

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

magisterské kombinované studium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Simona Kolaříková

Charakteristika seniorské populace
– její specifické projevy a nesnáze

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Dana Nevrková

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Simona Kolaříková

Characteristics of senior population, its specific
manifestations and difficulties

Prague 2010

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Dana Nevrková

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Plzni dne 15. 3. 2012

Simona Kolaříková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Daně Nevrkové za odborné vedení, za pomoc, trpělivost a cenné rady při zpracování této práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá stárnutím, životem ve stáří, mezigeneračními vztahy, problematikou diskriminace seniorů. Teoretická část vymezuje základní pojmy, charakterizuje somatické a psychické změny způsobené stárnutím i nejčastější choroby vyskytující se ve vyšším věku. Zabývá se také sociálními aspekty stáří s důrazem na osobní důsledky stárnutí. Praktická část pomocí kvantitativního průzkumného šetření zjišťuje na vzorku populace, jaké názory o stáří a seniorech mají lidé ve věku 15 – 60 let a jak stanovené determinanty (pohlaví, věk, vzdělání) tyto názory ovlivňují. Cílem práce je souhrnně popsat problematiku života seniorů, včetně úskalí a rizik, která mohou toto období provázet.

Klíčové pojmy

ageismus, geriatrické syndromy, senior, stárnutí, stáří, umírání, změny způsobené stárnutím

Annotation

The diploma thesis deals with the process of ageing, life at old age, intergenerational relationships and problems associated with the discrimination against seniors. Its theoretical part defines basic concepts, it characterises somatic and psychic changes caused by ageing and the most frequent diseases occurring at higher age. It also deals with social aspects of old age, special emphasis being put on personal consequences of ageing. Using data from a survey carried out on a population sample, its practical part finds out the opinions of old age and seniors among 15 – 60 year-old people and how these opinions are influenced by stated determinants (sex, age, education). The aim of the work is to give an overall description of seniors' life including difficulties and dangers this life stage can be accompanied by.

Key words

ageing, ageism, dying, changes caused by ageing, geriatric syndroms, old age, senior

OBSAH

OBSAH	7
ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Stárnutí a stáří	12
1. 1 Stárnutí	12
1. 2 Stáří	13
1. 2. 2 Časové vymezení stáří	15
1. 2. 3 Periodizace stáří	16
1. 2. 4 Rané a pravé stáří	16
1. 2. 5 Dlouhověkost	17
1. 3 Kalendářní a biologický věk	19
1. 4 Sociální věk	20
1. 5 Kdo je senior	20
1. 6 Gerontologie	21
2. Tělesné změny ve stáří	23
2. 1 Podoba člověka ve stáří	23
2. 2 Stárnutí tělesných systémů	24
2. 2. 2 Oběhový systém a trávicí trakt	25
2. 2. 3 Vylučovací soustava	25
2. 3 Stárnutí smyslů a jejich choroby	26
2. 3. 1 Snížené vnímání	26
2. 3. 2 Sluch	27
2. 3. 3 Zrak	28
3. Psychické změny ve stáří	30
3. 1 Faktory ovlivňující psychiku	30
3. 2 Osobnost a adaptace na stáří	31
3. 2. 1 Stárnoucí osobnost	31
3. 2. 2 Adaptace	32
3. 2. 3 Akceptace stáří	33
3. 3 Kognitivní změny ve stáří	34
3. 3. 1 Paměť	34
3. 3. 2 Inteligence, tvůrčí schopnosti, citové prožívání	35
4. Zdravotní důsledky stárnutí	38
4. 1 Geriatrie a geriatrický pacient	38
4. 2 Choroby ve stáří	39
4. 3 Geriatrická křehkost	40
4. 4 Choroby stáří	40
4. 4. 1 Imunitní systém	41
5. Geriatrické syndromy	49
5. 1 Somatické geriatrické syndromy	49
5. 1. 1 Imobilita	49
5. 1. 2 Instabilita	50
5. 1. 3 Inkontinence	51
5. 1. 4 Poruchy příjmu potravy a termoregulace	52
5. 1. 5 Poruchy spánku	53
5. 2 Psychické geriatrické syndromy	54

5. 2. 1 Deprese	54
5. 2. 2 Syndrom demence	55
5. 2. 3 Alzheimerova nemoc	56
5. 2. 4 Vaskulární a ostatní demence	58
5. 3 Deliria a ostatní organicky podmíněné psychické poruchy	58
6. Sociální aspekty stáří	60
6. 1 Nové přístupy ke stáří	60
6. 2 Mezigenerační vztahy	61
6. 2. 1 Vztah ke stáří	61
6. 2. 2 Stručná historie péče o staré lidi	62
6. 2. 3 Role rodiny	62
6. 2. 4 Vztahy rodičů a dospělých dětí	63
6. 2. 5 Prarodičovství	65
7. Osobní důsledky stárnutí	66
7. 1 Odchod do důchodu	66
7. 2 Kvalita života	67
7. 3 Ztráta soběstačnosti	68
7. 4 Osamělost	70
7. 5 Mobilita seniorů	72
7. 6 Trestná činnost páchaná na seniorech	74
8. Diskriminace seniorů	76
8. 1 Ageismus	76
8. 1. 1 Předsudky, stereotypy, diskriminace	76
8. 1. 2 Předsudky a stereotypy o stáří	78
8. 1. 3 Vývoj pojmu ageismus	79
8. 1. 4 Zdroje ageismu	80
8. 2 Týrání a zneužívání seniorů	81
8. 2. 1 Syndrom EAN	81
8. 2. 2 Formy špatného zacházení	82
8. 2. 3 Rizikové faktory syndromu EAN	84
9. Umírání a smrt	86
9. 1 Smrt	86
9. 2 Umírání	87
9. 3 Umírající	88
9. 3. 1 Osamělost umírajících	88
9. 3. 2 Emocionální stav umírajícího	90
9. 4 Paliativní péče	91
9. 4. 1 Vymezení pojmu	91
9. 4. 2 Paliativní péče v geriatрии	92
PRAKTICKÁ ČÁST	94
1. Vymezení cíle	95
2. Metodika výzkumu	96
2. 1 Přípravná fáze	96
2. 2 Dotazník	97
3. Analýza výsledků dotazníkového šetření	99
3. 1 Položky č. 1 – 3: Identifikační údaje	99
3. 2 Položky č. 4 - 5	102
3. 3 Položky č. 6 – 15: Mýty a stereotypy o stáří	105

3. 4 Kladné a záporné stránky stáří	114
3. 5 Diskriminace seniorů a špatné zacházení	122
3. 6 Příprava na stáří.....	128
4. Shrnutí výsledků průzkumu.....	131
Závěr.....	134
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	136
INTERNETOVÉ ZDROJE	143
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	146
SEZNAM PŘÍLOH	149

ÚVOD

Jednou z nejvýraznějších demografických změn v příštích desetiletích bude nárůst počtu seniorů. Historicky jde o zcela novou situaci, nikdy dříve se lidé nedoživali masově takového věku jako dnes. Až do 17. století se více než 65 let dožilo pravděpodobně jen 1% obyvatelstva, do 19. století to byly přibližně 4 %. Nyní tvoří lidé starší 65 let asi 15 % populace, odhady pro rok 2030 počítají s 30 %. (Tošnerová, 2009).

Přestože starší věkové skupiny rostou početně rychleji než zbytek populace, paradoxně nemizí kult mládí. Naopak mýtus, že mladí lidé jsou cennější, krásnější a výkonnější, posiluje, výrazně podporován médií. Skupina seniorů je naopak nejčastěji zmiňována v souvislosti s negativními důsledky pro společnost, jako jsou rostoucí náklady na sociální zabezpečení a zdravotní péči. Je prezentována jako skupina, která odčerpává prostředky, ale nepodílí se na jejich tvorbě. Takový pohled působí negativně na vztahy mezi generacemi a podporuje ageistické tendence. Stáří jako životní etapa pak bývá zobrazováno jako období ztrát, nemocnosti, úbytku duševních schopností, nezdatnosti a závislosti na druhých, jako synonymum chudoby. Není divu, že je pro mnoho lidí obávanou a odmítanou etapou.

Vztah společnosti má vliv na sebepojetí seniorů, stereotypy mohou významně ovlivnit sebeobraz starého člověka a tím i jeho životní spokojenost (Stuart-Hamilton, 1999). Povahu stárnutí tedy do značné míry určuje postoj společnosti ke stáří a seniorům. Proto se otázka percepce stáří a starých lidí mladší populací ukázala jako zajímavý námět pro empirickou část.

Teoretická část práce se zabývá tematikou stárnutí a stáří z různých pohledů. Jsou zde stručně popsány somatické a psychické změny, včetně některých chorob, jejichž výskyt s věkem stoupá. Tělesné a duševní změny nelze oddělit od sociálních vlivů, jimž je člověk vystaven, proto se další kapitoly věnují sociálním aspektům stárnutí a dopadům tohoto procesu na jednotlivce.

Cílem práce je přispět k realistickému pohledu na starší lidi a na život ve stáří.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Stárnutí a stáří

1. 1 Stárnutí

Stárnutí (gerontogeneze) je přirozený vývoj každého živého organismu. Můžeme ho charakterizovat jako souhrn biologických a psychologických změn, které jsou nevratné (Kuric et al., 1986). „*Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202). Nejedná se o chorobný stav, ale o pokles funkcí. V souvislosti se stárnutím dochází ke změnám v oblasti somatické, psychické, emoční a sociální. V užším slova smyslu lze stárnutí chápat jako přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím (Pacovský, 1990)¹.

Kdy člověk začíná stárnout? Extrémní odpovědí je, že od narození.² Z biologického hlediska lze říci, že „*stárnutí začíná ukončením procesu tělesného zrání a diferenciací*“ (Balasz, in Křivohlavý, 2002, s. 137).

Stárnutí je proces individuálně velmi rozmanitý – u různých jedinců nastupuje v různém věku a má jiný průběh. Známe devadesátileté jedince v relativně velice dobrém stavu, a naopak tělesně i duševně sešlé pětadesátátníky. Tato variabilita je dána vrozenými dispozicemi, vlivem životního prostředí, životního stylu a zdravotním stavem. Stárnutí je také proces asynchronní - různé struktury a funkce organismu postihuje nerovnoměrně. Změny probíhají pozvolna a zpočátku neznatelně, zřetelnějšími se involuční projevy stávají zhruba od přelomu 4. a 5. decennia.

Lékařská fyziologie rozlišuje stárnutí fyziologické (normální) a patologické. „*Fyziologické stárnutí je specifický, dlouhodobě nakódovaný biologický proces funkčních změn, k nimž dochází u dospělého člověka v závislosti na postupujícím věku*“ (Trojan et al., 2003, s. 731), „*zdravotní a*

¹ Mezi jednotlivými stádii ontogeneze jsou přechodná období, kdy je organismus citlivější na různé exogenní i endogenní podněty.

² Stárnutí jako proces, který probíhá celý život – takto je chápán např. Haškovcovou (2010) či Křivohlavým (2011)

funkční stav seniora, jeho sociální role, míra zdravotních obtíží a funkčních limitací odpovídá jeho vrstevníkům“ (Mühlpachr, 2004, s. 34). Normální stárnutí je důsledkem plynutí času, v závislosti na pokračujícím věku se objevuje pokles funkcí, ale nejedná se o chorobný stav. Pokud se u geronta rozvíjejí choroby více než u jeho vrstevníků a roste závislost na druhých, hovoříme o stárnutí patologickém.

Známe průběh stárnutí, ovšem o jeho příčinách toho mnoho nevíme. Existuje několik desítek teorií, ale ani jedna neobjasňuje celý proces komplexně. Vysvětlit na základě jediného principu tak složitý multifaktoriální proces jako je stárnutí nelze.

1. 2 Stáří

Výsledkem procesu stárnutí je stáří (senium). Je poslední etapou geneticky vyměřeného života³. Po něm přichází již jen smrt, která je dnes vázána na stáří silněji než kdykoliv předtím. Lze říci, že stáří je specificky lidskou záležitostí, jen málo zvířat žijících v přirozeném prostředí se dožije věku, kdy začínají trpět problémy spojenými se stárnutím.

1. 2. 1 Co je stáří

„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze“ (Mühlpachr, 2004, s. 18). Je procesem předvídatelným, nevratným a univerzálním a stejně jako každé jiné věkové období v životě člověka se vyznačuje specifickými znaky a projevy. Souvisí s postupným úbytkem fyzických sil, s proměnou osobnosti a se změnami v sociálním postavení. *„Stáří je sestupnou periodou vývoje a začíná již v dřívějších vývojových stádiích.“* (Švancara, in Křivohlavý, 2002, s. 137). Změny v tomto období jsou většinou vnímány jako negativní, *„...senium je obdobím, ve kterém se častěji vyskytují ztráty, nebo jsou životní*

³ Délka života je geneticky determinována a pro každý živočišný druh specifická.

situace častěji jako ztráty interpretovány“ (Thelenová, 2010, s. 27). Podle Alana (1989) je ve stáří člověk „vytržen“ ze své životní dráhy, ať odchodem do důchodu, ovdověním, omezenou pohyblivostí apod. Mezi největší hrozby stáří pak patří obava ze ztráty nezávislosti. Vyšší věk s sebou nepřináší jen negativa, ale pozitivům není podle Haškovcové (2010) stále věnována náležitá pozornost. Jde zejména o trpělivost, rozvahu, životní nadhled, větší odpovědnost, stálost v názorech a vztazích. Stáří nemůžeme chápat pouze jako involuční proces, ale též jako proces zrání osobnosti. Přes různá omezení mohou i v pokročilém věku přetrvávat potřeby, touhy a očekávání, což vystihl Oscar Wilde: „Tragédie pokročilých let nespočívá v tom, že stárneme, ale v tom, že zůstáváme mladí.“

V důsledku involučních změn organismu je jedinec ostatními vnímán jako stařec a podle toho se k němu chovají. Stáří tímto způsobem ovlivňuje sociální status člověka (Vágnerová, 2000). Znamky stárnutí se proto snažíme zmírnit nejrůznějšími způsoby: používáním protivráskové kosmetiky, barvením vlasů, v poslední době též dermatokosmetickými úpravami, až zákroky plastické chirurgie. Za známky stáří budou zřejmě již brzy považovány jiné znaky než vzhled, jak míní Stuart-Hamilton: „...kdysi se stárnutí projevovalo vráskami a šedými vlasy, dnes staré lidi prozrazují prázdné oči“ (1999, s. 235).

Stáří není samostatnou životní etapou, oddělenou od těch předchozích, je důsledkem dosud prožitého života a každý člověk má svůj životní příběh. Jiřina Šiklová parafrázuje profesora Vondráčka: „stáří je zpětné rozhlížení se po obrazárně, ve které jsou obrazy, které jsme sami vytvořili“ (2009, str. 44). Pokud jsme s předchozím životem spokojeni, je to dobré. Avšak zpětný pohled může být také nepříjemný. „Stáří je vinobraním života, ale je také strašlivým protivníkem“ (Pacovský in Šiklová, 2009, s. 44).

