupin v letech 1920 - 2003.	86

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník.....	I
Příloha B: Test MMSE.....	IV
Příloha C: PAINAD – škála pro měření bolesti u pokročilé demence.....	VIII

## Příloha A - Dotazník

### DOTAZNÍK

#### *Milí respondenti,*

jmenuji se Veronika Lincová a tento dotazník je vytvořen pro moji diplomovou práci. Ráda bych se dozvěděla s Vaší pomocí více informací o gerontologické klientele v Psychiatrické léčebně Petrohrad. Dotazník je anonymní proto se nikam **nepodepisujte**. Prosím vás o co největší upřímnost při jeho vyplňování - jedná se o vědecký výzkum, ve kterém mají pravdivé odpovědi smysl.

**Jsem: žena**  **muž**  (označte prosím křížkem)

**Věk:**.....

**Dosažené vzdělání:**.....

**Na jaké pracovní pozici jste zařazeni?**.....

**Počet let odpracovaných v Psychiatrické léčebně Petrohrad**.....

**Datum vyplnění:** (den, měsíc, rok).....

1. Vyhovuje Vám náplň práce v dané pozici?

- ano

- ne (odůvodnění proč ne)

a) časové rozložení práce

b) náročná fyzická práce

c) jiné.....

.....

.....

2. Považujete svoji kvalifikaci za dostatečnou?

- ano

- ne

3. Práce na pracovišti mi vyhovuje? (Možnost zakroužkovat i více odpovědí)

- ano
- ne
- mám dostatečné informace k výkonu práce
- kolektiv pracuje jako tým
- mám dostatek podpory a pomoci od spolupracovníků
- jiná odpověď.....
- .....

4. Pociťuji uspokojení ze své práce?

- Ano
- Ne
- dostatek zpětné vazby
- pocit užitečnosti z práce
- pozitivní vazba od svých pacientů

5. Život pacientů vnímám jako:

- a) přiměřeně uspokojivý
- b) nešťastný
- c) zoufalý
- d) šťastný

6. Pociťují pacienti dostatek návštěv, a jak to prožívají?

- a) dostatek návštěv
- b) nedostatek
- c) mají pocit, že jsou odloženi
- d) jiné.....
- .....
- .....
- .....

7. Věří pacienti, že se ještě vrátí domů?



- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

8. Pokud pacienti neprožívají pobyt šťastně, můžete toto ovlivnit?

- ano (jak?)

.....  
.....  
.....

- ne

9. Kolik pacientů má **duševní diagnózu** a kolik **degenerativní onemocnění**?  
Prosím, vyjmenujte o jaké diagnózy či onemocnění se jedná.

.....  
.....

10. Po jak dlouhou dobu bývají v léčebně pacienti?

.....

11. Pořádá PL Petrohrad pro tyto pacienty kulturní akce?

- ano (jaké akce)

.....  
.....

- ne

*Děkuji Vám za trpělivé vyplnění dotazníku!*

## Příloha B – Test MMSE

### A. Orientace

(Nechte nemocnému 10 vteřin na odpověď na každou otázku.)

- ▶ Který je teď rok?
- ▶ Které je nyní roční období?

*(V posledním nebo prvním týdnu ročního období hodnotte jako správnou odpověď obě období.)*

- ▶ Můžete mi říci dnešní datum?
- ▶ Který je den v týdnu?
- ▶ Který je teď měsíc?

*(V prvním dnu měsíce hodnotte jako správný i předchozí měsíc, v posledním dnu měsíce přijměte i předchozí měsíc.)*

- ▶ Ve kterém jsme státě?
- ▶ Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- ▶ Ve kterém jsme městě?
- ▶ Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení)?

*(Název nemusí být přesný a úplný.)*

- ▶ Na kterém jsme poschodí?

### B. Zapamatování

Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Zapamatujte si je, poněvadž se Vás na ně zeptám znovu za několik minut.

*Vyslovujte pomalu s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy.*

- ▶ lopata
- ▶ šátek
- ▶ váza

Prosím, opakujte tato slova.

*Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte skóre za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Jestliže pacient nezopakuje všechny tři, opakujte nanejvýše pětkrát, nebo než se to nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat smysluplně kapitolu "Výbavnost".*

### **C. Pozornost a počítání**

Začněte od 100 a odečítejte po 7. Skončete po 5-ti odečtech.

*Jestliže se nemocný zmylí a další výsledky jsou proto posunuty, skórujte jako jednu chybu.*

▶ 93

▶ 86

▶ 79

▶ 72

▶ 65

*Jestliže nemocný nemůže, nebo nechce počítat, požádejte ho: Hláskujte nazpět slovo POKRM.*

*Opakujte nanejvýš třikrát, až nemocný rozumí. Skóre je počet písmen ve správném pořadí (tedy např. MRKOP=5, PKORM=3).*

### **D. Výbavnost**

Teď, prosím, mi řekněte ta tři slova, která jste si měl(a) zapamatovat. (Na odpověď dejte 10 vteřin).

▶ lopata

▶ šátek

▶ váza

### **E. Pojmenování předmětu**

▶ Jak se to jmenuje?

*(Ukažte náramkové hodinky).*

▶ Co je to?

*(Ukažte tužku).*

### **F. Opakování**

Opakujte po mně větu:

▶ "Žádná kdyby nebo ale."

