

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA

bakalářské kombinované studium

2009-2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Monika Suchánková

Psychologie stárnutí

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Eva Živčicová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY
PRAGUE

Bachelor combined studies

2009-2012

BACHELOR THESIS

Monika Suchánková

Psychology of aging

Prague 2012

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Eva Živčicová, Ph.D

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská 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 použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15. 3. 2012

Jméno autorky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Evě Živčicové za vedení této práce, Ing. Miloši Stružkovi a Haně Stružkové za pomoc a spolupráci a mé rodině za trpělivost a podporu.

Anotace

Tato bakalářská práce se v prvních dvou částech zabývá teoretickým seznámením se stárnutím a tím spojenými tělesnými a psychickými změnami, prevencí, vznikem a průběhem Alzheimerovy choroby, navazuje na kazuistiku případu seniora s Alzheimerovou chorobou, pokračuje dotazníkovým průzkumem mezi staršími občany, s cílem zjistit, zda vliv prostředí, životní úroveň, rodiny, povahy a dalších aspektů jako existenční zajištění, rodinné konflikty, může mít pozitivní, či negativní dopad na vlastní vnitřní vnímání svého stárnutí a na způsob aktivního, či pasivního trávení seniorského času.

Klíčová slova

aktivita, Alzheimerova choroba, buňky, degenerace, demence, faktor, geriatrie, gerontologie, nemoc, operace, pasivita, plak, prevence, příprava, psychika, psychologie, pohyb, senioři, stárnutí, stáří, věk, volný čas, zapomnětlivost, zdraví, zdravý životní styl, změny

Annotation

This bachelor work is in the first two parts dealing with theoretical familiarization with aging and the associated physical and psychological changes, prevention, formation and development of Alzheimer's disease, case report follows the case with senior Alzheimer's disease, the survey continues amongst older people, in order to determine whether influence of the environment, living, family, nature, and other aspects such as subsistence, family conflicts can have positive or negative impact on their own internal perception of aging and the way of active or passive spending time senior.

Keywords

activity, Alzheimer's disease, cells, degeneration, dementia, factor, geriatrics, disease, surgery, passivity, plaque, prevention, preparation, psyche, psychology, movement, seniors, aging, old age, leisure time, forgetfulness, health, healthylifestyle, ganges

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	13
1. STÁRNUTÍ.....	13
1.2 Vymezení věku	15
1.3 Aspekty působící na stárnutí.....	18
1.3.1 Ovlivnění ekologickými faktory.....	20
1.3.2 Vliv dědičných faktorů	21
1.4 Krize	22
1.5 Změny vyvolané stárnutím	23
1.5.1 Tělesné změny	23
1.5.2 Sociální změny- změny individuálních vlastností	25
1.5.3 Změny psychiky	27
1.6 Psychologie stárnutí a stáří	28
1.7 Plastická doba	32
1.8 Psychologická adaptace na stáří	34
1.9 Prevence stárnutí.....	36
1.10 Současné názory na oddálení projevů stárnutí	39
1.11 Příprava na stáří	40
1.11.1 Dlouhodobá příprava	42
1.11.2 Střednědobá příprava	43
1.11.3 Krátkodobá příprava	43
1.12 Druhý životní program	45
1.13 Formy přípravy na stáří	47
1.14 Volnočasové aktivity seniorů	49
2. VYŠŠÍ NEMOCNOST SPOJENÁ SE STÁŘÍM	52
2.1 Alzheimerova choroba.....	55

2.1.1 Demence a Alzheimerova choroba.....	58
2.1.2 Pick versus Alzheimer	59
2.1.3 Příčiny vzniku.....	60
2.1.4 Příznaky Alzheimerovy choroby	62
2.1.5 Diagnostika Alzheimerovy nemoci	64
2.1.6 Léčba Alzheimerovy choroby	67
2.1.7 Počet nemocných a předpoklad do budoucna.....	68
2.1.8 Novinky v léčbě.....	69
2.1.9 Organizace zabývající se problémem Alzheimerovy choroby	73
2.2 Shrnutí teoretické části	74
PRAKTICKÁ ČÁST	76
3. VYMEZENÍ CÍLŮ	76
3.1 Formulace hypotéz	76
4. METODIKA PRÁCE.....	78
4.1 Metoda práce	78
4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku	78
4.3 Způsob zpracování dat.....	79
5. KAZUISTIKA-SENIOR.....	80
TRPÍCÍ ALZHEIMEROVOU CHOROBU.....	80
6. ROZBOR A ZPRACOVÁNÍ DAT	84
7. VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	89
7.1 Shrnutí a doporučení.....	91
ZÁVĚR	94
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	96
ELEKTRONICKÉ ZDROJE	98
SEZNAM PŘÍLOH	103
PŘÍLOHA A:	104
Jednoduchý test ke zhodnocení kvality paměti a orientačních schopností	
PŘÍLOHA B:.....	105
Charta práv a svobod starších občanů	105

PŘÍLOHA C:	110
Charta práv pacientů-Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou.	
PŘÍLOHA D:	111
Počet lidí s demencí roste. Pomůže Plán Alzheimer	111
PŘÍLOHA E:	114
Modlitba ve stáří.....	114
PŘÍLOHA F:	1316
Báseň	1316
PŘÍLOHA G:	158

ÚVOD

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

Charles - Louis de Secondat

Stárnutí je charakteristické pro každý živý organismus a je nedílnou součástí života. Charakterizuje ho postupný úbytek sil, jak psychických, tak i fyzických. Stárnutí podléhá i lidské vědomí, což je u každého velice individuální. Někteří lidé si mohou zachovat mentální i tělesnou svěžest až do velmi vysokého věku a jiní pocítují důsledky stárnutí, či stáří dávno předtím, než zestárnou, než by tomu odpovídal jejich skutečný věk. Je známo, že udržení vysokých schopností až do stáří je výsledkem silné, integrované osobnosti s perspektivním zaměřením.

Stárnutí a stáří nabízí ke zpracování řadu témat. Vybrala jsem si toto téma z důvodů hned několika. Jako každý z nás, mám ve svém okolí několik osob, kteří již jsou v seniorském věku, trpí nemocemi, někteří bohužel i samotou, sociálním vyloučením a podobně. Také jsem již o své blízké přišla. Můj velmi blízký člověk onemocněl Alzheimerovou chorobou, a tedy jsem byla bohužel přímým svědkem jeho osobního úpadku a skonu. Měla jsem možnost navštěvovat ho v sociálním zařízení, a tak i poznávat osudy jiných, pro mne cizích lidí. A je pozoruhodné pozorovat, jak každý z nich své stáří prožívá jinak. Někteří by neměnili a jsou rádi, že už mají snad všechno zlé za sebou a mládí by zpět nevrátili. Jsou spokojeni se svým životem. A pak jsou tady lidé o generaci mladší, kteří se urputně bojí každého projevu stárnutí, potažmo stáří a jeho konečného důsledku - smrti.

Práce je strukturovaná do třech hlavních celků, zabývajících se stárnutím, nemocností a empirickým výzkumem. První dvě kapitoly jsou teoretické, třetí až sedmá je praktická. Na úvod první kapitoly předkládám některé ze známých teorií a hypotéz stárnutí, které mají čtenáře uvést do problematiky

procesu stárnutí, na tělesné změny (např. v podobě), sociální změny (sociální role), a pracovní změny. Dále se práce zaměřuje na působení kladných, či záporných aspektů na psychiku. Prevence stárnutí spolu s přípravou na stáří zakončuje první kapitolu.

Ve druhé kapitole se zabývám nemocným stářím, podrobněji pak zejména vznikem a průběhem Alzheimerovy nemoci, jakožto nejčastější nemocí postihující mentální funkce. Soustředila jsem se jak na změny paměti, pozornosti, tak i na tréninky paměti a cvičení a v neposlední řadě také na vědecký výzkum zaměřený na získávání znalostí, vedoucích snad v brzké době k výrobě léku, zastavující tuto nemoc. V příloze uvádím báseň napsanou seniorkou postiženou touto nemocí, která byla nalezena až po její smrti, ve které dojemně popisuje stav a vnímání sebe samé a jejího okolí na ni. Konec teoretického oddílu je věnován stručnému souhrnu.

V empirické části práce navazuji na předešlou kapitolu, a pro příklad také uvádím v páté kapitole kazuistiku seniora trpícího Alzheimerovou chorobou. Myslím si totiž, že ne příliš šťastný způsob života, nebo jeho pasivní prožívání, či nezájem může mít kromě již známých faktorů na vznik této nemoci velký vliv. Hlavně se ale zaměřuji na způsob, jak dnešní senioři tráví svůj volný čas, co ve svém volném čase dělají, co cítí, zda jsou spokojeni, zda jejich vzdělání a místo pobytu dopomáhá k tomu, že jejich život je pestrý, kulturní a aktivní. Zajímá mne, jak dnes lidé pocítují své stárnutí z pohledu jejich životního náhledu na svět, tedy z pohledu jejich psychiky, jejich povahy, zda vidí svět spíše jako optimisté, nebo pesimisté, což jak se dle mých osobních zkušeností domnívám může mít také vliv na vznik Alzheimerovy choroby. Dá se předpokládat, že kladné, či záporné přijetí osudu, nebo skutečností, které se nám dějí, v nás zanechává buď smířlivý, nebo zatrpklý pocit, který se potom odráží v celém našem životě a může se projevit v dobrém, nebo zlém také v našem stáří. Další otázky budou navazovat, tedy zda se jedná o ženu, či muže, věk v danou chvíli, zda vliv rodiny, prostředí, výchovy může ovlivnit, jak se na stáří připravíme, co od něj očekáváme, jak ho máme v plánu prožít, zda je pro nás rozhodující, jak vypadáme, nebo jsme sami se sebou vnitru spokojeni a

bereme život s pokorou, smířením a vším co nám nabízí a snažíme se radovat z každého okamžiku.

Jako nejvhodnější metodu průzkumu jsem zvolila dotazník, spolu s pozorováním a rozhovorem, výsledky jsem zaznamenávala. Dotazník je sestaven z otázek již zmiňovaných a průzkum probíhal zhruba půl roku. Dotazníkem jsem oslovila širokou sociální skupinu, navštívila jsem obyvatele domova důchodců, domu s pečovatelskou službou, také finančně zabezpečené respondenty s pravidelným příjmem a v pracovním poměru, či momentálně nepracující. Je potřeba zmínit, že jsem se shledala a to v poměrně velké míře s neochotou spolupracovat a to i v případech, kdy byli respondenti ujištěni o anonymitě. Přesto měli pocit, že do toho nikomu nic není a nechtěli se účastnit. Nakonec se mi podařilo získat zhruba 80 odpovědí a povětšinou občanů v důchodovém věku. Jedná se o skupinu lidí ze Zlína a okolí. Dále se v kapitole pokusím stručně nastínit výsledky mého průzkumu.

V následující části, se snažím najít odpovědi na otázky, které jsem si vytyčila, tedy jak v dnešní době lidé prožívají z psychologické stránky své stárnutí a stáří, jak tráví čas, zda jsou spokojení, aktivní, stýkají se svými blízkými, využívají možnosti, které jim dnešní doba nabízí, jsou ovlivněni prostředím, rodinou, vzděláním?

V samotném závěru se pokusím vyjádřit sama své názory na daná zjištění, doporučení a zároveň předkládám přílohy, obsahující jednoduchý test na odhalení možnosti vzniku Alzheimerovy choroby, Chartu práv a svobod starších občanů, Chartu pacientů trpících Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence, Alzheimer plán vydaný MPSV ČR v roce 2010, Modlitbu ve stáří Svatého Františka Saleského, již výše zmíněnou báseň od nemocné pacientky a v neposlední řadě fotografie Aloise Alzheimerera a jeho nejznámější pacientky, která bohužel aniž by chtěla, nebo o to stála, vešla do dějin.

TEORETICKÁ ČÁST

1. STÁRNUTÍ

„Stáří bývá často definováno jako očekávaná, předvídatelná a neodvratitelná událost. Podle definice Světové zdravotnické organizace je „stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy poškození fyzických či psychologických funkcí se stává významně manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“. (Haškovcová, Fenomén stáří, 2010, str. 56) Je stárnutí nemoc? Anebo je to jen důsledek normálního vývoje organismu? (Hocman, 1985) Stárnutí začíná okamžikem narození. V lůně matky to nazýváme vývojem plodu. Malé novorozeně se sice pořád vyvíjí, ale současně začal proces stárnutí. Buňky v některých orgánech po vyčerpání svojí energie začínají zanikat. Splnily tak své funkční poslání, ale jsou neustále nahrazovány buňkami novými. (Dienstbier, 2009) Stáří a mu předcházející stárnutí je specifický biologický proces, který můžeme charakterizovat tím, že je dlouhodobě zakódován, neopakuje se, je nevratný, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj je řízen druhově specifickým časovým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí. (Pacovský, Heřmanová, 1981) „Stáří je doprovázeno výskytem dlouhé řady nemocí, které jsou pro toto období života typické. Nemoci mohou znehodnocovat výkonnost a prosperitu osobnosti, činí starého člověka závislým na mladší generaci, na pomoci zvenčí.“ (Matějček, Radosti a strasti prarodičů, aneb když máme vnoučata, 1997, str. 118) Po celé roky, možná i staletí se zastánci různých názorů dohadovali o tuto zdánlivě jednoduchou záležitost. Vědce vždy zajímala otázka, proč lidé stárnou. Existuje mnoho teorií a hypotéz o příčinách stárnutí, prý minimálně dvě stě. V části z nich bývá zaměřována příčina a následek. Například úbytek estrogenů je následkem stárnutí ženy, ale ne jeho příčinou. (Pacovský, Heřmanová, 1981) Stárnutí ve svém důsledku znamená snížení schopnosti adaptace a funkčních rezerv všech orgánů a soustav organismu při stresových situacích, což vytváří predispozice k nemoci. Odpověď ale není tak prostá. Je-li stárnutí „nemoc“, pak také na ni jako na jiné cho-

roby můžeme najít lék, který tento „chorobný“ proces zastaví a navrátí organismus zpět do stavu „zdraví“-věčné mladosti. (Hocman, 1985)

Již od pradávna se lidé ptali, proč vůbec stárnou a snažili se vymyslet elixír věčného života, nebo věčného mládí. Do dnešních dnů, přes veškerý technický a vědecký pokrok, nemáme ještě konečné vysvětlení, i když existují určité teorie uznávané vědci, kteří se tímto jevem zabývají. Názory dnešní doby jsou takové, že je stárnutí proces naprosto normální a je tedy součástí života a vývoje organismu, je individuální a rozmanitý. Je to proces opotřebení, v němž se sčítají změny, ke kterým dochází během celého života člověka. Tyto změny nastávají na všech úrovních: tělesné (konstituce, vnější vzhled), psychické, funkční a biochemické. (Vigué, 2006) „Jako plod dozrává v živého jedince, dítě dospěje v muže či ženu, tak také dospělý člověk se změní ve starce, kterého na konci životní dráhy očekává nevyhnutelná smrt. „Udělat“ ze starce mladíka je právě tak nemožné jako zvrátit vývoj plodu v děloze. Z tohoto hlediska zřejmě není možné najít lék, který by zaručil věčnou mladost, zvrátil proces stárnutí.“ (Hocman, Stárnutí, 1985, str. 94) Můžeme najít jedince, kteří bez velkých zdravotních potíží dosáhnou 90 let i více jen s drobnými zdravotními problémy. Známe ale také opačný extrém-lidé již v sedmé, či šesté dekádě života vykazují velmi vážná zhoršení zdraví, způsobená různými chorobami. Tento děj nazýváme patologické, nebo urychlené stárnutí. (Vigué, 2006) Stárnutí je tedy nepochybně multifaktoriální a složitý děj. Je výsledkem vzájemného působení fenotypu a genotypu. Není pochyb o tom, že četné vlivy zevního prostředí přímo ovlivňují zdravotní stav a tím také délku a kvalitu života (znečištěné životní prostředí, kouření, obezita, nebo podvýživa, nadměrná a dlouhotrvající psychická zátěž. Kromě těchto teorií a nevyhnutelného faktu fyziologického stárnutí známe již výše zmíněné faktory, které mohou vést k patologickému stárnutí. Jestliže je ale známe, můžeme je eliminovat, nebo se jim úplně vyhnout. Těmito souvislostmi se zabývá ekologie stáří. (Pacovský, Heřmanová, 1981) Proto by sociální politika jednotlivých zemí měla směřovat k důslednému zájmu o co nejdélší podporu zachování dlouhého a zdravého života seniorů, klást důraz na činnost, soběstačnost. Stejně jako v každé jiné etapě života, tak i ve stáří se jednotliví lidé liší svou

aktivitu, soustředěním na důležité životní věci. Odstup a nadhled od strachu z boje mládí se mohou změnit v hodnotu, která působí proti omezením a potížím pokročilého věku, nebo ji mnohonásobně překonává. Avšak důležité je prodloužení života, zejména jeho aktivní části. Zabezpečení dlouhého, aktivního, čínorodého stáří, kdy by člověk mohl až do své smrti plně ovládat své tělesné a duševní síly. Obrazně se tyto snahy vyjadřují cílem: přidat roky životu a život rokům. (Hocman, 1985)

1.2 Vymezení věku

„Všichni rádi stárneme, když je nám 18.“

Seneca

Pythagoras se domníval, že čtyřem ročním dobám odpovídají následující období našeho života:

- utváření (do 20 let),
- mládí (do 40 let),
- rozkvět sil (do 60 let),
- stáří (po šedesátce).

Ve staré Číně se věk dělil 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 (po sedmdesátce).

(Smékal, 2008)

„Encyklopedie Universum z roku 2003 definuje stárnutí jako „zákonitou etapu vývoje jedince, kdy dochází k úbytku fyzických a psychických schopností (involuce)¹. Příčinou je genetické opotřebování a poruchy schopnosti dělení buněk. K typickým projevům patří např. ateroskleróza (kornatění tepen)², artróza (degenerace chrupavek)³ Alzheimerova choroba apod.⁴ Stárnutí je individuální (u různých jedinců nastupuje v různém věku a má jiný průběh) a asynchronní (jednotlivé orgány jsou opotřebovány nestejně).“ (Dienstbier, Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit, 2009, str. 14). Stárnutí je přirozený proces, v němž dochází k ohrožení jak orgánů a funkce těla, tak také psychiky člověka. Často se hovoří o tikotu biologických hodin, které nám naprogramovali čas, kterého se dožijeme. Biologické hodiny také můžeme do jisté míry ovlivňovat způsobem našeho žití, vyloučením rizik, o kterých víme, že působí negativně na délku života člověka. (Dienstbier, 2009)

Za zmínění stojí také staré indické filozofické názory, které dávají do souvislosti naše dýchání s rychlostí tlukotu srdce a délkou života. Tyto teorie tvrdí, že každému člověku byl osudem přidělen pro život pouze určitý počet vdechů a výdechů, či úderů srdce. Po jejich vyčerpání přichází smrt. Proto tyto filozofické směry směřují své přívržence k pomalému, hlubokému vdechu, kterým se zpomalí tep srdce. Tímto způsobem dýchání potrvá mnohem déle, než bude vyčerpána osudová norma a tím by mělo dojít k prodloužení života. Zajímavostí je, že ani z dnešního hlediska není vyloučeno, že toto pomalé dýchání a tím zpomalení aerobních dějů v těle, může snad opravdu dobu života prodloužit (Hocman, 1985). Život člověka je vymezen narozením a smrtí. Čas života jsme se naučili rozdělovat na dětství, ranou dospělost, zralý věk a stáří. Prehistorický člověk, ale i většina lidí ve středověku se nedožila stáří. Dokonce

¹ involuce-omezování, zanikání

² ateroskleróza-kornatění tepem

³ artróza-degenerace chrupavek

⁴ Alzheimerova choroba- degenerativní onemocnění mozku

ještě v 17. století se pouze 1% populace dožilo pětadesáti let, ale do 19. století se již zvýšilo na 4 %. I když byla průměrná délka života po celá staletí velmi nízká, je důležité zdůraznit, že v každé vývojové etapě lidstva žili staří a starší lidé. (Haškovcová, 2010) Ve vyspělých zemích ve 20. století již tvořila populace do 65 let přibližně 70 % obyvatelstva. Vědci odhadují, že ve 21. století bude skoro 40 % obyvatelstva sestávat z osmdesátníků a starších. Gerontologové pro toto užívají zajímavý termín a to že „populace šedne“. Co je příčina tohoto šednutí? Odborníci používají určení střední délky života. Je to věk, kdy umírá 50 % příslušné věkové skupiny. Díky prodloužení této hranice způsobené zamezením epidemiím (mor, dětská obrna, tuberkulóza, plané neštovice, kojenecká úmrtnost) vznikl nový ukazatel- střední délka aktivního života. Získáme tak odhad průměrného počtu let, ve kterých mohou příslušníci určité věkové skupiny očekávat možnost aktivního života. V současné době je dle měřítek Světové zdravotnické organizace (WHO) definován starý člověk, jako ten, jehož věk je vyšší než 60 let. Od tohoto věku stanovila WHO tyto kategorie a přijala pro rozlišení věkových vymezení tyto názvosloví:

- -střední věk- věková kategorie 45-59 let
- -stárnoucí osoby (třetí věk)-60-74 let
- -stará generace (čtvrtý věk)-75-89 let
- -stařecká generace (vysoký věk)- 90-99 let
- -staletí-více než 100 let

(Dienstbier, 2009)

Studie dokazují, že různé druhy chorob jsou v různých mírách přítomné u 80-90% staré populace. (Vigué, 2006) „V Československu byl průměrný věk u mužů v roce 1955- 60,93 let, za deset let v 1965 - 67,27 let a v roce 1975 - 66,8 roků. U žen to bylo v roce 1955-65,3 let, 1965-73,2 a v roce 1975-73,8.“ (Dienstbier, 2009, str. 16) „Život v Česku se postupně prodlužuje, a to každoročně i o několik měsíců. Jen za poslední dvě desetiletí se protáhl u mužů skoro o sedm let a u žen o více než pět let. Podle statistik mají nyní Češi naději, že se

dožijí v průměru 74,4 roku. Češky by pak před sebou měly mít průměrně 80,6 roku. Česká republika tak patří ke státům EU, kde se věk dožití zvedal nejrychleji. Vyplývá to z údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ).“ (ČTK, Život v Česku se za posledních 20 let protáhl u mužů o sedm a u žen o pět let [online] [01-08-2011] [cit. 2011-09-12]. Poměr hovoří ve prospěch žen. Stáří je tedy hlavním problémem žen. Dožije-li se česká žena 75 let, dá se předpokládat, že dostane „do vínku“ dalších 9 let života. U českých mužů se šance snižuje, ale pořád je to krásných 7,5 let. Podle výzkumů častěji ovdoví ženy, než muži. Proto se také říká, že stáří je spíše problémem vdov. Už v kategorii žen starších 60 let připadne na 100 mužů až 145 žen a tento nepoměr s časem dále roste. V české republice se předpokládá, že početní zastoupení seniorů v populaci se zvýší ze současných 1,42 milionu na 2,1-2,5 resp. 3,07 milionu obyvatel. Také se očekává, že do roku 2050 se bude dále zvyšovat průměrný věk dožití. (Haškovcová, 2010) Statisticy zveřejnili, že v roce 2002 bylo na celé zeměkouli zhruba 600 milionů starých lidí. Uvádí se, že do roku 2025 se počet ještě zdvojnásobí. 15-20% těchto lidí se nachází na evropském kontinentě. (Vigué, 2006)

1.3 Aspekty působící na stárnutí

Stárnutí je důležitý děj v životě člověka a stalo se předmětem studia mezinárodních odborníků. Tento obor se nazývá gerontologie, naproti tomu geriatrie se zabývá nemocemi ve stáří a jejich léčením. „Psychologické problémy stárnutí a stáří se dnes řeší jak na půdě gerontologických institucí a společností, tak v institucích psychologických. Moderní vývojová psychologie zahrnuje do svého zkoumání celou životní dráhu člověka. U povolání, která mají otázky života a práce starších občanů ve své profesní kompetenci, se předpokládá nejen zájem, ale také poznatky o psychických zvláštностech vyššího věku. Psychologické působení však může být cílené pouze tehdy, jestliže se opírá o paradigma⁵ fyziologického, zdravého člověka, znalosti celé životní

⁵ paradigma-úhel pohledu

dráhy seniora, přístup ke starému pacientovi jako lidské osobnosti, znalosti vztahu k hodnotám, lidem, k sobě samému a k budoucnosti.“ (Zacharová, Geriatrie, Sestra str. 40) To, jak jednotlivec prožívá své stárnutí, se liší jak mezi lidmi samotnými, tak jsou rozdíly i mezi různými zeměmi. Vliv na to má životní úroveň, kvalita životního prostředí, vlastní podmínky života, starost o vlastní zdraví, existenční zajištění, kvalita bydlení a v neposlední řadě hlavně prožitky z minulosti, ať ty dobré, nebo zlé (rodinné konflikty, válečná drama- ta). (Dienstbier, 2009)

Na prodloužení života má vliv jistě eliminace⁶ škodlivých faktorů v životním prostředí. Společnost si je stále více vědoma, že nevyhnutelným předpokladem dlouhého a zdravého života je čisté a zdravotně nezávadné prostředí. Je zajímavostí, že jeden z faktorů, který působí s dobou života organismů je teplota. Zvyšování vlastní tělesné teploty zrychluje metabolické děje v těle a tím vybízí k rychlejší činnosti, při které dochází k většímu a rychlejšímu opotřebování organismu, potažmo tedy k dřívějšímu nástupu stáří. Na straně druhé ovšem nepřiměřené snížení teploty těla teplokrevných živočichů souvisí s dýcháním a okysličováním, čímž také ovlivňují délku života člověka. Vědci považují za nejúčinnější a přitom nejjednodušší prostředek k dlouhému zdravému životu omezení příjmu potravy a tím tedy snížení joulů ve stravě. Potrava nemá být jednotvárná, v žádném případě v ní nesmí chybět základní složky. Vědci dávají obezitu do spojitosti se vznikem rakoviny, stojí tedy za zvážení, zda snížením příjmu potravy, nebo spíše obsahu kalorií můžeme jednak omezit vznik rakoviny a tím i prodloužit věk. Naši předci v tomhle měli jasno, dodržovali dlouhé období půstu. V dnešní době moderní učení o výživě a zdravém životním stylu nabádá v první řadě člověka k snížení příjmu množství potravy pro uchování dobrého zdraví a dlouhého života. Před nedávnem byla zveřejněna studie, ve které se porovnávali hmotnosti mozku různých živočišných druhů. Výsledkem byla podivuhodná zjištění-čím vyšší je váha mozku určitého zvířete, tím déle daný živočich žije. Podle uvedeného by se dalo čekat v daleké

⁶ eliminace-vyloučení, odstranění

budoucnosti, že pokud se u dalších generací také zvýší hmotnost lidského mozku, prodlouží se tím doba lidského života. (Hocman, 1985) Pro dlouhý život si vytváříme dispozice od dětství. Nejvíce asi chybujeme v rané dospělosti, tedy v čase, kdy si vytváříme vlastní rodinu a není tedy prioritní péče o vlastní tělo a duši, protože žijeme pocitem, že jsme mladí a tudíž kypíme zdravím. Zahájit boj proti stárnutí můžeme v každém okamžiku života, ale započít bychom měli opravdu v mladosti. (Dienstbier, 2009) Jak tedy oddálit stáří a prodloužit mladost? Běžné, normální (tzv. fyziologické) stárnutí a stáří je dáno jednak genetickým zakódováním, jednak si ho ovlivňujeme sami svým způsobem života, výběrem životního prostředí, způsobem stravování atd., tedy různou řadou faktorů, ať negativních, nebo pozitivních. V tom je největší problém, při hledání prevence stárnutí, neboť se jedná o proces multifaktoriální a stále nám bohužel nejsou známy všichni činitelé, na stárnutí působící. Tušíme pouze, že někteří jsou ve vzájemné interakci, ale nemůžeme čekat, že by tím byli prakticky ovlivnitelní. (Pacovský, Heřmanová, 1981)