Ve stáří se prohlubují individuální rozdíly mezi jednotlivci. Mýtus, že ve stáří si jsou lidé podobní rozhodně neplatí, nesmíme zapomínat, že „jsou jednotliví senioři až do nejzazšího věku především sami sebou, a pak teprve starými lidmi“ (Mühlpachr, 2004, s. 37)

1. 2. 2 Časové vymezení stáří

Konkrétní okamžik, kdy se člověk stává starým, určit nelze, i když v literatuře nacházíme různá časová vymezení stáří. Nejčastěji bývá děleno na kalendářní, biologické a sociální. Ovšem ani z biologického, ani ze sociálně psychologického hlediska neexistují jednotné teorie stárnutí⁴.

Podle Světové zdravotnické organizace (in Haškovcová, 2010, s. 20) je *„stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.“*

Ze společenského hlediska je člověk starý tehdy, když je za takového považován ostatními členy společnosti. Také se říká, že člověk je tak starý, jak se cítí. Zařazení sebe jako starého je vázáno na sociální zvyklosti a očekávanou délku života. Vývojem společnosti dochází k posunu této hranice, např. v 18. století byl za starého považován čtyřicetiletý člověk. Pocit stáří může být spojen s významnou změnou, např. ženy se začnou považovat za staré s nástupem menopauzy, podobně sportovci se mohou cítit staří v mnohem mladším věku než zbytek populace.

Mahoney a Restak (2000) zdůrazňují, že všichni musíme stárnout, ale nemusíme se nutně stát starými, je proto důležité rozeznávat rozdíl mezi pojmy „stárnout“ a „stát se starým“.

Stát se starým podle autorů znamená (s. 27):

- *„Ztratit zájem o život.“*
- *„Smířit se s myšlenkou na to, že je příliš pozdě něco změnit.“*
- *„Věřit, že na životě již nezáleží.“*
- *„Neklást si žádné cíle a nepřijímat nové závazky.“*
- *„Ztratit schopnost žasnout a propadnout nudě.“*

⁴ Na začátku 20. století byl po řadě výzkumů vyvinut tzv. deficitní model stárnutí, který uvádí, že po vrcholu výkonnosti kolem 30. roku života tělesné, duševní i emocionální schopnosti klesají. Tento model inicioval další výzkumy, jež ukázaly, že stáří je daleko plastičtější, než se předpokládalo.

1. 2. 3 Periodizace stáří

Jednotná periodizace stáří zatím nebyla vymezena, různí autoři se rozcházejí jak ve vymezení jednotlivých fází, tak v jejich počtu. Nejčastěji užívané je členění podle Světové zdravotnické organizace:

60 – 74	rané stáří (senescence)
75 – 89	vlastní stáří (senium, kmetství)
nad 90 let	dlouhověkost (patriarchum)

U nás je často užíváno členění dle Mühlpachra (2004):

65 - 74	mladí senioři – adaptace na penzionování, více volného času, nové aktivity, seberealizace
75 – 84	staří senioři – mění se zdatnost, zdravotní problémy, choroby mají atypický průběh
85 a více	velmi staří senioři – největší význam má zachování soběstačnosti

Více členěné stáří má Bromley (in Krivohlavý, 2002):

56 – 65	předdůchodový věk
65 – 70	věk uvolňování aktivit
70 – 75	stáří
75 a výše	věk senility

1. 2. 4 Rané a pravé stáří

Období stáří bývá děleno na rané a pravé stáří. Začínající stáří se datuje od 65. do zhruba 75. roku a pro young old, jak jsou také někdy tito senioři označováni, jsou aktuální problémy spojené s přechodem do penze. Rané stáří může být pozitivním a aktivním životním úsekem, obdobím nových šancí a možností, vždyť dnešní sedmdesátníci jsou na tom mnohem lépe, než stejně staří lidé v minulé generaci. Staudinger a Baumert (in Gruss, 2009) uvádějí, že zhruba do přechodu mezi třetím a čtvrtým věkem není stáří rizikovým

faktorem, který by snižoval kvalitu života a celkový dobrý fyzický i psychický stav.

Období po 75. roce zhruba do 85. – 90. roku je označováno jako pravé (pokročilé) stáří. Část lidí se ho již nedožívá. V této etapě dále klesá fyzická výkonnost, dochází k výraznějším involučním změnám a „*k projevům větší či menší dezintegrace a postupnému úpadku člověka jako osobnosti*“ (Farková, 2011, s. 148).

V pokročilém stáří jsou lidé více ohroženi různými zátěžovými situacemi, jejichž kumulace může být pro jedince subjektivně nezvladatelná.

Za typické zátěžové situace této etapy označuje Vágnerová (2000):

- nemoc a úmrtí partnera
- zhoršení zdravotního stavu
- ztrátu jistoty soukromí a vynucenou změnu životního stylu

Farková (2011) upozorňuje, že některé psychické změny jako je růst rigidity myšlení, egoismus, vztahovačnost nebo možný výskyt poruch ve spojení s realitou, mohou zhoršit interpersonální vztahy.

1. 2. 5 Dlouhověkost

Pokročilý věk nad 90 let označujeme jako dlouhověkost (longevity). Je to „*pozitivní odchylka v průběhu stárnutí a v délce života*“ (Kalvach et al., 2008, s. 39), která je výsledkem souhry různých faktorů, jako je genetická výbava a vlivy prostředí, ale také pozitivní vztah k životu nebo návyky, které snižují riziko onemocnění (Mahoney, Restak, 2000).

Studie stoletých dr. Perle, profesora geriatric z Harvardu⁵, přinesla překvapivá zjištění: dlouhověcí lidé bývají i ve vysokém věku překvapivě zdravější a zdatnější než lidé s kratší životní prognózou (Mahoney, Restak, 2000; Kalvach, 2008). Tito lidé až na výjimky nekouřili, alkohol pili s mírou a

⁵ po dobu 9 let sledoval 500 osob, jimž bylo 100 a více let

nebyli obézní. Ve skupině bylo pětkrát více žen. Podle dánské studie z r. 1999 ale dlouhověcí muži vykazovali oproti stejně starým ženám lepší funkční stav, větší procento mužů než žen vykazovalo plnou sebeobslužnost (Kalvach et al., 2008).

Farková (2011) uvádí typické znaky této etapy:

- horší sebeobsluha
- snížená činnost receptorů ovlivňuje prostorovou, pohybovou a časovou orientaci
- zpomalení, váhavost reakcí
- celková křehkost, sehnutá postava, zhoršené dýchání, změna tváře
- prohlubují se sklerotické procesy, které ovlivňují paměť, učení, řeč, představivost
- začínají selhávat percepční pomůcky (brýle, naslouchadla)
- mohou se objevovat nebo prohlubovat psychické poruchy

Daří se nám prodlužovat lidský život, ale vysoké stáří je spojeno s mnoha negativy. Baltes (in Gruss, 2009) upozorňuje, že u lidí mezi 90 – 100 lety převládá menší subjektivní pocit spokojenosti; cítí se osaměle, bez možnosti i nadále řídit svůj život. Za největší problém čtvrtého věku považuje tento psycholog demenci, která bere lidem mnoho základních lidských vlastností. *„Důstojně žít a zemřít je tedy stále komplikovanější všude tam, kde se v rámci dnešních podmínek stále více lidí dožívá čtvrtého věku“* shrnuje Baltes (tamtéž, s. 20).

Jak dlouhý může být lidský život? Současný limit je udáván mezi 120 – 130 lety. Nejvyššího doloženého věku se dožila Francouzka M. Calmentová, která zemřela ve věku 122 let a 164 dní. Lepší životní podmínky a pokrok v medicíně zvyšují naději na dosažení extrémního věku, proto se bude v hospodářsky vyspělých zemích počet osob starších 90 let zvyšovat. Zatím tvoří jen zlomek populace⁶, avšak podle prognózy OSN bude v r. 2050 žít asi 2,2 milionu stoletých, přičemž lidé starší 80 let budou tvořit 9,6 % populace,

⁶ Na milion obyvatel připadá cca 40 osob stoletých (Farková, 2011)

hovoří se o posunu těžiště sociálně demografické výzvy od stárnutí populace k dlouhověkosti. (Kalvach et al., 2008).

1. 3 Kalendářní a biologický věk

Nejběžnější pro určení stáří je věk kalendářní (chronologický, matriční). Je dán dobou, která uplynula od narození jedince. Kalendářní věk lze jednoznačně vymezit a jednoduše měřit, užívá se proto v demografii a statistice. Je výhodný pro stanovení normativně pojatých kategorií (např. pro věk odchodu do důchodu). Dá se říci, že je spíše nástrojem administrativním; o samotném stáří mnoho nevyovídá, protože nepostihuje značné odlišnosti, jaké vnímáme mezi lidmi stejného věku. Je tedy zapotřebí i jiné kritérium, jak věk stanovit.

Reálné individuální stáří, konkrétní míru involučních změn odráží biologický věk. Jedná se o objektivní ohodnocení osobního funkčního stavu, a proto bychom se při posuzování člověka měli řídit právě jím. Problém je, že se určuje velmi obtížně. Postupně byly vyvinuty desítky souborů testů, ovšem širší praktické využití mají pouze ty, jež jsou časově i přístrojově nepříliš náročné a nezatěžují organismus vyšetřovaného. Zkoumají se veličiny, u nichž se předpokládá co nejtěsnější vazba na procesy stárnutí, a současně jsou prakticky měřitelné (krevní tlak, tepová frekvence, vitální kapacita plic, zraková ostrost, stav kůže, biochemické testy, reakční časy, aj.).

Kalendářní věk je nám daný, biologický můžeme ovlivnit svým životním stylem; například tím, jak se stravujeme, zda kouříme, sluněním. Rozdíl mezi stářím kalendářním a biologickým může být až 10 let (Tošnerová, 2009).

V 70. letech se objevují ještě další subjektivní věkové identifikace, Kastenbaum et al. (in Dopita, 2005) zavádějí pojem „můj věk“. Ten má čtyři dimenze: pocitový věk (cítím se, jako kdybych měl...), vzhledový (vypadám, jako kdybych...), věk činu (dělám věci jako ve věku...) a věk zájmu (většina mých zájmů je jako člověka ve...).

1. 4 Sociální věk

Sociální věk je vztahován ke společenskému očekávání chování, které je přiměřené určitému kalendářnímu věku. Propojuje dva znaky - věk a sociální roli a je normativně zakotven (Alan, 1989). Věkové normy jsou „zakódovány do chování členů společnosti, formují jejich vztahy, podílejí se na utváření způsobu života a systému hodnot, jsou zdrojem očekávání a působí jako neformální systém sociální kontroly“ (Alan, 1989, s. 59).

Ve všech společnostech jsou práva a povinnosti rozdílně distribuovány na základě věku (Mareš, 1998, online) a legislativně stanovená věková omezení, např. pro dosažení plnoletosti či pro vstup do politiky, existují již od antiky. Tendence lidský život stále více regulovat právními normami podle dosaženého věku se objevují od konce 18. století. Začátkem bylo zavedení povinné školní docházky, poté branný zákon, omezení dětské práce, atd.

Dosažením věku, v němž vzniká nárok pro odchod do penze, je vymezeno sociální stáří. Dochází ke změně rolí, způsobu života i ekonomického zajištění. „Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost“ (Mühlpachr, 2005, s. 17).

V souvislosti se sociálním stářím Mühlpachr (2005) hovoří o sociální periodizaci života, která dělí život na čtyři období, tzv. věky. Prvním věkem je dětství a mládí jako předproduktivní období, druhým dospělost, která je obdobím produktivity pracovní i biologické (založení rodiny) a třetím, postproduktivním obdobím je stáří. Je třeba upozornit, že označovat stáří jako postproduktivní období může být východiskem pro diskriminaci, protože to posiluje pohled na generaci seniorů jako na ty, kteří již ničím nepřispívají. Nepřesné je i označení čtvrtého věku jako fáze závislosti, protože vyvolává představu zákonité nesoběstačnosti, což neodpovídá skutečnosti.

1. 5 Kdo je senior

V současnosti je za seniora považován každý, komu je nad 60 let. Tato hranice je odvozena od věku odchodu do důchodu a jde o přisouzený status – status člověka, který pobírá pravidelný příjem, aniž by pracoval, a jenž je

člověku připsán ze dne na den. O skutečném stáří nevyovídá nic a lidé se s tímto určením stáří spíše neztotožňují⁷. Dnes mají lidé v době penzionování před sebou ještě mnoho let života, podle úmrtnostních tabulek z r. 2001 měli muži ve věku 61 let před sebou ještě 16,7 roků a ženy ve věku 58 let ještě 23 let života (Vidovičová, Rabušic, 2003).

„Věk, v němž vzniká na tento status nárok (každý si ho musí zasloužit), je veskrze arbitrární a není závislý na žádném výrazném biologickém či psychickém parametru“ (Rabušic, 1998, s. 268). Stanovit něco takového není ani možné, protože populace v důchodovém věku je velmi heterogenní. Seniorsy můžeme tedy charakterizovat jako skupinu homogenizovanou a zároveň diferencovanou (Mühlpachr, 2004). Homogenizovanou proto, že většina členů je mimo pracovní proces a diferenciaci je dána pohlavím, zdravotním stavem, vzděláním, původní profesí, osobními zkušenostmi, finančními možnostmi, atd.

Seniorská populace je ohrožena mnoha sociálními a zdravotními riziky, mezi něž patří ztráta soběstačnosti, pauperizace, maladaptace na stáří, osamělost, předsudky, diskriminace a generační intolerance, které může vést až sociálnímu vyloučení.

1. 6 Gerontologie

Problematikou stárnutí a stáří v nejširším smyslu se zabývá gerontologie. Pojem je odvozen od řeckého *gerón* - stařec. *„Vychází z biopsychosociální podstaty člověka a procesů stárnutí. Zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí a vypracovává vědecké podklady pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči pro staré občany“* (Mühlpachr, 2005, s. 10). Problematika má výrazně interdisciplinární a multidimenzionální charakter. Jednou ze základních gerontologických otázek je, zda je zdravotní a funkční stav v séniu pozitivně ovlivnitelný.

⁷ To potvrdila i studie Vidovičové a Rabušice (2003) - z faktorů, které hrají roli při vnímání člověka jako starého označilo odchod do důchodu pouze 17 % respondentů.