*(Na odpověď nechejte 10 vteřin. Skórujte 1 jen za celou větu a jen na první pokus).*

### G. Třístupňový příkaz

Přečtěte nemocnému následující příkaz a dejte mu do ruky kus prázdného papíru.

► Vezměte do ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu.

*(Ponechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Za každý provedený stupeň skórujte jeden bod).*

1. stupeň: pravá ruka

2. stupeň: složení na polovinu

3. stupeň: položení na podlahu

### H. Čtení a vyhovění příkazu

Ukažte nemocnému kartu s nápisem: "Zavřete oči".

► Přečtěte nápis na papíru a udělejte, co žádá.

*(Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení příkazu, instrukci můžete opakovat maximálně třikrát. Skóre je na místě jen tehdy, jestliže nemocný skutečně zavře oči).*

### I. Psaní

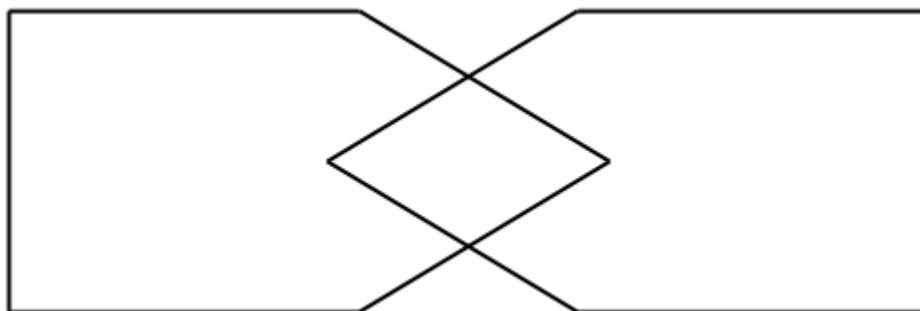
Dejte nemocnému tužku a papír.

► Napište jakoukoli větu.

*(Nechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Věta by měla mít podstatné jméno a sloveso a musí mít smysl. Pravopisné chyby nevadí).*

### J. Opisování

► Dejte nemocnému papír, tužku a pryž. Ukažte mu obraz a požádejte ho, aby obraz obkreslil. Ponechte mu několik pokusů během 1 minuty.



*(Skórujte jako 1, jestliže jsou zachovány všechny strany a úhly a jestliže protnutí vytváří čtyřúhelník. Tremor a rotace nevadí)*

## **Hodnocení**

### **30-27 bodů (Normální stav)**

Stav kognitivních funkcí testovaného je normální. Alzheimerova choroba se jej s největší pravděpodobností netýká. Pokud byl výsledek hraniční, zkuste s odstupem opět testovat.

### **26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)**

Test prokázal poruchu kognitivních funkcí. Možná se jedná o počínající demenci. Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Po čtvrt roce zopakujte MMSE!

### **24-10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)**

Test prokázal vážnější poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktujte odborníka. Je čas zahájit intenzivní léčbu.

### **9-6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)**

Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka.

### **5-0 bodů (Demence těžkého stupně)**

Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka.

## Příloha C – PAINAD – škála pro měření bolesti u pokročilé demence

Hodnocení:  
 0–10 b.: těžká kognitivní porucha  
 11–20 b.: středně těžká kognitivní porucha  
 21–23 b.: lehká kognitivní porucha  
 24–30 b.: pásmo normálu

### Příloha č. 4 PAINAD – škála pro měření bolesti u pokročilé demence

PAINAD má 5 položek – dýchání, vokalizace, výraz obličeje, řeč těla, utěšování. Každá položka může být ohodnocena 0–2 body. Výsledné skóre je 0–10. Škálu může vyplnit i zaškolený rodinný pečovatel, neboť je stručná a snadná.

Body	0	1	2	Počet bodů
dýchání (nezávisle na vokalizaci*)	normální	občasné namáhavé dýchání krátká období prohloubené ventilace	hlučné ztížené dýchání dlouhá období prohloubené ventilace Cheyne-Stokes dýchání	
bolestivá vokalizace	žádná	občasny sten nebo záupnění normální negativní nebo odmítavá řeč	opakované utrápené volání hlasité sténání nebo úpění pláč	
výraz obličeje	úsměv nebo neutrální	smutný vyděšený zamračený	bolestivé grimasy	
řeč těla	relaxovanost	napjatost utrápená chůze neklidnost	strnulost sevřené pěsti kolena přitažená k tělu, tahání nebo odtlačování udeření	
utěšování	není nutné	rozptýlený nebo uklidněný hlasem nebo dotekem	není možné utěšit, rozptýlit nebo uklidnit	
<b>Součet bodů:</b>				

\* Vokalizace = verbální projev bolesti  
 Převzato z: HOLMEROVÁ, I., A KOL., 2007, s. 265.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Bc. Veronika Lincová**

**Obor: Speciální pedagogika**

**Forma studia: Prezenční**

**Název práce: Stáří a duševní poruchy, jejich projevy a možnosti léčby**

**Rok: 2013**

**Počet stran textu bez příloh: 86**

**Celkový počet stran příloh: 8**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 33**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 5**

**Počet internetových zdrojů: 14**

**Vedoucí práce: PaedDr. Jan Toman**