1.3.1 Ovlivnění ekologickými faktory

Komplex činitelů z venkovního prostředí má nesporný vliv na kvalitu života, nástup stárnutí, jeho průběh i délku života samotného. Zkoumáním těchto vztahů mezi prostředím a stárnutím se zabývá vědní obor gerontologická ekologie. Výsledkem je „geografie dlouhověkosti“, tedy zjištění, kde působí na obyvatele zvláštní, specifické ekologické podmínky. Dle některých zveřejněných studií je prokázáno, že nekouřící ženatý muž, povoláním farmář, bude žít v průměru o 22 let déle, než stejně staří, avšak svobodní mládenci ve městech, navíc kouřící dva balíčky cigaret denně. Znalosti z gerontologické ekologie lze významně využít v prevenci stárnutí a stáří a to důrazným apelem na včasné odstraňování faktorů negativně působících (obezita, kouření) a ve velké míře rozvíjet faktory pozitivní. Například obezita velmi výrazně zrychluje stárnutí, tedy tloustnout, znamená stárnout. V prevenci se musíme zaměřit na kladné působení správné výživy a udržování aktivity do pozdního věku. Redukční dieta a pravidelný pohyb jsou velmi účinným lékem v boji proti stárnutí. Ale

nejde jen o správnou výživu, musíme se hlavně zamyslet, jak i jinak si sami škodíme... Vědci přednesli již několik důkazů o škodlivosti kouření. Z pitevních nálezů vyplývá, že silný kuřák má mnohem nižší šance na dožití vyššího věku, než nekuřák. Většina silných kuřáků zemře na choroby způsobené právě kouřením, a to před dožitím 70. věku života. (Pacovský, Heřmanová, 1981)

1.3.2 Vliv dědičných faktorů

Jsou rodiny, ve kterých dostanete do života jako cenný genetický dar dlouhověkost. Ta je v tomto případě dědičně daná. Naproti tomu v jiných rodinách se ve zvýšené míře umírá na nemoci srdce (infarkty myokardu), vysoký krevní tlak, cukrovku, či rakoviny různého druhu (prsu, tlustého střeva, prostaty atd.). S o to větší důležitostí a otevřeností je v těchto rodinách nutné včasné hovořit o rizicích a dbát na včasnou prevenci zdraví s omezením všech možných rizik u všech jejich členů. (Dienstbier, 2009) Vědci na celém světě se proto snaží rozkódovat tzv. genetické predispozice délky života, jejich genetické naprogramování. To je ale pro každý živočišný druh zvláštní. V budoucnu snad bude možné si představit, že se podaří genetickému inženýrství odstranit z buněk nahromaděné chyby a nahradit je naopak funkčními, zdravými geny, nebo snad i vpravení „genu dlouhověkosti“. Do té doby se budeme muset smířit se skutečností, že v našich genech je uložena informace o tom, jak dlouho bude každá buňka v našem těle žít. Velmi intenzivně se studují způsoby, jak ochránit genetický materiál buněk před škodlivinami všeho druhu, zpravidla před výsledkem vlastního metabolismu, např. antioxidanty se jeví jako velmi účinná ochrana před volnými radikály, kterých ve stáří enormně přibývá. (Pacovský, Heřmanová, 1981) Výhodou naprogramovaného stárnutí je, že ačkoliv se nám to nemusí líbit, stárnutí a smrt přispívá k zachování druhu, jelikož staří, nemocní jedinci umírají potřebnou rychlostí proto, aby ustoupili a přenechali prostor novým, mladším generacím. (Vigué, 2006)

„Již v antice se objevila spekulativní představa stárnutí jako ubývání nějaké významné substance. Hippokrates⁷ spekoval o ztrátě vlhka, Aristoteles⁸ o ztrátě tepla. Galénos⁹ chápal stáří jako stav mezi zdravím a nemocí, navozený změnami tělesných šťáv s úbytkem vlhka, tepla i krve.“ (Kalvach, Geriatrie a gerontologie, str. 68). Tělesné buňky mají časově omezenou životnost. Uvádí se, že přibližně každých sedm let naše buňky umírají a jsou nahrazeny novými. Pouze v nervovém systému se nové nevytvoří, zde jsou trvale ztraceny bez náhrady. Nově tvořené buňky nejsou kopie buněk předešlých, tak jako se od sebe nepatrně liší jednovaječná dvojčata, tak se od sebe liší i další generace nově vytvořených buněk. Také lidský genom podléhá změnám a to jak prostředím, tak stravou. Vědci se zabývali pozorováním lidí v rozmezí několika let a zjistili, že ke změnám opravdu dochází a že rozsah změn u příslušníků jedné rodiny bývá stejný. Vyplynulo z toho tedy, že reduplikační schopnost buněk klesá s přibývajícím věkem. Organismus postupně slábne, unavuje se a není schopen vyrábět své přesné kopie na buněčné bázi, anebo vyrábí genetické zmetky. (Dienstbier, 2009)

1.4 Krize

Různé životní skutečnosti sebou mohou přinášet jisté druhy krizí:

První krize-tělesné změny-vnitřní, vnější

⁷ Hippokrates- Hippokrates z Kósu (Hippokrates), nejslavnější lékař antického Řecka a filozof, zakladatel lékařské školy, podle níž je nemoc přirozený stav a proces, a autor prvního uceleného etického kodexu v lékařství (tzv. Hippokratova přísaha

⁸ Aristoteles- Aristotelés ze Stageiry byl filosof vrcholného období řecké filosofie, nejvýznamnější žák Platonův a vychovatel Alexandra Makedonského. Jeho rozsáhlé encyklopedické dílo položilo základy mnoha věd.

⁹ Klaudios Galénos (latinsky Claudius Galenus), známý spíše jako Galén, byl jeden z nejznámějších starověkých lékařů (patřil k lékařské škole tzv. fyziků). Byl také významným filosofem pozdní antiky a originálním logikem. Jeho jméno Claudius v řeckých zdrojích chybí a objevuje se až v renesanci.

Druhá krize-ztráta sociální a rodičovské role-odchod do důchodu

Třetí krize-ztráta důležitých osob- vdovství, samota

Čtvrtá krize-pokles činnosti-pocit zbytečnosti

Pátá krize-střet, uvědomění si vlastní smrti-přijetí, odmítnut, úzkost, strach (Vigué, 2006)

1.5 Změny vyvolané stárnutím

1.5.1 Tělesné změny

V průběhu života prochází naše myšlení i tělo několika etapami- růstem, dospělostí a stářím. Rychlost, se kterou se toto děje, je u každého individuální, nicméně, všichni se k výsledku dopracujeme. Nastávají změny morfoloické (struktury tkání) a funkční. (Vigué, 2006) Navíc se přidává možnost negativní změny v autoimunitním systému, kdy buňky, které původně pracovaly jako ochrana proti infekcím, začnou vlastní tělo napadat a způsobí nemoc. Tento zásah se nemusí udát jen ve stáří. Někteří odborníci tvrdí, že již od 30. roku věku se obnovovací schopnost organismu každým rokem snižuje až o 1 %, přičemž úbytek je mnohem vážnější v souhrnu, než v samostatných orgánech. Přesto zůstává většina funkcí organismu zachována a je plně dostačující do konce života, neboť funkčnost orgánů je schopna přesáhnout délku života těla (tzv. funkční rezerva). (Vigué, 2006) Vlivem této rezervy (výjimku tvoří činnost srdce a ledvin) se při stárnutí normálním způsobem kvalita života velmi nemění. Spíše jsou to úrazy, nehody, toxiny, choroby, které určují úroveň neschopnosti, která se zvyšuje s přibývajícím věkem. Pokles autoimunitního systému, nebo úbytek efektivity hormonální soustavy je geneticky naprogramován, z čehož plyne, že mají v sobě naprogramované stárnutí. (Dienstbier, 2009) Mladý člověk má v těle zhruba 60% vody, u starého člověka se snižuje na 50%, čímž ubývá svalové hmoty a tím ztrácíme sílu a fyzickou výkonnost. To všechno má za následek úbytek tekutin v množství 10 %. Tímto snížením vody se naše tělo dehydratuje a dochází k úbytku poklesu vody uvnitř buněk. Jak

nám ubývá svalové hmoty, tak nám roste hmota tuková a ta se začíná ukládat i na jiných místech, než dříve. Tuk se ukládá v oblasti těla, břicha, tím se snižuje kvalita kostního aparátu, kosti se začínají více lámat, rozvíjí se osteoporóza, všechny vnitřní orgány se zmenšují a snižují svou hmotnost. Existuje i zde pár výjimek jako např. prostata u mužů. Jako první orgány nás ale opouští zrak a sluch. (Vigué, 2006)

„Nejen stárnutí, ale také postup mnoha zdravotních chorob by brzy mohla zastavit věda. Biologové nyní zjišťují, jak dát lidem „50 aktivních let po 50. narozeninách“. Století lidé v tělech padesátníků? Vědci tvrdí, že je to reálné. Polovina dětí, které se dnes rodí například ve Velké Británii, by se díky dnešní životní úrovni mohla dožít sta let. Problém je ale v tom, že naše těla se opotřebovávají stejně jako dřív. Vědci z University v Leedsu dostali 50 milionů liber (1,4 miliardy Kč) na výzkum inovativních přístupů, jejichž cílem je zastavit stárnutí na úrovni padesáti let. Mají v plánu dávat penzistům nové tkáně vytvořené z jejich vlastních buněk a pozornost věnují i trvanlivosti implantátů.“ (tn.cz / KORZO, Věda by již brzy mohla zastavit stárnutí) [online] [21-10-2009] [cit. 2011-11-05].

Ve stáří se také nevyhneme změnám ve vnější podobě. Naše tělesná výška se zhruba od 40. roku snižuje přibližně za jedno desetiletí o jeden centimetr. Trup sílí a končetiny slábnou. Páteřní křivka se zvýrazňuje a mění se způsob naší chůze. Naše kroky jsou mnohem menší, kůže ochabuje, ztrácí elasticitu díky úbytku kolagenu a tím se tvoří vrásky, vlasy rostou pomaleji, jsou křehčí, více se lámou, vypadávají. U mužů často začíná kštice velice výrazně řídnout, což často končí holohlavostí. Navíc jako důsledek ztráty melaninu začínají vlasy šedivět, nehty sílí, objevuje se na nich rýhování a je těžší je stříhat. (Vigué, 2006) Podle vrásek můžeme předpovídat hustotu kostí v přechodu. Nová studie ukazuje, že čím horší vrásky má žena na počátku menopauzy, tím více je ohrožena řídnutím kostí a zlomeninami. Tento vztah se projevoval na celé kostře a byl zcela nezávislý na věku, stavbě těla a dalších faktorech, které hustotu kostí ovlivňují. Autoři studie svůj objev vysvětlují tím, že kůže i kosti

sdílejí stejný stavební materiál v podobě bílkovin kolagenů. Ty se s věkem mění a přispívají nejen ke změnám vzhledu kůže, ale i kvality kostí. (The Endocrine-Society, Redakce ČRo Leonardo, Čím horší vrásky, tím řidší kosti [online] [06-06-2011] [cit. 2011-12-10].

1.5.2 Sociální změny- změny individuálních vlastností

Pak jsou tady změny související s odchodem do důchodu. Člověk náhle změní žebříček svých hodnot, už není na prvním místě práce a povinnost. S tím na druhou stranu souvisí i úbytek sociálních vazeb a pokles ekonomických příjmů. Na tuto situaci je potřeba v rozumném časovém horizontu začít připravovat. (Vigué, 2006) „Přechod mezi ekonomickou aktivitou a ekonomickou neaktivitou by měl být více flexibilní. Důchodový věk by neměl stavět jedince před volbu pouze mezi dvěma možnostmi, mezi úplným odchodem z trhu práce a plným setrváním na trhu práce. Zaměstnavatelé by měli ve spolupráci se sociálními partnery rozvíjet politiku vůči starším a bývalým zaměstnancům a podporovat je ve větší a kvalitnější účasti na trhu práce. Starší osoby mohou setrvat déle na trhu práce, pokud k tomu dostanou příležitost a budou pro ně vytvořena kvalitní pracovní místa.“ (MPSV ČR, Národní program přípravy...) [online] [01-08-2008] [cit. 2012-01-12]

„V dobách, kdy byl přechod do důchodu velmi ostrý, narazil právě pensionovaný „starý“ člověk na „prázdnou“. Nejprve si odpočinul a užíval slastných pár týdnů nic nedělání, aby procítl do „nekonečného“ času. Mnozí senioři zaujímali pozici jakéhosi očekávání, že teď nastanou ty pravé žně a zlaté časy „trvalé dovolené“. Nepřicházející vinobraní i pasivní očekávání věcí příštích bylo většinou střídáno nejen zklamáním, ale i poznáním, že je třeba žít jinak než dosud. V době socialismu byl dáván důraz na nejrůznější individuální zájmy, tedy koníčky. Svá hobby pěstovali především muži, i když řadě z nich byla překážkou finanční insolventnost. Ženy, které přešly do důchodu a měly děti, se automaticky ujímaly svých prarodičovských rolí a jejich dospělí potomci nezdědka plánovali děti tak, aby dcery a snachy mohly být vystřídaný a vrátit se zpět do práce. Bezdětní důchodci, nebo ti, kterým nebylo zatím dopřá-

no prarodičovství, se realizovali na svých chatách, chalupách. Faktem je, že všichni i když pociťovali diskontinuitu generací, resp. „násilné“ odtržení stáří od předchozích etap života, které bylo jen zřídka přerušeno cílenými akcemi, když bývalí zaměstnavatelé pozvali „své“ důchodce na nějakou společenskou akci. Byl-li důchodce pozván k přátelskému setkání do závodu, kde léta pracoval, většinou neodmítl. Byl rád, že se setkal se svými bývalými kolegy, těšil se, že se dozví, co nového se v podniku stalo a absolvoval pečlivě připravený kulturní program, doplněný pohoštěním. Pak ale přišel domů a neměl-li svůj osobní nosný životní program, čekala ho zde prázdnota dlouhých dní. Radostné očekávání dalších setkání seniorům „kazily“ dvě okolnosti. Kromě pozitivních zpráv se na setkáních dozvídal, kdo stárně a kdo zemřel. Navíc je třeba zdůraznit, že aktivita ležela výhradně na ekonomicky aktivních občanech, kteří sice podle svého nejlepšího vědomí organizovali akce pro „své“ důchodce, ale činili tak výhradně bez nich. Seniorům byla vymezena role pasivních a vděčných příjemců jejich laskavosti.“ (Haškovcová, 2010, str. 123)

Lidská společnost si váží a oceňuje schopnosti pracovat, vytvářet hodnoty a spotřebovávat. I přesto, že starý člověk odešel do důchodu a není tedy pracovně činný, se může zapojit do fungování společnosti. Nabízí se členství v různých spolcích, organizacích, politických stranách, či náboženských skupinách. Nejlepší je najít si svou aktivitu podle celoživotního zaměření a tak se zapojit do života společnosti. (Vigué, 2006) „Starší lidé jsou na trhu práce i v dalších oblastech vnímání stereotypně. Věková diskriminace a vyloučení z trhu práce vede k vyloučení ze společnosti. Věková diskriminace se může týkat každého jednotlivce, jak prochází jednotlivými životními fázemi. Věkové role a normy regulují sociální vztahy. Je však třeba zabránit stereotypům a změnit přístup ke stárnutí a starším lidem. Žádoucí je změna postoje k této rizikové skupině jak ze strany zaměstnavatelů, tak celé společnosti. V zaměstnání, stejně jako jinde v životě, musí být člověk hodnocen podle svých schopností a dovedností. Je žádoucí vyhnout se stigmatizaci starších osob jako méně flexibilních a méně produktivních.“ (MPSV ČR, Národní program přípravy...) [online] [01-08-2008] [cit. 2012-01-12]

1.5.3 Změny psychiky

S přibývajícím věkem se paměť více vrací do minulosti, i když fantazie a kreativita zůstávají zachovány. Změny probíhají ve snížení celkových intelektuálních schopností. Klesá schopnost celkové adaptace, což se výrazně projevuje ve všech nových situacích, kdy bývají senioři nejistí, nebo úzkostní, často podezíravý. Hlavní obrat nastává v menší spontánnosti myšlení, mění se k horšímu schopnost řeči, vyjadřování a tím také klesá způsobilost paměti zapamatovat si nové události. Krátkodobá paměť se výrazně zhoršuje.

Nedá se říci, že u starého člověka pozorujeme naprosto opačné vlastnosti, než měl dříve. Pouze obecně platí, že ty vlastnosti, které již měl, se časem zesilují, nebo zeslabují. Starostlivost se může změnit v úzkostnost, spoušť v lakotu atd. Člověk je mnohem méně adaptabilní, nemá rád výrazné životní změny, trvá na svých stereotypech a návycích, často bývá méně empatický, či přecitlivělý. Skoro každý senior má obavu, že bude ošizen, okraden. Proto nedůvěřivě navazuje nové kontakty, vyhýbá se novinkám technického rázu, i když by mu mohly výrazně pomoci, nechce se učit nic nového. Většinu času se zdá, že žije ve vzpomínkách, bilancuje uplynulý život, a více, nebo méně se snaží vyrovnat s faktem blížícího se konce. Zakončí-li někdo své vzpomínky svého žití s pocitem nenaplnění, bude se asi těžko smířovat s koncem svého bytí, než člověk vyrovaný a spokojený.

Charakter člověka se věkem nemění. Výjimku ovšem může tvořit patologický stav, který může s přibývajícím věkem nastat, např. demence. Objevuje, nebo zhoršuje se strach z neznámého, nebo nového, což může komplikovat život senioru samotnému, i jeho okolí. I když všechny změny neprobíhají najednou a společně a jejich spuštění není přesně naprogramováno přesto některé události v životě člověka, jako odchod dítěte z domova - syndrom prázdného hnízda, nebo ukončení pracovního procesu, ženská menopauza, mužské klimakterium, postupné snižování tělesných schopností, změny vzhledu, mohou v člověku vyvolat určité úzkosti, nebo psychické problémy, které mohou vyústit až do existenční krize. (Vigué, 2006)

„Tzv. prázdné hnízdo, vzniklé odchodem dětí, je v psychické rovině prožíváno velmi intenzivně. Někteří odborníci používají pro období „od prázdného hnízda po odchod do penze“ termín interviální rodina. Ta má ovšem také své přednosti; zejména ženy-matky si po letech zaměstnanecké práce a stereotypní péče o děti a domácnost mohou vydechnout, zvolnit tempo a věnovat se více sobě i svým zálibám. Stesk po odchodu dětí bývá výrazný, někdy až bolestný, vzácně může mít dokonce patologický charakter. Stává se, že partneři už nemají společné téma, a v přesvědčení, že už je opravdu „nic“ nedrží dohromady, se rozcházejí a rozvádějí. Když dospělé děti opustí své rodiče, začíná proces, který bývá označován jako gerontizace¹⁰ rodiny.“ (Haškovcová, 2010, str. 153-154). Proto je dobré už s delším časovým předstihem, počínaje 50. rokem začít s přípravou na stáří, připravit se na změny, naplánovat si další život, jeho aktivity a jakým směrem chceme, aby se dále ubíral.

„Muž je tak starý, jak se cítí, žena je tak stará, jak vypadá.“

Michael Collins

1.6 Psychologie stárnutí a stáří

Vystihnout povahové rysy seniorů není jednoduché a neměli bychom se tedy spokojovat pouze s tím, že stárnutím ubývá psychických sil, jelikož nevíme, jaké osudy, jaké skutečnosti, zážitky člověk měl. Navíc mnohé vlastnosti rádi připisujeme stáří, což nemusí být pravdou. Většina jsou právě individuální vlastnosti jednotlivých lidí, pouze jakoby více zvýrazněné věkem. Proto se stává, že z dříve velmi šetrného člověka je náhle lakomý stařík, ten, kdo rád vyhledával slovní přestřelky je nesnášenlivý a vztahovačný a nádherná lvice salonů, se může stářím změnit na zlou, pomstychtivou a závistivou ženu jenom proto, že není schopná přijmout fakt, že jde o přirozený řád života. Nemůžeme se potom divit, že většina společnosti se dívá na seniory pouze z pohledu negativního, nikdo se nezajímá proč je ten člověk takový, či onaký, nemáme čas

¹⁰ geron-stařec, stařena, gerontizace-stárnutí

starat se a snažit pochopit, co ho vedlo k takovým názorům, či skutkům. I z historie se těžce dohledává, jaká byla situace v dřívějších dobách, nic takového se nesledovalo, nebyl na to totiž čas. Lidé měli také jiné důležitější věci na starost, celé dny těžce pracovali, aby sebe i své děti uživili a sami doufali, že se dožijí aspoň středního věku. Psychologické aspekty stáří se staly předmětem odborného zájmu prakticky až ve 20. století. (Haškovcová, 2010) „Psychologické aspekty stárnutí jsou metodicky obtížně přístupné. Důvod spočívá v tom, že stárnutí organismu je postupný proces, a je otázkou, kdy vlastně přichází ten zvrát, kdy „zestárla duše“. Určitou dobu byla studována především psychika starších a starých nemocných lidí, kterým byla poskytována určitá zdravotnická pomoc nebo sociální péče. Dominovala problematika zájmu o praktickou fyzickou a následně i psychickou soběstačnost.“ (Haškovcová, 2010, str. 145)

S věkem nepochybně klesá vitalita. Dochází k celkovému zpomalení psychomotorického tempa a je vhodné zmínit pomalejší až rozvláchnou řeč, umenšení gest a pokles jejich frekvence. Většina seniorů špatně vidí i slyší, také jejich pohyblivost je velmi omezená, pomoc od jiných si vysvětlují leckdy špatně, často mohou jednat nepatříčně, mohou jednat vztahovačně, a proto se jeví okolí jako celkem „nemožní, protivní a nesnesitelní“. Stávají se závislími na svém okolí, což nesou velice nelibě a vlastní neschopnost, omezenost, či závislost na pomoci druhých je ještě více deptá, připadá jim nedůstojná a někdy také ponižující. Nabízenou pomoc mnohdy můžou odmítat. Velmi těžká situace pro křehkou psychiku starého člověka nastává, pokud si senior začne uvědomovat, že mu pomalu odchází i jeho vrstevníci, v tom případě již nenačází vhodné protějšky na vzpomínání o společném známém světě. V těchto případech bývá typické rozumování, začnou ještě více přemýšlet o smyslu konečnosti v lidském životě, o tom, jak se svým životem během let naložili, zda stihli udělat to, co si v mládí předsevzali, zda není na světě nikdo, komu ublížili... „Psychologické studie ukázaly, že očekávání nějaké příjemné události-oslavy narozenin, vánoční dárky nebo dokončení nějaké práce-může „odsunout“ blížící se smrt starých či nemocných lidí na období po dané události. Studie úmrtí 1300 starých lidí, kteří připisovali velký význam oslavě svých narozenin, ukázala, že pravděpodobnost jejich úmrtí byla významně vyšší

v měsíci po oslavě narozenin než v měsíci před nimi.“ (Hocman, 1985, str. 80-81) Může se také začít projevat ve větší míře smutek, deprese, rozmrzelost. To může být důsledkem zvýšené únavnosti, nedostatkem spánku, kterým často senioři trpí. „Zvyšuje se sklon k úzkosti až agitovanosti. Velmi častá je deprese a podezíravost. Lze říci, že na podněty, zážitky a situace, jež u mladého vyvolávají neurosu nebo psychosomatické poruchy, reaguje starý člověk depresí nebo paranoiditou.¹¹“ (Pacovský, Heřmanová, Gerontologie, 1981, str. 81) Mohou se odvracet i od současných problémů na světě, uzavírat se do sebe, být introvertní¹², egocentriční¹³. S postupem věku dochází k oploštění emotivity. „Bývají oslabeny vyšší city, například láska k vlasti. Také sociální citění bývá někdy sníženo, jakoby smazáno. V důsledku toho se někteří staří lidé chovají nejen nekorektně, ale dopouštějí se i tzv. společenských nehorázností. Dělají sobě, což si neuvědomují, i svým blízkým, kteří si to naopak velmi dobře uvědomují, ostudu. Nevhodné porušování i základních pravidel společenského styku může být ještě násobeno ztrátou zájmu o svůj vzhled. Výsledkem je nevábný, často zapáchající zevnějšek, zanedbaný a nečistý byt apod. Takto vyhlížející senior odpuzuje okolí a ještě více se vzdaluje společnosti. Charakteristický „pach staroby“ navíc přispívá k negativnímu pojetí stáří. Bývají lítostiví, i malý podnět v nich vzbudí nejen dojetí, ale překvapivě i emotivní výbuch. Plačtivost, lítostivost, právě tak jako paličatost, vzdorovitost a negativistické projevy ke všem a všemu je možné častěji vidat u starých nemocných osob.“ (Haškovcová, 2010, str. 154-155)

„Všechny změny však nesměřují vždy k horšímu. Často se např. zvyšuje vytrvalost, zvláště v monotónní tělesné i duševní činnosti. Většinou se také stupňuje trpělivost a pochopení pro motivy jednání stejně starých nebo jen o

¹¹ paranoidita, paranoia- pošetilost, šílenství- je duševní porucha, vyznačující se bludy, chorobnými představami o vlastním ohrožení a stíháním.

¹² introvert- se „obracejí dovnitř“, bývají přemýšliví a mlčenliví, snaží si zachovat odstup a mohou se jevit jako nespolečenští

¹³ egocentrik- člověk zaměřený sám na sebe, sebe-upřednostňující, sebestředný

málo mladších lidí. Protože u normálního stáří netrpí soudnost a zlepšuje se rozvaha, platí stále staré učení o moudrých starcích. Starý člověk projevuje větší stálost ve svých názorech a ve svých vztazích. Ve vlastním jednání je opatrnější a obezřetnější. Skoro bez úbytku je zachována slovní zásoba.“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, str. 81) „Zajímavé jsou výsledky studií, které dokládají, že navzdory různým potížím není intelektuální úroveň seniorů výrazně poškozena a může dokonce vzrůstat. To lze pozorovat u celé řady významných i neznámých lidí. V každém případě je to „přesvědčivým dokladem toho, že funkční úroveň osobnosti může značně převyšovat úroveň biologické struktury. Proto je na místě zdůrazňovat existenci pozdní kreativity a hodnotný obsah prožívaného času ubývajících dnů.“ (Haškovcová, 2010, str. 156) „Z psychologického hlediska jsou intenzivně studovány poruchy paměti, které laická veřejnost považuje za typické projevy stáří. Na mysli bývá zejména častější zapomnětlivost, která ovšem není výhradním rysem stárnoucího člověka, neboť i mladí lidé „mají sklerózu“. Paměť má různé kvality: rozlišujeme paměť krátkodobou, dlouhodobou, profesní, specifickou (pro prostor, čísla atd.) Je nesporné, že ve stáří dochází k pravidelnému snížení vstřípivosti a výbavnosti, což jsou podstatné složky paměti, ale netvoří paměť celou.“ (Haškovcová, 2010, str. 146) „Pozoruje se snížená nápaditost, objektivnost, vynalézavost. Geront se nerad rozhoduje, takže působí často dojmem bezradnosti. Pomaleji řeší situace a úkoly, ale pokud není deteriorován¹⁴, vzhledem ke svým bohatým zkušenostem nikoli nesprávně, ba někdy překvapivě geniálně.“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, str. 81) „Ukazuje se, že udržení vysokých schopností až do stáří je vždy výrazem silné integrované¹⁵ osobnosti s prospektivním zaměřením. Skutečností však zůstává, že v průběhu vývojové křivky života člověka dochází k zákonitým změnám v poznávacích schopnostech u řady psychických procesů od změn počítkových prahů, vnímání, percepčně motorické koordinace, paměťových

¹⁴ deteriorace- dočasné, krátkodobé snížení, zhoršení, redukování, degradování schopností a dovedností nebo progresivní, postupně se zhoršující výkonnost.