Gerontologii tvoří tři disciplíny:

1. teoretická gerontologie – vytváří základ pro praktickou aplikaci poznatků, zkoumá mechanismy stárnutí a formuluje hypotézy a teorie stárnutí
2. klinická gerontologie – geriatrie – zabývá se zvláštnostmi chorob ve stáří, zaměřuje se na upevňování zdraví, prevenci, diagnostiku a léčení; můžeme ji chápat jednak jako samostatnou disciplínu a jednak jako specifickou součást ostatních lékařských oborů (oborové geriatrie).
3. sociální gerontologie – zabývá se vztahy společnosti a starého člověka a její obsah je velmi široký, mezi hlavní úseky lze zařadit (volně dle Závázalová et al., 2001, s. 8 – 9):
 - otázky demografického stárnutí (kritéria, vývoj, důsledky)
 - sociálně ekonomickou situaci (pracovní uplatnění, hmotné zabezpečení)
 - společenské prostředí (bydlení, péče o domácnost)
 - sociologickou a sociálně psychologickou problematiku stárnutí a stáří (sociální kontakty, vztahy v rodině a mezi generacemi, sociální izolaci, postoje a chování seniorů i ostatních, otázky aktivity ve stáří)
 - sociálně lékařské a sociálně psychologické aspekty poskytování komplexní péče o staré občany (ústavní a terénní péče, sociální služby, výchova ke zdravému stárnutí)
 - právní a etické aspekty péče o staré občany
 - problematiku přípravy na stáří

2. Tělesné změny ve stáří

Tělesné změny ve stáří (somatická involuce) mají své obecné rysy, ale u každého jedince také individuální variabilní charakter z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Jednou z příčin rozdílů jsou genetické dispozice; lze říci, že máme zakódovaný počátek i průběh stárnutí. Dále ovlivňují tempo stárnutí vnější změny. „*Stupeň změn ve stáří je dán nejen vlastní involucí, ale také výchozí hodnotou daného parametru (např. maximální kostní denzita na počátku involuční atrofie), životním způsobem (aktivita, stimulace, atrofie z nečinnosti) a chorobnými změnami (např. aterosklerotickými)*“ (Kalvach et al. 1997, s. 141).

2. 1 Podoba člověka ve stáří

Involuční změny v organismu, které jsou nejen příčinou stárnutí, ale i jeho projevem, dávají za vznik stařeckému fenotypu⁸ - typické podobě člověka ve stáří. Zhruba od 40. – 50. roku se přibližně o jeden centimetr za desetiletí snižuje tělesná výška. Zvyšuje se podíl tukové tkáně a dochází k poklesu svalové hmoty. Sílí trup a končetiny se stávají slabšími. Mění se postoj, v důsledku osteoporózy žeber a obratlů dochází ke kyfoslóze hrudní páteře, zmenšuje se zado-přední průměr hrudníku (tzv. stařecký hrudník). Chůze je pomalejší a méně jistá, zejména ve vysokém věku se objevuje typická stařecká chůze - šouravá, s nachýlením trupu dopředu.

Nejdříve se stáří projevuje na pokožce, která je sušší, hrubne a ztrácí elasticitu, prohlubují se na ní výrazové vrásky, prosvítají cévky⁹. Dochází ke ztrátám podkožní vrstvy, nejvíce na hřbetě ruky, na ploskách a v obličeji. Právě ve tváři se věk člověka projevuje hodně výrazně. Vlivem ochabnutí kůže se mění výraz, prodlužují se ušní boltce, se ztrátou chrupu souvisí zmenšující se

⁸ Fenotyp je soubor všech pozorovatelných vlastností a znaků živého organismu. Představuje výsledek spolupůsobení genotypu a prostředí.

⁹ Mnohočetné vrásky, přesuny pigmentu (hnědé nebo naopak bílé skvrnky) a výrazné zhrubnutí kůže jsou podle nových výzkumů způsobeny vlivy zevního prostředí, zejména chronickým sluněním, tzv. fotoaging (Topinková, Neuwirth, 1995).

vzdálenost brady a nosu. Změny jsou patrné ve všech vrstvách kůže, proces stárnutí navíc negativně ovlivňuje řadu jejích fyziologických funkcí (mění se výkon mazových i potních žláz, cévního systému a kožní inervace).

Vlasy rostou pomaleji, jsou tenčí a méně husté. Úbytkem buněk produkujících pigment (melanocytů) a jejich špatnou funkcí vlasy šedivějí, což je považováno za nejtypičtější příznak stárnutí¹⁰. Pomaleji rostou také nehty, které navíc ztrácí lesk. Ochlupení na těle řídne, v obličeji naopak sílí: u mužů zesilují chloupky v obočí, uchu a v nose, ženám se vlivem hormonálních změn může objevit ochlupení na horním rtu a na bradě.

2. 2 Stárnutí tělesných systémů

Proces stárnutí postihuje celý organismus, všechny buňky, tkáně, orgány. Dochází ke změnám morfologickým i funkčním. Činnost téměř všech orgánů se snižuje (vrcholu dosahují kolem 30 let). Přesto je většina funkcí postačující do konce života, protože funkční kapacita téměř všech orgánů délku života přesahuje.

2. 2. 1 Změny pohybového aparátu a respiračního systému

K základním předpokladům osobní pohody seniora patří fungující motorika a schopnost volného pohybu, ale pohybový aparát bývá procesem stárnutí dost postižen. Nejprve dochází k omezování kloubní pohyblivosti, následuje pokles rychlosti a obratnosti a nakonec i síly a vytrvalosti, zhoršuje se pohybová koordinace.

Dýchací systém je v průběhu života vystaven mnoha nepříznivým vlivům, proto je těžké rozlišit, jaké změny jsou důsledkem normálního stárnutí. Involuční změny se projevují poklesem váhy plic i plicní funkce. Snižování funkce probíhá pozvolna, takže člověk změnu dýchání nepozoruje. Klesá vitální kapacita plic (objem vzduchu při maximálním vdechu a výdechu), ale celková kapacita (součet vitální kapacity a reziduálního objemu) se nemění.

¹⁰ Šedivění, stejně jako ostatní změny, však nastupuje individuálně a je ovlivněno geneticky i vnějším prostředím.

Vlivem zkostnatění chrupavek žeber, které jsou připojeny na hrudní kost, dochází k omezení dýchacích pohybů. Dýchání je obtížnější, stařecký dech je krátký, rychlý, povrchní a nestačí zvýšeným nárokům při námaze nebo onemocnění.

2. 2. 2 Oběhový systém a trávicí trakt

Novější studie vyvrátily názor, že ve stáří dochází k výraznému poklesu výkonnosti kardiovaskulárního aparátu - u zdravých jedinců nebyly zjištěny změny ve velikosti srdce, ani klidová pulsová frekvence (Topinková, Neuwirth, 1995). Někaké změny vyvolává věk na arteriálním řečišti, nejdříve bývá postižena aorta. Ve stáří také častěji dochází k poklesu krevního tlaku při změně polohy a vyšší je i výskyt srdečních arytmií, které se mohou manifestovat závratí, pádem nebo krátkým bezvědomím.

K řadě změn dochází i v zažívacím traktu. Začínají již ztrátou zubů, potrava není dostatečně rozmělněna, což zatěžuje ostatní části traktu.¹¹ Staří lidé si častěji stěžují na poruchu polykání (dysfagie). Klesá též produkce šŕáv a mění se resorpční schopnost, ale involuční změny v trávicím ústrojí nevedou k omezení jeho funkce. Mírně je prodloužen tranzitní čas potravy tlustým střevem. Výskyt zácpy je spíše než stárnutím způsoben vnějšími vlivy (fyzická aktivita, stravovací zvyklosti, psychika). Na gastrointestiální trakt působí negativně i užívání některých léčiv, zvláště jejich kombinace.

2. 2. 3 Vylučovací soustava

Pro stárnoucí organismus je důležitý dostatek vody. Její množství i množství minerálů v těle regulují ledviny, které dále z organismu vylučují odpadní látky. Dá se říci, že filtrují krev. Celý proces je regulován tak, aby obsah vody i minerálů byl optimální. Má-li organismus vody nedostatek, čerpají ledviny co nejvíce vody zpět a moč je koncentrovanější. Toto zpětné

¹¹ Přirozený úbytek zubů ve stáří by v dnešní době vospělé protetiky neměl být problémem. Otázkou je vyšší cena těchto náhrad, která může přístup některých starých lidí k nim omezit.

čerpání ledviny zatěžuje, což může hrát roli při jejich onemocnění. Nadbytek minerálů vede k tvorbě kamenů.

Stárnutím dochází k morfologickým i vaskulárním změnám v ledvině, s čímž souvisí změny funkční kapacity. Stárnoucí ledvina ztrácí schopnost dostatečně zkoncentrovat moč, zhoršena je i schopnost vyloučit vodu, proto jsou staří lidé náchylní k poruchám vnitřního prostředí.

Ke změnám dochází i na močovém měchýři, kam je z ledvin moč transportována a kde se hromadí. Aby moč z měchýře neodcházela, je močová trubice uzavřena dvěma svěrači – zevním a vnitřním. V průběhu stárnutí se zmenšuje elasticita močové trubice i močového měchýře, čímž se snižuje jeho kapacita. Rovněž síla obou svěračů klesá.

2. 3 Stárnutí smyslů a jejich choroby

Pomocí smyslových orgánů vnímáme okolní prostředí, což nám umožňuje orientaci v něm. Ve stáří obecně dochází k úbytku jejich funkce, ale starý člověk je schopen větší opatrností a úsilím do určité míry smyslové nedostatky kompenzovat.

2. 3. 1 Snížené vnímání

K nejnápadnějším projevům stárnutí patří narušené zrakové a sluchové vnímání. To má za následek nejen snížení výkonu, ale též sníženou možnost rekreace (četba, poslech hudby, apod.). Navíc horší smyslové vnímání zvyšuje riziko úrazů a znesnadňuje komunikaci.

Ovšem stáří nemusí být nutně doprovázeno slepotou a hluchotou, i zde je třeba rozlišovat mezi normálním stárnutím a změnami v důsledku různých nemocí. Mnohé poruchy mohou být účinně léčeny a funkce smyslů udržována kompenzačními pomůckami.

Čich se mírně zhorší kolem 70. roku v souvislosti s úbytkem nervových zakončení v nose. Přestože počet papil, jimiž vnímáme chuť, se snižuje, nedochází při normálním stárnutí k výrazné změně chuti. Ztráta chuti i čichu je

spojena spíše s nemocemi, užívanými léky a špatnými návyky (kouření), než se stárnutím. Pokud dojde k výrazné změně až ztrátě čichu, může to mít negativní důsledky pro bezpečnost (člověk neucítí kouř) i vliv na kvalitu života (vůně vánočního stromku, květin, apod.). Ztráta chuti vede k podvýživě, která je ve vyšším věku velmi nebezpečná. Může se také stát, že starší člověk nerozpozná zkažené jídlo.

Je pozoruhodné, že některé schopnosti jsou zachovány až do vysokého věku, jsou-li v průběhu života posilovány praktickou činností. Jde především o percepci řeči, hudební sluch, binokulární zrakovou ostrost a další (Kuric et al., 1986).

2. 3. 2 Sluch

Sluch nám přináší významný podíl informací o okolním světě, je to smysl, který nemůžeme „vypnout“. S přibývajícím věkem ubývá počet sluchových buněk ve vnitřním uchu, snižuje se také pružnost bubínku a sluchových kůstek. Příčinou jsou prodělané choroby a infekce, působení hluku a změny cév, jež způsobují poruchy prokrvení vnitřního ucha. Sluchová ostrost klesá po 55. roce života (tempo je individuálně rozdílné).

Stařecká nedoslýchavost (presbyakuzie) bývá obvykle oboustranná. Častěji se vyskytuje u osob vystavených hluku a rychleji probíhá u mužů než u žen. Postižený nejdříve přestává slyšet zvuky o vysokých frekvencích, které nejsou pro běžný život až tak důležité. Poruchy střední frekvence jsou již významné pro porozumění řeči; mluva ostatních zní postiženému jako špatně artikulovaná, lépe rozumí mužům než ženám. Zhoršení sluchu způsobuje omezení sociálních kontaktů, později může vést až izolaci. Postižený se za zhoršené dorozumívání stydí a může sám sebe vylučovat ze společnosti. Nedoslýchavost může způsobit změny chování, člověk podezřívá okolí, že o něm hovoří negativně.

Kromě poruchy sluchu se ve stáří vyskytuje velmi obtěžující občasný nebo trvalý ušní šelest (tinitus). Je vnímán různě jako hučení, pískání, šumění,

syčení, mohou ho doprovázet závratě. Tinnitus bývá spojen s vysokým tlakem, cukrovkou, anémií a degenerativními změnami krční páteře.

Podle některých autorů je nedoslýchavost způsobena více vlivem civilizačních škodlivin než stárnutí a samotný věk se při zhoršování sluchu pro hovorovou řeč uplatňuje teprve ve stáří nad 80 let (Topinková, Neuwirth, 1995). Kvalitu sluchu je možné podpořit omezením pobytu v hlučném prostředí, ale i životosprávou. Ke korekci této smyslové vady mohou pomoci sluchadla, bývají však pacienti špatně přijímána jako nápadná a obtěžující. Výběr vhodného sluchadla vyžaduje velkou trpělivost od pacienta i lékaře.

2. 3. 3 Zrak

Ve stáří dochází k morfologickým změnám i poklesu funkcí oka. Problémy se zrakem zhoršují soběstačnost, zvyšují riziko úrazu a mohou vést až k psychickým problémům. S věkem sílí oční čočka a ztrácí pružnost, čímž se snižuje schopnost zaostření na blízké předměty, jde o tzv. stařeckou dalekozrakost (presbyopii). Ta je považována za normální a téměř nevyhnutelnou součást stáří. Ve věku 60 -70 let se zmenšuje zorné pole a snižuje se schopnost rozlišování některých barev i schopnost vidění za šera. Důležitá pro řízení motorových vozidel v noci je snížená adaptace na tmou a prudké světlo. Ve stáří klesá produkce slz, více než desetina populace nad 55 let má syndrom suchého oka.

S věkem se zvyšuje rovněž výskyt chronicko-degenerativních onemocnění oka: glaukomu (zelený zákal), katarakty (šedý zákal) a senilní makulární degenerace sítnice (onemocnění žluté skvrny). Tato onemocnění nejsou projevem normálního procesu stárnutí.

Glaukom je zvýšení nitroočního tlaku v důsledku poruchy odtoku nebo nadměrné tvorby nitrokomorové vody. Její nadbytek způsobuje poškození očního nervu. V začátcích pacient trpí bolestmi hlavy a rozmazaným viděním, v pokročilých stádiích dochází ke ztrátě rozsahu periferního vidění. Glaukom není zcela vyléčitelný.

Častou příčinou oslepnutí v rozvojových zemích je katarakta je. Mezi 65 - 75 lety trpí touto nemocí, jež dostala název podle šedavého zabarvení zornice, až 60 % osob. Oční čočka se zakaluje, takže paprsky světla nemohou pronikat bez deformace na sítnici. Nejčastějším příznakem je nejasné vidění jakoby přes mlhu, později dochází k poklesu zrakové ostrosti, může dojít až ke ztrátě zraku. Postižený nesmí řídit, číst, dívat se na televizi. Katarakta se léčí chirurgicky.

Nejčastější příčinou oslepnutí lidí nad 65 let v rozvinutých zemích je makulární degenerace sítnice¹². Sítnice oka nám umožňuje vnímat detaily a provádět úkony vyžadující ostré centrální vidění. Pokud je postižena, nelze vadu korigovat brýlemi. Člověk vidí periferně normálně, ale střed pro něho zůstává rozmazaný. Na rozvoj onemocnění má vliv genetika, častěji jsou postiženy ženy. V současnosti makulární degeneraci nelze vyléčit, včasnou diagnostikou se dá dosáhnout toho, aby člověk nepřišel o zrak.

¹² Někteří odborníci se domnívají, že postihne nakonec každého, kdo se dožije hodně vysokého věku (Hayflick, 1994)

3. Psychické změny ve stáří

Ve stáří se mění mnohé psychické funkce, i když změny nejsou tak patrné jako tělesné a zaznamenaná je spíše blízké okolí seniora. Vágnerová (2000) upozorňuje na fakt, že doba „*kdy se změny dané stárnutím začnou projevovat, jejich dynamika i způsob, jakým na ně starý člověk reaguje, jsou individuálně rozdílné*“ (s. 451).

Z hlediska ontogenetické psychologie je stáří jevem objektivním i subjektivním (Kuric et al., 1986). Jsou zde objektivní změny motoriky, vnímání, myšlení, paměti, jež lze zjišťovat, resp. měřit. A pak jsou zde také stejně, ne-li více, významné pocity jedinců.

3. 1 Faktory ovlivňující psychiku

Některé změny psychiky jsou podmíněny biologicky, jiné jsou důsledkem různých psychosociálních vlivů. Biologické změny jsou jednak projevem stárnutí a lze je považovat za normální (př. stárnutí smyslů), nebo mohou být vyvolány chorobnými procesy, jejichž vznik je ve stáří pravděpodobnější (př. omezení hybnosti, nutnost užívat léky).

Na zhoršení adaptačních schopností a inteligence mají podíl i sociokulturní vlivy. Člověk v důchodu ztrácí své dřívější postavení a společenskou prestiž, snižuje se mu ekonomická úroveň a nesmíme zapomínat ani na fakt, že v naší společnosti je poměrně rozšířený negativní pohled na stáří. Pro psychiku stárnoucího člověka je důležité, jak jej hodnotí jeho okolí i to, jak se hodnotí sám.

Změny v průběhu stárnutí a stáří studuje gerontologická psychologie, která je součástí vývojové psychologie. Nezkoumá tuto problematiku odděleně od ostatního života, ale snaží se proces stárnutí člověka vidět „*v zorném pohledu jeho celoživotního děje (dramatu)*“ (Křivohlavý, 2002). Psychologické aspekty stárnutí se staly předmětem odborného zájmu až ve 20. století a hlavním zájmem byla psychika starých nemocných lidí. V posledních letech

sílí jednak zkoumání vlivu mikro-, mezo-, makro- a exosystémů, jejichž součástí je stárnoucí jedinec a jednak zkoumání mezigeneračních vztahů (tamtéž).

3. 2 Osobnost a adaptace na stáří

Každý člověk prožívá své stárnutí a změny, které přináší, zcela jedinečným a osobitým způsobem. Významnou roli hraje to, jak sám sebe vnímá, jaký obraz si vytvořil o sobě, svém okolí i o stáří jako takovém. K přijetí vlastního stáří přispívá značnou měrou i osobnost seniora, která je výsledkem předchozího vývoje i současné adaptace na úkoly vyššího věku.

Pravděpodobně první psal o změnách osobnosti ve stáří římský filozof a politik Cicero. Pojednání s názvem „O stáří“ napsal, když mu bylo 60 let. A již Cicero zdůrazňoval, že toto životní období je spojeno s omezeními, ale má i své přednosti, a člověk musí své stáří přijmout, protože plakat nad jeho příchodem nepomůže.

3. 2. 1 Stárnoucí osobnost

Struktura osobnosti se při fyziologickém stárnutí kvalitativně nemění, nedá se říci, že by existovaly typické vlastnosti starého člověka, ale obecně platí, že původní rysy osobnosti se akcentují (např. spořivost v lakotu, starostlivost v mentorování a úzkostnost apod.). Proto mnohé vlastnosti připisované stáří nejsou důsledkem věku, ale zvláštností osobnosti. Existují starci „*nevrlí, úzkostliví, nevlídní a těž lakomí...toto však jsou vady povahy, nikoliv stáří,*“ napsal Cicero (in Haškovcová, 2010, s. 144). „*Rozhodující není, že je někdo starý, ale kdo stárne,*“ podotýká Pacovský (1990, s. 39) a záleží na každém člověku, jak se pokusí minimalizovat ty vlastnosti, které jsou jeho okolí nepříjemné (Haškovcová, 2010).

Ve vyšším věku dochází ke změnám v hierarchii hodnot a individuálně rozdílně k poklesu motivace. Mnozí starší lidé mají hodnotné plány, ale chybí

jim energie a motivace¹³ k jejich realizaci. Opět je to ale velmi individuální; u někoho pozorujeme snížený zájem i o činnosti, jež dříve rád vykonával, jiní zůstávají aktivní až do vysokého věku.

Je nutné upozornit, že v případě psychických změn nesměřují všechny k horšímu. Vytrvalost, trpělivost a rozvaha posilují.

3. 2. 2 Adaptace

Změny psychomotorického tempa způsobené stárnutím mají za následek pokles adaptability. „*Adaptace představuje interakci jedince s prostředím – jedinec se může přizpůsobovat podmínkám, popř. si prostředí přizpůsobuje sobě*“ (Farková, 2009, s. 16). Jde jednak o přizpůsobení se tomu, co změnit nemůžeme, jednak přizpůsobování si toho, co se změnit dá, tedy o zvládání problémů, které přinese život (Křivohlavý, 2001). „*Přiměřená adaptace souvisí nejen s uspokojováním potřeby, ale znamená také snášení omezení a strádání – to však nesmí jít za subjektivně danou hranici*“ (Farková, 2009, s. 16)

Člověk se ve stáří musí přizpůsobit řadě změn jednak vnitřních (organismu), jednak vnějšího prostředí (změny sociálního prostředí i postavení, životního stylu, aj.). S rostoucím věkem se ale snižuje adaptační potenciál (Křivohlavý, 2011) a stres nebo nemoc ho ještě zhoršují. Obecně lze říci, že starší jedinci trvají na svých návycích a stereotypech, obtížně se přizpůsobují a na změny reagují přecitlivěle.

Neúspěšná adaptace (maladaptace) se projevuje navenek beznadějí a bezmocí a dalšími obtížemi, maladaptovaný jedinec překážky a problémy v životě zvládá jen těžko, případně vůbec. Klíčem k pochopení adaptace na procesy stárnutí je životní příběh. Životní příběh je pohled zpět, ale ne na celou životní dráhu, týká se toho, co je významné pro jedince a jeho identitu (Sýkorová, 2004).

¹³ Motivace je závislá na úrovni interpersonálních vztahů a souvisí se sebehodnocením a potřebou uznání.

Problému přizpůsobení se věnuje duševní hygiena, která by ve stáří měla být zaměřena zvláště na posílení přizpůsobivosti.

3. 2. 3 Akceptace stáří

O přijetí stáří i o jeho kvalitě rozhoduje především sám člověk, který stárne. (Haškovcová, 2010). Paul Tournier k tomu říká: „*Člověk se připravuje na stáří v průběhu celého předcházejícího života, a to tím, že se snaží zaujímat pozitivní postoj k životu, tj. žít naplno každou etapu života*“ (in Křivohlavý, 2002 s. 150). Zralá osobnost si nenalhává, že nestárne, ale přijímá další životní období. Nerezignuje, ale objektivně hodnotí budoucnost.

Někteří si na život v důchodu zvyknou snadněji, jiní méně. Jsou lidé, kteří se dokáží úspěšně vyrovnat s různými omezeními, které stáří přináší, cítí se spokojeně i přes tělesné neduhy (Baltes in Gruss, 2009). Ovšem každý v sobě schopnost přijmout přibývajícím věkem se vším, co přináší, najít nemusí.¹⁴

Pokud se jedinec dívá na svůj předchozí život s uspokojením, má pocit celosti, integrity života, akceptuje stáří snáze. Naopak pocit zoufalství a lítosti se dostavuje, když vidí svůj život jako řadu nevyužitých příležitostí a osobních selhání.

U různých jedinců lze tedy pozorovat několik typů reakcí na stáří, které byly popsány různými autory, nejznámější jsou strategie dle Bromleyho (in Haškovcová, 2010, s. 83 - 84):

1. Strategie konstruktivnosti – je ideálním postojem. Jedinec akceptuje své stáří a jeho projevy, vyzařuje z něj optimismus, smysl pro humor a je okolím vnímán jako milý.
2. Strategie závislosti – jedinec se spoléhá na druhé, že se o něho postarají po všech stránkách (hmotné, citové). Odchod do důchodu nenese těžce, preferuje klid a pohodlí.

¹⁴ Neschopnost vyvíjet se psychicky v souladu s tělesným vývojem se může projevit neurózou (Křivohlavý, 2002).

3. Strategie obranného postoje – je typická pro lidi, kteří žili naplno, nechtějí se smířit se stářím a bojí se závislosti. Do důchodu odcházejí neradi a až poté, co jsou k tomu přinuceni.

4. Strategie nepřátelství – velmi zatěžuje seniora i osoby v jeho okolí. Stáří je bráno jako nepřízeň osudu. Tuto strategii volí lidé, kteří celý život svalovali vinu za své neúspěchy na druhé; jsou mrzutí, závistiví, agresivní.

5. Sebenenávist – lidé volící tuto strategii obviňují sami sebe, jsou lítostiví, mají sklony k depresím, cítí se zbyteční.

V životě se vyskytují různé kombinace těchto strategií a o jejich volbě rozhoduje životní zkušenost i osobnost stárnoucího člověka.

3. 3 Kognitivní změny ve stáří

S pomocí kognitivních funkcí vnímáme svět kolem nás i sebe sama¹⁵. Jsou to procesy, které nám umožňují poznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se měnícím podmínkám prostředí. Maxima dosahují ve 3. deceniu, poté postupně oslabují, což lze do jisté míry u jednotlivých funkcí kompenzovat.

3. 3. 1 Paměť

Jednou z nejnápadnějších změn souvisejících se stárnutím jsou poruchy paměti. S pokračujícím věkem dochází ke snížení všípivosti, výbavnosti¹⁶ a koncentrace.

Pidrman (2007) dělí podle nastalých změn kognitivní stárnutí do tří stupňů: na úspěšné, normální a patologické. Pokud je výkonnost jedince srovnatelná se středním věkem, neobjevují se u něho poruchy paměti ani

¹⁵ Změny smyslů související se stárnutím a jejich poruchy jsou popsány ve zvláštní kapitole.

¹⁶ Výbavnost paměťových obsahů může kolísat v závislosti na aktuálním stavu člověka

chování, hovoří o úspěšném stárnutí. V rámci normálního stárnutí bývají - až na lehké postižení některých složek paměti, zejména vstřípivosti a výbavnosti - kognitivní schopnosti dobře zachovány. Takový stav je označován jako „benigní stařecká zapomnětlivost“¹⁷. Jde o mírnou poruchu, která se s časem nezhoršuje a věkový deficit lze zmírnit tréninkem paměti.

Dlouhodobá paměť zůstává funkční dlouho. Senioři rádi vzpomínají na dřívější dobu, vzpomínky a rozhovory o minulých časech jim dávají pocit jistoty a bezpečí (Holmerová, Jurašková, Zikmundová et al., 2007). Většinou jde o tzv. vzpomínkový optimismus (Farková, 2009), vzpomínky bývají obsahově i emočně zkreslené, minulost bývá hodnocena spíše pozitivně (Langmeier, Krejčířová, 2006). Senioři vzpomínají na své úspěchy pracovní i společenské a na dobu, která byla lepší než ta dnešní.

Pro poruchy paměti, které jsou již odlišné od normálního průběhu stárnutí, ale nejedná se ještě o demenci, se užívá termín „mírná kognitivní porucha“. Dochází při ní k postižení alespoň jedné složky kognice, nicméně aktivity běžného denní života nejsou narušeny.

3. 3. 2 Inteligence, tvůrčí schopnosti, citové prožívání

Již v pozdní dospělosti dochází k nenápadným změnám intelektových schopností. Myšlení je méně pružné, je konvenčnější a více spoléhá na nabyté zkušenosti. Starší lidé bývají rozvážnější, spíše se vyvarují unáhlených soudů a řešení.

Některé intelektové schopnosti, např. organizační, schopnost dospět k nezávislému úsudku, aj., se vyvíjejí až do stáří. „*Zdá se však, že potencionální vzestup intelektových schopností ve stáří se vztahuje k části populace, která se vyznačuje stálým úsilím o sebevzdělání a angažovaností ve veřejném dění*“ (Kuric et al., 1986, s. 261).

¹⁷ Termín byl zaveden v r. 1958 kanadským psychiatrem českého původu V. A. Kralem. V 80. – 90. letech minulého století se začínají používat i další označení, např. „kognitivní pokles asociovaný s věkem“ nebo „kognitivní pokles bez demence“. Ovšem stanovit pevnou hranici mezi normalitou a poklesem je prakticky nemožné, vždyť i mezi mladými jedinci existuje variabilita ve výkonu.

Jiné psychické funkce mají sestupnou tendenci¹⁸. Staří lidé jsou celkově pomalejší, prodlužuje se jejich reakční čas (doba, za kterou člověk reaguje na výskyt podnětu) a senior se snadněji psychicky unaví. To se nejčastěji projevuje v podobě tzv. zabíhavého myšlení, což je snížená schopnost udržet myšlenku nebo naopak ji opustit. Staří lidé se také déle rozhodují a již fakt, že se musí rozhodovat je pro ně zátěžovou situací (Vágnerová, 2000).

K úbytku dochází na úrovni fluidní inteligence, tedy schopnosti řešit problémy, které se nedají řešit na základě vzdělání nebo zkušenosti. Naopak inteligence krystalická, tj. vědomosti, které člověk v průběhu života získal, zůstává téměř nedotčena a do jisté míry se stále rozvíjí (Baltes in Gruss, 2009). Zjednodušeně lze říci, že starší lidé mají více obecných vědomostí, ale déle musí vše promýšlet neboli: „*stáří s sebou nese větší moudrost, ale menší bystrost a důvtip*“ (Stuart-Hamilton, 1999 s. 47).

Fluidní inteligence je důležitá zejména pro učení, a právě proto je ve stáří mnohem namáhavější osvojit si nové věci. Učení trvá mnohem déle a v naučeném se dělá více chyb. Přesto mohou i starší lidé dosáhnout velmi dobrých výsledků – díky větší vytrvalosti a důkladnosti. Učit se i ve vyšším věku novým věcem má rozhodně smysl.

Vlivem některých poruch a vad nemůže senior svůj intelekt projevovat, pak se hovoří o skrytém intelektu (Pacovský, 1990).