¹⁵ integrace-sjednocení, ucelení, splynutí

funkcí až po nejvyšší intelektové výkony. To vše zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života seniora. Kvalita života, seberealizace a interakce s okolím jsou ve stáří často ohroženými hodnotami, včetně extrémních případů segregace¹⁶, diskriminace¹⁷, ztráty smyslu života, sociální deprivace¹⁸ či bilančních sebevražd¹⁹.“ (Zacharová, 2010)

1.7 Plastická doba

V poslední době se periodika i média začala zajímat o tzv. kult mládí. Jsou nám předváděny filmové hvězdy, zpěvačky a jiné celebrity po umělých plastických zákrocích, z televize, reklam, billboardů na nás hledí samé mladé, krásné, úspěšné krasavice a krasavci, světoznámé modelky ... stává se módní záležitostí dbát v první řadě na svůj vzhled, protože jen s dokonalou krásnou tváří můžeme být úspěšní, šťastní, bohatí. A plastiky? Ty nám mají povětšinou zamaskovat jejich počátky stárnutí, což samozřejmě v jejich případech může vést ke ztrátě popularity, pracovních nabídek. Potud by to snad ještě bylo k pochopení. Potom tady máme další skupinu lidí, povětšinou žen převážně z Jižní Ameriky, nebo Číny, které jakmile je to možné nechají na svém těle přeoperovat vše, co nesplňuje atributy atraktivity podle dnešních měřítek. Má jim to zajistit kromě vůbec jakéhokoliv lepšího pracovního zařazení také možnost lépe se vdát. Tento trend posledních let samozřejmě působí i na ženy i muže v České republice. Kosmetické salony se otevírají na každém rohu, někdy dokonce přímo spolupracují s klinikami estetické-plastické chirurgie. Navštěvují je ženy i muži (tento trend u mužů se významně zvyšuje) a jsou ochotni celé roky šetřit, dokonce se i zadlužit na zbytek života, jen aby vypadali

¹⁶ segregace- slovo znamená obecně oddělování, odlučování, vylučování

¹⁷ diskriminace-rozlišování

¹⁸ deprivace- označuje nedostatečné uspokojení důležité psychické, sociální, či fyzické potřeby jednotlivce

¹⁹ bilanční sebevražda-plánovaná

podle měřítek poslední doby. Necháávají se vylepšovat různými implantáty, výplněmi, používají na svých tělech různé náhražky-vlasy, nehty, řasy, zuby atd.

Novinkou je zmrazení vlastních tukových přebytků na stáří, kdy se bude moci opět vpravit do těla a vyplnit tak potřebná ochablá místa. „Podle posledních statistik z Britské asociace plastických chirurgů (BAAPS), se v loňském roce zvýšila o 21 procent poptávka po plastických operacích mužů, a to navzdory stále trvající ekonomické krizi. Největší nárůst (až o 80 %) pak zaznamenala tzv. gynekomastie²⁰ - neboli zmenšení prsou u mužů, která spolu s operacemi nosu, liposukcemi²¹, korekcemi ušních boltců a odstraněním "pytlů" pod očima, patří mezi pět nejoblíbenějších plastických operací u mužů.“ (Sokolová D., Proč stále více mužů podstupuje plastickou operaci [online] [12-01-2011] [2011-11-05]. Stoupl i počet klientů estetických zákroků starších 51 let. „Zatímco například v roce 2006 tvořila tato věková skupina pouhé 4 % žen a 18 % mužů veškeré klientely estetických chirurgů, v roce 2010 to bylo 26 % žen a 32 % mužů ve věku 51 a více let. Ženy i nadále nejčastěji podstupují zvětšení prsou, pak operace očních víček a až poté liposukci, u mužů první pozici zaujímají oční víčka, následuje liposukce a odstranění zbytnělé prsní žlázy, tzv. gynekomastie.“ (Das, U Čechů roste zájem o plastické operace, zneužívají toho neatestovaní lékaři [online] [05-10-2011] [cit. 2011-10-05]. „Některé ženy kolem čtyřicítky a padesátky začínají trpět obsesí²² trvalého zkrášlování ve snaze zachovat si věčné mládí. Pro toto umělé obnovování fyzické mladosti a potlačování typických projevů stárnutí již odborníci našli termín - youthaholismus²³. Kultu mládí propadají také osoby, které se bojí smrti. Pro ně je překročení věkové hranice padesáti let vkročením na cestu smrti. I tyto oso-

²⁰ gynekomastie-zmenšení prsou u mužů

²¹ liposukce-odsávání tuku

²² obsese-posedlost, vtíravé nutkavé myšlenky

²³ youthaholismus-chorobná touha po věčném mládí

by se snaží ošálit věk za jakoukoliv cenu.“ (Zarzycká K., Youthaholismus aneb Chorobná touha po věčném mládí) [online] [11-07-2010][cit. 2011-11-05]. V roce 2007 Američané za zákroky plastické chirurgie utratili 13 miliard dolarů. Nechali si udělat 11,7 miliónu zkrášlovacích zákroků, to je o třetinu víc než v roce 2001. Zvětšení prsů si vyžádalo téměř 400 tisíc žen, liposukci jen o pár tisíc méně. Třetím nejčastějším zákrokem (208 tisíc) bylo „vytažení“ očních víček, následované podvázáním žaludku (180 tisíc) a zmenšením prsů (153 tisíc). 58 tisíc mužů podstoupilo liposukci, 35 tisíc odstranění vrásek kolem očí, třetí nejčastější zákrok byl vytvarování nosu (téměř 32 tisíc), možná překvapivě 20 tisíc mužů si nechalo zmenšit prsa a 16,5 tisíce si jich vyžádalo transplantaci vlasů. Z nechirurgických zákroků u žen i mužů zcela výrazně vedla injekční aplikace botoxu, ať už šlo o vyhlazení vrásek, úpravu rtů či jiné „vylepšení“. Podstoupily ji tři milióny Američanů. (Petrželka A., Velké pozadí: dříve tabu, dnes móda) [online] [03-01-2012] [cit. 2012-02-03].

Je jisté, že každý z nás chce vypadat a cítit se dobře, ale pokud jsme to ještě pořád my a kde se tento trend zastaví? Je zajímavé, že starší lidé, nebo již v důchodovém věku i kdyby měli dostatek financí, se těchto zákroků až tak často neúčastní. Čím to je? Jsou se sebou tak spokojeni, nebo je jim líto peněz, nebo mají strach ze zásahů do těla, nebo se jim to už na těch „pár“ let nevyplácí? Z toho všeho vyplývá, že každý z nás je jiný, ale na všechny působí síla okolí, a je otázkou jak tento tlak ustát.

1.8 Psychologická adaptace na stáří

„Stárnutí začíná v momentě, kdy člověk dává v životě přednost událostem spojeným s jeho vnitřním světem před společenskými událostmi a osobní angažovaností v nich. Lékem proti stárnutí je aktivní duševní a tělesná činnost. Lékem je společenský život, kulturní život vedle pracovních povinností.“ (Dienstbier, 2009, str. 33) „Od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná vlastně problém jeho psychologické adaptace na stárnutí a stáří. Tento okamžik nelze určit např. dotazníkem. Rozhodně nikterak nesouvisí s kalendářním věkem. Solidní výzkumy musí důkladně retrospektivně zkoumat

celou životní dráhu jedince, protože na ní do značné míry záleží adaptace na stáří. Proč se někomu lépe a jinému hůře daří překonávat sérii významných krizí, které se stářím nesporně souvisí, např. odchod do důchodu, postupnou ztrátu samostatnosti a růst závislosti, změnu společenského statutu, ztrátu životního partnera, očekávání smrti? Adaptace²⁴ zřejmě závisí na mnoha faktorech a její průběh nelze ani složitým testováním předem odhadnout. Rozhoduje interakce jedince s prostředím, vitalita a zdravotní stav jedince, ekonomická jistota, normy a očekávání společnosti. Velmi významná pro adaptaci na stáří je osobnost jedince v rozsahu celé životní dráhy, protože lidský život má svou kontinuitu. Jedince, kteří dovedou „držet krok“ i v druhé polovině svého života, charakterizuje schopnost vytěžit ze zkušeností celého předchozího života co nejvíce pro zvládnutí situací, s nimiž je starý člověk konfrontován. Lidé, kteří se již v mládí obtížně přizpůsobovali např. změnám pracovních postupů, společenských vztahů a rodinného života, trpí často dezadaptací²⁵ i ve stáří. První zážitek stárnutí bývá pro ně rozčarováním, přichází nečekaně, jedinec se cítí, jak by byl najednou oddělen od předcházejícího života. Úspěšná adaptace naopak kladně koreluje s osobní budoucností. Neplatí obecně, že staří lidé žijí jen v minulosti. I starý člověk má svou perspektivu, ovšem specifickou a plnou zvláštností.“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, str. 82-83)

O úspěšném, či neúspěšném stáří se rozhoduje po celý život. „...jestliže si uvědomíme přirozenou konečnost lidského bytí, toto vědomí nám pomůže naplnit náš život hodnotnými, pro nás všechny cennými skutky. Právě to, že nejsme zde na Zemi věčně, má nás vést k tomu, abychom svůj omezený čas vyplnili činnou aktivitou, svou dobrou vůlí a snahou o užitečnou práci pro blaho celé lidské společnosti.“ (Hocman, 1985, str. 104)

²⁴ adaptace-přizpůsobení se

²⁵ dezadaptace -podmíněna vynecháním či oslabením pravidelných podnětů. Tato skutečnost vede k poklesu či vymizení projevů adaptace.

1.9 Prevence stárnutí

„Ústředním motivem přípravy na stáří je snaha přesvědčit jedince již ve středním věku o nutnosti promyšleného, plánovitého přístupu, který zahrnuje všechny oblasti nezbytné k racionálnímu způsobu života ve stáří. Koncepce se netýká pouze pohybu, ale preferuje celostní přístup. Jde v zásadě o psychosociální orientaci lidí, kteří stojí před odchodem z pravidelné pracovní aktivity.“ (Štílec, Program aktivního stylu života pro seniory, 2004, str. 21) „Prevence je neustálý, za života člověka nikdy neukončený proces. Stárnutí a stáří je nutno ovlivňovat mnohem dříve, než se klinicky manifestuje, na druhé straně nemůžeme zastavit preventivní opatření ani u nemocného člověka ve vysokém věku (např. prevence úplné závislosti, příprava na klidné umírání a pokojnou smrt). Začátek prevence vlastně neznáme. Rozhodně začíná dříve než početí a než prenatalní vývoj nového jedince. Zdá se, že o mnoha kvalitách postnatálního života jedince (a dokonce i o jeho stáří) se rozhoduje mnohem dříve, než jsme donedávna tušili. V tomto směru jsou možná obzvláště významná tzv. kritická vývojová období, kratičké úseky ontogeneze, kdy lze různými vlivy a pokusnými zásahy působit pozitivně nebo negativně na celý další život jedince. Teorie prevence stárnutí a stáří má dvě hlavní hlediska: biologické a společenské.

Biologické hledisko prevence stárnutí a stáří je určováno především rozvojem vědy, získáváním nových poznatků a znalostí. Díky teoretickým poznatkům jsme dokázali v praxi likvidovat velké zabíječe lidstva z řad infekčních chorob apod. Avšak mnoho skutečností, kterých lze použít v prevenci, čeká dosud na své objevení. Nebudeme mít např. účinnou prevenci procesu stárnutí, dokud nebudeme dobře znát rozhodující mechanismy stárnutí. Znovu zdůrazňujeme, že při prevenci stárnutí a stáří zřejmě nezáleží pouze na kvalitativní či kvantitativní stránce různých opatření, ale také na tom, ve které fázi ontogeneze začneme taková opatření uplatňovat (časový faktor prevence stárnutí).

Velmi důležité je společenské hledisko prevence. Ochrana zdraví je pro společnost jednou ze základních potřeb, je obranou před zkázou biologického

substrátu společnosti, má význam sebezáchovný. Rozvoj vědy stvořil fascinující poznání: zdraví a nemoc nejsou osudem člověka, lze je ovlivnit. Lid má právo na ochranu zdraví a společnost je povinna mu toto právo zajistit. Nestačí jen objevit příčinu choroby, najít na ni lék, nebo vypracovat teoretický model prevence. Objev v lékařství je zpravidla jen potenciálně užitečný; realizuje se teprve dostupností obyvatelstvu. Prevence individuální je neoddělitelná od prevence kolektivní. Prevence mnoha nesnází stáří a mnoha břemen stáří (nesoběstačnost, osamělost, ztráta sociálních jistot) je např. podmíněna určitou „společenskou atmosférou“, vztahem společnosti k jedinci. Pro člověka je nejen důležité, jak dlouho žije, nýbrž také jak žije. Prodlužovat radost a potěšení ze života je důležitým posláním prevence ve stáří. Neměli bychom jen přidávat léta k životu, nýbrž život k létům.“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, str. 281-284)

„Samozřejmě by měli dbát všech doporučení, která se týkají zdravého způsobu života, a vyvarovat se všech známých rizikových faktorů podmiňujících vznik civilizačních chorob. Měli by prostě být fyzicky fit. V odborné literatuře najdeme pojem zdravá délka života, která je definována jako období, v němž není omezen funkční potenciál člověka ani nemocí, ani jiným neduhem. Nedílnou součástí péče o zdravé tělo je samozřejmě i péče o psychickou pohodu.“ (Haškovcová, 2010, str. 170-171) V této souvislosti jsou zajímavá doporučení jednoho známého psychologa, která shrnul pod název „Pět pé“

1.) Mít životní **p**erspektivu

Budoucnostní cíle, ať již jsou vzdálené nebo blízké, vždy souvisejí s hodnotovou orientací člověka. Vzhledem k ubývajícimu času by měl senior zvážit, čemu se bude nadále věnovat a co ponechá stranou. Jinak řečeno, každý by měl žít pro někoho, nebo pro něco.

2.) Usilovat o **p**ružnost

S přibývajícím věkem ubývá schopností pohotově reagovat na změny, snižuje se chuť něco měnit a jistá pohodlnost se stává akceptovanou normou.

Aby senioři nechátrali, měli by cíleně posilovat pružnost ve všech směrech. Měli by se hýbat a vybrat si vhodné sportovní aktivity. Měli by dbát na to, aby neulpívali v myšlenkových stereotypech, a proto by měli být vstřícní k novým podnětům. Vhodným prostředkem k udržení nebo rozvoji pružnosti je tzv. duševní gymnastika.

3.) Pěstovat **prozíravost**

K prozíravosti patří i uznání existence nemocí, které jednou přijdou. Ani konečnost lidského osudu by pro něj neměla být překvapujícím faktem. Zatím se týkala jen „těch druhých“, jednou se stane osobní skutečností.

4.) **Porozumění pro druhé**

Někteří lidé mají vzácný dar porozumět druhým lidem a tuto schopnost nezřídka cíleně nebo bezděčně rozvíjejí. Některým taková schopnost nebyla dána do vínku. Senioři až na výjimky očekávají, že jim ostatní budou rozumět, nebo alespoň budou chtít porozumět. Málo však dbají na to, aby i oni rozuměli a porozuměli. K neúspěchu vzájemného porozumění nepochybně přispívá i rozdílný názor věkově strukturovaného společenství na řadu věcí.

5.) Nezapomínat na **potěšení**

„Posledním předpokladem spokojenosti ve stáří je potěšení, jehož zdroje jsou velmi individuální a každý by si je měl bedlivě chránit. Mít radost a nacházet radost se daří ve spojitosti s osobními preferencemi. Někdo se těší na setkání s blízkými lidmi nebo přáteli, jiný se těší ze svých koníčků. Radost může přinášet i práce na zahradě a v této souvislosti je nyní například v Německu velmi populární tzv. Gartenterapie. Osamělým žijícím lidem zpříjemňuje život péče o domácí mazlíčky apod. Z odborného hlediska bychom měli dodat, že zdrojem radosti je realizace žitých maličkostí. Samotný senior, zvláště je-li „od přírody“ aktivní, si svoji „parketu“ aktivního a úspěšného stárnutí najde.“ (Haškovcová, 2010, str. 171-172) O ostatní je potřeba se postarat a pomoci jim. Například pomoc se zapojit do šíření zdravého způsobu živo-

ta mezi vrstevníky, řešit potřeby seniorů v komunitách s respektem ke specifickém regionálním možnostem.

„Nová doba a nové společenské poměry vyžadují změnu našeho myšlení a chování i během životní fáze po pracovní angažovanosti. Nebojme se toho, i když to z různých důvodů nedokážeme všichni, jsme přesvědčeni, že pro značnou část starších občanů to bude správné východisko se smysluplnou náplní.“ (Štílec, 2004, str. 131) „Smích a dobrá nálada patří k životu. Smích nelze naordinovat, umět se smát je samo o sobě lékem. Potřebujeme se naučit čelit stresům a sami stres nevyvolávat. Potřebujeme duševní pohodu, naučit se relaxovat a řešit životní zápletky s jasnou hlavou, racionálně, bez neurotizace²⁶.“ (Dienstbier, 2009, str. 15) „Stres může způsobit, že se budete cítit starší, než skutečně jste. Nedávná studie ukázala, že ty ženy, které byly vystaveny dlouhodobému stresu, měly takové změny v chromozomech buněk, v jejichž důsledku by bylo možno přidat k jejich biologickému věku deset i více let.“ (Magazín zdraví, Nikoliv stres, ale reakce na stresující faktory [online] [09-06-2011] [cit. 2011-11-05].

1.10 Současné názory na oddálení projevů stárnutí

- 1.) Doporučuje se jíst hodně zeleniny a ovoce. Syrové, nakládané, vařené, sušené, v libovolném množství.
- 2.) Méně cukrů a tuků.
- 3.) Dostatečný odpočinek-pasivní-spánek, aktivní-procházky, sport.
- 4.) Vyvarovat se stresů a duševních otřesů.
- 5.) Vyléčit beze zbytku i zdánlivě malé a bezvýznamné nemoci.
- 6.) Pít hodně tekutin.
- 7.) Žít v zdravotně nezávadném prostředí.

²⁶ neurotizace- proces vytváření neurotických příznaků u jedince vlivem dlouhodobě působících neurotizujících prvků.

8.) Podpořit obranné mechanismy organismu přívodem potřebných látek, vitamínu A, C, E.

(Hocman, 1985, str. 101)

1.11 Příprava na stáří

„Inteligentní lidé žijí déle. Vztah inteligence a délky života je stejně zřejmý jako vazba mezi kouřením a předčasnou smrtí, tvrdí vědci. Důvody už tak jasné nejsou. Pokud věda odhalí, v čem provázanost inteligence, dlouhověkosti a odolnosti organismu biologicky spočívá, mohli by se lékaři naučit mírnit či odstraňovat některé vrozené zdravotní vady. Jednoduchým vysvětlením by byla lepší životospráva a vůbec zdravější a pohodlnější životní podmínky, které si lidé s vyšším IQ umějí zařídit. Tím ale zvýhodnění nadanějších nekončí. Do rovnice mezi dlouhověkostí a inteligencí podle psychologa Iana Dearyho z Univerzity v Edinburghu vstupují také biologické faktory. Chytrost prý jde ruku v ruce s odolností a přizpůsobivostí organismu. Pokud věda odhalí, v čem tato provázanost biologicky spočívá, mohli by se lékaři naučit mírnit či odstraňovat některé vrozené zdravotní hendikepy, jež vedou k předčasnému opotřebování organismu.“ (Primus M., Chytří lidé žijí déle [online] [10-12-2010] [cit. 2011-11-05]

Každý z nás se během života soustředil na svou kariéru, dlouhodobě se připravoval, jak ji vylepšit. Tohle ale bohužel neplatí o našem stárnutí. Všichni víme, že jednou zestárneme, ale nechceme na to myslet a nepřemýšlíme nad tím, jak přizpůsobit do budoucna naše změněné požadavky k tomu, aby se nám lépe žilo. Na stáří se nijak nepřipravujeme, nic si neplánujeme, změny totiž přichází pomalu, plíživě a my si ani neuvědomíme, že čas se už naklonil v náš neprospěch. Velká část čerstvých důchodců zůstává i nadále pracovně vytížená a tudíž ekonomicky aktivní, jsou schopni pečovat o sebe, i o jiné. V mnoha rodinách je vítána a očekávána pomoc od seniorů, ať už se jedná o pomoc s dětmi, hlídání, či opatrování vnoučat v době jejich nemoci apod. Tato stimulace je pro seniory velmi důležitá, je potřeba stále něco vykonávat, je význam-

ným aktivizačním prvkem. Podporujeme tedy staré lidi ke společensky užitečné činnosti v organizování jejich kulturního a společenského života! (Pacovský, Heřmanová, 1981) „Třetí věk reprezentují mladí senioři, kteří dnes mají celou řadu možností, jak přizpůsobit své činnosti aktuálnímu fyzickému i psychickému stavu. Ukazuje se, že mladí senioři jsou v dobrém zdravotním stavu, který mohou účelně udržovat. Je jejich osobní volbou, zda a jakým způsobem budou aktivní. Buď budou dále pracovat, nebo dají přednost volným dnům „nekonečné dovolené“ a budou je naplňovat podle individuálních představ.“ (Haškovicová, 2010, str. 170)

Proto vzniká v tomto směru nový obor-gerontologie²⁷-gerontologika, který nás má naučit, jak se na stáří připravit a nebýt tedy zaskočen, až nás dožene a potom může být pozdě. Nejdůležitější se jeví seniory včas informovat a vést je k uvědomění si, že je v jejich rukou, jak se se svým stářím vyrovnají, jak se na něho připraví a přizpůsobí se změněnému životu. Jako hlavní je obeznámit seniory o sociálních, biologických (zdravotních) problémech a pomoci s přípravou a jejich řešením, a tím je naučit jak stáří spokojeně prožívat. Z toho plyne, že každý stárnoucí člověk si má včas snažit vytvořit vhodné podmínky pro spokojené stáří. (Pacovský, Heřmanová, 1981) „Teoreticky vzato, má výchova a vzdělávání ke stáří tři funkce.

a) funkce preventivní: s potřebným předstihem je třeba provést taková výchovná a vzdělávací opatření, která by se v různě vzdálené době projevila pozitivními formativními účinky.

b) funkce anticipační: je třeba určit, které znalosti, dovednosti, názory na obecné způsoby chování si musí člověk osvojit, aby byl dobře připraven na své stáří.

²⁷ gerontologie-z řeckého *gerón*, = starý člověk a *logos* = slovo, nauka) je souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Od 90. let 20. století se gerontologie profiluje také jako interdisciplinární obor v pregraduálním i postgraduálním studiu.

c) funkce posilovací: je třeba apelovat na zájmy, potřeby a schopnosti jedince a vychovávat je k aktivnímu stáří.“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, str. 290)

Přípravou na své stáří bychom měli začít již v době našeho mládí, či dětství a to výchovou našich dětí k toleranci a pomoci starým lidem. Kolem 40. roku našeho života bychom měli zaměřit naši pozornost na přicházející desetiletí a uspořádat si partnerské, pracovní vztahy a zaměřit se více na náš zdravotní stav. S přicházející pátou dekádou je ideální začít se zaměřovat konkrétněji na změnu ekonomické situace a informovat se o výši a výpočet našich důchodových dávek, které jsou závislé na posledních 5 nebo 10 letech našich pracovních vztahů. Poslední 2-3 roky před vlastním nástupem do starobního důchodu bychom měli definitivně vědět, jak si budoucí důchodový věk představujeme, jak ho budeme trávit, uspořádat si bydlení, popřípadě ho přizpůsobit nově nastalé skutečnosti. Přípravu můžeme rozlišovat také na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou.

1.11.1 Dlouhodobá příprava

„Dlouhodobá příprava na stáří je synonymem přípravy celoživotní. Ta má být integrální součástí všech výchovných a vzdělávacích programů, které „startují“ od útlého věku. Nejprve lze jistě využít pevných citových vazeb prarodičů s vnoučaty a v celém období školních let posiloval pozitivní obraz stáří. Později, zejména na středních školách, je vhodná důsledná výchova k odpovědnému manželství či partnerství a k výchově dětí, stejně jako pěstování trvalému respektu vůči seniorům. V posledních letech se realizují na různých typech škol programy s názvem „Každý má svou babičku“ či „Každý má svého dědečka.“ Starší žáci či studenti středních škol si aktivně vyberou „svoji“ nepokrevní babičku a přiměřeně svým možnostem jí celý rok pomáhají. Při tom se přirozeným způsobem učí naslouchat seniorům, rozumět jejich problémům a bezděčně poznávat, jak vlastně stáří vypadá. obdobnou funkci mají ty univerzity třetího věku, které formou dialogu generací posilují mezigenerační vztahy.“ (Haškovcová, 2010, str. 174) Za zmínku stojí i nedávná celorepubli-

ková akce knihoven „Internet za babku“, která se také připojila k těmto aktivitám a svým programem chtěla přilákat jak děti, tak i seniory do knihoven. Babičky a dědečkové se mohli zdarma seznámit a naučit pracovat s počítačem, internetem a děti tato akce spojená s návštěvou knihovny zase zpět ke čtení.

1.11.2 Střednědobá příprava

„Počátek střednědobé přípravy na stáří můžeme datovat do doby, kdy nám do nástupu důchodu zbývá 10 let ekonomicky aktivního života. Když ne dříve, pak by nejpozději ve středním věku měl každý člověk akceptovat stáří jako zákonitou nedílnou součást života a včas pamatovat na volbu druhého životního programu a vyvodit z toho praktické důsledky: pomalu, ale jistě, se začít, na třetí věk připravovat. Aktivitu nelze naroubovat zvnějšku, proto je třeba mít na paměti její perspektivní formy. Společnost může a měla by starému člověku pomáhat v hledání nových životních aktivit vytvořením prostoru a nabídek možností; realizace je však závislá od chtění každého jednotlivce. Ani tzv. moudrost stáří není samozřejmá a nepřináší ji na křídlech kalendářní věk. Každý člověk je sám za sebe odpovědný za kvalitu svého života, tudíž i za kvalitu svého života ve stáří. První životní a tedy ekonomicky aktivní program by měl být postupně doplňován a později plně nahrazen druhým životním programem. Ze sociologického hlediska je třeba udržovat a systematicky rozvíjet nosné rodinné vztahy a „oprášit“ i ta přátelství, která byla v útlumu v době, kdy je zastínila prioritní péče o děti. Z biologického hlediska je nejvyšší čas osvojit si zásady zdravého životního způsobu, který je významným prostředkem k udržení praktické soběstačnosti. Ten se týká jak racionální výživy, včetně eliminace škodlivých návyků (nikotin a alkohol), tak i dostatečného pohybu a přiměřeného odpočinku.“ (Haškovcová, 2010, str. 174-175)

1.11.3 Krátkodobá příprava

Stáří má být realizováno v době 3-5 let před předpokládaným odchodem do důchodu. Je čas zvážit, zda v budoucnu bude naše bydlení optimální, vzhledem k přicházejícímu stáří. Optimální nové bydlení by se mělo nacházet

např. v blízkosti dospělých dětí, měl by být v nižším patře, popřípadě v domě s výtahem. Samotné přestěhování není problém, jako spíše s tím spojená nutnost opustit známé okolí. Vztah ke známému místu, kde člověk prožil část svého života, bývá silný a to odrazuje do stěhování. Je nutné zvážit, zda nové bydlení bude kvalitnější, zda je v blízkosti dostatek obchodů, zdravotní středisko, městská doprava.