Tvůrčí schopnosti zůstávají zachovány do vysokého věku¹⁹, větší roli než věkové hrají rozdíly individuální. U některých umělců s nástupem stáří končí tvůrčí období, jiní radikálně mění svůj styl, další naopak zahajují období největší produkce. Řada osobností stvořila vynikající díla i po osmdesátce, jako příklad jsou nejčastěji uváděni G. Verdi nebo P. Picasso. Tvořivost je ovlivněna zdravotním stavem, sociálními podmínkami, únavou, motivací.

Výkon v oblasti inteligence i tvůrčí schopnosti jsou ve stáří závislé na zdravotním stavu, vzdělání, sociálním statusu, apod. (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011). Větší roli než věk tedy hraje individuální historie člověka.

¹⁸ Netřeba připomínat, že to, jak rychle a v jaké míře ke změnám dochází, je značně individuální a ovlivňuje to řada faktorů sociálních a biologických.

¹⁹ Ve vrcholné formě kulminují do 45 let.

Citové prožívání je ve stáří méně bezprostřední a snižuje se jeho intenzita (Kalvach et al., 1997), starého člověka události již tolik nevzrušují, což může být pro mladší lidi nepochopitelné. Haškovcová hovoří o „*oploštění emotivity*“ (2010, s. 154), s níž ale nekoresponduje pro stáří typická emoční labilita. Staří lidé snadno podléhají dojetí, bývají plačtiví, citově zranitelnější, ale i vznětlivější. Od okolí očekávají ohledy a porozumění. Ve stáří je člověk, stejně jako v dětství, více ohrožen citovou nebo podmětovou deprivací (Langmeier, Krejčířová, 2006). Paličatost, vzdorovitost a negativistické projevy se objevují u nemocných seniorů (Haškovcová, 2010).

4. Zdravotní důsledky stárnutí

Stáří není nemoc a není ani nezbytně s chorobami spojeno, i když je pravdou, že v jeho průběhu počet chronických a degenerativních onemocnění roste. Téměř každý orgán totiž ztrácí během stárnutí svoji funkční rezervu a organismus se stává náchylnějším k nemocem. Interakcí procesu stárnutí a chorob vznikají různé patologické stavy.

4. 1 Geriatrie a geriatrický pacient

Definice zdraví ve stáří podle Pacovského říká, že „za zdravého považujeme takového starého člověka, u kterého není přítomna zjevná choroba, který je spokojen s kvalitou svého života, je soběstačný a má neporušenou sociální homeostázu“ (1990, 64). „Zdraví ovlivňuje všechny aspekty života ve vyšším věku“ (tamtéž, s. 61). Zvláště subjektivní hodnocení zdravotního stavu výrazně ovlivňuje způsob života starších osob a veškeré jejich aktivity a jeho změny mají velké důsledky pro život seniora. Navíc každé onemocnění může proces stárnutí urychlit²⁰.

Stáří s sebou přináší určité odlišnosti a specifika též ve zdravotní péči. Prevencí, diagnostikou, léčbou onemocnění a zlepšením kvality života ve vyšším věku se zabývá geriatrie. Jejím hlavním úkolem je zvládnout dekompenzace zdravotního a funkčního stavu u geriatrických nemocných, kteří jsou ohroženi nepříznivou prognózou²¹.

V souvislosti s přibýváním starých lidí v ordinacích se dnes hovoří o geriatrizaci medicíny, ale ne každý nemocný senior je geriatrickým pacientem. Jde o jedince zpravidla staršího 70 let, jehož onemocnění je komplikováno dalšími významnými nemocemi a syndromy a jemuž hrozí ztráta soběstačnosti a další komplikace.

²⁰ tzv. akcelerační fenomén = zestárnul před očima

²¹ V minulosti byla geriatrie často ztotožňována s následnou a dlouhodobou péčí. Jde o dvojí problematiku.

Stárnoucí a starý organismus může odlišně reagovat na běžně užívaná léčiva, zvyšuje se rovněž výskyt nežádoucích účinků. A jelikož s přibývajícím věkem počet užívaných léků stoupá, vzrůstá tím i počet možných lékových interakcí.

Kalvach a Holmerová (2008, online) člení seniorskou problematiku do tří okruhů, které se vzájemně prolínají: choroby ve stáří, choroby stáří a geriatrickou křehkost.

4. 2 Choroby ve stáří

Problematika chorob ve stáří se týká jejich možné atypičnosti oproti střednímu a mladšímu věku. Choroby ve stáří se vyznačují několika zvláštnostmi (Topinková, Neuwirth, 1995; Weber et al., 2000):

1. Polymorbidita

Stáří lidé trpí množstvím nemocí, zpravidla chronických. Hovoří se o tzv. polymorbiditě. Dochází k ní buď spojením více nemocí u jednoho jedince, nebo řetězením, kdy jedna choroba vyvolává druhou²².

2. Zvláštnosti klinického obrazu

Ve stáří probíhá řada chorob odlišně. Příznaky mohou být pouze minimální (např. u akutní infekce chybí horečka) nebo se nemoc neprojevuje obvyklou škálou příznaků, ale jen jedním z nich. Příznaky také mohou být zcela nespecifické, event. reaguje jiný než postižený orgán. Ve stáří významně roste sklon k chronicitě, vyšší je také riziko úmrtí i na běžné choroby, jako je například chřipka.

3. Vzájemná podmíněnost zdravotní a sociální situace

Každá změna zdravotního stavu seniora ovlivní jeho sociální vztahy a naopak. V důsledku nemoci se ze soběstačného člověka může stát

²² Např. senior si zlomí nohu v krčku, to vede k imobilizaci, která způsobí flebotrombózu, z níž dojde k embolizaci do plic, která je komplikována pneumonií...

člověkem závislým na různých formách společenské pomoci. A změna sociální situace opět zhorší zdravotní stav, což může vést až ke smrti.

4. Starší nemocní mají často tendenci příznaky nemocí skrývat.

4. 3 Geriatrická křehkost

Za nejvýraznější projev stáří je považováno „chátrání“ starých lidí, tzv. geriatrická křehkost. „*Geriatrickou křehkost můžeme chápat jako věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu) s kumulací funkčně závažných deficitů a změn zvláště mentálních (apatie), pohybových (hypomobilita, instabilita, sarkopenie) a nutričních (anorexie, hubnutí)*“ (Kalvach, Holmerová, 2008, online). Postihuje asi 7% seniorů (tamtéž).

Kauzální léčba geriatrické křehkosti neexistuje, lze jen mírnit klinické příznaky a sociální dopady a upravit ošetrovatelskou péči tak, aby došlo ke zkvalitnění života. U křehkých geriatrických pacientů úmrtí přichází často náhle, např. po virovém onemocnění, nebo i bez předchozího zhoršení stavu. Vzhledem k tomu, že prognóza i nástup terminální fáze jsou obtížně předvídatelné, dochází často k překrývání paliativní a kurativní péče.

Jako prevence geriatrické křehkosti se doporučuje pohyb, dobrá výživa s dostatkem bílkovin a pravidelné kontroly zdravotního stavu.

4. 4 Choroby stáří

Dalším zájmem geriatrie je problematika chorob stáří. Týká se prevalence či dokonce exkluzivity některých onemocnění ve stáří (např. makulární degenerace sítnice, zlomeniny krčku stehenní kosti, osteoporóza, aj). Nejde jen o diagnostiku těchto chorob, ale zejména o účinnou prevenci.

Za prodlužování věku platíme vyšší nemocností. Ve stáří převažují dlouhodobé chronické choroby způsobené „opotrebením“ orgánů (př. osteoartróza) a komplikace onemocnění vzniklých již ve středním věku, která

se naplno projeví právě ve stáří (př. ateroskleróza). Seniors nejčastěji postihují choroby oběhového systému, následované chorobami pohybového ústrojí a metabolickými onemocněními. Navíc se s přibýváním počtu let snižuje obranyschopnost organismu, což je to dáno jednak involučními změnami, jednak je obranyschopnost oslabují problémy psychické, sociální i ekonomické.

4. 4. 1 Imunitní systém

.Důsledkem snížené pohotovosti a výkonnosti imunitního systému²³ je ztráta schopnosti organismu bránit se vnějším vlivům, zvýšené riziko infekce, zpomalení procesu hojení i vyšší výskyt nádorových onemocnění. Přirozená bariéra kůže je ztenčená a suchá, podobně jsou na tom sliznice, a proto se zde snadněji uchytí bakterie. V senu se také často objevují autoimunitní onemocnění, např. revmatoidní artritida.

Chřipka a jiné infekční choroby mají u osob starších 65 let těžší průběh, mohou končit i smrtí. Jako snadné řešení se nabízí očkování seniorů, ale není to tak jednoduché - u starších lidí je tvorba protilátek nedostatečná, proto musí být vakcína podávána opakovaně.

Imunitní poruchy během stárnutí lze zmírnit, k nejvíce doporučovaným patří úprava stravy²⁴.

4. 4. 2 Kardiovaskulární onemocnění

Kardiovaskulární onemocnění jsou nejčastější příčinou mortality ve vyspělých zemích, a převážnou část z těchto úmrtí má na svědomí ischemická choroba srdeční (ICHS) - nejznámějším klinický projev aterosklerózy.

²³ Je to dáno změnou počtu a aktivitou některých buněk imunitního systému i tím, že dochází k poruchám jejich dělení a k poruchám v dorozumívání.

²⁴ Jednoznačně negativní vliv má obezita. Pokusy na myších prokázaly, že jedinci, nimž byl snížen kalorický příjem na polovinu, žili déle. Došlo u nich ke zpomalení imunologických změn podmíněných věkem a tím i k menší vnímavosti ke vzniku nádorů (Ferenčík, Rovenský, Shoenfeld, Mařha, 2005). Tato domněnka nebyla zatím dokázána.

Ateroskleróza je onemocnění, při němž se ve stěně cév ukládají krevní lipidy. Vznikající aterosklerotické pláty zužující postižené tepny²⁵. Na jejich povrchu se mohou při ruptuře vytvořit krevní sraženiny, které mohou tepnu zcela uzavřít, což vede k ischemii (nedokrvění). Není-li průtok včas obnoven, dojde k ischemické nekróze. Ke klinickým projevům aterosklerózy patří především ischemická choroba srdeční (ICHS), ischemická choroba dolních končetin a cévní mozková příhoda.

ICHS vzniká, když je omezen, případně zastaven, přítok krve do určité oblasti srdečního svalu a ten je v důsledku toho poškozen. Akutní formou ICHS je infarkt myokardu, nejčastější chronickou formou je angina pectoris.

Jinou manifestací aterosklerózy, jejíž výskyt výrazně stoupá s věkem, je ischemická choroba dolních končetin. U malého procenta postižených vede k amputaci končetiny.

Cévní mozková příhoda (iktus, laicky nazývaná mrtvice) je velmi častou příčinou úmrtí osob starších 65 let ve vyspělých zemích. V důsledku prasknutí cévy nebo jejím ucpáním krevní sraženinou je přerušena dodávka krve (a s ní i kyslíku) do mozku, což vede ke smrti nervových buněk.

Aterosklerózu léčit nelze, léčit můžeme pouze její následky. K rizikovým faktorům této choroby, které nemůžeme ovlivnit, patří především věk (riziko stoupá u mužů po 45. a u žen po 55. roce), rodinná anamnéza a pohlaví. K faktorům, které ovlivnit lze patří kouření, obezita, nedostatek pohybu, vysoká hladina cholesterolu, vysoký krevní tlak.

Vysoký krevní tlak (arteriální hypertenze) drží prvenství mezi chronickými onemocněními v průmyslově vyspělých zemích²⁶. Závislost cerebrovaskulární a kardiovaskulární morbidity a mortality na výši krevního tlaku byla prokázána (Vlček, Fialová, 2010).

²⁵ Ateroskleróza byla dlouho považována za degenerativní postižení stěn tepen, při němž se ukládá cholesterol, až je tepna postupně uzavřena. Dnes je označována za zánětlivé onemocnění.

²⁶ Za arteriální hypertenzi v dospělosti označujeme opakované zvýšení TK nad hodnotu 140/90 mm Hg (měření u lékaře). Zvýšena může být jedna nebo obě hodnoty. Ve stáří často pozorujeme zvýšení pouze systolického tlaku, což má z hlediska kardiovaskulárních onemocnění větší prognostický význam než zvýšení pouze diastolického.

4. 4. 3 Nemoci pohybového ústrojí

K základním předpokladům osobní pohody seniora patří fungující motorika a schopnost volného pohybu. Onemocnění pohybového aparátu jsou druhá nejčastější po onemocnění oběhové soustavy a jejich důsledkem je nejen omezení pohybové aktivity, ale bolest, pády a omezení soběstačnosti.

Hlavní příčinou fyzické dysaptibility ve stáří jsou degenerativní choroby pohybového ústrojí spolu se zánětlivými chorobami. Nezkracují život nositele, ale jsou dlouhodobé, bolestivé a obtížně léčitelné.

Velká část populace nad 70 let trpí osteoartrózou²⁷, která nejčastěji postihuje kolenní (gonartróza) a kyčelní (coxartróza) klouby, běžně se však vyskytuje i v rameni, lokti, páteři, nebo jako polyartróza na drobných kloubech rukou. Při onemocnění dochází postupně k destrukci kloubní chrupavky a změně jejích mechanických vlastností, v extrémních případech může být zcela zničena. To se projeví bolestí, omezením rozsahu pohybu a deformitami.

Osteoporóza, již se říká tichá zlodějka kostí, je metabolické kostní onemocnění, kterým trpí zejména starší ženy²⁸. V průběhu stárnutí dochází k ubývání kostní hmoty a k narušení struktury kostí. Kost se stává křehčí a méně odolnou vůči zatížení, což zvyšuje riziko fraktur. Osteoporóza se dlouho neprojevuje, nebolí, upozorní na ni až první zlomenina. V prevenci je důležitý pohyb a dostatečný přísun vápníku, k jehož správnému vstřebání je třeba vitamín D.

4. 4. 4 Parkinsonismus

Pod parkinsonský syndrom jsou zahrnuty nemoci vyznačující se třesem a poruchami kontroly a koordinace tělesných pohybů. Jednou z nejčastějších je

²⁷ Veřejnost běžně hovoří o artróze, označení osteoartróza je přesnější, protože onemocnění nepostihuje pouze kloub, nýbrž i přilehlé kosti, které reagují svojí přestavbou a časem se na nich objeví výrůstky (osteofyty).

²⁸ Muži jsou postiženi méně často a osteoporóza se u nich rozvíjí později.

Parkinsonova choroba²⁹. Nejvíce osob postižených Parkinsonovou chorobou je starších 60 let.

Při tomto neurodegenerativním onemocnění dochází k úbytku buněk produkujících dopamin, což je přenašeč nervových vzruchů, který má rozhodující vliv v motorických funkcích mozku.

Je pro ni typický dlouhodobý a plíživý příchod, nejprve se projevuje třesem, později se přidávají samovolné pohyby, ztuhlost, pomalost a špatná artikulace. Pro nemoc je typický tzv. freezing, kdy pacient při chůzi na několik desítek sekund „zamrzne“ a není schopen chůzi opět nastartovat³⁰. Nejméně u 50% pacientů se rozvine instabilita (Kaňovský, 2003, online).

Až na malé procento tyto choroby nemění intelekt pacienta, což zvyšuje jeho frustraci, protože je uvězněn v těle, které neovládá.

4. 4. 5 Zaživací obtíže

Ve stáří se častěji objevují záněty sliznice žaludku nebo střev, vředy, střevní výchlipky, kaménky ve žlučových cestách nebo potíže s polykáním. Ty vznikají při porušení svalové souhry jícnu. Při polykání tuhé stravy (např. masa) se objeví pocit, že sousto vázne, postižení udávají dojem „knedlíku v krku“.

Žaludeční a střevní potíže mohou způsobovat také léky, které staří lidé užívají. Např. léky proti bolesti mohou narušit žaludeční sliznici a dojde ke vzniku vředu.

4. 4. 6 Diabetes mellitus

Cukrovka, syndrom chronické hyperglykémie, je klinicky nejvýznamnějším metabolickým onemocněním vyššího věku. U osob mezi 64 - 75 roky se vyskytuje v 18%, ve skupině nad 80 let až ve 40% (Topinková,

²⁹ Popsal ji v r. 1817 britský lékař James Parkinson.

³⁰ Predispozicí jsou úzká místa, např. dveře

Neuwirth, 1995). Jde o vážné chronické onemocnění, které je způsobeno vrozenými i zevními faktory. Diabetici jsou postiženi různými komplikacemi, např. srdečním onemocněním, selháním ledvin, slepotou, nebo tzv. diabetickou nohou. Snižuje se obranyschopnost organismu, což vede k horšímu hojení ran.

U seniorů se vyskytuje převážně cukrovka II. typu, tělo diabetika nedokáže dobře využívat inzulín. Cílem léčby diabetu je upravit hladiny cukru v krvi co nejbližší fyziologickým hodnotám a léčba tohoto typu diabetu vždy vyžaduje změnu životního stylu. Základem je úprava stravy a snížení tělesné hmotnosti. Onemocnění tedy vyžaduje značnou participaci nemocného, musí být ochotný naučit se nové informace a dodržovat denní režim, což je pro mnoho pacientů velmi obtížné. Nízká míra spolupráce průběh nemoci zhoršuje a zvyšuje riziko rozvoje komplikací. Základní léčebné opatření - dieta - bývá pro mnoho nemocných složitější než aplikace inzulínu, protože mezování příjmu potravy může snižovat subjektivně vnímanou kvalitu života. V případě léčby inzulínem jsou nároky ještě vyšší, nemocný musí navíc zvládnout technické pomůcky na měření cukru v krvi a na aplikaci inzulínu. Perušičová upozorňuje, že pochopení podstaty nemoci a přístup nemocného k léčbě významnou měrou ovlivňuje efektivnost léčebné intervence (in Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011).

4. 4. 7 Nejčastější choroby dýchacího systému ve stáří a další infekční onemocnění

Senioři jsou vlivem všech změn více náchylní k infekčním onemocněním, rozedmě plic (emfyzému) a k chronické bronchitidě. Častý výskyt infekcí horních i dolních cest dýchacích ve stáří podporuje menší elasticita hrudního koše, snížený kašlací reflex a přítomnost chronických nemocí.

Zápal plic (pneumonie) je jednou z nejčastějších příčin úmrtí u starých lidí. Může mít bakteriální i virový původ, setkáváme se i se smíšenými infekcemi (virová infekce poškodí průdušky a umožní bakteriální infekci průdušek do dolních cest dýchacích). Zvláště posledně jmenované provází vysoká

mortalita, a jsou proto problémem v domovech důchodců a léčebnách dlouhodobě nemocných. Dříve byly označovány jako „nepřítel starých“. Na rozvoji onemocnění se podílí snížená obranyschopnost plic i celého organismu a dlouhodobé upoutání na lůžko.

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je progresivní porucha, pro níž je charakteristické snížení průchodnosti dýchacích cest, časem může dojít až k zániku plicní tkáně. Člověk je dušný, v zúžených průduškách se hromadí sekret, což usnadní vznik zápalu plic. Součástí CHOPN je rozedma plic (emfyzém) vzniklá zničením plicních sklípků. Nemoc se objevuje zejména u lidí, kteří vykouří více než krabičku cigaret denně, negativní vliv mají i průmyslové zplodiny.

Ve stáří se více vyskytují infekce dýchacích a močových cest, trávicí soustavy či infekce pokožky. Vysoké riziko hrozí při pobytech v nemocnicích, kde se lidé setkají s nemocničními infekcemi. Infekční onemocnění ve třetím věku bývají komplikována zvýšenou teplotou, průjmem a zvracením, což může během několika hodin vést k dehydrataci. Důležitý je klid na lůžku a dostatek tekutin. Vysoká teplota a dehydratace mohou způsobit blouznění a halucinace.

4. 4. 8 Kožní onemocnění

Staří lidé velmi často trpí suchostí kůže, jež se zvyšuje v zimním období. Nejčastěji jsou postiženy ruce, předloktí a bérce, kde se mohou vyskytnout drobné prasklinky a ekzém³¹. Nepříjemně vnímanou komplikací je svědění, které ruší nemocnému spánek a zhoršuje kvalitu jeho života. Svědění kůže (pruritus) se může vyskytovat i bez kožního onemocnění jako průvodní jev řady onemocnění (cukrovka, chronické selhání ledvin, zhoubných onemocnění).

Ve stáří se zpomaluje hojení ran, což spolu se sníženou obranyschopností zvyšuje náchylnost k chronickým kožním infekcím s porušeným povrchem kůže, např. růže, mykotické infekce postihující

³¹ Nejedná se o pouhý nedostatek hydratace, lze prokázat histologické změny.

zejména plosky nohou a nehty, u pásového oparu je riziko desetinásobné oproti střednímu věku.

S vyšším věkem vykazují těžší průběh různé dermatitidy, též narůstá počet nezhoubných nádorů, prekanceróz a kožních karcinomů. Benigní nádory jsou považovány za skutečné biomarkery kožního stáří, neboť se vyskytují jak na kůži vystavované slunci, tak i na málo exponované (Topinková, Neuwirth, 1995). Nejčastějším kožním nádorem ve stáří je batalion. Předpokládá se, že naprostá většina je jich způsobena slunečním zářením.

4. 4. 9 Zhoubná onemocnění

I když se rakovina netýká výhradně vyššího věku, s věkem se riziko nádorového onemocnění významně zvyšuje³². Nejčastěji se vyskytujícími nádory ve věkové skupině nad 70 let je karcinom plic, tlustého střeva a konečníku³³, prsu, prostaty a žaludku.

Větší výskyt nádorových onemocnění v této věkové skupině souvisí s delší dobou působení kancerogenních faktorů, vývoj mohou ovlivnit i vlastní změny při stárnutí. S rostoucím věkem se mění i biologické chování mnoha nádorů, některé mají pomalejší průběh, jiné jsou naopak agresivnější než u mladších osob.

Pro rozhodování o způsobu léčby lékař zhodnotí celkový stav pacienta-seniora a závažnost přidružených chorob.

4. 4. 10 Organické mozkové poruchy

Organická porucha je způsobena nějakou tvarovou změnou orgánu, ke které může dojít v důsledku degenerace, úrazu, infekce, otravy, nádoru či poruchy metabolismu. Organickou poruchu lze prokázat přístrojovým (CT,

³² Např. karcinom prostaty se u mužů do 50 let vyskytuje poměrně vzácně, ale ve skupině nad 80 let jím trpí drtivá většina.

³³ Ve výskytu rakoviny tlustého střeva a konečníku drží ČR světové prvenství.

MR) nebo laboratorním vyšetřením - na rozdíl od poruchy funkční, která se projeví jen ve sféře duševní. Do kategorie organických poruch patří především demence, deliria a afektivní poruchy. Organické poruchy se mohou vyskytnout kdykoliv během života, ale jejich četnost roste s věkem.

5. Geriatrické syndromy

Pojetí geriatrického syndromu se liší od běžného užívání pojmu, kdy je syndrom chápán jako množina příznaků způsobených jednou příčinou. V geriatricii mají syndromy mnohočetné a kombinované příčiny.

Syndromy ve stáří rozdělujeme do tří skupin:

1. somatické – poruchy chůze a pohyblivosti, závratě, nestabilita, pády, inkontinence moči a stolice, porucha regulace teploty, poruchy příjmu potravy
2. psychické - demence, deprese, delirium, poruchy chování, maladaptace
3. sociální - ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolace, týrání a zneužívání, dysfunkce rodiny

Imobilita, instabilita a inkontinence a intelektové poruchy bývají označovány jako tzv. velké geriatrické syndromy.

5. 1 Somatické geriatrické syndromy

5. 1. 1 Imobilita

Soběstačnost seniora a kvalitu jeho života ohrožuje porucha schopnosti pohybu ve volném prostoru - imobilita³⁴. Například ve skupině osob nad 75 let není 40% schopno ujít jeden kilometr a kolem 5% je trvale upoutáno na lůžko (Topinková, Neuwirth, 1995). Imobilita je přechodná nebo trvalá a její příčiny mohou být (Werner, 2004, online):

- somatické (dušnost, únava, bolesti kloubů, angina pectoris, závratě, poruchy sluchu a zraku)
- psychické (deprese, strach z pádů)

³⁴ Imobilizačního syndromu je nověji označován též jako syndrom dekonkondicionace.

- environmentální (schody, špatné počasí)

Imobilita je spjata s mnoha orgánovými riziky, mezi nejčastější patří tromboembolické komplikace, riziko rozvoje bronchopneumonie, vznik dekubitů, poruchy vyprazdňování, postižení pohybového aparátu. To vše bývá doprovázeno změnami v psychice nemocného.

Primární prevence poruch mobility spočívá v pravidelné fyzické aktivitě, aby fyzická zdatnost a kloubní pohyblivost zůstaly v co nejlepším stavu.

5. 1. 2 Instabilita

Značnému počtu seniorů působí potíže instabilita, která je nejčastějším průvodním jevem polymorbidity „*Instabilita je podmíněna poruchou mechanismu detekce a schopnosti korigovat umístění organismu v prostoru (ve stoje i během pohybu)*“ (Weber et al., 2000, s. 63). Souvisí s pojmy rovnováha, závrať, pády.

Podkladem instability bývají závratě, které se vyskytují u třetiny lidí nad 65 let a téměř u dvou třetin ve věku nad 80 let (Gruberová, 1998). Závrať definujeme jako „*subjektivní pocit poruchy jistoty a postavení těla v prostoru*“ (Weber et al., 2000, s. 67). Bývá doprovázena nevolností a úzkostí. Senioři často popisují závratě trvající pár sekund při postavení. Nejčastěji bývají způsobeny poruchou prokrvení v oblasti šíje a hlavy a degenerativními změnami krční páteře.

Vyšší věk s sebou nese poruchy chůze a riziko nečekaných pádů, které jsou nejčastější příčinou invalidizace staré populace (Kaňovský, 2003, online). Pád ve vysokém věku téměř vždy znamená frakturu kosti a upoutání na lůžko. Přináší sníženou sebeobsluhu a další komplikace, z nichž mnohé mohou být fatální. Strach z opakování pádů vede u seniorů k omezení aktivity a ke ztrátě sebedůvěry, což je významné z hlediska udržení soběstačnosti

Příčiny pádů ve stáří bývají multifaktoriální, literatura rozlišuje se pády z vnitřních (symptomatické) a z vnějších příčin (mechanické). Symptomatické

pády jsou důsledkem nějakého somatického onemocnění, např. neurologického, cerebrovaskulárního, kardiovaskulárního nebo onemocnění pohybového aparátu. Mezi další faktory patří poruchy zraku, rovnováhy nebo nežádoucí účinky léků. K pádům ze zevních příčin dochází v důsledku uklouznutí, zakopnutí, při chůzi po schodech.

Zásadní význam v prevenci pádů má snížení rizika v domácnostech, kde jsou nejrizikovějšími místy schodiště, koupelna s toaletou, podlahy, postel. Byt seniora by měl být upraven: podlahy bez kluzkých koberečků, dobré osvětlení, madla v koupelně i na toaletě, atd.

5. 1. 3 Inkontinence

Inkontinenci moči definujeme jako její objektivně prokazatelný únik. Uvádí se, že syndromem trpí 15 – 30% lidí starších 60 let a s věkem prevalence stoupá k více než 40% (Topinková, Neuwirth, 1995). U starších osob v ústavní péči bývá výskyt ještě vyšší.

Závažnost tohoto syndromu spočívá v hygienických i společenských problémech, které postiženému způsobuje. Ten proto inkontinenci tají a stydí se o ní mluvit někdy i se svým lékařem.

V průběhu stárnutí dochází na dolních močových cestách k určitým změnám, které sami o sobě inkontinenci nezpůsobují, ale vedou ke snížené odolnosti dolních močových cest vůči nepříznivým vlivům. Podle příčiny nechtěného úniku rozlišujeme několik typů inkontinence a na základě toho je pak zvolena léčba (farmakologická, rehabilitační, chirurgická).

Fekální inkontinence je vůlí nezvládnutelný únik stolice. Téměř vždy bývá doprovázena močovou inkontinencí. Její prevalence u nás není známa, ve Velké Británii je uváděno asi 1% osob nad 65 let (Topinková, Neuwirth, 1995). Častěji se vyskytuje v ústavních zařízeních, zejména u dementních nemocných.

5. 1. 4 Poruchy příjmu potravy a termoregulace

Staří lidé jsou velmi citliví na podvýživu (malnutrici), kterou může způsobit jednak nevyvážená, málo pestrá strava (významný je zvláště nedostatek proteinů), menší chuť k jídlu a konečně snížená resorpční schopnost trávicího ústrojí³⁵.

Malnutrice je definována jako stav, kdy příjem živin a jejich využití nepokrývají v dostatečné míře potřeby organismu. Vede k poklesu hmotnosti, později ke komplexním metabolickým a somatickým změnám. Je rizikovým faktorem při snížení obranyschopnosti, zhoršuje průběh onemocnění, prodlužuje dobu léčení, zvyšuje mortalitu. Nad 80 let trpí určitým stupněm malnutrice téměř každý člověk.

Mezi její nejčastější příčiny u seniorů patří vedle nechutenství poruchy čichu, poruchy trávení (malabsorpce), problémy v dutině ústní (zuby, protéza, postižení slinných žláz), deprese a demence. Důvody mohou být i ekonomické, senior má nízký příjem a šetří na jídle.

Jídelníček seniorů je možné konzultovat s nutričním specialistou, který jej upraví individuálně s přihlédnutím k potřebám a zdravotnímu stavu, event. doporučí vhodné výživové doplňky. Důležitá je spolupráce s rodinou seniora. Strava by měla být pravidelná, chutná i lákavá na pohled.

Dalším nebezpečím je u seniorů velice častá dehydratace (odvodnění). Její příčiny mohou být různé: s vyšším věkem se vytrácí pocit žízně, odmítání potravy a tekutin bývá jedním z projevů deprese, další příčinou může být strach z vyššího příjmu tekutin v důsledku inkontinence. Špatné zavodnění zvyšuje riziko krevních sraženin (trombóz), infekce močových cest, zácpy a vyvolává snížený průtok krve mozky, což může vyvolat zmatenost.