Samotný byt je třeba uspořádat tak, aby bylo možné udržovat chod domácnosti vlastními silami, dbáme na bezpečnost a odstraníme rizikové bariéry. Nastává čas na případné pořízení praktičtějšího zařízení domácnosti (kvalitní vyšší lůžka s ortopedickou matrací, nízký nábytek pro lepší dostupnost). Rizikem bývají koupelny, kde dochází nejčastěji k pádům, vhodnější je vyměnit vany za sprchové kouty a koupelnu doplnit vhodně rozmístěnými madly. Také povrch podlah by měl být zdrsněn, nebo opatřen protiskluzovými prvky. Dále je třeba doplnit, nebo vyměnit předměty dlouhodobé spotřeby (vařiče, sporáky, pračky). Také případná rekonstrukce, či prodej chaty, chalupy je ke zvážení. To, co bylo v mládí romantické, jako třeba spaním v podkroví, kam se lezlo úzkým žebříkem, je v tomto věku již nemožné. Je vhodné pamatovat na přiměřené finanční rezervy...dnešní senioři mají obecně nižší nároky, ale situace budoucích seniorů již bude jiná, jelikož za standart se považuje to, co je pro nynější seniory luxus. To je potřeba mít na paměti již s předstihem, až se dnešní mladí lidé, tedy budoucí senioři budou chtít ucházet o rezidenční bydlení v zařízení sociální péče. (Haškovcová, 2010)

„Lidé v předdůchodovém věku přitom podle studie již nyní počítají, že v penzi budou více platit za léky, zdravotní péči a za potraviny. Počítají i s rostoucími náklady na bydlení (ceny energií, voda, palivo. Úbytek příjmů hodlají kompenzovat odbouráním výdajů za vzdělávání, volný čas, dovolené, odívání, bytové vybavení, počítače, mobily. Lidé, kteří se na důchod finančně nepřipravují, uvádějí, že se tak chovají proto, že jim nezbývají volné finanční prostředky, finančně podporují svoje děti nebo se spoléhají na státní penze z průběžného systému. Příprava na období života s důchodem představuje podle expertů

zajištění dostatečné finanční rezervy, dále vlastního bydlení, rekonstrukce bytu, ale i zajištění zdravého životního stylu a hledání možného pracovního uplatnění v penzijním věku.“ (Vavroň J., Lidé očekávají...) [online] [19-02-2011] [cit. 2012-01-04].

1.12 Druhý životní program

„V kontextu úvah o druhém životním programu bylo stále jasnější, že chybí pozitivní model stáří, takový, který by byl kodifikovaný a společensky ceněný. Podmínkou pro konstrukci druhého životního programu je především znalost potřeb stárnoucího a starého člověka. Ten potřebuje přiměřené zdraví, materiální a finanční zabezpečení a dále místo, kde je doma, kde se cítí vážen a ctěn a kde ho má někdo rád. Pokud najde stárnoucí člověk smysl dalšího života výhradně ve sféře svého soukromého života a je spokojen, proč ne. Potíž je, že mnoho stárnoucích lidí mělo a má potřebu být nadále platným a prospěšným občanem i nad rámec svého soukromého života. Odchodem „do stáří“ nepřestávají být výše uvedené potřeby aktuální, pouze jejich naplňování musí mít odlišný konkretizovaný obsah, i když se upíná ke stejným cílům. Každá činnost, tedy i zájmová je nepochybně prospěšná, neboť může aktérovi přinášet stejně tak potěšení jako uspokojení. Aby se totiž „koníčková“ činnost mohla stát skutečným druhým životním programem, musela by pozbýt charakter náhradnosti, doplňkovosti a někdy až lacině pojímané „pouhé zábavy“. Společnost i jednotlivci by museli společně uznat zájmovou činnost za nosnou, což se děje pouze částečně.“ (Haškovcová, 2010, str. 126)

„Nejrozšířenější formou organizované přípravy na stáří (užívá se také termínů: příprava na důchod, výchova před důchodem, poradenství pro stárnoucí, plánování penze) jsou různé formy výchovné a poradenské činnosti (přednášky, články v závodních časopisech, závodní poradny). Velmi se osvědčily ucelené kurzy přípravy na stáří. V mnoha zemích jsou dobré zkušenosti s tzv. „univerzitami třetího věku“.“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, str. 295) „Úvahy o smysluplném naplnění „prázdných“ dnů seniorů byly typické pro 70. léta minulého století. Podstatné je, že právě v uvedené dekádě se zrodil

kvalitní druhý životní program a velmi rychle se rozšířil po celé Evropě. V 1973 byla totiž ve francouzském městě Toulouse založena první univerzita třetího věku, dobově někdy nazývána „univerzita pro seniory“. Studenti z řad seniorů se hlásili ke studiu na univerzitě třetího věku z různých důvodů: byli to ti, kteří se chtěli dále vzdělávat, ať již ve svém původním oboru, nebo v jiném, který se jim také líbil, ale na který v životě nezbyl čas. Dále ti, kteří kdysi chtěli studovat, ale řada okolností jim v tom zabránila. Program této neobvyklé univerzity byl volen tak, aby respektoval medicínské, sociokulturní a sociální elementy, důležité pro udržení aktivity stárnoucích a starých lidí. Univerzita třetího věku, se pro každého z nich stala místem pravidelného a společného setkávání, místem, které je jako akademická půda vysoce společensky hodnoceno. Bylo opakovaně doloženo, že když senioři studují a aktivně se účastní některého z odborně garantovaných programů, méně si všímají existujících osobních problémů, lépe je překonávají a skutečně méně stůňou. Nosný program jim totiž nedovolí lenivět a myslet na obtíže těla. Senioři zaujatí studiem mají méně času a chuti navštěvovat své lékaře. Ostatně hovory s lékaři byly často vyhledávány právě pro jiné než zdravotní důvody. I když senioři „nabízejí“ svým lékařům v ordinaci symptom tedy „nemoc“, ve skutečnosti žádají rozhovor s celospolečensky uznávanou autoritou. „Zaměníme-li“ lékaře za přednášejícího, který má analogické postavení, pak nepřekvapí, že senioři „mizí“ z čekáren i ordinací a s chutí usedají do univerzitních poslucháren. Je třeba zdůraznit, že vzdělání má vysokou hodnotu individuální i společenskou. „Má podobu duševního omlazení, neutěšené dychtivosti... a starým lidem odkrývá svět s velkou svěžestí. Cílem seniorského vzdělávání je smysluplně kultivovat čas stárnoucích dní.“ (Haškovcová, 2010, str. 127-129)

„Většina lidí zažívá ve stáří více pozitivních pocitů než v jiných etapách života. Starší lidé jsou celkově vyrovnanější, spokojenější a klidnější. Obrázek mrzutého starého člověka, který si zatvrzele na vše stěžuje - to je naše stereotypní představa. Navíc ji do značné míry přiživují média. Starší lidé si uvědomují, že se jejich čas krátí, a soustředí na to podstatné. Mladí naopak žijí ve stresu, zažívají více frustrace, zoufalství a zklamání, které jsou často spojené

s neúspěchy u zkoušek, v kariéře či milostném životě. “ (Červáková H., Stárneme do štěstí? [online] [25-11-2010] [cit. 2011-12-07].

1.13 Formy přípravy na stáří

„Významnou formou přípravy na stáří je pěstování a rozvíjení koníčků. Koníčky v gerontologii znamenají vlastně další zaměstnání podle vlastního zájmu. Zájem musí být odkryt a rozvíjen v dostatečném časovém předstihu. Nejstabilnější jsou zájmy vázané na povolání (železničáři stavějí vlakové modely, zaměstnanci pošt sbírají známky, lesníci trofeje, chirurgové operační nástroje, vojáci cínové vojáčky a staré zbraně, gerontologové dopisy od stoletých). Koníčky, ke kterým je třeba určitého nadání, začínají se pěstovat nezdědka již ve školním věku a někdy se k nim člověk vrací ve stáří (hudba, kreslení, malování). V gerontologii jsou velmi důležité tzv. skupinové zájmy a koníčky (filatelistické nebo šachové kroužky, kluby sběratelů kuriozit), protože upevňují sociální kontakty a rozvíjejí užitečné přátelské svazky. Čtení je koníčkem tehdy, je-li plánované a užitečně motivované (literatura o technice, architektuře, dějinách).“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, str. 295)

Praktická aplikace koníčků, či zájmů má blahodárný vliv na psychiku seniorů, pomáhá udržovat a rozvíjet paměť, motorické funkce, udržovat tělo v kondici, dívat se na svět optimistickyma očima a tím tedy eliminovat tak typický stařecký skepticismus, zkrátka rozvíjet aktivitu do pozdního věku. „Mnoho lidí se mylně domnívá, že paměť je dar. To není pravda; paměť je schopnost. Jako takovou ji můžeme trénovat a kultivovat, nebo zanedbávat, nechat zakrtnět. Stane-li se někdo mistrem v luštění křížovek, pravděpodobně při této činnosti trénuje jen určité oblasti, ale tato chvályhodná aktivita mu nezaručí, že nebude zapomínat, co měl nakoupit v hypermarketu. Univerzálně však lze považovat za posilující nácvik nových aktivit, při nichž se současně zapojuje více jednoduchých činností, třeba učení novým tancům nebo cizím jazykům. Z posledních a oblíbených vynálezů lze doporučit počítačové hry, které aktivují jak pozornost, paměť, prostorovou představivost a rozhodovací procesy, tak jemnou motoriku.“ (Honzák R., Co zlepšuje práci mozku) [online]

[12-01] [cit. 2011-12-07]. „Nejjednodušším prostředkem první volby jsou třeba křížovky nebo hra scrabble²⁸. Dále pak všechna paměťová cvičení, která formou ucelených kolekcí nabízejí odborníci. Existují ovšem i speciální techniky a připomeňme, že začátkem 80. let 20. století byl vyvinut i tzv. mozkový jogging (GeJo). Jednalo se o tréninkovou metodu s cílem, „aby myšlenky a paměť přivedly ze stavu relativní neschopnosti ke schopnosti fungovat.“ Lidé už od padesáti let věku vykazují stereotypii úsudku; myslí a jednají ve známých a osvědčených schématech.“ (Haškovcová, 2010, str. 147-148)

„Podle nové knihy psycholožky Ellen Langer z Harvardu nazvané Counterclockwise lze proces stárnutí zpomalit i o dvacet let. Důležitý je způsob, jakým uvažujeme. Mladé myšlení přináší kromě mladého vzhledu také výrazné zlepšení zdraví a celkového psychického stavu. Ellen Langer ve své knize shrnula výsledky studie, které se účastnila skupina mužů ve věku kolem sedmdesáti a osmdesáti let. Studie probíhala v hotelu v Nové Anglii, který byl v té době uzavřen a sloužil pouze k jejím účelům. Psycholožka upravila prostředí tak, aby navozovalo atmosféru doby před dvaceti lety. Účastníky studie požádala, aby se nesnažili nostalgicky vzpomínat na minulost, ale aby se pouze pokusili chovat tak, jako by se vrátili zpátky v čase. Účelem studie bylo vyvolat u mužů myšlení odpovídající této době a zjistit, jaký má tento proces vliv na jejich duševní a zdravotní stav. Již po jednom týdnu byli muži, účastníci se studie, flexibilnější než další skupina stejného věku, která ve studii sloužila jako porovnávací vzorek. Zlepšily se jejich duševní schopnosti, obratnost, postoj, chůze a zlepšily se artritické obtíže horních končetin. Muži ze zkušební skupiny získali také mladší vzhled. Studie tedy přinesla zjištění, že proces stárnutí lze do jisté míry zvrátit. Ellen Langer je přesvědčená, co se týče stárnutí a zdravotního stavu, jsou lidé otroky zažitých stereotypů. Domnívá se, že pokud se člověku podaří vymanit se z jejich zajetí, může žít produktivním a plnohodnotným životem i ve vysokém věku. Spolu s dalšími kolegy z Harvardu prováděla Ellen Langer podobné experimenty několik desetiletí.“ (Zdroj

²⁸ scrabble-desková slovní hra

www.newsweek.com, Zpomalení procesu stárnutí o dvacet let [online] [cit. 2011-11-28].

1.14 Volnočasové aktivity seniorů

Jak bylo již uvedeno, stoupá potřeba zabavit seniory nějakou aktivitou. Všem je známý obraz starého člověka pracujícího na zahrádce, nebo pobíhajícího po dvorku za drobným zvířectvem. Tradiční volnočasové aktivity jako chalupaření, chataření, kutilství, sběratelství všeho druhu je stále v oblibě. Populární je hudba, tanec, zpěv. (Haškovcová, 2010) V posledních letech stoupá ale počet těch, kteří ke svým oblíbeným aktivitám přidávají čím dál více častější zájezdy do nákupních center, kde tráví hodiny sháněním výhodnější ceny, nebo si čas duchaplně užívají u nekončících seriálů a telenovel. S tím je samozřejmě také spojený náhled na seniory od mladších generací. Na sociálních sítích vznikají skupiny častující důchodce ne příliš lichotivě, což vše přispívá k negativnímu postoji ke starším lidem.

Opomíjené jsou bohužel aktivity čistě sportovní. Senioři sice sportují, ale bohužel velmi málo, i když o nutnosti pohybu v každém věku nemůže být pochyb. „Aktuální údaje vypovídají o tom, že záměrné fyzické aktivitě se věnují senioři jen okrajově. Jen 39% seniorů sportuje jednou týdně a celých 48 % nespportuje vůbec. Vysokou oblibu si získává také síť hřišť pro pétanque²⁹, kterých jsou již skoro dvě desítky a senioři si je pochvalují. Řada zemí pořádá geroolympiády. Každý si může vybrat a skutečně každý senior může sportovat, zvolí-li sport přiměřený svým fyzickým možnostem. Lze také vítat, že vznikají fitness centra pro seniory, resp. pro osoby starší 50 let.“ (Haškovcová, 2010, str. 181-182) „Je obecně známo, že starší lidé mají tendenci vyhýbat se pohybu. Dávají přednost pohodlnému, sedavému způsobu života, což ovšem lidskému zdraví nijak neprospívá. Je dokázáno, že pravidelné cvičení zamezují zhoršování pohybové i psychické kondice starších lidí a zároveň jim umožňují

²⁹ pétanque-francouzská společenská hra

optimální život v rodině i ve společnosti.“ (Roslawski, Jak zůstat fit ve stáří, 2005, str. 5)

„Senioři rádi tančí a dnes k tomu mají celou řadu příležitostí. Existují taneční pro (věkově) pokročilé, výjimkou nejsou ani seniorské bály. Už po 2. světové válce se začala rozvíjet tzv. taneční a pohybová terapie a ukázalo se, že je mimořádně přínosná pro všechny, kteří trpí chronickými chorobami i nej-různějšími formami fyzického omezení. V posledních letech senioři hojně využívají rozsáhlé nabídky k tuzemské nebo zahraniční turistice. České cestovní kanceláře uvádějí, že už dnes tvoří skoro 10% všech „organizovaných turistů“ právě senioři.“ (Haškovcová, 2010, str. 179-180) „Pohyb působí velmi příznivě na činnost nervového systému a na veškeré mechanismy regulující oběh krve. Zlepšování takových vlastností jako je rychlost a výdrž, zručnost a koordinace pohybů, rychlé reakce na změny situace je ve značné míře výsledkem pozitivního vlivu pohybových aktivit na nervový systém. Pohyb zmírňuje poruchy spánku, neurotické a depresivní stavy. Fyzická zátěž způsobuje zesílení vláken srdečního svalu, což je následek přizpůsobení se srdce větší námaze.“ (Roslawski, 2005, str. 7) „Pohyb zlepšuje činnost dýchacího systému. Zvětšuje se pohyblivost hrudního koše, bránice a také provětrávání plic, čili ventilace. Pohybová aktivita je silný fyziologický impuls nezbytný pro správný vývoj a činnost pohybového ústrojí. Pohyb způsobuje lepší pokrytí povrchu kloubních chrupavek kloubním mazem, a tedy lepší „promazávání“ kloubní chrupavky. Pohybová aktivita je velmi účinná nejen při snižování nadváhy, ale i jako její prevence. Největší význam se připisuje přiměřeným tělesným aktivitám, které pravděpodobně tlumí nadměrnou chuť k jídlu. Systematické pohybové aktivity se významně podílejí na zpoždění procesu stárnutí, a tím na prodlužování období fyzické výkonnosti a spokojenosti ze života. Pohyb je významný nejen jako preventivní činitel před mnoha nemocemi, včetně nemocí civilizačních, ale také jako činitel léčebný, jehož se obecně využívá v průběhu každé rehabilitace. (str. 8-9) Veškeré pohybové aktivity je vhodné během týdne střídat. Může to být pochod, jízda na kole, plavání v rehabilitačním bazénu (doporučuje se zejména lidem, kteří trpí chorobami pohybového ústrojí), cvičení obecně zlep-

šující kondici. Střídání cviků zabraňuje nudě, a protože se při nich zapojují různé svalové skupiny, zamezuje se tím přetížení pohybového ústrojí“ (Roslawski, 2005, str. 15) „Obecně se dá říci, že pohyb je spíš prospěšný, pokud se s ním začne včas, ale škodlivý, začnete-li pozdě v životě. Vliv dobrovolného cvičení se dá předpokládat lépe. Prodlužuje průměrný věk a posiluje svaly i kardiovaskulární systém, ale nemá vliv na to, jak dlouho budeme žít. Vypadá to tak, že pohyb pomáhá zabránit chorobám ve středním věku, ale nemá vliv na nemoci stáří. Tak se může život prodloužit, aniž by se stárnutí oddálilo.“ (Austad, Proč stárneme, 1999, str. 167)

2. VYŠŠÍ NEMOCNOST SPOJENÁ SE STÁŘÍM

„Stáří je doprovázeno výskytem dlouhé řady nemocí, které jsou pro toto období života typické. Nemoci mohou znehodnocovat výkonnost a prosperitu osobnosti, činí starého člověka závislým na mladší generaci, na pomoci zvenčí.“ (Matějček Z., Radosti a strasti prarodičů, aneb když máme vnoučata, 1997, str. 118) V dnešní době oproti dřívějším dobám, kdy několik generací žilo společně a nemoci stáří, či smrt nebyly tragédií, ale normálním, každodenním během života, si myslíme, že ke stárnutí a stáří neodmyslitelně musí patřit také nemoci, tyto dvě slova jsou skoro považována za synonyma³⁰. Samozřejmě, že člověk může být nemocný v každém okamžiku života, ale právě když se nemoc objeví ve starším věku, vyvolává v okolí pocit, že je něco špatně, že se jistě blíží konec, zkrátka, že nemoci ve stáří předznamenávají smrt. Jisté také je, že strach z nemoci, její vážnost, průběh, můžou také tak zamávat s křehkou psychikou starších lidí, že nakonec strach z nemoci je někdy hrozivější, než sama nemoc. „Naše doba odmítá, jako žádná před ní, důrazně a proklamativně³¹ bolest, nemoc, žal. Nemoc je pojímána jako cizost, která k lidskému životu nepatří, a proto má člověk „právo“, aby se mu nemoci vyhýbaly, a když už přijdou, má „právo“, aby byly neprodleně a plně odstraněny.“ (Haškovcová, 2010, str. 248)

Možnosti dnešní medicíny jsou nesrovnatelné oproti historii. Ještě v nedávných dobách by musel starý člověk rezignovat a smířit se, pokud mu byla diagnostikována nemoc, vyžadující operativní zákrok. Nebylo možné operovat, jelikož bylo velké riziko úmrtí těchto pacientů přímo při výkonu, nebo v pooperačním období. Tito lidé potom museli setrvávat ve své nemoci a čekat jak jim rodina, společnost pomůžou a prakticky tedy čekat, až přijde jejich konec. Tato doba je naštěstí pryč a to co se zdálo před dvaceti lety nereálné, je

³⁰ synonymum-slova stejného významu

³¹ proklamativně-formálně se k něčemu přehlašující

dnes samozřejmostí, ba dokonce běžnou dennodenní rutinou lékařů. „K dispozici jsou stále nové a nové léky a další jsou testovány v klinických hodnoceních. Zmíněné zásahy a léčebné postupy nejsou používány pouze u mladších nemocných, tak jako tomu bylo v minulosti (například dialýza při chronickém selhání ledvin), ale jsou dostupné i pro starší nemocné a některé i pro pacienty nad 80 let. Dnes tak mohou být prováděny i náročné operace na otevřeném srdci u pacientů kolem věku 70 let jen s nízkým rizikem operačních a pooperačních komplikací. Ještě před 15 lety bylo riziko takové operace tak velké, že se v tomto věku běžně neprováděly. Důkazem jsou i stále narůstající počty operací, které jsou prováděny v naší republice u osob starších 65 let. Celkem každoročně je v ČR operováno asi 145 000 osob starších 65 let. Největší počty operací se týkají operací šedého zákalu a operací prováděných pro úrazy – zlomeniny stehenní kosti a kloubních náhrad.“ (Prof. MUDr. Topinková E., CSc., Nemoci ve stáří) [online] [12-11-2008] [cit. 2012-01-04]. „Realizovat kvalitní život v nemoci je nesnadné a komplikované. Mnohé je třeba škrtnout, omezit, oželeť nebo změnit. Je třeba žít jinak. Je třeba naučit se žít se svou nemocí, a to není lehké nikdy pro nikoho. Takové „učení“ představuje zápas a nelehkou osobní cestu směřující k naplnění individuálních cílů.“ (Haškovcová, 2010, str. 255)

Jisté je, že na světě není mnoho spravedlnosti a ne všichni jsme si podle některých rovni. Jedině jistota stáří a smrti se jeví jako spravedlivá pro všechny bez výjimek. Už po staletí si lidé přejí navzájem hodně zdraví, s tím, že to ostatní už potom přijde samo. Na co jsou člověku miliony, nebo miliardy, když mu lékaři oznámí, že není cesty k jeho vyléčení, tento člověk by jistě rád dal všechno, co by mohl, pokud by mu to pomohlo navrátit zdraví. Snad nebude dlouho trvat a věda a medicína opravdu objeví elixír mládí, nebo života, ale do té doby se budeme muset sami smířit s „osudem“ a náš život žít jak nejlépe můžeme. Pokud nemoc doběhne naše blízké, zůstaňme jim nápomocni, jak jen to bude možné. Pomoc starému, popřípadě nemocnému člověku není lehká záležitost jak psychicky, fyzicky, tak i časově a finančně. „Přes klesající úmrtnost a rostoucí střední délku života čelí Evropa vážným zdravotním problé-

mům, zdravotním nespravedlnostem a předčasným úmrtím. Ke zlepšení této situace musí evropské země usilovat o snížení úmrtnosti zaměřením se na chronické nemoci, zejména oběhové nemoci, nemoci srdce, rakovinu a mozkové příhody a sociální rozdíly ve zdraví.“ (MPSV ČR, Národní program přípravy...) [online] [01-08-2008] [cit. 2012-01-12]. „Každý senior musí mít šanci na uzdravení. Každý, který už nemůže být uzdraven, musí mít jistotu, že nebude odložen jako nepotřebné, finančně nákladné a překážející věci.“ (Haškovcová, 2010, str. 275) „Statistici si před lety začali v tabulkách úmrtnosti kromě diagnóz všimnout i další proměnné - místa, kde umíráme. Jako nejčastější místo úmrtí Čechů jsou nemocnice, tam končí život šedesáti procent umírajících. Mimo domov zemřou i tisíce lidí v léčebných ústavech a sociálních zařízeních. V domácím prostředí zemře podle statistik necelých dvacet procent lidí. Může to být ale ještě méně, protože lidé v domovech důchodců mají v těchto institucích trvalé bydliště a v jejich úmrtním listě se pak v kolonce "Místo úmrtí" objeví slovo "Doma".“ (Lehovcová Suchá V., Osud Čechů: Umíráme v nemocnicích...) [online] [28-09-2010] [cit. 2012-01-04].

Ale u starých lidí nedochází jen k nemocem těla. Ve zvýšené míře se k těmto neduhům přidává také nemocná psychika a s tím spojené deprese, nebo vážnější stavy v podobě duševních chorob. Těmito problémy u seniorů se zabývá jednak psychologie a dále lékařský obor gerontopsychiatrie³². Často si okolí myslí, že nějaké stařecké zapomínání, chmury, nebo deprese zajisté patří ke stáří. O projevech deprese by měli mít povědomí všichni, kteří mají ve své blízkosti stárnoucího člověka. „Není třeba zastírat skutečnost, že četné psychické problémy seniorů jsou trvale podceňovány, nebo bagatelizovány s odkazem na to, že prostě patří ke stáří. Je škoda, že se jim v současnosti věnuje malá pozornost, protože mnohé psychické problémy lze minimalizovat nebo dokonce odstranit.“ (Haškovcová, 2010, str. 259) Za největší strašáky v podobě nemocí bezesporu kromě mozkově-cévního onemocnění, tzv. mrtvi-

³² gerontopsychiatrie-zabývá se psychiatrickou diagnostikou seniorů

ce, také patří Parkinsonova³³, či Alzheimerova choroba. Ty jsou spojeny s představou o strnule vyhlížejícím, nebo se klepajícím, či ztrácejícím se člověku, který bezmocně čeká na svůj konec, aniž by i to dokázal bohužel chápat...

2.1 Alzheimerova choroba

„Paměť je fenomén! Vzpomínky na to, co jsme prožili, jsou základem naší identity. Bez paměti bychom nebyli tím, čím jsme. Umožňuje nám, abychom rozuměli světu kolem nás a vnímali ho jako náš, i to, že život, jímž v něm stojíme, je životem naším. Nepřemýšlíme nad tím, jak vlastně paměť funguje, a přitom se na ni tak rádi spoléháme s jistotou, že naše zážitky, postřehy a poznatky budou spolehlivě uchovány na jejím pomyslném kontě.“ (Hort, Rusina, Paměť a její poruchy, 2007, str. 17) Alzheimerova choroba (dále také ACH) také bývá často označována jako tichá epidemie 21. století. Jedná se o degenerativní onemocnění mozku, o získanou globální poruchu vyšších mentálních funkcí, což se projevuje poškozením jak paměti, myšlení, úsudku, tak i orientace, poznávání, naučených perцепčně motorických schopností, řeči, emotivity a v neposlední řadě i sociálních vazeb.

Tyto změny zasáhnou vždy celou osobnost. Lidé důsledkem tohoto postižení začnou zapomínat, což vyústí až v úplnou ztrátu paměti, kdy si nemocný nemůže vybavit ani primitivní slova, nebo se začne vyjadřovat v různých podobných opisech, není schopen samostatného přemýšlení, tvorbě úsudku, velký problém způsobuje také ztráta abstraktního myšlení. Situace se dále zhoršuje, přidává se náladovost, halucinace, podrážděnost, vztahovačnost, apatie, někdy agrese, dochází k celému rozpadu osobnosti, jak ji známe až do stavu totální nesoběstačnosti a závislosti na druhých ve všech směrech lidského

³³ Parkinsonova choroba- způsobuje ztrátu kontroly nad činností svalů, třesení, problémy s řečí a v pozdních stádiích až tzv. zamrznutí hybnosti (nemožnost začít pohyb). Později se může objevit společně s ní i ACH. Léky mohou stav pacienta stabilizovat, ale nemají vliv na zhoršující se mentální činnost.

bytí, končícího smrtí. „Skutečnost, že lidé s demencí jsou delší dobu diváky svého vlastního úpadku, mívá často za následek, že se u nich vyvine deprese.“ (Buijssen, Demence, 2006, str. 17)

„V průběhu času se ukázalo, že je velice těžké odlišit prvotní příznaky počínající demence od normálního strnutí. Existuje totiž jisté preklinické stadium, přičemž není jasné, jak dlouho trvá a proč se u někoho syndrom demence vyvine a u jiného ne.“ (Brunovský, Objektivizace diagnostiky a změn vigility u demencí, 2003, str. 18) „Nemoc způsobuje ukládání bílkoviny betaamyloidu³⁴ v mozkové kůře. Změny postupně působí rozpad nervových vláken a nervových buněk. Přesná příčina tohoto procesu není známá, ale existují rizikové faktory, s nimiž je jasně spjat větší výskyt onemocnění. Mezi ně patří hlavně věk a dědičnost.“ (Hušková V., Alzheimerova choroba) [online] [cit. 2012-01-04]. „Demence je výsledkem postupně se zhoršujícího, chronického onemocnění mozku, které ztěžuje a nakonec znemožňuje vykonávání běžných každodenních aktivit. Demence je charakterizována celkovým zhoršováním kórových funkcí mozku, tedy paměti, schopnosti vypořádat se s požadavky každodenního života, funkcí smyslových a pohybových, schopnosti sociálních kontaktů odpovídajících okolnostem a vyžadujících kontrolu emočních reakcí – to vše při tom bez jakéhokoli zhoršení či narušení vědomí. Ve většině případů jde o onemocnění nevratné a postupně se zhoršující.“ (Holmerová a kol., Alzheimerova nemoc v rodině, 2004, str. 7.) „I při výrazně narušené dlouhodobé paměti bývá zachováno Ribotovo pravidlo³⁵, tedy více je postižena paměť na nedávné události, zatímco vzpomínky na starší události (například zážitky z dětství) bývají uchovány i v pozdních stádiích nemoci. V různé míře je narušena paměť epizodická (zážitky a prožité události) i sémantická (fakta, události, znalosti). Plně zachována bývá naproti tomu paměť implicitní (např. motorické dovednosti.)“ (Hort, str. 168) Samozřejmě, že ne všechny příznaky de-

³⁴ betaamyloid-peptid, způsobující Alzheimerovu chorobu

³⁵ Ribotovo pravidlo-postižení paměti pro vstípení nedávných událostí a informací, zatímco vzpomínky na starší, v minulosti prožité události bývají uchovávány.

mence musí značit, že se jedná přímo o ACH. Mnohem častěji jde o případy vaskulární, nebo multiinfarktové, které jsou spojeny s nedostatečnou cirkulací krve v mozku, a tato porucha na rozdíl od ACH není dědičná. Pro různé příznaky, které se týkají především zvláštního chování, spojeného se změnou psychiky a rozvíjející se demencí mají lékaři souhrnné označení BPSD (Behavioral and Psychological Symptom of Dementia).

U ACH onemocnění začíná plíživě, kdy může mít člověk pouze určité problémy s pamětí a to i několik let, zpravidla k plnému rozvoji dochází zhruba po 12 letech od prvních příznaků. Rozlišujeme, zda jde o formu vrozenou (familiární), jejíž výskyt je ovšem velmi vzácný. Uvádí se, že pouze 1-5% všech diagnostik ACH je dědičného rázu. Je-li tomu ovšem tak, postihuje člověka již v celkem brzkém věku a to kolem 50 let. Na druhé straně forma občasná (sporadická) zasahuje až 80% všech případů a bývá nemocí především vyššího věku. (Holmerová a spol., 2004) „I když demence mohou postihnout i osoby nižších věkových kategorií, jisté je, že jejich výskyt koreluje s přibývajícím věkem. Většina odborných pramenů uvádí, že ve věku 65 let trpí touto nemocí 1,5-3% osob, u osmdesátiletých a starších se tento počet markantně zvyšuje až na 30%. U dlouhověkých se blíží 50%.“ (Haškovcová, 2010, str. 262) „Alzheimer může postihnout i třicátníky. Čtyři procenta nemocných jsou tvořena lidmi mladšími padesáti let. I když je věk nejvýznamnějším známým rizikovým faktorem Alzheimerovy choroby, u většiny lidí se nemoc nerozvine v pokročilém věku. Přestože hlavní útok nemoci přichází obvykle v pozdějším věku, u mnoha osob je nemoc diagnostikována už kolem čtyřicátého či padesátého roku.“ (bav, Alzheimer není jen...) [online] [24-08-2009] [cit. 2012-01-05].

„Mezinárodní pracovní skupina zaměřená na výzkum diagnostiky Alzheimerovy choroby navrhla novou definici Alzheimerovy choroby (ACH) a příbuzných onemocnění, v níž se za hlavní diagnostická vodítka považuje úroveň biomarkerů. Definice umožňuje širší diagnostické pokrytí klinického spektra ACH, včetně mírné kognitivní poruchy. Podle definice musí pacient mít epizodické poruchy paměti a biologické příznaky onemocnění, tedy alespoň

jeden pozitivní biomarker zjištěný magnetickou rezonancí, PET anebo vyšetřením mozkomíšního moku. To znamená, že bude možné diagnózu demence stanovit dříve, než dojde k plnému rozvoji onemocnění. Definice rozlišuje dvě fáze onemocnění, a to prodromální fázi (predemence) a demence.“ (Zdroj: Lancet Neurology, publikováno 2010-10-11 ve Zpravodaji České Alzheimerovské společnosti-Vážka, 3-4/10, PDF] [cit. 2012-01-07].

2.1.1 Demence a Alzheimerova choroba

Tyto dvě slova se stávají často významově shodná, ovšem ne každá demence³⁶ musí znamenat, že se jedná přímo o ACH. Přestože výrazu „demence“ rozumí každý, přímo českým ekvivalentem demence (mens-mysl), je tedy ztráta rozumu, myslí, také zblbělost, pošetilost a tupost, tedy de-mens. Různé formy této nemoci existovaly vždy, pouze nebyl používán správný název, často se nazývala senilní demencí, jelikož postihovala zejména starší lidi, ale na druhou stranu se v dřívějších dobách nedoživali lidé tak vysokého věku, tudíž nemocných postižených nějakým typem demence bylo méně. „U starých lidí se někdy možná příliš rychle mluví o „demenci“ -člověk může mít pocit, že je ztracený, a nemusí být ještě dementní. Příliš často všude kolem sebe vidíme Alzheimerovu chorobu. S demencí se žije těžce-někdy i postiženému člověku, zejména však jeho okolí, rodině nebo ošetřujícím. Na rozdíl od obecného názoru, který může panovat, je určitá komunikace s dementním člověkem možná, zejména prostřednictvím tělesného vyjádření, zraku, dotyku.“ (Pichaud, Thareauová, 1998, Soužití se staršími lidmi, str. 99) „Demence je syndrom získaného intelektuálního postižení, charakterizován perzistentním deficitem v alespoň třech oblastech mentální aktivity:paměť, jazyk, vizuálněprostorové schopnosti, osobnost nebo emoční stav a kognitivní funkce (abstrakce, matematiky, úsudek)“ (Brunovský, 2003, str. 28) Tak tedy platíme daň za prodloužení života. Příčinu demence mohou zavinit různé faktory, kromě tedy těch,

³⁶ demence- závažná mozková choroba zapříčiněná degenerativními změnami v mozkové tkáni.

kteře mají za následek ACH, jsou to také Huntingtonova choroba³⁷, či vzácná Creutzfeldt-Jakobova nemoc³⁸ (tzv. nemoc šílených krav), dále demencí mohou trpět lidé závislí na alkoholu, trpící mozkovým nádorem, nebo se projeví jako důsledek jiných závažných onemocnění.

2.1.2 Pick versus Alzheimer

„První zmínky se vztahem k ACH se datují do konce 19. století. Již v roce 1892 popsali Blocq a Marinesco³⁹ senilní plaky.“ (Hort, Rusina, 2007, str. 166), „Tradiční označení zapomnětlivosti jako „sklerózy“ bylo vystřídáno odkazem na Aloise Alzheimer, který „svou nemoc“ popsal už v roce 1907. Alois Alzheimer (1864-1915) byl německý lékař. Syndrom, který je dnes označován jeho jménem, popsal, když léčil Augustu Deterovou⁴⁰. Této pacientce

³⁷ Huntingtonova choroba- dědičná porucha, která se projevuje změnami osobnosti, apatií, podrážděností poruchami emotivity. Je doprovázena nepravidelnými pohyby končetin a motorickým neklidem. Dá se dobře diagnostikovat. Pohybové a psychiatrické problémy lze léčit, ale nelze zastavit její postupné zhoršování.

³⁸ Creutzfeldt-Jakobova nemoc -nemoc postihující mozek je způsobena infekcí. Příznaky jsou zhoršující se paměť, změny v chování a neschopnost koordinace pohybů (posunčična). CJN se rychle zhoršuje, většinou během jednoho roku končí smrtí. Zatím není známa žádná léčba.

³⁹ Paul Blocq (1860–1896) francouzský expert a rumunský neurolog Gheorge Marinescu (1863–1938)-poprvé odborně nazvali senilní plaky.

⁴⁰ Augusta Detrová- pacientka A. Alzheimer, kterou do ústavu přivedl její manžel, protože se během posledního roku velmi změnila, stala se žárlivou, nedovedla vykonávat jednoduché práce, ukřývala věci a trpěla pocitem, že ji někdo pronásleduje. Postupně nebyla schopna starat sama o sebe, avšak zároveň odmítala pomoc ostatních. Po hospitalizaci se u ní dále objevila dezorientace, zhoršená paměť nebo problémy se čtením a psaním. Symptomy se postupně zhoršovaly, až do té míry, kdy propukly halucinace a celkové omezení vyšších mentálních funkcí. Posmrtné vyšetření mozku poté ukázalo, že mozková kůra pacientky byla mnohem tenčí, než je to obvyklé u zdravých. Alzheimer navíc na mozku zjistil i další dvě abnormality. Byl to jednak takzvaný senilní plak, který bývá diagnostikován u mnohem starších pacientů, ale také pozměněná struktura buněk v mozkové kůře.

bylo „jen“ 51 let, ale její zdravotní stav vykazoval všechny rysy typické pro Alzheimerovu chorobu ve stáří. Augusta D. žila řadu let v ústavu a Alzheimer už pracoval jinde. Osud někdy dobře „zamíchá karty“ a faktem je, že Alzheimer měl později a zcela náhodně možnost důkladně prostudovat mozek zemřelé Augusty D. Je podivuhodné, že samotný Alzheimer se za objevitele nové nemoci nepovažoval a že jeho objev dobře zpopularizoval teprve německý profesor psychiatrie Emil Kraepelin⁴¹. Zajímavé také je, že tutéž formu demence popsal o 14 let dříve Arnold Pick⁴². Zatímco Alois Alzheimer je světově známý, na Arnolda Picka se v laických kruzích zapomíná. Zajímavé je, že se v odborném písemnictví určitou dobu používal název Pickův-Alzheimerův syndrom. Později došlo k diferenciaci diagnostického rozlišení demencí, a proto se dnes setkáme jak s Alzheimerovou chorobou, tak i s Pickovou nemocí⁴³ (patřící do skupiny frontotemporálních lobárních demencí (FTLD).“ (Haškovcová, 2010, str. 261-262)

2.1.3 Příčiny vzniku

Víme, jaký je důsledek nemoci, víme, co se s člověkem děje za změny, ale bohužel stále není zcela jasné, jaké faktory působí přímo na vznik nemoci, co je jejím spouštěčem. Do úvahy ovšem spadají čtyři základní a to vliv genetický, virový, zánětlivý a v neposlední řadě vliv životního prostředí a jejich vzájemná součinnost, která způsobuje, že v mozku dochází k tvorbě látek, které ničí, nebo dusí neurony (mozkové buňky) na jedné straně a na straně druhé

⁴¹ Emil Kraepelin- německý psychiatr, jeden ze zakladatelů moderní psychiatrie, konkrétně psychofarmakologie a psychiatrické genetiky.

⁴² Arnold Pick-pražský německý psychiatr a neurolog. Je znám pro rozpoznání klinického syndromu známého jako Pickova nemoc.

⁴³ Pickova nemoc- diagnóza této nemoci je obtížná. Je to nemoc podobná AN, ale výraznější jsou změny chování, které může být někdy společensky nepřiměřené. Mění se osobnost člověka, dezorientaci nemocného může předcházet úbytek paměti.

nemoc způsobuje pokles tvorby neurotransmiterů⁴⁴, což jsou přenašeče vzájemné komunikace mezi jednotlivými neurony. Také je nám známo, že nemoc nemůže být za žádných okolností nakažlivá. „Patrně hormony jsou vinny z častějšího výskytu Alzheimerovy choroby u žen. Tak jako u velkého procenta nemocí, i této hraje významnou roli dědičnost. Dalším rizikovým faktorem je nízký stupeň dosaženého vzdělání. Ukázalo se totiž, že "trénovaný" mozek je vůči této chorobě odolnější. Pro chorobu je rizikové i poškození mozku opakovanými údery či pády. Nemoc vzniká komplikovanou souhrou mnoha okolností. Všechna uvedená rizika zřejmě jen připravují vhodnou půdu pro zatím neznámý "spouštěč" choroby. Ten teprve způsobuje poruchy odpovědné za změny v mozku. Tímto spouštěčem, který nastartuje vznik nemoci, mohou být virové infekce, toxické vlivy prostředí a poruchy imunity.“ (MUDr. Šebková S., Alzheimerova choroba) [online] [cit. 2012-01-06]. „Britští a francouzští vědci objevili tři geny spojované s ACH. Podle Julie Williamsové, vedoucí vědeckého týmu z univerzity v Cardiffu, jde při zkoumání této degenerativní mozkové choroby o nejdůležitější objev za posledních 15 let. "Pokud bychom byli s to léčit škodlivé účinky těchto genů, omezili bychom počet lidí trpících Alzheimerovou chorobou o 20 procent," uvedla v neděli Williamsová. Touto nemocí trpí ve světě asi 26 milionů lidí a nemocných stále přibývá. Lékaři zatím proti ní nemají lék a dostupné léky jen mohou oddalovat její projevy. Před 15 lety vědci identifikovali gen ApoE4 jako důležitý rizikový faktor pro vznik Alzheimerovy nemoci. Nyní odborná revue Nature Genetics otiskla studie vědců z univerzity v Cardiffu a z Pasteurova institutu ve francouzském Lille. Genetici z Cardiffu zkoumali geny 16.000 lidí z osmi zemí a identifikovali dva geny působící na činnost mozku a zvyšující riziko vzniku Alzheimerovy choroby - CLU a PICALM.“ (Lidovky cz., Vědci objevili ...) [online] [07-09-2009] [cit. 2012-01-07]. „Lidé, kteří jsou ve středním věku silnými kuřáky, mají více než dvojnásobnou pravděpodobnost, že u nich propukne Alzheimerova choroba než u nekuřáků. Kouření více než 40 cigaret denně zároveň zvyšuje riziko ně-

⁴⁴ neurotransmitery-přenašeče vzájemné komunikace mezi neurony v mozku.

jaké formy demence. Těžké kuřáctví ve středním věku tedy značně zvyšuje pravděpodobnost rozvinutí nějaké formy demence. Naproti tomu u bývalých kuřáků či u těch, kdo vykouří méně, než deset cigaret denně se zvýšené riziko neprokázalo.“ (Hušková V., Silné kouření ve ...) [online] [27-10-2010] [cit. 2012-01-06]

2.1.4 Příznaky Alzheimerovy choroby

Jak již bylo výše uvedeno, nemoc přichází velice pomalu, plíživě. Většina rodinných příslušníků, nebo lidí z blízkého okolí není schopna přesně určit, kdy podle nich nemoc začala. Nejdříve se vždy jednalo o drobné zapomínání, které tak rádi připisujeme věku a považujeme ho za normální. Toto se ovšem začne pozvolna stupňovat, až zjistíme, že nemocný si nepamatuje události nedávné, za to si velmi dobře vybavuje věci z dávné minulosti. V počátcích nemoci si jsou pacienti vědomi, že se s nimi děje něco špatného, čemu sami nerozumí, ale často se stává, že toto dokážou velmi mistrně kamuflovat před okolím. „Mnoho pacientů bude své objektivně prokazatelné kognitivní výpadky popírat, bagatelizovat nebo si jich nebudou vědomi. Doplňující údaj od třetí osoby je proto ve většině případů nenahraditelný zdroj informací.“ (Hort, Rusina, Paměť a její poruchy, 2007, str. 116)

Nejprve tedy ztrácí pojem o čase, přidává se pocit dezorientace v prostoru a nakonec bohužel i v sobě, což z počátku způsobuje značné frustrace, které se mohou různě projevovat, od agrese, přes lítost, plačtivost až po úplnou apatii, nebo naopak k ustavičné smysl nedávající aktivitě. Pacient neví který je rok a den, v jakém městě se nachází, jak se jmenují jeho rodinní příslušníci. Povětšinou ovšem reaguje na své jméno a toto si také dokáže vybavit až do pozdějších fází nemoci, i když ho může komolit. Tyto jeho stavy dezorientace v sobě často vyvolávají pocit, kdy pacient začne utíkat z domu, nebo instituce kde žije, pořád někde něco hledá, i když neví co a proč. Přestane poznávat známé lidi, okolí. Někdy paradoxně v něm cizí lidé vzbuzují větší důvěru, než osoby ji blízké, někoho mu připomínají, nebo si na lidi ze sousedství vzpomene jako na povědomé tváře a mylně je přiřadí do své rodiny, což ve

společnosti může vyvolávat také pocity údivu, toto chování vzbuzuje pozornost, ale často hlavně opovržení. Nemocní lidé začínají ztrácet zábrany, prvky naučeného slušného chování se mohou vytrácet, mohou být agresivní, hrubí, mohou vulgárně pokřikovat, obnažovat se, nebo veřejně masturbovat, což souvisí s utlumením sexuální aktivity. Toto jen zhoršuje pohled okolí na tuto nemoc a nemocného. S postupným vývojem nemoci dochází k úplnému rozpadu osobnosti, po původních povahových a osobnostních rysech nic nezbylo. Člověk je odkázán na ustavičnou pomoc. Je třeba zdůraznit, že přes všechny ztráty, které člověka postihly, zůstává zachováno cítění libých a nepříjemných pocitů.

„Je to nemoc, která nakonec zabije, nemoc, která odvane všechny vzpomínky. Ale jakmile to přijmete, můžete přesto vést šťastný život. Jeto klišé, ale jediná věc, na které záleží, je to, že ji má někdo rád. Když to cítí, je všechno v pořádku. Cit lásky je možno sdílet. A zvláště proto, že ona ví, mnohem lépe než já, jak žít tady a teď. Její láska, kterou cítí, není zatížena například myšlenkou, že je potřeba oloupat brambory.“ (Buijssen, 2006, str. 69) Pravděpodobně je zachována i fantazie, ale o jejích projevech nejsou důkazy, tudíž víme velmi málo. Předpokládá se, že v posledních fázích nemoci se již nemocní necítí nešťastně. „Ztratit rozum znamená ztratit vše, a tudíž i schopnost vidět svou nekonečnou ubohost. Možná, že je to jistý druh milosrdenství, spočívající v tom, že postižený člověk si neuvědomuje ani svůj zubožený stav, ani problémy, které působí svému okolí.“ (Haškovcová, 2010, str. 265) „Proces demence trvá v průměru asi sedm let. Tato nemoc neovlivňuje jenom postiženého člověka, ale také ty kolem něho, někdy dokonce víc než pacienta samého. Je to nemoc, která převrací život jeho nejbližších vzhůru nohama. Všichni členové rodiny se musí vyrovnávat s bolestí, že se loučí s jedním z nich, s někým, koho mají rádi. Pomalu ho ztrácejí, i když ještě žije. Během toho dlouhého a pomalého procesu, kdy se s tím musí smířovat, prožívají všechny emoce spojené s procesem truchlení: popření, neochotu věřit, vzpouru, zármutek, stud, hněv, osamělost, vinu, žárlivost, bezmocnost atd.“ (Buijssen, 2006, str. 111) „Otázky smrti individua a času, ve kterém se smrt zrealizuje, procesy stárnutí,

kteřé provázejí život, zůstávají nedořešeny. Z nastíněného je však patrné, co pro osud lidské bytosti plyne: že smrt, přijde, ale neznámo kdy a neznámo jak.“ (Haškovcová, Rub života-líc smrti, 1975, str. 45)

2.1.5 Diagnostika Alzheimerovy nemoci

„Diagnostika demence je složitá. Zohledňuje více faktorů. Existují však některé jednoduché testy, které mohou na poruchu kognitivních funkcí upozornit. Jedním z nich je i test hodin. Jeho podstatou je jednoduchý úkol. Nakreslit hodiny. MMSE je zkratka Mini-Mental State Examination. Odborně česky test kognitivních funkcí, volně přeloženo v tomto testu se zkouší paměťové a další funkce mozku vzhledem k možné demenci. Dalším testem je tzv. DAD test. DAD je zkratkou Disability Assessment in Dementia. Test slouží k ohodnocení schopností provádět běžné aktivity denního života. Tyto schopnosti se při poruše kognitivních funkcí (například při demenci) výrazně mění.“ (MUDr. Šebková S., Alzheimerova choroba) [online] [cit. 2012-01-06]. Pro diagnostiku ACH neexistuje žádný stoprocentně spolehlivý test.

Diagnóza se proto stanovuje na základě mnoha různých klinických a laboratorních dat, jako tzv. diagnóza diferenciální-tedy po vyloučení ostatních možných příčin pozorovaných příznaků. Nezbytné je co nejpřesnější vyšetření neuropsychologického charakteru za pomoci standardních testů, proto je nutné pacienta odeslat ke specialistovi (neuropsychologovi⁴⁵, psychiatrovi⁴⁶, neurologovi⁴⁷, geriatrovi⁴⁸ nebo psychogeriatrovi). Testy tvoří soubory otázek, jejichž

⁴⁵ neuropsychologie- moderní obor, zabývající se vztahem mezi mozkiem a chováním.

⁴⁶ psychiatrie-lékařský obor, který léčí nemoci mozku, které se projevují v myšlení, emocích, vnímání a také chování nemocných.

⁴⁷ neurologie- lékařský obor zabývající se studiem onemocnění a poruch nervové soustavy především na organickém podkladě.

⁴⁸ geriatric- e zabývá problematikou zdravotního a funkčního stavu ve stáří, zvláštnostmi chorob, jejich diagnostikování a léčení u starých lidí.

cílem je zjistit úroveň kognitivních schopností pacienta, jako jsou paměť, pozornost, logické uvažování a schopnost vykonávat motorické úkoly. Provedení tohoto vyšetření trvá asi dvě hodiny. Dále je nutné vyšetření mozku a hlavy pomocí počítačové tomografie⁴⁹, nebo magnetické rezonance⁵⁰, s cílem vyloučit přítomnost jiných nemocí, které se mohou podobně projevovat. V neposlední řadě podrobit pacienta klinickému vyšetření, která mají rovněž eliminovat rozvoj jiných nemocí, které bychom mohli s ACH zaměnit, jako např. poruchy funkce štítné žlázy. Definitivní a konečné potvrzení diagnózy můžeme získat jen z biopsie mozku pacienta, nebo zpětně po patologickém vyšetření mozkové tkáně k potvrzení nemoci. Zmiňovaná testování ale s velkou pravděpodobností mohou potvrdit, zda se o Alzheimerova jedná, či ne. (Holmerová a kol., 2004)

„Dosud se Alzheimer pozná pouze pitvou mozku; léčí se teprve poté, co pacient silně zapomíná a není schopen samostatně opakovat běžné denní úkony. Nová diagnostika, vycházející mj. ze scanů mozku, při nichž je možné objevit počínající změny, tzv. plak, a ze sledování biologických ukazatelů jako analýzy páteřního moku, dokáže s vysokou pravděpodobností rozpoznat začínající nástup nemoci zhruba deset let před prvními příznaky.“ (Právo, Vědci: poznáme Alzheimerova...) [online] [15-08-2010] [cit. 2012-01-05]. „Chcete vědět, jestli se z vás za pár let nestane troska, která si nic nepamatuje, nedokáže mluvit a jejíž mozek zvolna degeneruje? Test, který by to měl prozradit, vyvíjejí badatelé z americké společnosti Satoris společně s vědci ze Stanfordovy univerzity. Podle jejich zjištění signalizují změny hladiny osmnácti bílkovin v organismu, že za dva až šest let u člověka tato nemoc s vysokou pravděpodob-

⁴⁹ počítačová tomografie- je radiologická vyšetřovací metoda, která pomocí rentgenového záření umožňuje zobrazení vnitřností těl živočichů, především člověka. Metoda se využívá hlavně v oblasti medicíny, kde slouží k diagnostice širokého spektra poranění a chorob.

⁵⁰ magnetická rezonance- zobrazovací technika používaná především ve zdravotnictví k zobrazení vnitřních orgánů lidského těla.

ností vypukne.“ (Tuček J., Alzheimer přichází ...) [online] [03-11-2010] [cit. 2012-01-06].

Po potvrzení diagnózy rozdělujeme chorobu do třech stadií. (Holmerová a kol., 2004, str. 14-15)

1.) První stadium

Pouze mírné a často přehlédnutelné příznaky:

A: Zhoršování paměti (zejména pro zcela nedávné události).

B: Přejídná časová dezorientace (neschopnost vybavit si, jaký je den, měsíc a rok).

C: Prostorová dezorientace (neschopnost poznat známá místa nemocný např. nepoznává ani to, že je ve svém vlastním bytě).

D: Ztráta iniciativy a průbojnosti.

E: Obtížné hledání slov.

Řada nemocných je těmito prvními příznaky vystrašena, uvedena do rozpaků a deprimována.

2.) Druhé stadium

Výraznější příznaky a problémy, které již nemocnému znemožňují vykonávat řadu běžných každodenních aktivit:

A: Významné výpadky paměti (včetně jmen členů vlastní rodiny).

B: Snížená schopnost postarat se sám o sebe (nutnost pomoci např. při mytí nebo oblékání).

C: Časté případy, kdy se nemocný člověk ztratí nebo zabloudí i na známých místech.

D: Zhoršování řečových schopností.

E: Halucinace (bludy).

3.) Třetí stadium

Úplná závislost. Kognitivní poruchy (vjemové) ústí až ve významný rozklad celé osobnosti.

A: Obtíže při příjmu potravy, nutnost pomoci další osoby.

B: Neschopnost poznat přátele, a dokonce i členy vlastní rodiny.

C: Obtíže s chůzí (někdy až upoutání na lůžko).

D: Neudržení moči anebo stolice.

E: Významné poruchy chování.

2.1.6 Léčba Alzheimerovy choroby

V současné době, kdy bohužel zatím není dostatečně známa příčina nemoci, tedy co ji způsobuje, se jedná o smrtelné onemocnění, které nelze vyléčit. Můžeme pouze zmírnit jisté příznaky nemoc doprovázející, či oddálit její zhoršení, a tím na nějaký čas prodloužit a zkvalitnit život nemocných. Jedná se hlavně o léky, které dokážou zmírnit, nebo potlačit nepříjemné příznaky, které nemoc doprovází, jako jsou neklid, nespavost, agresivita, musí být vždy užívány pod lékařským dohledem a pouze na lékařský předpis, jelikož jejich nesprávné užití může většinu příznaků právě zhoršit, např. se může začít projevat do té doby nezaznamenaná inkontinence, zmatenost atd. K často předepisovaným a užívaným lékům patří léky ze skupiny antidepresiv⁵¹, neuroleptik⁵², antiparkinsonik⁵³, anxiolytik⁵⁴, trankvilizérů⁵⁵ a barbiturátů⁵⁶. (Holmerová a

⁵¹ antidepresivum- psychiatrický lék užívaný ke zmírnění symptomů klinické deprese.

⁵² neuroleptikum- též antipsychotika, léky s účinkem proti psychotickým onemocněním.

⁵³ antiparkinsonikum-požívaný při léčbě Parkinsonovy choroby.