Hlavním příznakem nedostatku vody bývá apatie a nechutenství.

Ve stáří dochází k poruchám termoregulace. Staří lidé se méně potí, proto jsou vystavováni akutnímu nebezpečí přehřátí. V horkých letních dnech

³⁵ Ve stáří se hůře vstřebávají bílkoviny i vitamíny, častý je deficit některých minerálních látek a dalších nutrietů, např. lecitinu, vlákniny, polynenasycených mastných kyselin.

stoupá úmrtnost seniorů až o 50 % (Mühlpachr, 2004). Mrazivé dny starší lidi také ohrožují, zvláště osoby nesoběstačné, jimž hrozí úmrtí na podchlazení.

5. 1. 5 Poruchy spánku

K normálnímu stárnutí patří určité změny spánku. Starý člověk má problémy s usínáním, déle spí, v noci se budí, přes den častěji pospává. Tyto fyziologické změny je nutné odlišit od skutečné nespavosti (insomnie), která je charakterizována jako subjektivně vnímaná nedostatečná délka nebo kvalita spánku v důsledku biologických a psychických faktorů a vlivů okolního prostředí. Může být dočasná nebo chronická.

Poruchy spánku udává kolem 30% seniorů, dvakrát častěji si na ni stěžují ženy (Gruberová, 1998). Spánkové potíže jsou zatěžující a snižují kvalitu života. Kromě ospalosti je typické zhoršení nálady, bolesti hlavy, nesoustředěnost a snížená výkonnost. Nedostatečný a nekvalitní spánek může vést k oslabení organismu.

K poruchám spánku dochází častěji u osob institucionalizovaných. Charakteristické jsou při depresivním syndromu, pro který je nejtypičtější předčasné ranní probouzení (již před pátou hodinou). Samostatnou kapitolou jsou poruchy spánku při demencích. Pacienti se probouzejí několikrát za noc a často bývají po probuzení zmatení, což kromě zátěže pro pečujícího představuje nebezpečí i pro nemocného v podobě pádů a úrazů. Některé typy demencí jsou v pozdějším stádiu provázeny apatií a spavostí.

5. 2 Psychické geriatrické syndromy

Dobrý psychický stav dovolí starému člověku lépe přijmout novou životní etapu. Lidé zpravidla pečují o zdraví tělesné, o duševní již méně. Přitom duševní problémy tělesné zdraví výrazně ovlivňují.

Podle Vojtěchovského je gerontopsychiatrie psychiatrií tří „D“: deprese, demence, delirium (Drástová, Krombholz, 2006, online).

5. 2. 1 Deprese

Závažným, ale často špatně diagnostikovaným onemocněním, je deprese, která může být u lidí vyššího věku snadno přehlédnuta, protože její příznaky bývají mylně pokládány za průvodní jev stárnutí. Geriatrické deprese probíhají atypicky, senioři si většinou nestěžují na smutnou náladu, ale na somatické problémy, např. bolesti nebo zažívací obtíže, závratě³⁶. Praktickým lékařem jsou pacienti místo k psychiatrovi odesíláni na různá vyšetření. Jindy mohou být příznakem deprese obavy o zdraví, úzkost, strach z budoucnosti, ztráta energie nebo poruchy spánku. Velmi frekventní je rovněž typ deprese projevující se ztrátou zájmu o okolí a zanedbáváním sebe sama (výživy i hygieny). Neléčená deprese má vliv na kvalitu života seniora, jeho zdravotní stav, ovlivní i rodinné příslušníky.

Příčin depresivního syndromu ve stáří je více. Biologickým terénem jsou involučních změny mozku. Již bylo uvedeno, že ve stáří se kumulují situace vyvolávající chronický stres: významným faktorem je přítomnost chronického onemocnění (a jeho farmakologická léčba), narušení mobility, ztráta partnera nebo přátel, finanční nouze. U někoho může depresi vyvolat již samotný odchod do důchodu. Vyšší výskyt deprese bývá dáván do souvislosti s některými somatickými a neurodegenerativními onemocněními (zejména cerebro- a kardiovaskulární onemocnění, onkologická onemocnění, metabolické poruchy, Parkinsonova nemoc, aj).

³⁶ Někdy se hovoří o depresi bez smutku nebo subsyndromální depresi.

Prevalence u seniorů v domácím prostředí je asi 10%, u seniorů žijících ve zdravotnických a sociálních zařízeních je výskyt mnohem vyšší. Kubínek, Pidrman (2008, online) uvádějí 45% seniorů hospitalizovaných v LDN.

Komplexní je vztah mezi depresí a demencí. Část depresí se může prezentovat jako kognitivní deficit a záleží na lékaři, aby správně stanovil diagnózu. Depresivní pacient si na své potíže stěžuje, zatímco člověk postižený demencí má tendenci disimulovat. Deprese na demenci často nasedá nebo může do demence přejít.

5. 2. 2 Syndrom demence

Demence je progresivní a ireversibilní klinický syndrom. Pojem je odvozený od latinského *de mens*, který označuje pokles úrovně duševní činnosti. „*Demence je progresivní úbytek paměťových, intelektových a jazykových schopností, kterou obvykle provází výrazné změny osobnosti a někdy též změny motorických dovedností*“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 223). Demence jsou nejčastější psychiatrickou poruchou ve stáří. Se stárnutím populace narůstá i počet pacientů s demencí, nad 65 let je demencí postiženo 3 – 7% populace, v 75 letech 15%, po 80. roce 20 – 40% (Topinková, 2005). Demence se tak stávají závažným zdravotně sociálním problémem vyššího věku, hovoří se o tiché epidemii.

Dříve převládající názor, že demence je nutným důsledkem stárnutí, pozdější studie vyvrátily. Demence³⁷ se sice často vyskytují ve vyšším věku, ovšem všechny demence mohou propuknout již v mladším věku, výskyt některých forem po šedesátce je naopak velmi vzácný. Neplatí, že demence je nemoc stáří.

Demence jsou převážně organická mozková onemocnění, při nichž dochází k atrofii mozku na podkladě degenerativním, cévním, traumatickým, popř. jiném (Weber et al., 2000). Příznaky lze rozdělit do tří základních skupin,

³⁷ Pro laika bývá demence synonymem slova senilita. Termín senilní demence (*dementia senilis* – do češtiny před více než 100 lety přeložen profesorem psychiatrie Kuffnerem jako stařecká zblbělost, později jedním z jeho nástupců zmírněn na stařeckou otupělost) byl opuštěn cca před 30 lety.

nazývaných A-B-C podle začátečních písmen anglických výrazů: narušení aktivit denního života (activities of daily life), poruchy chování (behavior), narušení kognitivních funkcí (cognition).

Mühlpachr (2004) popisuje příznaky demence takto:

- úbytek paměti
- pokles úsudku, myšlení, orientace v prostoru, představitivosti, logického uvažování
- přechodné poruchy vědomí
- poruchy emocí, poruchy motivace, změny chování, podrážděnost, apatie, hrubost

V průběhu demence dochází k těžké degradaci osobnosti, s níž souvisí snižování schopnosti postarat se o sebe. Pacient ztrácí náhled na svůj stav a péče o něj představuje obrovskou zátěž. Stuart-Hamilton stvrzuje, že „*demence představuje velmi neradostnou cestu ke smrti.*“ (1999, s. 178). Člověk stížený demencí (nebo jinou duševní chorobou) nedokáže vyjadřovat své potřeby a je ohrožený nevhodným zacházením či týráním.

Délka choroby bývá udávána různě, nejčastěji mezi pěti až deseti lety. Diagnóza je stanovována na základě klinického obrazu, vyšetření provádí psychiatr, orientační zhodnocení může provést i praktický lékař.

Existuje přibližně 50 známých forem demence. 60% všech demencí jsou atroficko-degenerativní, cca 20% představují demence vaskulární, 10 % jsou zastoupeny demence sekundární, zbytek jsou smíšené formy (Pidrman, 2007).

5. 2. 3 Alzheimerova nemoc

V 60 – 70 % případů je příčinou rozvoje demence Alzheimerova nemoc (AN). Název dostala podle německého lékaře Aloise Alzheimerera, který ji v r. 1906 poprvé popsal. Jde o progresivní a ireverzibilní neurologické

onemocnění, jehož příčiny nejsou dosud přesně známe. Významným rizikovým faktorem je věk, pravděpodobnost rozvoje prudce narůstá po 75. roce věku³⁸.

Čím starší pacient, tím je v době diagnostikování choroba rozvinutější. Rodina i lékař někdy příznakům nevěnují potřebnou pozornost, zhodnotí je jako příznaky stáří bez klinického významu. Zobrazovací metody (CT, MR) odhalí atrofické změny, metody PET a SPECT mohou prokázat funkční změny. Definitivní diagnózu je možné stanovit až ve chvíli, kdy již jsou patologické změny v mozku natolik rozvinuté, že není možné zahájit dostatečně efektivní terapii (Sheardová, 2010, online).

Průběh onemocnění a jeho intenzita jsou individuální. Mezi jednotlivými pacienty jsou značné rozdíly. AN se vyvíjí nejčastěji plíživě. Člověk postižený mírnou formou je navenek v pořádku, jen se můžeme všimnout strnulého pohledu nebo občasné prázdnoty v očích (Stuart-Hamilton, 1999). Poměrně brzy se objevují poruchy osobnosti, nápadné jsou změny chování, horší se krátkodobá paměť. Dalšími příznaky jsou poruchy řeči a prostorové i časové orientace. Nemocný nezvládá péči o sebe, potřebuje pomoci s hygienou. Postiženy mohou být emoce, v některých případech se objevují halucinace nebo paranoidní syndromy. V terminální fázi dochází k úplnému rozkladu osobnosti, nemocný je zcela závislý na okolí. Je imobilní, inkontinentní, neschopen jakékoliv aktivity. Ke smrti dochází v průměru po pěti letech od prvních příznaků a bývá způsobena celkovým selháním tělesných funkcí nebo infekcí. Onemocnění se nedá léčit, ale pomocí léků lze jeho průběh zpomalit.

Druhou nejčastější příčinou demence v naší populaci je demence s Lewyho tělísky. Příznakem jsou periodicky se objevující kognitivní poruchy, vizuální halucinace a parkinsonismus.

³⁸ V tomto ohledu rozlišujeme presenilní (postihující osoby před 60. rokem) a senilní formu AN. U mladších pacientů probíhají obvykle počáteční fáze choroby rychleji, ovšem paradoxně v pokročilých stádiích choroby přežívají déle.

5. 2. 4 Vaskulární a ostatní demence

V mozku mnoha seniorů nacházíme poškození tkáně po drobných cévních příhodách (krvácení, krevní sraženiny nebo infarkt mozku) a pokud je jich však větší počet, mohou způsobit demenci. Nejčastější formou je multiinfarktová demence (MID).

Hlavní rozdíl mezi MID a ostatními formami demence je v tom, že u pacientů s MID dojde ke změnám náhle a nemusí nutně progredovat. Nebo probíhá úpadek ve fázích, kdy nové infarkty postupně poškozují další části mozku. U MID jsou také častější nervosvalové obrny ve srovnání s ostatními demencemi (Stuart-Hamilton, 1999). Ke smrti dochází zhruba do čtyř let od objevení prvních symptomů.

Dále mohou mít demence příčiny metabolicko-toxické (např. selhání jater a ledvin, těžké hypoglykémie, nádory, léky a alkohol). Příčinou demence může být i syfilis – pokud není léčena, vyústí v atrofii CNS.

5. 3 Deliria a ostatní organicky podmíněné psychické poruchy

Vysoký věk nad 70 let je rizikovým faktorem pro vznik deliria. Pojem pochází z latinského *delirare* – blouznit, českým ekvivalentem je stav zmatenosti. Definujeme jej jako „*akutní a přechodnou alteraci duševního stavu, která je charakterizována neschopností adekvátně identifikovat a reagovat na změny okolního prostředí, poruchou vědomí, jazykovými problémy a dalšími příznaky kognitivní poruchy*“ (Weber et al., 2000, s. 109). Mezi příznaky patří poruchy vnímání až halucinace, kolísáním nálad, dezorientace v čase. Může trvat dny až týdny, s kolísavou intenzitou. Delirium se dělí na hyperaktivní (neklid, svalové záškuby, agitovanost, agresivita), hypoaktivní (apatie, spánek, nespolupráce) a smíšené. Bývá doprovázeno neurologickými (poruchy koordinace) a vegetativními poruchami (tachykardie, kolísání

krevního tlaku, pocení). Trvá krátce, většinou minuty až hodiny, ale často se opakuje.

Mezi nejčastější příčiny patří infekce, některé léky, cévní mozkové příhody, deprese, aj. Dále mohou být příčinou změny prostředí, delirium se často vyskytuje po úmrtí blízké osoby, po přestěhování do ústavní péče, u lidí trpících depresí³⁹. Deliria se také vyskytují jako doprovodný příznak demencí, ale nejsou součástí tohoto syndromu. Delirium se vyskytuje přibližně u třetiny až poloviny seniorů v průběhu hospitalizace a představuje prognosticky závažný jev (Weber et al., 2000).

U třetiny až poloviny seniorů se rozvíjí v průběhu hospitalizace a jeho objevení se představuje závažnou komplikací z hlediska prognózy. Příčiny zmatenosti mohou být různé, např. poruchy metabolismu, vliv léků, dehydratace, poruchy krevního oběhu, zkomplikovat ji může emocionální tíseň.

Pro vyšší věk jsou typické i organické poruchy podobné schizofrenii a jiným psychózám, kam patří organická afektivní porucha, organická úzkostná porucha, organická emoční labilita. Cerebrovaskulární onemocnění a atroficko-degenerativní poruchy se etiologicky uplatňují i u dalších organických poruch psychiky. Pro pokročilejší věk je typická skupina projevující se psychotickými příznaky podobným schizofrenii (např. organická halucinóza), organické poruchy nálad (afektivní porucha, emoční labilita, úzkostná porucha). Na podkladě různých organických příčin může vzniknout i porucha osobnosti.

³⁹ Delirium bez organické příčiny je nazýváno „pseudodeliriem“.

6. Sociální aspekty stáří

Stáří přináší sociální změny, které mají dopad na životní styl a sebepojetí seniora, vliv má i měnící se doba, dnes jsou senioři vystaveni mnoha problémům, které se dříve nevyskytovaly.

6. 1 Nové přístupy ke stáří

Stáří není jen biologické určení, ale také kulturně konstruovaný pojem, jehož obsah je v různých dobách různý. Zájem o stáří se ve společenských vědách objevuje až s příchodem moderní doby, Možný (1998, online) uvádí, že stáří bylo sociálně objeveno ve 2. polovině 20. století.