⁵⁴ anxiolytika-k léčbě úzkostných poruch.

kol., 2004) „Léky nové generace se nazývají inhibitory cholinesterázy a mají schopnost obnovit v mozku potřebnou rovnováhu koncentrace neurotransmiteru acetylcholinu, která při Alzheimerově chorobě klesá v důsledku úbytku neuronů. Acetylcholin je neurotransmitter (přenašeč nervových signálů), který se podílí na celé řadě nervových procesů a především pak na paměťových schopnostech (zhoršování paměti je proto jednou z prvních poruch, na kterou si pacienti s Alzheimerovou chorobou stěžují). Tyto léky prošly fází závěrečných klinických zkoušek, v nichž se prokázalo, že mají schopnost zmírňovat příznaky ACH, pomáhají zachovávat kognitivní funkce tak dlouho, jak je to jen možné, a tak chrání soběstačnost pacienta.“ (Holmerová a kol., 2004, str. 17)

2.1.7 Počet nemocných a předpoklad do budoucna

Civilizace stárne, rodí se čím dál méně dětí a není daleko doba, kdy převáží počet seniorů. V této skupině se navíc dá očekávat velmi významný nárůst osob s demencí, potažmo ACH. „Abychom si uvědomili kolosální rozsah problému, uveďme, že na celém světě žije nyní 27 milionů lidí postižených demencí a kvalifikované odhady hovoří o tom, že počet nemocných stoupne do roku 2040 na 50 milionů. Jen v Evropě nyní žije asi 6,1 milionu lidí, kteří trpí nějakou formou demence. V České republice pak zhruba 105 000.“ (Haškovcová, 2010, str. 262). „Za čtyřicet let u nás bude žít půl milionu lidí starších 85 let. A půlka z nich s diagnózou demence. Pro úplnost dodejme, že v této době zde budou tři miliony lidí starších 65 let. Poněvadž i tuto část obyvatel demence postihuje čím dál častěji. Alzheimer je nemoc, na kterou se umírá. Lékaři na ni neznají recept, protože odumírající mozkové buňky dosud nikdo vyléčit neumí. Stejně jako rakovinu. Avšak do výzkumu léčby rakoviny jde pětkrát více peněz než do výzkumu na léčbu Alzheimerova.“ (Wanatowiczová K., Alzheimer se šíří Evropou...) [online] [19-12-2008] [cit. 2012-01-05].

⁵⁵ trankvilizéry- (sedativa) jsou drogy, které mírní pocity úzkosti, odstraňují úzkost, pocit napětí a chorobný strach působením na limbický systém

⁵⁶ barbituráty- používají se jako sedativa, anestetika a antiepileptika.

2.1.8 Novinky v léčbě

Média uvádí v posledních letech nepřeborné množství nápadů, testů, výzkumů, které by měly vést k objevení léku a k úplnému vyléčení této nemoci. Není se čemu divit, protože počet nemocných roste každým rokem a léčba je velmi finančně nákladná. „Dementia se stala nejzávažnějším společenským i zdravotním problémem a jen letos přijde svět na 388 miliard liber (11,5 bilionu korun).“ (SuN, Alzheimer je na postupu...) [online] [21-09-2010] [cit. 2012-01-06]. Konečné nalezené léku, nebo metody, která by zastavila nebo trvale vyléčila tuto nemoc by bylo v co nejbližší době již zapotřebí. Spousta financí se investuje do výzkumů všech možných forem rakoviny, ale tato nemoc stojí bohužel v pozadí zájmu. „Výzkumy však ukazují, že ačkoli je demence jednou z nejdražších chorob na světě, stále se na její léčbu a výzkum nevydává tolik peněz jako na výzkum ostatních vážných chorob.“ (SuN, Alzheimer je na postupu...) [online] [21-09-2010] [cit. 2012-01-06]. Mezi zajímavou novinku patří plošné očkování vakcínou, obsahující látku AD02, zabraňující této chorobě. „Látka AD02 dokáže podle výrobce zabránit formování betaamyloidového plaku⁵⁷, který blokuje nervové signály. Pomocí vakcíny se do těla dostanou peptidy (sloučeniny organického původu), které se ve vyšším množství vyskytují v mozku člověka s Alzheimerovou chorobou. Podle vědců dojde k umělému vyvolání imunitní reakce. Podle informací ČTK má vakcína preventivní charakter, mohla by tedy být podávána nemocným, aby se jejich stav nezhoršil, ale i nejbližším příbuzným, u kterých by se mohly projevit geneticky podmíněné formy této nemoci.“ (Procházková M., Nadějnou vakcínu...) [online] [05-05-2010] [cit. 2012-01-05]. „Očkování proti Alzheimerově chorobě se právě testuje v Rakousku a Německu. Budou-li zkoušky úspěšné, může být vakcína k dispozici do tří let.“ (Nezbeda O., Řeka jménem Alzheimer) [online] [30-01-2011] [cit. 2012-01-06]. „Vědci vyvinuli protilátku, která by mohla vývoj nemoci zpomalit, nebo zastavit. Základem léčebného přípravku je virus, který napadá brambory. Friedland si myslí, že toto je ta správná cesta, protože jejich

⁵⁷betaamyloidový plak- blokuje nervové signály.

virus je v přírodě široce rozšířen a běžně se s ním v životě setkáváme. Mnozí z nás jsme zcela jistě spolu s infikovanými brambory tyto viry snědli, a to vše bez toho, abychom nějak onemocněli. Použití těchto virů k imunizaci by proto mělo být bezpečné. Pokud se ukáže, že protilátky u člověka fungují tak jako u myší, tak se zdá, že bychom mohli konečně získat nad touto nemocí vládu.“ (Pazdera J., Alzheimer a brambory) [online] [17-08-2008] [cit. 2012-01-06]. Další naděje svítla od výrobců v Británii, kteří již testovali novou látku na lidech s výraznými pozitivními účinky, kdy se po dlouhodobém užívání nehoršily mentální funkce. Tato látka působí přímo na ničení proteinu Tau⁵⁸, který podle výzkumů je odpovědný za růst v buňkách, čímž narušuje činnost paměti.

Další výzkumy a z nich vyplývající doporučení odborníků k prevenci, či oddálení různých druhů demencí je spousta. Některé bývají i velmi příjemné, až úsměvné. Odborníci např. doporučují kromě dodržování zásad zdravé výživy a pravidelného pohybu spolu s omezením stresu, nadváhy, kouření, nadměrného pití alkoholu, zvýšeného krevního tlaku, taky nečekané zajímavosti. „Zdravá strava by podle vědců mohla u nemocného přibrzdit Alzheimerovu chorobu. Jídlo bohaté na vitamíny a ryby totiž podle nich chrání mozek před stárnutím, naopak nekvalitní jídlo má opačný efekt. O nové studii amerických vědců informoval server BBC. U starších lidí s vyššími hodnotami vitamínů a omega-3 mastných kyselin v krvi pozorovali neurologové méně případů zhoršení mozkových funkcí a lepší mentální výkony. Trans tuky, které se nacházejí v pokrmech z rychlého občerstvení, vědci spojili s horšími výsledky neurologických testů, které jsou typické pro Alzheimerovu chorobu. Britská lékařská charita v této souvislosti vyzvala k intenzivnější práci na nových poznatcích v oblasti stravy a demence. Jako nejlepší prevenci neurologických onemocnění označila vyváženou stravu bohatou na zeleninu a ovoce, pravidelnou fyzickou aktivitu, vyvarování se kouření a pravidelné kontroly hladiny cholesterolu a krevního tlaku u lékaře.“ (ČTK, Alzheimerovu chorobu ...) [online] [05-01-

⁵⁸ protein Tau- bílkovinná komponenta, která se vyskytuje v neuronech mozkové tkáň.

2012] [cit. 2012-01-07]. „Muži středního věku s vysokým krevním tlakem a zvýšenou hladinou cholesterolu jsou více ohroženi tzv. cévní demencí, když dovrší vyššího věku ve srovnání se svými vrstevníky bez těchto příznaků. Podle poslední americké studie o stárnutí, se při sledování mozku ukázali nejmodernějšími vyšetřovacími metodami u mužů s vysokým krevním tlakem nepatrné trhliny a změny, kterou mohou být příčinou následných poškození.“ (Finsterle V., Mužská demence může být ...) [online] [04-05-2007] [cit. 2012-01-06].

„Za to, zda a jak rychle budete ve stáří trpět poruchami paměti a demencí, může z velké části dědičnost. Je ale několik způsobů, které mohou nástup potíží oddálit. Jednou z těch příjemnějších je pravidelná konzumace červeného vína.“ (Vyšínová R., Paměť vám zachrání ...) [online] [23-10-2011] [cit. 2012-01-06]. „I u nás proběhla tiskem zpráva o objevu amerických a brazilských neurologů, který naznačil možnost léčby neurodegenerativních onemocnění pomocí inzulinu. Studie zveřejněná v prestižním vědeckém časopise Proceedings of the National Academy of Sciences USA vycházela z výsledků experimentů v podmínkách in vitro. Vědci použili kulturu neuronů izolovaných z hipokampu⁵⁹ a vystavili ji účinku oligomerů beta-amyloidu. Po vazbě těchto oligomerů na synapse neuronů klesá schopnost synapse reagovat na nervový vzruch, což je jeden z procesů pozorovaných při Alzheimerově chorobě. V nové studii proto tým otestoval, jak na neurony vystavené oligomeru beta-amyloidu působí inzulin spolu s rosiglitazonem⁶⁰, jenž zvyšuje senzitivitu buněk k inzulinu a využívá se k léčbě DM 2. typu. Výsledek byl pozoruhodný.“ (Jap, Zdravotnické noviny, Nové cesty k léčbě) [online] [02-03-2009] [cit.

⁵⁹ Hipokampus-(lat. hippocampus - mořský koník) je součástí velkého mozku. Umístěn je ve střední části spánkového laloku, jeden v pravé a druhý v levé mozkové hemisféře. Je součástí limbického systému a hraje velkou roli při krátkodobém uchování informací a při prostorové orientaci. Při Alzheimerově chorobě je hipokampus mezi prvními částmi mozku, která utrpí poškození.

⁶⁰ rosiglitazon-medikament určené k léčbě diabetu mellitu 2. typu

2012-01-07]. „U lidí trpících Alzheimerovou chorobou a zároveň cukrovkou se paměť zhoršuje pomaleji než u těch, kteří mají jenom Alzheimerovu nemoc. Vyplývá to z francouzské studie publikované v novém čísle odborného časopisu *Neurology*. Vědci po čtyři roky sledovali stav 600 pacientů s Alzheimerovou demencí. Desetina z nich měla navíc také cukrovku. Všichni se dvakrát do roka podrobovali paměťovým a poznávacím testům a ti s diabetem v nich dosahovali lepších výsledků.“ (ČTK, Studie: Cukrovka u lidí ...) [online] [28-10-2009] [cit. 2012-01-07].

Dočteme se, že někteří vědci doporučují pít pravé kávy, jiní doporučují kouření cigaret v malé míře, jiní kouření marihuany, jedni spatřují možnost prevence v antioxidantech, druzí tvrdí, že na stárnutí nemají vliv. „S odkazem na zhodnocení provedené americkým Národním ústavem zdraví (NIH – National Institute of Health) označují autoři většinu postupů deklarovaných jako „zaručené“ za přinejmenším pochybné, ať už jde o suplementaci⁶¹ vitamíny B6, B12, nebo E, o beta-karoten, kyselinu listovou, či antioxidanty ze skupiny flavonoidů⁶². Nějaký užitek mohou (snad) přinést omega-3-mastné kyseliny⁶³ nebo bohatá sociální síť. Tzv. středomořská dieta je spojována s menším rizikem defektu kognitivních funkcí ve vyšším věku, ale není jasné, zda její úspěch je výsledkem toho, co strava obsahuje (olivový olej, ryby, zelenina, víno), nebo naopak toho, co je v ní vynecháno (červené maso, rafinované cukry, živočišný tuk). Stejně pochybné a co do výsledku nejisté je užívání statinů⁶⁴, estrogenu⁶⁵, aspirinu (kyselina acetylsalicylová) a podobných látek.“

⁶¹ suplementace-doplňování (např. stravy deficitními elementy)

⁶² flavonoidy-široká skupina látek rostlinného původu (celkem 8000, v potravě jich je 4000)

⁶³ omega-3-mastné kyseliny-skupina nenasycených mastných kyselin

⁶⁴ statin-léčiva fungující jako hypolipidemika. Léčí se jimi tedy zvýšená hladina některých lipidů v krvi

(Honzák R., Co zlepšuje práci mozku ...) [online] [12-01-2011] [cit. 2012-01-07].

Není pochyb, že stárnoucí lidé potřebují tak jako každý člověk konzumovat zdravou stravu, ideálně žít v čistém životním prostředí, pobývat často na slunci, pěstovat sport, koníčky, neztrácet sociální kontakt, nenechat zahálet mozek, snažit se pořád učit, pokoušet se zapamatovat si stále nové věci, eliminovat škodlivé a prokázané vlivy negativně působící na zdraví a v neposlední řadě asi také doufat, že nás tato nemoc nepostihne.

2.1.9 Organizace zabývající se problémem Alzheimerovy choroby

Česká alzheimerovská společnost (dále jen ČALS) vznikala v průběhu roku 1996 a zaregistrována byla jako občanské sdružení v únoru 1997. Vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších), kteří se zabývali problematikou občanů postižených demencí. Postupně se členy ČALS stávali ti, jichž se problematika demencí týká nejvíce – rodinní příslušníci a pečovatelé. V současné době je ČALS již respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International. ČALS je založena především z iniciativy lékařky Ivy Holmerové, socioložky Hany Janečkové, gerontopsychiatra Miloše Vojtěchovského a dalších. Je členem nadnárodní organizace Alzheimer Europe.

V České republice se zabývá hladně odbornými otázkami (koncepční práce, vzdělávací akce, příprava odborných textů), ale také osvětovou činností, organizováním respitní⁶⁶ péče pro laické a profesionální ošetřovatele. Od svého

⁶⁵ estrogen-skupina steroidů. Jejich název je odvozen z estrálního cyklu, v němž hrají důležitou roli. Primárně představují ženské pohlavní hormony, ale v malé míře se vyskytují i v těle mužů.

⁶⁶ respitní péče-krátkodobá úlevová péče pro rodinné příslušníky a opatrovníky, kteří trvale pečují o vážně duševně nebo tělesně postiženou osobu

vzniku v 1997 uděluje významné ocenění osobnostem, které se zasloužily o rozvoj péče o seniory a chronicky nemocné-Zlatou vážku. Jejím protipólem je anticena v podobě Vážkomola pro ty, kteří svou péčí naopak seniorům uškodili. ČALS také organizuje českou variantu Světového dne Alzheimerovy nemoci. Poprvé byl vyhlášen v říjnu v roce 2001, aby po čtyřech létech byl posunut na den letního slunovratu, tedy 21. červen., mimo jiné na svátek Aloise. Náš světový den ACH se také jmenuje Pomerančový (pomeranč-jeho oranžová barva je symbolem optimismu, radosti, pohody). V tento den se po celé republice konají akce, jejichž cílem je kromě seznámení veřejnosti s touto nemocí, distribuce tiskovin, charitativní koncerty, ale hlavně zviditelňování její problematiky a nutnosti informovat společnost a příslušné vládní orgány o potřebě spolupráce, součinnosti a potřebě se v brzké době připravit na možný nárůst v populaci v České republice a s tím spojenou nutnost tuto situaci adekvátně řešit. (Haškovcová, 2010)

„Situace v České republice je zatím neutěšená. Vrcholní představitelé státu na Alzheimerovu chorobu zapomínají, problém je v tom, že ona zcela jistě nezapomene na nás.“ (Haškovcová, 2010, str. 270) V České republice také vychází několik odborných časopisů, zabývajících se problematikou stáří- Česká geriatrická revue, Geriatria, Gerontologické aktuality, Zdravotnické noviny, Medical tribune. „I proto u nás vzniká plán boje s nemocí. Ten se mimochodem bude týkat právě budoucnosti generace dnešních třicátníků a čtyřicátníků. Vláda se před pár dny usnesla, že chce mít svůj plán Alzheimer a ten teď vytvářejí čtyři ministerstva dohromady – práce a sociálních věcí, školství, spravedlnosti a zdravotnictví.“ (Petrášová L., Stát chce bojovat ...) [online] [28-10-2010] [cit. 2012-01-07].

2.2 Shrnutí teoretické části

V teoretické části mé bakalářské práce jsem se zaměřila především na vysvětlení procesů stárnutí, se snahou objasnit, co se děje se starým člověkem, jaké změny v něm probíhají ať již vzhledové, nebo vnitřní, ať již skončením aktivního pracovního procesu a nástupu do důchodu, tak počínajícími zdravot-

ními problémy, které by neměli znamenat, že senior rezignuje na svůj další život. Právě naopak by měl zavčasu využít všech možných dostupných prostředků a snažit se změnit vyhlídky na svůj budoucí život ve svůj prospěch. Buďto včasným přestěhováním, úpravami bytu, připravit se, že může časem trpět jeho psychika a proto se snažit vědomě žít dál aktivním životem, nepřestávat ztrácet sociální kontakt, udržovat se v dobrém psychickém i fyzickém stavu, ať již to bude správnou životosprávou, dostatkem pohybu, spánku, pokračováním v zájmových oblastech, snahou nezahlétnout, omezením negativních vlivů, stresů apod. V další části jsem se snažila poukázat na opačný jev, nebo důsledek a to přímo na nejzákeřnější nemoc ve stáří a tou je Alzheimerova choroba, která v brzké budoucnosti zahltí ve velké míře náš svět tím, jak populace stárne. Snažila jsem se popsat, jak se nemoc projevuje, co ji může způsobovat a jak se snad bude dát konečně léčit. Zmínila jsem organizace, které se aktivně podílejí na její prezentaci široké veřejnosti a jejichž kroky směřují hlavně k vládě a vládní sociální politice, která by se měla tímto společenským „problémem“ urychleně zabývat.

PRAKTICKÁ ČÁST

3. VYMEZENÍ CÍLŮ

V empirické části bakalářské práce jsem se zaměřila na průzkum mezi staršími občany z jejich pohledu vnímání vlastního stárnutí. Cílem bude zjistit, zda vliv prostředí, rodiny, povahy, pohlaví a dalších aspektů může mít pozitivní, či negativní dopad na vlastní vnitřní vnímání svého stárnutí. Klady a zápory jednotlivých vlivů, jejich zhodnocení, doporučení.

3.1 Formulace hypotéz

Průzkumem chci tedy najít odpovědi na tyto otázky:

- Zvyšuje se náročnost dnešních seniorů na kvalitní trávení volného času a využívají možnosti, které jsou jim nabízeny?
- S výší dosaženého vzdělání vzrůstá potřeba aktivity v pozdějším věku?
- Potvrdí se hypotéza, že místo kde žijí, má vliv na jejich aktivitu?

Cílem mé práce je tedy zjistit, jak dnešní senioři tráví svůj volný čas, jak se cítí, zda jsou aktivní, spokojení, kde bydlí, zda využívají možností dnešní doby, která je seniorům nakloněna, ať už větším přístupem k volnočasovým aktivitám, kultuře, sportu, dalšímu vzdělávání, což se také příznivě odráží v pohledu člověka na svou budoucnost. Podléhají také kultu krásy, která nás dnes a denně atakuje z televizních obrazovek a denního tisku?

Další vliv má jistě vzdělání. Výše dosaženého vzdělání, intelektuální úroveň našeho myšlení může být dalším významným ukazatelem, směřujícím i k plánovanému trávení volného času v tomto období. V dnešní době, když se svět ve všech směrech globalizuje a propojuje, lze předpokládat, že i nynější senioři nejsou babičky se šátky na hlavách a dědečkové s hůlčičkami, sedící hodiny na lavičkách a krmící holuby. Jsou dnešní senioři více aktivní, snaží se

ještě něčeho dosáhnout, dohonit to, co v mládí nestihli, chtějí se bavit, cestovat, vzdělávat se, nebo raději dávají přednost poklidnému životu doma, kde jsou v bezpečí a stačí jim, že si žijí celkem spokojeně, ale žádná touha je nikam nevede a příjemné chvíle tráví pouze ve společnosti televize, či rozhlasu?

Předpokládám, že v dnešní době, která umožňuje více aktivit a méně pracovních činností spojených s nutností neustále těžce fyzicky pracovat až do pozdního věku, se mnohem více seniorů zajímá, jak aktivně trávit svůj čas, a tedy, že ho také plnohodnotně tráví. Mají možnosti, které generace před nimi neměli, mohou cestovat, bavit se, vzdělávat se, sportovat. Venkov se prolíná s městem a není již terčem kritiky a posměchu. Naopak lidé žijící na venkově mohou být z pohledu městského člověka na tom lépe, jelikož žijí v čistém klidném prostředí, ovšem se všemi dnešními vymoženostmi života ve městě. Všichni mají mnohem více možností ke kulturnímu vyžití, mají také možnost nepřiznat svůj věk a podrobit se vylepšení vzhledu bez toho, aby byli kritizováni, nebo zesměšňováni, naopak jsou moderní a jdou s dobou, (i když otázkou zůstává, zda to platí i na venkově, kde se všichni znají od kolébky)... a tato má domněnka by se mi měla z dotazníkového průzkumu potvrdit.

Z mého průzkumu vyplývají i další otázky a to, zda zjistím nějaké rozdíly v této oblasti mezi lidmi, jejichž povahy jsou otevřené, tedy mezi těmi, jež sami sebe označují jako extroverty a těmi, kteří jsou více uzavření. Myslím si, že tato otázka je v tomto tématu důležitá. Jen to, jací jsme jaká je naše povaha, má jistě velký význam v každém dnu našeho života. Lidé veselí, nebo optimisticky naladěni, kteří berou život s nadhledem, dokážou se povznést nad své neúspěchy, radovat se z dosaženého mají jistě lepší vyhlídky na šťastné, zdravé stáří, než lidé, kteří se jenom stresují, všechno kritizují a pro svůj lepší život jsou schopni málo udělat. Možná to všichni máme vloženo do vínku, snad je to osud, ale přesto věřím, že si ho řídíme také sami a máme ho ve vlastních rukou.

4. METODIKA PRÁCE

4.1 Metoda práce

Jako vhodná metoda průzkumu se mi jevil dotazník, který jsem v dostatečném časovém rozvrhu v přípravné fázi vytvořila na základě vytyčeného výzkumného problému a jeho cílů, za pomoci prostudované literatury, vlastních představ a mého vhledu do problému. Dotazník se skládal z 27 otázek, na úvod byli testovaní požádáni, aby uvedli věk a pohlaví. Pro upřesnění údajů a získání co největšího množství možných informací byly v dotazníku uvedeny možnosti-nápovědy, dále byli respondenti požádáni o zakroužkování všech možných variant a kombinací, v některém případě byli žádáni o vlastní doplnění.

Dotazníky byly rozdány dle mých pokynů mezi osoby odpovídající mým požadavkům, některé byly vyplněny přesně podle zadání, u některých měli senioři potřebu rozvíjet myšlenku a více k otázce napsat, upřesnit. Taktéž osoby v domě pro seniory pracovaly s mou pomocí, tudíž šlo nejen o formu dotazníkovou, ale řízený rozhovor, spojený s pozorováním, přičemž dotazník byl vyplněn mnou.

4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

V realizační části se jednalo o oslovení co nejširší skupiny obyvatel, splňující mnou vytyčené požadavky jako věk od 50 let, což byla v první řadě základní podmínka, nebyli tedy osloveni ti, kteří dle mého zvažování vypadali mladší. Záměrně jsem ale dotazovala osoby žijící v domově pro seniory v době mé praxe, a také v domě s pečovatelskou službou, dále studenty U3V, také osoby z mého okolí. Byla tedy dle mého názoru oslovena velmi široká škála obyvatel, jak pracujících, tak v důchodovém věku, studujících univerzitu třetího věku, žijících jak ve městech, tak i na vesnicích na Zlínsku. Tato fáze trvala zhruba půl roku a v konečné fázi se jí zúčastnilo 86 osob. Převahu měly ženy,

byly více ochotné než muži a jejich počet se nakonec vyšplhal na 70, oproti 16 přístupným mužům.

4.3 Způsob zpracování dat

Metodou generalizace se pokusím shrnout zodpovězené otázky a vytvořit tak obecnější formulaci závěrů. „Generalizace (metoda zobecnění) je vědeckou metodou, kdy je informace o jednotlivém jevu či objektu vztažena na celou třídu (skupinu) jevů či objektů. Podstatou je přisouzení zjištěné vlastnosti u užší skupiny skupině širší. Z poznání daného jednotlivého jevu či objektu, který je znám, je vyvozováno chování více jevů či objektů.“ (Široký, Publikování a presentace výsledků vědy a výzkumu, 2010, str. 18)

Kam může vést pasivní život ve stáří, jsem zmiňovala již v teoretické části. Aby tedy má bakalářská práce byla úplná, uvádím jako protipól v této části také kazuistiku případu mně velmi blízké osoby, jejíž život s mým úzce souvisel a nakonec mne tato osobní zkušenost dovedla k samotnému výběru tématu mé bakalářské práce.

5. KAZUISTIKA-SENIOR

TRPÍCÍ ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

72 letá žena, narozena roku 1935. Pocházející z východního Slovenska. V současné době po smrti.

a) Rodinná anamnéza

Matka - narozena 1913, ukončené základní vzdělání. Celý život pracující v domácnosti a přilehlém malém hospodářství. Vzhledem k velkému počtu dětí, není častý kontakt s dětmi po citové stránce. Matka není příkladem, či prototypem „milující matky“, vzhledem k rodinným, pracovním, sociálním a válečným důvodům. Trpěla na časté bolesti hlavy, kdy nemohla pracovat, nebo nepracovala z důvodu časté gravidity.

Otec- narozen 1911, základní vzdělání, pracoval jako švec, také v lese a vykonával různé sezonní, či náhodné práce. Jde o člověka velmi silného, náročného, nesmlouvavého, který byl ke svým dětem i ženě velmi přísný a často je výchovně trestal. Popisovaná žena je prvním z deseti dětí, je na ní, aby se starala o další sourozence, pomáhala matce s chodem domácnosti i hospodářstvím a byla po ruce často i otci k tvrdé práci, jelikož první syn se narodil až po mnoha porodech dcer. Otec tvrdě vyžadoval, aby uměla již v brzkém věku vše, co neuměla její matka a snažil se v ní vypěstovat cit pro domácnost (šití, vaření, úklid) a děti, které u své ženy nepovažoval za uspokojivé a za které bývala manželka také často trestána.

Rodiče zemřeli sešlostí věkem, žádné choroby neměli. Otec v 80 letech, matka v 92. Sourozenců žije 7, pouze 2 zemřeli již v dětském věku. Ostatní sourozenci, ani rodiče, či širší rodinní příslušníci touto chorobou nikdy netrpěli -ať již v minulosti, nebo nyní.

b) Osobní anamnéza

Z první gravidity, prodělala dětské nemoci. Jedná se o „válečné dítě“, tomu odpovídá také strava. Psychika v dětství i manželství byla narušena nadměrným stresem. Dva pokusy o sebevraždu, žádné vážné zdravotní problémy nebyly. Pouze vyléčen vřed na dvanácterníku, problémy s nižším TK. Na nátlak dcery a v jejím doprovodu podstoupila nejprve řádné vyšetření u obvodní lékařky, následně díky obtížím odeslána na vyšetření očí (často měla rozmazané vidění, točila se jí hlava apod.). Až následné vyšetření u psychiatra prokázalo 3. stupeň demence. Žena nebyla schopná říct, kolik má dětí, jejich jména, název města ve kterém žije, roční období, nedokázala nakreslit požadovaný obrázek hodin apod. Lékařem nebyl schválen návrh dcery o přestěhování a poskytnutí péče u ní doma, z důvodu nízkého věku jejich dětí. Na doporučení specializovaného lékaře byl dcerou zajištěn pobyt v domě pro seniory, v místě dceřina bydliště, kde se stav ženy na nějaký čas ustálil. Po překonání střešní virózy se však velmi zhoršil. Žena byla velmi zmatená, dezorientovaná, nepoznávala sebe ani okolí, nebyla schopná sama jíst, oblékat se, pohybovat se bez pomoci. Začala trpět neovladatelným silným nervovým třesem všech končetin i tváře, přestala ovládat svěrače. Tento stav trval zhruba rok, po kterém žena zemřela na následný zápal plic po prodělaném chřipkovém onemocnění. Celková doba od nástupu do zařízení po její úmrtí byla zhruba rok a půl.

c) Podrobný popis života ženy

Po ukončeném základním vzdělání chtěla absolvovat kurz porodní asistentky, to jí ale nebylo otcem umožněno, z důvodu nutnosti jít brzy pracovat a pomáhat nyní už i finančně rodině. Po dosažení plnoletosti žena z důvodu rodinné tyranie utekla z domu a z trucu se vdala za muže o 11 let staršího. Z pohledu ženy nešlo o vztah založený na lásce, nýbrž o možnost, dostat se z útlaku otce a rodiny a žít svůj život. Postupně se narodily 3 děti. První dcera zemřela hned po porodu, následovali 2 synové v rozmezí 4 let. Z důvodu častého alkoholového opojení svého muže a jeho různých sexuálních eskapád trpěla osaměním a frustrací, do doby, kdy na svém pracovišti potkala svého druhého

manžela, o 4 roky mladšího, čerstvého absolventa VŠ, který zde pracoval jako nový vedoucí a byl ženě nadřizován. Po nečekaném otěhotnění s novým partnerem bylo původní manželství rozvedeno a uzavřen nový sňatek. Manželova rodina starší ženu s dětmi vlídně nepřijala (kromě dítěte- syna). Problémem bylo kromě věku a předešlého manželství také nedostatečné vzdělání a její původ. Během následujících let žena ještě 3x otěhotněla, ve všech případech se manželé dohodli pro interrupci. V té době se rovněž žena souhlasila se svěřením dětí z prvního manželství do péče jejich otce. Až ve svých 39 letech, po dalším otěhotnění, se rozhodla, že dítě porodí, i přes protesty manžela. Narodila se dcera. Již během tohoto těhotenství, ale i v letech předcházejících docházelo k častým hádkám mezi partnery, a k neshodám s manželem. Ženu tyhle psychické ataky dohnaly k pokusu o sebevraždu oběšením a to i přesto, že byla ve vysokém stupni svého posledního těhotenství. Dalšímu tlaku podlehla během šestinedělí, kdy spolykala léky. Týden strávila na psychiatrickém oddělení. Po odstěhování rodiny do jiného města se situace zklidnila, leč důvěra byla velmi narušena, stále propukaly hádky. Několikrát navštívili s manželem manželskou poradnu, bohužel bez výsledku. Následně muž podal žádost o rozvod a to bylo po 20 letech rozvedeno. V péči matky zůstala tehdy 13letá dcera. Starší syn byl již dospělý, v té době vykonával základní vojenskou službu. Nejspíše díky osamocení a svému věku se žena začala velice silně fixovat na dceru, která tím trpěla. Tyto problémy se vyřešily až po dosažení plnoletosti dcery, jejím nástupem do práce, tudíž i přísunem financí do domácnosti. Po nějaké době se dcera odstěhovala za svým partnerem, se kterým časem založila rodinu. Jelikož již v té době byla žena v důchodovém věku, přestala mít potřebu být aktivní, pomalu ztrácela zájem o různé přivýdělnky, její čas se odehrával pouze před televizí a v uzavřeném bytě. V té době se k ní nastěhoval poslední syn, jenž se rozvedl a neměl kam jít. Ten ovšem velmi často holdoval alkoholu, v němž matku slovně napadal, ta se začala více uzavírat sama do sebe, propadat melancholii a depresi, která měla nejspíše vliv na vznik (spolu s dalšími neznámými faktory) Alzheimerovy choroby...

d) Shrnutí

Základem pro zajištění prodloužení života u onemocnění Alzheimerovou chorobou je včasná diagnostika. Ta se v tomto případě uskutečnila pozdě, jelikož příbuzenstvo do této doby nikoho s touto diagnózou nepoznalo, proto přehlédlo některé příznaky (neklid, domýšlivost, vztahovačnost, náladovost, odchody z domu...), jelikož je přičítali povaze ženy, tak jak ji celý život znali. Bohužel i při včasné diagnostice této nemoci, v současné době neexistuje účinný lék, ani přesný důvod, proč se tato nemoc v rodině objevuje. V tomto případě není znám žádný případ tohoto onemocnění v širokém okolí rodiny, ani u nejbližších žijících příbuzných, ač jsou již sami v seniorském věku. Není proto pravděpodobné, že byla způsobena geneticky, nýbrž ji nejspíše vyvolal velmi tvrdý život, plný stresu, útlaku, nedostatku úcty, lásky, spojené v pozdějším věku s nečinností, apatií a nechutí k aktivnějšímu trávení času.

6. ROZBOR A ZPRACOVÁNÍ DAT

1.) Z jaké pocházíte rodiny?(intelektuální, dělnické, zemědělské/úplné, neúplné)

Při této formulaci otázky nastal první problém, do závorky jsem vložila v rámci urychlení a zkrácení času malou nápovědu, na kterou měli dotázaní reagovat. 39 osob nevedlo, možná opomnělo, nebo nepochopilo, jestli žili v rodině úplné, nebo neúplné. Většina účastníků uvedla, že pochází z úplné dělnické rodiny (45), zemědělský (20) a intelektuální původ (21) byl zastoupen skoro ve stejné míře. Úplná rodina (44), neúplnou uvedli 3 lidé.

2.) Kde jste vyrůstal/a? (vesnice-město)

S touto odpovědí žádné problémy nebyly a bylo zodpovězeno, že větší polovina žila od dětství ve městě (44), na vesnici 42.

3.) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (ZŠ, vyučen, SŠ, VŠ)

Z oslovených je většina středoškolského vzdělání (45), na druhém místě jsou vyučení (21) a dotázaných se základním a vysokoškolským vzdělání je stejně (10).

4.) Kde bydlíte v současné době? (město, vesnice/vlastní domácnost, zařízení pro seniory)

Další otázka, ve které bylo potřeba uvést více věcí a opět jako u otázky číslo 1, 20 účastníků nevedlo, zda pořád žijí doma, nebo v některém zařízení sociální péče. Na první polovinu otázky bylo zodpovězeno správně, a to tak, že většina (70) žije ve městě, zbytek (16) na vesnici.

5.) Další otázka směřovala na rodinu, tedy na děti, partnera, sourozence.

79 uvedlo, že má děti, 48 partnera, a 50 má sourozence.

6.) Jste stále pracovně aktivní? (produktivní věk, nepracující důchodce, pracující důchodce)

Z odpovědí vyplynulo, že většina (46) již vůbec nepracuje, 12 dotázaných má stálou práci, tedy je pracovně činnými a není ještě v důchodovém věku, a 28 respondentů stále pracuje, i když jsou již v důchodu.

7.) Jaká je Vaše finanční situace? (nadprůměr, průměr, podprůměr)

64 účastníků považuje svůj příjem za průměrný, pouze 3 uvedli nadprůměrný a zbytek (19) jako podprůměrný.

8.) Jaký je Váš zdravotní stav?

Na otázku týkající se zdravotního stavu uvedlo 58, že odpovídá věku, dobrý uvedlo 22 osob a 6 osob uvedlo vážnou nemoc.

9.) Jakým způsobem trávíte volný čas?

V této otázce jsem nabídla několik možností, které jsem si potom rozdělila na 4 okruhy a to-pohybové (sport, turistika)-43 dotázaných, kulturní (zábavy, výstavy)-39, domácí práce (ruční práce, zahradničení, kutilství, sběratelství)-26 a pasivní (četba, rozhlas, televize)-72.

10.) Pěstujete dlouhodobě nějakého koníčka?

ano-40, ne-46

11.) Jestliže žijete sám/a, máte nějakého domácího mazlíčka? (ano, ne, chtěl bych)

Na tuto otázku nijak nezareagovalo 26 dotázaných, 9 uvedlo, že mazlíčka má, 38 nemá a 13 by ho uvítalo.

12.) Přemýšlíte o dalším vzdělávání? (univerzita 3. věku, kurzy-PC, jazykové-ano, ne)

32 by se rádo účastnilo nějakého kurzu, ale většina udala, že nemá zájem (54).

13.) Uveďte, za jaký typ člověka se považujete (extrovert, introvert)

Přesně 50 účastníků se cítí být introvertní, 27 se označilo za extroverty, 7 se cítí být někde mezi tím a 2 neuvedli nic.

14.) Je pro Vás důležitý vzhled, to, jak vypadáte? (ano, ne)

ano-73, ne-13

15.) Absolvoval/a byste kosmetický „zkrášlovací“ zákrok pro oddálení projevů stáří? (ano, ne)

ano-18, ne-68

16.) Jste spokojen/á se svým životem? (ano, ne)

Z dotázaných 66 uvedlo, že ano, 10 není a dalších 10 si vytvořilo kolonku ano, i ne.

17.) Věříte, že můžete změnit svou budoucnost, máte plány do budoucna?

Ano, uvedlo 51 osob, 35 uvedlo jako odpověď ne.

18.) Máte pravidelný pohyb? (cvičení, procházky, plavání/ano, ne)

Z odpovědí je patrné, že naprostá většina (74) dotázaných uvedla, že provádí nějaký druh pohybové aktivity pravidelně, pouze 13 odpovědělo záporně.

19.) Provozujete nějaké zklidňující praktiky? (jóga, meditace)

15 respondentů uvedlo kladnou odpověď, 61 označilo jako možnost volbu ne, a 10 se rozhodlo neuvést nic.

20.) Hledáte sílu i víru v Bohu (modlitbě), Alláhovi, nebo věříte v „NĚCO“, co řídí náš svět, vesmír, osud?

Opět neuvedli 3 lidé, 54 osob uvedlo, že ano, 29 hodnotilo záporně.

21.) Trápí Vás, že stárnete?

Na tuto otázku bylo 24 odpovědí kladných, 60 označilo jako odpověď ne, a 2 neoznačili.

22.) Cítíte, že na něco už tělesně nestačíte, i když duševně se cítíte mladí? (ano, ne)

63 osob uvedlo, že je to stresuje, 20 odpovědělo ne a 3 neuvedli žádnou odpověď.

23.) Pokud ještě nejste v důchodu, jaké jsou Vaše představy o něm? Můžete uvést, i pokud již v důchodu jste...(budu chodit dál do práce, nebo na brigády, budu se vzdělávat, cestovat, užívat si, odpočívat, najdu si partnera, budu hlídat vnoučata, příp. uveďte pár slovy)

Opět jsem si odpovědi rozdělila na okruh nicnedělání (14), práce (17), vzdělávání (8), cestování (11), odpočinek (16), neuvedlo (23).

24.) Máte strach z vlastní smrti?

26 dotázaných osob odpovědělo kladně, 60 záporně.

25.) Máte pocit, že je pro Vás horší ztráta někoho blízkého, než vlastní smrt? (ano, ne)

Naprostá většina (73) napsala, že je horší ztráta blízké osoby, 2 lidé uvedli zápornou odpověď, a 11 respondentů neuvedlo žádnou odpověď.

26.) Jste pravidelně ve styku se svými blízkými? (rodina, děti, příbuzní/ano,ne)

6 osob uvedlo, že se s nikým nestýká, 80 je ve styku pravidelně.

27.) Jste pravidelně ve styku se svými přáteli? (návštěvy, výlety atd. ano/ne)

55 osob je v pravidelném kontaktu se svými přáteli, 31 nemá kontakt.

7. VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

Z dotazníkového průzkumu vyplývá hned několik zajímavostí. Jak již bylo výše zmíněno, z mnoha desítek oslovených se nakonec zúčastnilo jen 86 občanů. Je důležité podotknout, že i tak někteří spolupracovali s velkým sebezapřením, což mohlo také způsobit nechuť k vyplňování dotazníku, která způsobila, že byly opomíjeny všechny možné požadované a nastíněné varianty. Také se ovšem mohlo jednat pouze o nepozornost, nebo mohla být zvolena raději varianta delší a otázky mohly být formulovány jednodušeji. Zdvojená formulace se také ukázala jako nešťastná, jelikož občané v dané otázce neodpovídali na vše, část odpovědí vynechali.

V každém případě vyšlo najevo, že ochotněji pracovaly ženy, také měly potřebu do dotazníků častěji vpisovat své momentální nápady a upřesnění, pokud jim nevyhovovala nabídnutá možnost. V některých dotaznících bylo úsměvné pozorovat, že dotazovaní odpovědi znovu opisovali, nebo podtrhávali, nebo špatně pochopili zadání, kde bylo uvedeno: „Kde je potřeba uvést, prosím uveďte, v dalších otázkách kroužkujte.“

Šetření se zúčastnili občané v rozmezí od 50 let, nejstaršímu bylo 93 let, tudíž je potěšující i zjištění, že většina stále bydlí doma a je schopna se sama o sebe starat, v zařízení pro seniory žije pouze 11 osob, z toho 10 jsem oslovila přímo sama, při mé praxi v tomto zařízení. Taktéž skutečnost, že jsou téměř všichni v pravidelném kontaktu se svými dětmi, je velmi pozitivní. Zhruba polovina dotázaných není úplně sama, ale kromě dětí uvádí, že žije s partnerem, ale také ještě mají žijící sourozence, tudíž nejsou osamělí. Také se často vyskytuje styk s přáteli, což shledávám jako zajímavé. Znamená to, že žijí celkem společenský život a nejsou nijak sociálně vyloučeni.

Udivující je, že i přestože většina uvádí jako svůj zdravotní stav jako přiměřený věku, nebo dokonce dobrý, přesto naprostá většina z účastníků důchodového věku v šetření uvedla, že jejich finanční situace je podprůměrná, ale přesto nemají zájem si přivydělat peníze, až na výjimky.

Můžeme také konstatovat, že i ve starším věku jsou lidé sportovně nahláveni, ať je to přímo nějaký druh sportu, nebo turistika, pravidelné pohybové aktivity realizuje naprostá většina. Dlouhodobé koníčky praktikuje zhruba polovina dotázaných, spíše lidé tráví svůj čas kulturním děním, které co se týče aktivnějšího rozvoje, se umístilo na druhé příčce před dnešními představami trávení volného času seniorů, jako jsou typicky ženské ruční práce, práce na zahradě, mužské kutilství, či sběratelství. Jako pasivní trávení času- sledování televize, poslech rozhlasu apod. uvedla naprostá většina. Z dotazníků vyplynuly zajímavé skutečnosti a to, že ve většině případů respondenti uvedli, mezi své zájmy televizi, rozhlas a žádné jiné aktivity. Těchto pasivních seniorů bylo nejvíce. Na druhé straně jsem byla překvapena také vysokým zastoupením těch, kteří dávali opravdu přednost aktivnímu životu, což v některých případech i přímo vylučovalo sledování televize, raději upřednostnili četbu. Tito aktivnější lidé také uváděli svůj zvýšený zájem o další studium, návštěvy kurzů a jiných společenských aktivit, které také uváděli dále ve svých představách, jak tráví, nebo budou, popřípadě by chtěli trávit svůj důchodcovský čas. Z druhé poloviny, do které patřili televizní diváci zájem o další studium nebyl a jejich ideální vyplnění volného času bylo nicnedělání a odpočinek. Menší část by ráda cestovala. Také častá představa seniora s pejskem není až tak potvrzena. Na otázku týkající se domácího mazlíčka pro samostatně žijící seniory většina uvedla, že nemá, ani nechce.

Účastníci sami sebe povětšinou označovali jako introverty, tedy osoby více uzavřené do sebe, ne až tak společenské, pár si nebylo jistých, nebo v sobě pozorovalo rozpor, jako jasného extroverta se uvedla asi čtvrtina. Potěšitelné se jeví, že skoro pro všechny je důležité, jak vypadají a na svůj vzhled se snaží dbát a překvapující bylo i zjištění, jak velká skupina by byla ochotná podstoupit lékařský zákrok, po kterém by se cítila mladší, krásnější. Přesto jsou lidé se sebou spokojeni, a i když berou svou budoucnost tak, jak přijde, jsou smířeni. Stále si dělají plány do budoucna, nejsou jen pasivními přihlížeči, ani nepodléhají nějaké panice z vlastního stárnutí. Spíše uvádí, že je stresuje úbytek fyzických sil. Většina věří v „nějakou“ nadpozemskou sílu, ke které se obracejí, i

když každý z nich ji pojmenovává jinak, většina ale věří v Boha, ke kterému se modlí, pár respondentů uvedlo, že vnitřní klid spíše hledají v józe, meditaci. Vlastní smrti se většina dotázaných nebojí, spíše je děsí, že jim odejde někdo z jejich blízkých.

7.1 Shrnutí a doporučení

Téma psychologie stárnutí nabízí na zodpovězení spoustu otázek. Má vliv na vnímání stárnutí původ, povaha, prostředí, vzdělání? Z obecného hlediska vyplývá, že velká většina účastníků pochází z tzv. prostých poměrů, tedy že jejich rodiče pracovali buďto v zemědělství, nebo jako dělníci a jejich zastoupení mezi městem a vesnicí je skoro shodné, tedy většina dotázaných je z běžné těžce pracující rodiny a buďto přímo ve městě bydleli, nebo za práci dojížděli do města, popřípadě pracovali v zemědělství na venkově. Jelikož se jedná o dotazník vyplňovaný občany v okolí Zlína, dá se předpokládat, že většina rodičů respondentů pracovala ve zlínských obuvnických, či strojírenských, plastikářských, nebo gumárenských závodech a pocházela z úplných rodin. Tito rodiče své děti podle všeho vedli k tomu, aby jejich vzdělání bylo vyšší, než bylo nejspíše jejich, o čemž svědčí vyšší zastoupení středoškolského vzdělání, na úkor vyučení. Podle mého mínění vyšší dosažené vzdělání respondentů vedlo k lepšímu pracovnímu uplatnění, a proto se dá předpokládat, že z toho plynoucí jednodušší život vedl ke zvýšenému zájmu o bydlení ve městě, jak dotazník ukazuje, což se ale bohužel nijak neodráží v potřebě aktivněji žít i v seniorském věku.

Domnívala jsem se, že výsledkem mého dotazníkového průzkumu bude zjištění, že dnešní senioři jsou více nároční a že sami aktivně vyhledávají, vyžadují a praktikují „vymoženosti“ dnešní doby. Z mého průzkumu je tedy patrné, že ač tyto možnosti jistě mají, nemají chuť se do nich pustit. Pouze část je aktivní po stránce fyzické. Převládá pasivní, domácí styl života. Tedy moje první domněnka se nepotvrdila.

Ani to, že se jedná o osoby s vyšším vzděláním, žijícím ve městech nezaručuje, že budou aktivní. Z širšího pohledu na tuto problematiku by bylo rozumné zabývat se více tím, proč tito lidé, ač se nejedná o typické staroušky a babičky, které si pamatujeme z našeho dětství, nemají v dnešní době náladu, nebo zájem o obsáhlejší, rozmanitější aktivní život. Vždyť tato generace má oproti předcházejícím mnohem větší možnosti cestovat, vzdělávat se, kulturně žít. Také se dožívá mnohem vyššího věku, nehledě na to, že nemusela tolik fyzicky těžce pracovat, takže i jejich zdravotní stav je mnohem lepší. Pověštinou žijí ve městě, tedy s dostupností všemu, co tento způsob života nabízí. Překvapující, potěšující a pozitivní zjištění je, kolik osob uvedlo, že pravidelně sportuje. Tato věc se jistě proti dřívějším generacím změnila, je pochopitelné, že předcházející generace měli jiné starosti, než si pro zábavu jít zaplavat, nebo jet na hory lyžovat. Proto je škoda, že přiznávají sice sportovní aktivity, tedy posilují tělo, což je jistě velmi chvályhodné, ale na svůj vnitřní svět zapomínají. V dřívějších dobách a ne nedávných nebylo ani tolik možností jít někam za kulturou, na koncerty, výstavy, vernisáže, do muzea, kina, nebo divadla. Nebylo tolik možností, jak navštěvovat zájmové kurzy, spolky pro „věkem pokročilé“, neexistovali ucelené programy pro seniory jako v dnešní době. A přesto všechno o ně nemají tito lidé až takový zájem, jak jsem předpokládala. Tudíž ani druhá a třetí hypotéza se mi nepotvrdila.

Možná je to tím, že sami pochází ještě z tradičních rodin a že sami neměli příklad ve svých rodičích, kteří žili ještě tzv. po staru. Nebo to může být způsobeno nedostatečnou informovaností o možnostech, které jsou seniorům nabízeny. Nejspíše by bylo potřeba přiblížit a rozšířit zájmovou, kulturní, sportovní nabídku blíže těmto občanům, ať již přes jednotlivé organizace spolků, přes regionální média, až po angažovanost přímo na úrovni jednotlivých měst a jejich odborů. Možná ani senioři netuší, že nabídka je pestrá, ale informovanost o ni může být špatná. Dále by bylo třeba, aby se zapojili nejbližší, spolu s odbornými lékaři a podporovali své rodiče a prarodiče k zvýšené aktivitě, ať už mentální, nebo pohybové. Další možnost a tedy zdůvodnění, proč je tomu právě takto může být, že zkrátka nemají aktivitu v povaze, nevyhledávají nové

lidi, nové zážitky, čemuž by i nasvědčovalo, že většina uvádí, že se cítí spíše jako introvertní.

Tato generace dnešních seniorů je vlastně v této oblasti průkopnická, jejich děti zase budou mít jinou představu o svém stárnutí, jelikož budou ovlivněni tímto svým vzorem. Dalo by se tedy předpokládat, že další generace budou již více aktivní, možná i náročnější co se týče zdokonalování svého vnitřního světa.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, jelikož jsem v posledních letech sama prošla těžkým poznáním, co s sebou stárnutí a zrychlené, nemocné stáří přináší. Musela jsem se velice rychle zorientovat v problematice nemoci, která nemá východisko. Byla jsem nucena pochopit, smířit se a jen bezmocně přihlížet, jak mi nemoc postupně bere blízkou osobu. Toto člověka ovlivní a hledá i dál odpovědi, možnosti, nové postupy a doufá, že právě pravým opakem způsobu života, vlastním vědomým výběrem trávení času, aktivitou může zvrátit třeba i svou budoucnost, nebo svých nejbližších.

Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou. V teoretické jsem se zabývala samotným stárnutím a stářím, změnami v psychice, tělesném složení, prevencí a doporučeními jak se vyvarovat předčasnému stárnutí a nemocem dodržováním zásad zdravého životního stylu a zachováním aktivního života. Navazuji a dále prezentuji, jaký dopad na člověka může mít onemocnění Alzheimerovou chorobou. Zabývám se diagnostikou, příčinou, průběhem a také vědeckými poznatky. V praktické části se zabývám samotným průzkumem, za účelem zjistit, co vlastně dnešní senioři dělají, co cítí, jak se mají a opět k tématu Alzheimerovy choroby uvádím kazuistiku případu.

Cílem mé bakalářské práce bylo tedy zjistit, jak dnešní senioři vnímají vlastní stárnutí, jak jsou spokojeni se svým životem, jak ho žijí, jak tráví svůj volný čas, jak využívají možností dnešní doby a podobně. Lze říci, že tato generace je skromná, jsou to lidé vychovaní „životem“ a jejich názory se jeví jako praktické a lidské. Neoplývají přílišnou aktivitou, nemají až takovou snahu o různé nové činnosti, nepovažují to za důležité, ale uvádějí, že se mají dobře, nic jim nechybí a svůj čas tráví tak, jak jim vyhovuje, bez potřeby něco nového zakoušet. Nezahálí, věnují se rodinám, svým koníčkům a své zábavě, která je povětšinou ale velmi pasivní. Spíše se nechávají „bavit“ televizí, rozhlasem, nevyhledávají jiné společenské vyžití.

Praktickým přínosem může být zjištění, že z nějakého důvodu senioři nemají zájem o společenské, vzdělávací, kulturní, sportovní aktivity a to i v případě, že žijí ve městě, které jim toto všechno nabízí. Otázkou zůstává proč? A tento důvod může být, jak uvádím v praktické části buď v nechuti, nepotřebě, zbytečnosti plynoucí například z povahy osoby, nebo nedostatečné informovanosti o nabídce. Bylo by třeba seniory na všech možných úrovních nabádat k aktivitě, vlastní organizaci, vlastnímu rozvoji i ve starším věku, neboť se domnívám, že může mít pozitivní vliv na to, aby se nám v pokročilém věku vyhnula právě Alzheimerova nemoc.

„Nečinnost tělo oslabuje, práce posiluje; první urychluje stáří, druhá prodlužuje mládí.“

Aulus Cornelius Celsus

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AUSTAD, S. *Proč stárneme: proměny lidského těla*, 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 1999. ISBN 80-204-0804-5.

BĚLOHLÁVEK, F. *Organizační chování*, 1.vyd. Olomouc: Rubico, 1996. ISBN 80-85839-09-1.

BRUNOVSKÝ, M. *Objektivizace diagnostiky a změn vigility u demencí*, 1.vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-236-6.

BUIJSEN, H. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*, 1.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081.

DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*, 1.vyd. Praha: Radix, 2009. ISBN 978-80-8601388-0.

KALVACH, Z. - Zadák, Z. - Jiráček, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, 2.vyd. Praha: Havlíček Brain team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života-líc smrti*, 1.vyd. Praha: Orbis, 1975.

HOCMAN, G. *Stárnutí: (Co víme o tom, co nás nemine)*, 1.vyd. Praha: Avicenum, 1985.

HOLMEROVÁ, I. -JAROLÍMOVÁ, E. -NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova choroba v rodině*, Praha: Pfizer, 2004.

HORT, J. -RUSINA, R. a kol. *Paměť a její poruchy*, Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-004-5.

MATĚJČEK, Z. *Radosti a strasti prarodičů*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-455-X.

PACOVSKÝ, V -HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*, 1.vyd. Praha: Avicenum, 1981.

PICHAUD, C. -THAREAU, I. *Soužití se staršími lidmi*, 1.vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

ROSLAWSKI, A. *Jak zůstat fit ve stáří*, 1.vyd. Brno: Computer Press, 2005. ISBN 80-251-0774-4.

ŠIROKÝ, J. *Publikování a presentace výsledků vědy a výzkumu*, Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-41-0.

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*, 1.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.

VIGUÉ, J. *Zdraví pro třetí věk*, 1.vyd., Dobřejovice: Rebo Productions, 2006. ISBN 80-7234-536-2.

ZACHAROVÁ, E. *Sestra a senioři v ošetrovatelském procesu*, Geriatrie, Sestra, 2010, str. 40.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

BAV. *Alzheimer není jen nemoc starých, postihuje i třicátníky.* [online] [24-08-2009] [cit. 2012-01-05]. Dostupné na <http://ona.idnes.cz/alzheimer-neni-jen-nemoc-starých-postihuje-i-tricatniky-p2y-zdravi.aspx?c=A090821_094959_zdravi_pet>.

ČERVÁKOVÁ, H. *Stárneme do štěstí?* [online] [25-11-2010] [cit. 2011-12-07]. Dostupné na <<http://psychologie.cz/starneme-do-stesti/>>.

ČTK. *Alzheimerovu chorobu může zbrzdit zdravé jídlo.* [online] [05-01-2012] [cit. 2012-01-07]. Dostupné na <http://relax.lidovky.cz/alzheimerovu-chorobu-muze-zdravi.asp?c=A091028_082110_In-zdravi_pks>.

ČTK. *U Čechů roste zájem o plastické operace, zneužívají toho neatestovaní lékaři.* [online] [05-10-2011] [cit. 2011-10-05]. Dostupné na <<http://www.novinky.cz/zena/styl/246407-u-cechu-roste-zajem-o-plasticke-operace-zneužívaji-toho-neatestovani-lekari.html?ref=boxE>>.

FINSTERLE, V. *Mužská demence může být spojena s hladinou cholesterolu.* [online] [04-05-2007] [cit. 2012-01-06]. Dostupné na <<http://www.ordinace.cz/clanek/muzska-demence-muze-byt-spojena-s-hladinou-cholesterolu/>>.

HONZÁK, R. *Co zlepšuje práci mozku.* [online] [12-01-2011] [cit. 2012-01-07]. Dostupné na <<http://psychologie.cz/co-zlepsuje-praci-mozku/>>.

HUŠKOVÁ, V. *Alzheimerova choroba.* [online] [cit. 2012-01-04]. Dostupné na <<http://tema.novinky.cz/alzheimerova-choroba>>.

HUŠKOVÁ, V. *Silné kouření ve středním věku zdvojnásobuje riziko Alzheimerovy choroby.* [online] [27-10-2010] [cit. 2012-01-06]. Dostupné na <<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/215115-silne-koureni-ve-strednim-veku-zdvojnásobuje-riziko-alzheimerovy-choroby.html>>.

JAP. ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, *Nové cesty k léčbě, inzulin a Alzheimer*. [online] [02-03-2009] [cit. 2012-01-07].

Dostupné na <<http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/nove-cesty-k-lecbe-inzulin-a-alzheimer-408682>>.

LEHOVCOVÁ SUCHÁ, V. *Osud Čechů: Umíráme v nemocnicích a ústavech*. [online] [28-10-2010] [cit. 2012-01-04]. Dostupné na <<http://aktualne.centrum.cz/domaci/spolecnost/clanek.phtml?id=678435>>.

LANCET NEUROLOGY, publikováno 2010-10-11 ve Zpravodaji České Alzheimerovské společnosti-Vážka, 3-4/10, PDF] [cit. 2012-01-07].

LIDOVKY CZ. *Vědci objevili tři geny spojované se vznikem Alzheimerovy choroby*. [online] [07-09-2009] [cit. 2012-01-07]. Dostupné na <http://www.lidovky.cz/vedci-objevili-tri-geny-spojovane-se-vznikem-alzheimerovy-choroby-1fc-/ln_veda.asp?c=A090907_131424_ln_veda_mtr>.

MAGAZÍN PSYCHOLOGIE CZ. *Chytrí lidé žijí déle*. [online] [10-12-2010] [cit. 2011-11-05]. Dostupné na <<http://psychologie.cz/chytri-lide-ziji-dele/>>.

MAGAZÍN ZDRAVÍ. *Nikoliv stres, ale reakce na stresující faktory*. [online] [09-06-2011] [cit. 2011-11-05]. Dostupné na <<http://www.magazinzdravi.cz/nikoliv-stres-ale-reakce-na-stresujici-faktory-1294378346>>.

MPSV ČR. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012*. [online] [01-08-2008] [cit. 2012-01-12]. Dostupné na <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>.

MPSV ČR. *Počet lidí s demencí roste. Pomůže Plán Alzheimer*. [online] [17-12-2010] [cit. 2012-01-25]. Dostupné na <<http://www.mpsv.cz/cs/10044>>.

MPSV FRANCIE. *Charta práva svobod starších občanů*. [online] [cit. 2012-02-01]. Dostupné na <<http://www.fno.cz/informace-pro-pacienty/charta-prava-a-svobod-starsich-obcanu>>.

NEWSWEEK COM. *Zpomalení procesu stárnutí o dvacet let*. [online] [cit. 2011-11-28]. Dostupné na <<http://www.ideje.cz/cz/clanky/zpomaleni-procesu-starnuti-o-dvacet-let>>.

NEZBEDA, O. *Řeka jménem Alzheimer*. [online] [30-01-2011] [cit. 2012-01-06]. Dostupné na <<http://respekt.ihned.cz/c1-49633710-reka-jmenem-alzheimer>>.

PAZDERA, J. *Alzheimer a brambory*. [online] [17-08-2008] [cit. 2012-01-06]. Dostupné na <<http://www.osel.cz/index.php?clanek=3857>>.

PETRÁŠOVÁ, L. *Stát chce bojovat s Alzheimerem, podpoří rodiny pečující o nemocné*. [online] [28-10-2010] [cit. 2012-01-07]. Dostupné na <http://zpravy.idnes.cz/stat-chce-bojovat-s-alzheimerem-podpori-rodiny-pecujici-o-nemocne-p94-/domaci.aspx?c=A101027_180850_domaci_vel>.

PETRŽELKA, A. *Velké pozadí: dříve tabu, dnes móda*. [online] [03-01-2012] [cit. 2012-02-03]. Dostupné na <<http://www.novinky.cz/zena/styl/257972-velke-pozadi-drive-tabu-dnes-moda.html>>.

PRÁVO. *Vědci: poznáme Alzheimeru už před prvními příznaky*. [online] [15-08-2010] [cit. 2012-01-05]. Dostupné na <<http://www.novinky.cz/veda-skoly/206168-vedci-pozname-alzheimeru-uz-pred-prvnimi-priznaky.html>>.

PRIMUS, M. *Chytrí lidé žijí déle*. [online] [10-12-2010] [cit. 2011-11-05]. Dostupné na <<http://psychologie.cz/chytri-lide-ziji-dele>>.

PROCHÁZKOVÁ, M. *Nadějnou vakcínu proti Alzheimerovi chce výrobce testovat i v Česku*. [online] [05-05-2010] [cit. 2012-01-05]. Dostupné na <http://zpravy.idnes.cz/nadejnou-vakcinu-proti-alzheimerovi-chce-vyrobce-testovat-i-v-cesku-1gs-/domaci.aspx?c=A100505_145300_domaci_taj>.

SMĚKAL, V. *Psychologie životní cesty a duševní zdraví*. FSS MU, Brno, prezentace PowerPoint

SOKOLOVÁ, D. *Proč stále více mužů podstupuje plastickou operaci*. [online] [12-01-2011] [2011-11-05]. Dostupné na <<http://www.novinky.cz/zena/styl/221969-proc-stale-vice-muzu-podstupuje-plastickou-operaci.html>>

SUN. *Alzheimer je na postupu, ročně stojí 11 bilionu korun*. [online] [21-09-2010] [cit. 2012-01-06]. Dostupné na <<http://izeny.eurozpravy.cz/zdravi-hubnuti/15073-alzheimer-je-na-postupu-rocne-stoji-11-bilionu-korun/>>.

ŠEBKOVÁ, S. *Alzheimerova choroba*. [online] [2012-01-06]. Dostupné na <<http://www.ordinace.cz/clanek/alzheimerova-choroba/?chapter=8>>.

THE ENDOCRINE-SOCIETY, Redakce ČRo Leonardo. *Čím horší vrásky, tím řidší kosti*. [online] [06-06-2011] [cit. 2011-12-10]. Dostupné na <http://www.rozhlas.cz/leonardo/zpravy/_zprava/903456>.

TN CZ. / KORZO. *Věda by již brzy mohla zastavit stárnutí*. [online] [21-10-2009] [cit. 2011-11-05]. Dostupné na <<http://rednews.nova.cz/clanek/hi-tech/veda-by-jiz-brzy-mohla-zastavit-starnuti.html>>.

TOPINKOVÁ, E. *Nemoci ve stáří*. [online] [12-11-2008] [cit. 2012-01-04]. Dostupné na <<http://www.ordinace.cz/clanek/nemoci-ve-stari/>>.

TUČEK, J. *Alzheimer přichází a chce peníze*. [online] [03-11-2010] [cit. 2012-01-06]. Dostupné na <<http://zpravy.e15.cz/zahranicni/udalosti/alzheimer-prichazi-a-chce-penize>>.

VAVROŇ, J. *Lidé očekávají, že ve stáří se o ně bude starat stát*. [online] [19-2-2011] [cit. 2012-01-04]. Dostupné na <<http://www.novinky.cz/ekonomika/225702-lide-ocekavaji-ze-ve-stari-se-o-ne-bude-starat-stat.html>>.

VYŠÍNOVÁ, R. *Paměť vám zachrání i sklenka červeného vína*. [online] [23-10-2011] [cit. 2012-01-06]. Dostupné na <<http://www.ordinace.cz/clanek/pamet-vam-zachrani-i-sklenka-cerveneho-vina/>>.

WANATOWICZOVÁ, K. *Alzheimer se šíří Evropou a hrozí, že nás mladí budou házet ze skály*. [online] [19-12-2008] [cit. 2012-01-05]. Dostupné na <http://zpravy.idnes.cz/alzheimer-se-siri-evropou-a-hrozi-ze-nas-mladi-budou-hazet-ze-skaly-1dp-/kavarna.aspx?c=A081219_152701_kavarna_bos>.

ZARZYCKÁ, K. *Youthaholismus aneb Chorobná touha po věčném mládí*. [online] [11-07-2010] [cit. 2011-11-05]. Dostupné na <<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/203830-youthaholismus-aneb-chorobna-touha-po-vecnem-mladi.html>>.

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A- Jednoduchý test ke zhodnocení kvality paměti a orientačních schopností

PŘÍLOHA B- Charta práv a svobod starších občanů

PŘÍLOHA C- Charta práv pacientů-Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

PŘÍLOHA D- Počet lidí s demencí roste. Pomůže Plán Alzheimer

PŘÍLOHA E- Modlitba ve stáří

PŘÍLOHA F- Báseň

PŘÍLOHA G- Fotografie

PŘÍLOHA A:

Jednoduchý test ke zhodnocení kvality paměti a orientačních schopností

1. Zeptejte se vyšetřovaného, kolik je mu let.
2. Zeptejte se, kolik minut zbývá do nejbližší celé hodiny.
3. Řekněte vyšetřovanému nějakou adresu a požádejte ho, aby si ji pamatoval. (Po skončení testu jej požádejte, aby ji zopakoval.)
4. Zeptejte se, jaký je právě rok.
5. Zeptejte se vyšetřovaného na adresu místa (nemocnice, bytu apod.), kde se právě nacházíte.
6. Zeptejte se vyšetřovaného na jména dvou osob, které nesporně dobře zná a které se v tu dobu nacházejí poblíž (např. jméno lékaře, sestra apod.).
7. Zeptejte se vyšetřovaného na datum jeho narození.
8. Zeptejte se vyšetřovaného, v kterém roce vypukla první světová válka.
9. Zeptejte se vyšetřovaného, jak se jmenuje současný prezident.
10. Požádejte vyšetřovaného, aby počítal sestupně od dvaceti do jedné.

Za každou správnou odpověď je 1 bod. Pokud vyšetřovaný dosáhne skóre 6 nebo méně, je vhodné zajistit další vyšetření u lékaře.

(Holmerová, Jarolímová, Nováková, str. 18)

PŘÍLOHA B:

Charta práv a svobod starších občanů

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

Článek I (svoboda volby)

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

Článek II (domácnost a prostředí)

Prostředí, ve kterém žije starší občan se sníženou soběstačností (ať je to již jeho domácnost či jiné zařízení), by mělo respektovat jeho volbu a být přizpůsobeno jeho potřebám. Je třeba, aby tito lidé mohli co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Tomu by také mělo odpovídat uspořádání, zařízení a vybavení jejich domácnosti. Možnost setrvání doma může mít své meze, a proto je třeba, aby se tito lidé mohli rozhodnout pro alternativní řešení, kterým bývá nejčastěji pobyt v instituci. Častou příčinou, proč je třeba volit pobyt v instituci, je duševní onemocnění (nejčastěji demence). V tomto případě je třeba, aby

pacient i jeho rodina volili vždy podle potřeb pacienta. Cílem je zajistit duševní i psychickou pohodu a kvalitní život. Proto by zařízení měla být koncipována tak, aby odpovídala potřebám soukromého života. Zařízení by mělo být přístupné, bezpečné a umožňovat dobrou orientaci.

Článek III (sociální život s handicapem)

Všichni lidé, kteří jsou v důsledku svého onemocnění závislí na pomoci a péči druhých osob, by měli mít garantovanou svobodu volně komunikovat, neomezeně se pohybovat a podílet se na společenském životě. Urbanisté by při plánování měst měli vzít v úvahu stárnutí populace. Veřejná doprava a prostranství by měly být přizpůsobeny změněným potřebám zdravotně postižených. Všichni starší občané by měli být jasným, srozumitelným a přesným způsobem informováni o svých sociálních právech a o legislativních změnách, které jsou pro ně důležité.

Článek IV (přítomnost a role blízkých a příbuzných)

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

Článek V (majetek)

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

Článek VI (aktivní život)

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

Článek VII

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

Článek VIII

Stáří je fyziologickým - normálním stavem. Nesoběstačnost je vždy důsledkem tělesné či psychické choroby. Některým z těchto chorobných stavů je možné předcházet. Proto je důležité prosazovat takové medicínské postupy, které povedou k prevenci nesoběstačnosti. Způsoby, jakými lze těmto stavům předcházet, by měly být předmětem informací určených široké veřejnosti, zejména občanům vyššího věku.

Článek IX

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

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

Článek X

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

Článek XI (úcta ke konci života)

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

Článek XII (výzkum: priorita a povinnost)

Prioritou by měl být multidisciplinární výzkum o stárnutí a o všech aspektech a souvislostech soběstačnosti. Jenom výzkum umožní lepší znalost poruch a chorob, které se váží ke stárnutí a tím také k jejich lepší prevenci. Výzkum by měl zahrnovat kromě disciplin biomedicínských také humanitní a ekonomické aspekty. Rozvoj takového výzkumu by měl vést ke zlepšení kva-

lity života osob se zhoršenou soběstačností, ke zmírnění jejich utrpení. Také by měl přinést ekonomický efekt.

Článek XIII (uplatnění práva a právní ochrana osob s omezenou soběstačností)

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

Článek XIV (informace, nejlepší prostředek boje proti vyloučení)

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

Chartu práv a svobod starších občanů, kteří potřebují péči a pomoc druhé osoby, vypracovala francouzská Národní nadace pro gerontologii ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí Francie v roce 1966. Dostupné na <http://www.fno.cz/informace-pro-pacienty/charta-prav-a-svobod-starsich-obcanu>

PŘÍLOHA C:

Charta práv pacientů-Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
5. Při vyjádření svých citů být brán vážně.
6. Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
9. Mít možnost chodit pravidelně ven.
10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.
11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

(Haškovcová, str. 268)

PŘÍLOHA D:

Počet lidí s demencí roste. Pomůže Plán Alzheimer

Ve věkové skupině mezi 80 a 85 lety je víc než deset procent populace postiženo některou formou demence. Vzhledem ke stárnutí populace se jedná o velmi závažný společenský problém. S řešením problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění má pomoci tzv. Plán Alzheimer.

V EU žije 7,3 milionu lidí s demencí

Hlavním impulzem pro přípravu návrhu koncepce, která by pomohla řešit problematiku Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice, se stalo doporučení Rady vlády pro seniory a stárnutí populace. Vláda ho přijala na svém zasedání začátkem letošního října. V doporučení se mj. uvádí, že zatímco v 19. století byla největší hrozbou infekční onemocnění, ve 20. století onemocnění onkologická a kardiovaskulární, 21. století se stane stoletím degenerativních onemocnění, zejména neurodegenerace. Výskyt těchto onemocnění, včetně demence, bude významně a rychle narůstat se stárnutím populace. V současné době se odhaduje, že ve 27 členských zemích Evropské unie žije asi 7,3 milionu lidí s demencí. Tento počet se do roku 2040 zdvojnásobí.

Plán Alzheimer do června 2011

Vláda zadala příslušným resortům zpracovat návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice (tzv. Plán Alzheimer). Koncepce, na níž se vedle Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva školství ČR bude podílet také Ministerstvo spravedlnosti ČR, by měla být dokončena v červnu 2011. Plán Alzheimer by měl zejména analyzovat současnou situaci lidí s demencí a jejich rodinných příslušníků, potřeby a jejich zajištění, včetně dostupnosti a kvality zdravotnických a sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu.

Plán bude obsahovat opatření v oblasti poskytování zdravotní péče (podpora zdravotních služeb a zdravotnických profesionálů poskytujících tyto služby, určení včasných diagnostických a léčebných postupů), sociálních služeb, vzdělávání (profesionálů, veřejnosti, seniorů, pečujících osob) a výzkumu (jak základního výzkumu možných mechanismů onemocnění, tak aplikovaného výzkumu zdravotnického, sociálního, etického atd. a také translačního výzkumu implementace změn v péči, službách a organizačních opatřeních).

Důležitá je dostupnost služeb

Připravovaná koncepce by měla řešit i faktickou dostupnost služeb pro tyto klienty. Jak říká Mgr. Monika Válková, poradkyně ministra práce a sociálních věcí pro sociální služby: „Řešení by mohlo spočívat v rozšíření ambulantních a terénních služeb na úrovni statutárních měst a obcí s rozšířenou působností v rámci komunitních center, kam patří respitní péče, denní a týdenní stacionáře, osobní asistence či pečovatelská služba.“

Ústavní péče by měla být přizpůsobena potřebám lidí s demencí z hlediska technického a personálního vybavení i zaškolení personálu v aplikaci moderních metod a přístupů. V této věci bude nutné provést analýzu současného stavu poskytování ústavní péče, zejména počtu kvalifikovaného zdravotnického personálu a ostatních pracovníků v přímé péči.

Na pomoc rodinným příslušníkům

Součástí plánu by měla být i opatření směřující k systematické podpoře rodinných pečujících a péče v domácím prostředí. Většina péče o klienty se odehrává právě v rodinném prostředí, je proto důležité finančně i jinak (službami) podporovat pečující rodinné příslušníky. „Péče o lidi s demencí má často za důsledek depresi. Podle evropské studie až 78 % pečujících životních partnerů a 47 % pečujících dospělých dětí trpí nebo trpělo depresí,“ říká Dr. Ing. Jaromír Drábek, ministr práce a sociálních věcí. Právě rozšíření respitní péče formou terénní nebo ambulantní péče by měla rodinným pečujícím výrazně ulehčit a dát jim možnost odpočinku nebo návratu na trh práce.

System orientovaný na člověka

„Lidé s demencí potřebují pomoc a služby v domácím prostředí či v zařízeních tak, aby byly respektovány jejich potřeby. Aby se péče zaměřila na člověka a člověk se v systému služeb neztrácel, což se dosud stává nikoli v důsledku demence, ale nesystémového poskytování služeb. Dále považujeme za důležité podpořit výzkum, vždyť ani nevíme, kolik lidí s demencí u nás žije, jaké mají potřeby oni i jejich blízcí, jaké by bylo optimální zajištění služeb. To vše čerpáme a odhadujeme jen ze zahraničních pramenů. Česká pracoviště mají také duševní kapacitu na to, aby se podílela na mezinárodním výzkumu. Pro to vše je však zapotřebí zajistit podporu výzkumu v oblasti Alzheimerovy choroby a jiných demencí. Dosud byla podpora výzkumu v této oblasti naprosto minimální a věřím, že také díky Plánu Alzheimer se tuto situaci podaří změnit,“ říká Doc. MUDr. Iva Holmerová, předsedkyně České alzheimerovské společnosti a místopředsedkyně Alzheimer Europe.

Autor: MPSV

Poslední aktualizace: 17. 12. 2010,

Dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/10044>

PŘÍLOHA E:

Modlitba ve stáří

Sv. František Saleský (1567-1622). Biskup ženevský a zakladatel řádu salesiánů.

Pane, ty víš lépe než já, že den ode dne stárnu a jednoho dne budu starý.

Chraň mne před domněnkou, že musím při každé příležitosti a ke každému tématu něco říci.

Zbav mne velké náruživosti chtít dávat do pořádku záležitosti druhých.

Nauč mne, abych byl uvážlivý a ochotný pomáhat, ale abych přitom nešťoural a neporučnickoval.

Zdá se mi, že je škoda z přemíry moudrosti nerozdávat-ale ty, Pane, víš, že bych si rád udržel pár svých přátel.

Nauč mne, abych dokázal mlčky snášet své nemoci a obtíže. Přibývá jich a chuť hovořit o nich roste rok od roku.

Netroufám si prosit, abys mi dal dar s radostí poslouchat druhé, když líčí své nemoci, ale nauč mne trpělivě je snášet.

Také se neodvažuji prosit o lepší paměť-ale jen o trochu větší skromnost a menší jistotu, když se má paměť neshoduje s jejich pamětí.

Nauč mne obdivuhodné moudrosti umět se mýlit.

Drž mne, abych byl jak jen možno, laskavý.

Starý morous je korunní dílo d'áblovo.

Nauč mne u nich odhadovat nečekané schopnosti a dej mi krásný dar, abych se také o nich dovedl zmínit.

Mám vrásky a šedivé vlasy.

Nechci si stěžovat, ale tobě, Pane, to říkám-bojím se stáří.

Je mi tak, jako bych se musel rozloučit, nemohu zastavit čas.
Pocit'uji, jak den ze dne ztrácím sílu a přicházím o bývalou krásu.
Byl jsem pyšný na to, že se stále ještě mohu měřit s mladými.
Teď cítím a uznávám, že již toho nejsem schopen.
Byl bych směšný, kdybych se o to pokoušel.
Ale ty, Pane, říkáš: kdo věří ve mne, tomu narostou křídla jako orlovi.
Dej mému srdci sílu, abych životu přijal tak, jak jej ty řídíš.
Ne mrzoutsky, ne lítostivě se skleslou náladou, ne jako odcházející, ale jako
vděčný a připravený ke všemu, k čemu mne ty ještě povoláš.
A k tomu mi dej všechnu sílu srdce.
Amen.

(Dienstbier, Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit, 2009, str. 12)

PŘÍLOHA F:

Báseň

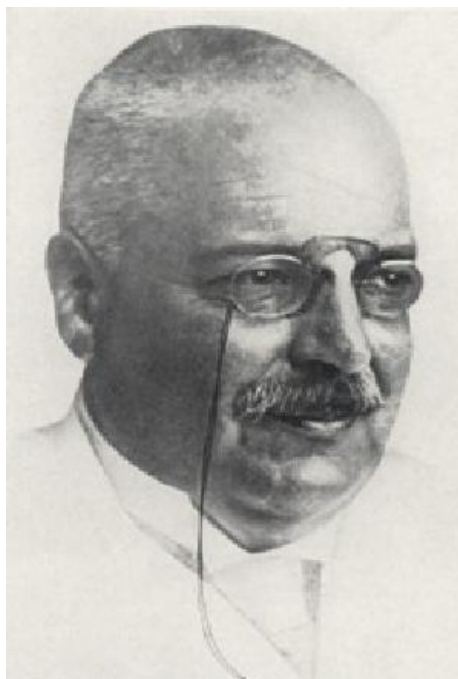
Báseň, která byla nalezena po smrti pacientky nemocné Alzheimerovou chorobou na geriatrickém oddělení jedné nemocnice ve Skotsku. Báseň přednesl v Praze na konferenci pan John E. L. Seidler z jedné známé farmaceutické společnosti na závěr svého výkladu o Alzheimerově chorobě. Překlad do češtiny:

Tohle napsala ta stará protivná ženská
Sestřičky, sestry, připadám Vám známě?
A co si myslíte, když díváte se na mě?
Protivná ženská stará, všeho se leká,
divně se chová a zírá do daleka.
Snažte se pohnout s ní a křičte v jednom kuse,
sedí tu, mlčí, jen žmoulá něco v puse.
Zdá se, že nevnímá, jaká je to s ní dřina,
a nosit ponožky a boty, to věčně zapomíná.
Žije, či nežije, snad neví, co se děje,
koupat a krmit, den za dnem jde-a bez naděje.
To myslíte si, sestry, když na mne hledíte?
Otevřete oči, prosím! To nejsem já, koho tu vidíte!
Řeknu Vám, kdo jsem, já, co dřepím tu bez hnutí
a spím a jím a žiju, kdo jak mne donutí.
Zas malá holka jsem, tak asi deset je mi,
máme se rádi s rodiči a sourozenci všemi.
Dívka jsem, šestnáct, křídla mám na nohou
a sním, že princ můj tam čeká za horou.
Nevěsta šťastná. Ten, o kterém jsem snila,
můj přijal slib, já nikdy nehradila.
Už děti mám a domov, tam, kde se nebrečí,
o jejich radost dbám, o jejich bezpečí.

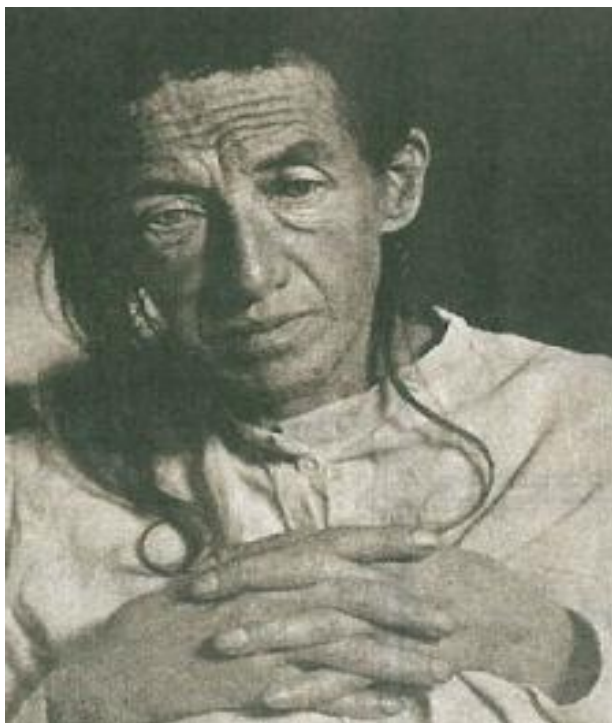
Už třicítka je tu a čas tak děsně pádí,
synové rostou, jen kéž se mají rádi!
Čtyřicet-a synáčkové velcí už z domu odcházejí,
však se mnou je můj muž, ve dvou je veseleji.
Padesát přešlo, zas děti batolí se kolem,
ach, vnoučkové mí milí, za babiččiným stolem.
Pak přišla temnota, vzala mi manžela.
Co bude dál? Hrůza mnou zachvěla.
Mé děti pečují teď o tu svoji chásku,
já myslím dozadu, co znala jsem, ach, lásku!
Stará jsem ženská a příroda moc zlá je
a s námi starými teď na blázna si hraje.
Tělo se drobí, pryč je síla, i krása oněměla
a kámen mám, kde dřív jsem srdce měla.
V té staré zdechlině však mladá jsem co kdysi
a srdce ubité přec občas poskočí si.
Vzpomínám na radost, na bolest vzpomínám
a miluju a žiju, jak milovati znám.
Na pár těch přešlých let já pamatuji vděčně
a velmi dobře vím, nejsme tu nekonečně.
Sestřičky, sestry, já nejsem tam, kam pohled Váš se nese,
ta stará protiva! Otevřete oči!
A na mé JÁ teď zblízka dívejte se!

(Matějček, str. 126-127)

PŘÍLOHA G:



obr. 1. Alois Azheimer, Pamětní deska ve Vratislavi, zdroj: wikipedia.org



obr. 2. Augusta Deterová, zdroj: wikipedia.org

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE:

Jméno autora: Monika Suchánková

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Psychologie stárnutí

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 85

Celkový počet stran příloh: 15

Počet titulů české literatury a pramenů: 14

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 5

Počet internetových zdrojů: 37

Vedoucí práce: PhDr. Eva Živčicová, Ph.D.