V sociálních vědách se vyskytují dva přístupy, jak je možné na stáří nahlížet (Dopita, 2005). První (objektivistický, modernistický) pohlíží na stáří jako na vývojovou etapu, postproduktivní věk, která má takovou kvalitu, jakou si člověk zajistil v rámci věku produktivního. Druhý (subjektivistický, postmoderní) přístup vychází z toho, „že člověk si může své stáří užít, tvořit si scénář této etapy života, naplňovat jej vlastními představami a jejich realizacemi“ (tamtéž, s. 33), hovoří se o tzv. novém stáří - stáří, které se již neváže na věk, ale na kvalitu života (Ehrenbergerová, 2002). Postmoderní hodnoty jako individualismus ovlivňují i vnímání stáří - individualizuje se i zodpovědnost za něj. Záleží na každém, jak své stáří prožije. Ve skutečnosti je tato možnost dost omezená. Tzv. nové formy stárnutí jsou reprezentovány jen malým počtem zdravých a zámožných seniorů, pro většinu lidí problémy v průběhu této etapy narůstají.

Způsob vnímání stárnutí ovlivňují kulturní tendence: na jedné straně to je „konzumerismus a silná ekonomizace všech stránek stárnutí, a na straně druhé důraz na nové neekonomické hodnoty kvalitního života“ (Ehrenbergerová, 2002, s. 609).

6. 2 Mezigenerační vztahy

Poprvé v historii žijí pospolu čtyři generace, z nichž každá je poznamenaná jinou dobou (Alan, 1989), má jiné hodnoty a postoje. Společné soužití různých generací většinou přináší řadu problémů a rostoucí podíl starých lidí v populaci vyvolává ještě řadu nových. Specifické potřeby starých lidí se netýkají jen jich, ale nás všech. „*A právě v sociální situaci styku staré a mladší generace se ukazuje že vztah k vlastnímu stáří (ve smyslu vlastní budoucnosti, své životní perspektivy) a k stáří „cizímu“ není stejný*“ (Alan, 1989, s. 55)

6. 2. 1 Vztah ke stáří

Vztah ke stáří si jedinec vytváří na základě postojů a názorů, s nimiž se setkává v rodině i ve společnosti. V rodině se učíme nápodobou, buď si odneseme úctu ke stáří a toleranci k jeho projevům, nebo na ně reagujeme podrážděně, protože jsme se naučili staré lidi považovat za méněcenné. Záleží na tom, jaký vztah ke stáří má celá společnost, jaké etické normy jsou vyznávány, jak jsou podporováni senioři a rodiny o ně pečující legislativně i hmotně.

Giddens (2003) uvádí, že v tradiční společnosti byla starým lidem prokazována úcta a podíleli se na rozhodování, ale s příchodem průmyslové společnosti se autorita starých lidí vytrácí jak v rodině, tak v širším společenském kontextu. V dnešním rychlém a přetechnizovaném světě nejsou již staří lidé pro mladší generace zdrojem moudrosti a zkušeností. Nepřejí jim ani symboly naší doby - individualismus, mládí, úspěch, výkonnost, dravost. Lidé ve vysokém věku, kteří již nevytvářejí žádné materiální hodnoty, jsou vnímáni spíše jako přítěž. Ztrátu mezigenerační vzájemnosti vnímají také samotní senioři, mají „*pocit, že nesdílejí stejný svět s mladou generací, není zájem o jejich zkušenosti a pocit, že nerozumí současnému světu a neumí s ním zacházet*“ (Dragomirecká, Šelepová, 2004, s. 94 – 95).

6. 2. 2 Stručná historie péče o staré lidi

Stáří je odjakživa spojeno s chudobou a ačkoliv nikdy v historii nebyly vztahy mezi generacemi ideální, přesto v rámci rodinných a společenských tradic bylo o nemohoucí nějakým způsobem postaráno. Základem byla rodinná péče, a pokud ta z nějakého důvodu nefungovala, tak péče charitativní. Šlo o nepravidelné milodary poskytované bohatšími. Počátky systémové péče o staré a chudé klademe v Evropě zhruba do 15. století. Úroveň péče poskytované ve špitálech a chudobincích byla na nízké úrovni. Zákonem byla nejnütnější péče o potřebné stanovena domovským právem z r. 1863, podle něhož byla obec povinna postarat se o chudé. Obce ale mnohdy neměli na pomoc finanční prostředky.

Obrat k lepšímu nastal se vznikem samostatného československého státu a k zásadnímu rozvoji sociálních jistot došlo po druhé světové válce. V r. 1948 bylo zrušeno domovské právo a garanci za systém sociálního zabezpečení převzal stát. Instituce pečující o seniory byly přejmenovány na domovy důchodců. V 70. letech minulého století vznikly léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Přestože byly zařízením zdravotnickým, plnily i funkci sociální. Ve stejné době se rozvíjel institut geriatrické sestry, což mělo nemocným seniorům umožnit prodloužení pobytu doma. Po r. 1989 převzaly tuto péči agentury home care, ale jak upozorňuje Haškovcová (2010), jejich pracovníci nemají všichni specializaci v geriatrickém ošetřovatelství.

6. 2. 3 Role rodiny

Rodina je malá, primární, neformální skupina, která je tvořena lidmi spojenými příbuzenskými pouty. Plní řadu funkcí: sexuální, ekonomickou, reprodukční, výchovnou, ale též „*funkci zdroje kulturních a morálních zásad a hierarchie hodnot*“ (Zavázalová et al., 2001, s. 50). S věkem význam rodiny vzrůstá, staří lidé oceňují dobré vztahy a rodinné zázemí. Fungující rodina znamená pro starého člověka v případě nesoběstačnosti všestrannou pomoc a většina starých lidí od dětí tuto pomoc očekává a dává jí přednost před institucionální péčí.

Rodina se s vývojem různě měnila co do velikosti i funkce. Zásadní změny nastaly asi v polovině minulého století. Původní venkovská rodina byla třígenerační (tzv. rozšířená) spojující prarodiče, rodiče a děti a byla ekonomickou jednotkou. Dnešní rodina v západních zemích je nejčastěji dvougenerační (nukleární), prarodiče žijí odděleně a většinou i jiným životním způsobem. Rodinné vazby jsou volnější, klesá autorita starých lidí. Změnilo se také postavení mužů a žen (autorita mužů oslabila a naopak postavení žen se posílilo), snížil se počet dětí v rodině, zato rostla rozvodovost. Moderní rodina přišla o některé funkce, jiné získaly na důležitosti; rodina již není založena na ekonomickým vazbách, ale spíše na emočních.

Politické změny u nás po roce 1989 přinesly nové možnosti seberealizace. Lidé začali podnikat, cestovat, studovat. Přestože dnes mladí lidé svatbu a založení rodiny odkládají, od rodičů se stěhují poměrně brzy a odcházejí častěji do vzdálenějších měst, přibývá stěhování za hranice. Návštěvy rodičů pak bývají méně časté a význam příbuzenských vztahů se oslabuje, mění se rodinné tradice.

6. 2. 4 Vztahy rodičů a dospělých dětí

Výzkumy naznačují, že lidé i ve vyšším věku preferují samostatné bydlení, pokud mají děti nablízku (Zavázalová et al., 2001). Je tak zachováno dostatečné soukromí, ale v případě potřeby není pomoc daleko. Kontakty jsou relativně časté, „*byť podrízené spíše možností dětí než potřebě rodičů*“ (Sýkorová, 2005, s. 58). Ve vztazích převládá vzájemný respekt, rodiče se do záležitostí svých dětí příliš nevměšují, jsou tolerantní a přátelští. Dávají dětem najevo, jak rádi je vidí, snaží se jim udělat radost (např. uvaří oblíbené jídlo), nezatěžují je starostmi. Stejně tak děti se (dle výše uvedeného výzkumu) nemíchají do záležitostí rodičů (Sýkorová, 2005).

Pokud je to možné, senioři zajišťují chod domácnosti vlastními silami, snadněji to jde, žijí-li v páru, pak si vypomáhají navzájem, „*mobilizují potenciál páru – vzájemná pomoc starších manželů se ukazuje být relativně nejspolehlivější, nejkvalitnější a nejméně rozporná*“ (Sýkorová, 2007, online,

s. 2). Své děti žádají o pomoc pouze v nutných případech. „*To se netýká emocionální podpory, která stojí v popředí vztahů. Této podpory si senioři nejvíce váží a od dětí i vnoučat se jim jí zpravidla nejčastěji dostává*“ (tamtéž). Jestliže tato péče nestačí, či dojde k ovdovění, pak je nutná pomoc dalších členů rodiny.

„*Důležité jsou možnosti, vůle, motivace snaha rodiny pomoc poskytnout*“ (Zavázalová et al., 2001, s. 47). Člen rodiny, který dlouhodobě pečuje o nesoběstačného seniora, je vystaven velké fyzické i psychické zátěži, přičemž ta psychická je horší. Stáří bývá někdy nazýváno druhým dětstvím, „člověk je dvakrát dítětem“, ale v péči jsou podstatné rozdíly. U malého dítěte vidíme postupné osamostatňování se, zatímco péče o nesoběstačného seniora perspektivu zlepšení nepřináší, závislost stále roste. Ten, kdo o takového seniora pečuje, v podstatě rezignuje na svůj život, což vede k únavě, ke zdravotním problémům, ke zhoršování vztahů s rodinou, ztrátě přátel, až k syndromu vyhoření. Je proto nutné občas dopřát pečujícímu přestávku, využít tzv. respitní péči (úlevovou) a předat nemocného na čas do institucionální péče.

Častou překážkou péče o rodiče bývají ekonomické důsledky tohoto kroku. Státní příspěvek je nízký, kvůli dlouhodobé absenci může dojít k propuštění ze zaměstnání, nebo je minimálně zastaven kariérní postup. Přes všechny tyto problémy je v České republice 80 % péče o nesoběstačné seniory zajišťováno rodinou a průměrná doba této péče je 4 – 5 let (Ivanová, Špatenková, Bužgová, 2010).

Pokud rodina nemůže nebo nechce péči poskytovat, je nutné nalézt náhradní řešení prostřednictvím zařízení sociální či zdravotní péče. (Thelenová, 2010) Stěhování do takového zařízení je jeden z nejobtížnějších úkolů, které musí senior řešit. Opustit prostředí důvěrně známého prostředí bytu, domu i sousedství je spojeno s několika psychickými i sociálními riziky. Problematický je zejména nedobrovolný přechod do trvalé ústavní péče vyvolaný zásadním omezením soběstačnosti. Starý člověk by neměl nabýt dojmu, že byl rodinou do ústavu odložen, proto je velmi důležitá emocionální opora blízkých

6. 2. 5 Prarodičovství

Většina seniorů vnoučata vítá a roli prarodičů prožívá pozitivně. Vztahy mezi prarodiči a vnuky bývají velmi intenzivní. Oproti rodičům jsou babičky a dědečkové tolerantnější, méně důslední i trestající, mají nadhled i čas. Vnoučata nevychováme, vnoučata si užíváme, říká se. Prarodiče předávají dětem postoje a hodnoty; významnou roli hrají i tehdy, když s vnoučaty hovoří o dětství jejich rodičů a napomáhají tak při vytváření důležité rodinné historie. Někdy pomůže toto vyprávění i otupit ostří rozporů mezi rodiči a dětmi (Langmeier, Krejčířová, 2006). Rodiče představují dynamiku a změnu, prarodiče „*jsou reprezentanty stálosti a uchovateli hodnot a dobrých rodinných tradic*“ (Švancara, 1983, s. 99).

Forma a intenzita zapojení do péče o vnoučata jsou kulturně podmíněné. Pro české prarodiče je charakteristické vysoké zapojení do péče o vnoučata, především ženy pomáhají, pokud jim to zdravotní stav dovolí (Sýkorová, 2007, online). Rodičovství je tak vnímáno jako nikdy nekončící závazek. Na druhou stranu je nutné zdůraznit, že tato péče má dobrovolný charakter a zejména seniorům v důchodu přináší pocit užitečnosti. Na druhou stranu přibývá babiček, které se již nenechají automaticky vtlačit do role „babičky na plný úvazek“. Nechtějí se vzdát svých zájmů a osobních vztahů kvůli pomoci mladé rodině.

Prarodičovská role může být omezena péčí prarodičů o své rodiče (šedesátníci pečují o své osmdesátileté rodiče).

7. Osobní důsledky stárnutí

Stárnutí přináší mnoho změn, které významně ovlivňují kvalitu života jedince. Kromě zhoršujícího se zdraví mezi ně patří ztráta soběstačnosti, změna životního stylu po odchodu do důchodu, změna finanční situace, problémy s úpravou životního programu, potřeba mobility, psychologické problémy, zejm. ovdovění a s ním související osamělost, akceptace stáří, vztahy s rodinou a další.

7. 1 Odchod do důchodu

Penzionování je novodobý společenský jev. Po staletí se všichni včetně starých lidí podíleli na práci podle svých schopností a sil a teprve když jich začalo ubývat, byla pracovní činnost ukončena. Se zavedením plošného sociálního pojištění⁴⁰ začalo být stáří definováno odchodem do důchodu. Důchodový věk je výsledkem politických rozhodnutí, která jsou inspirována lékařskými teoriemi o snížení výkonnosti (úbytku koncentrace, rozsahu pohybu, apod.) a ne všichni s pevnou hranicí ukončení pracovní činnosti souhlasí. Poukazuje se přitom na fakt, že není brána v potaz individuální výkonnost stejně jako to, že podle výzkumů jsou dnešní šedesátníci výkonnější než generace předchozí.

Za dob socialistického Československa se většina lidí na odchod do důchodu těšila, „*práce nebyla prací v pravém slova smyslu*“ (Rabušic, 1998, s. 271), tedy prací, v níž by se člověk mohl realizovat, vydělat si peníze, po jakých toužil a poskytovala mu přiměřenou sociální pozici. „*Řečeno sociologicky, byla to práce, která vedla k pracovnímu odcizení, příjmové nivelizaci a inkonzistenci sociálního statusu*“ (tamtéž). Význam práce pro člověka v moderní společnosti je jiný.

Odchod do důchodu je velmi závažnou životní situací, je jednou ze ztrát, kterou přináší stárnutí. Pensionování neznamená jen ztrátu profesní role, ale i

⁴⁰ v Československu r. 1924, zákonem č. 221/1924 Sb. o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří

určité osobní prestiže a přináší faktické zchudnutí. Zvláště muži mohou odchod do důchodu vnímat jako ztrátu identity, je znám termín „smrt z penzionování“ (Zavázalová et al., 2001). S odchodem do důchodu souvisí úbytek sociálních kontaktů, někteří senioři se ocitají v sociální izolaci, dříve se hovořilo o sociálním bankrotu, dnes je užíván spíše název sociální vyloučení (exkluze) (Haškovcová, 2010).

Na druhou stranu dojde k nárůstu volného času a rozšíření možností věnovat se různým zájmovým aktivitám, na něž v období výdělečné činnosti nebyl čas. „*Ideální život v důchodu si většina lidí představuje jako čas věnovaný především sobě, svým zálibám a rozvoji vlastní osoby*“ (Svobodová, online, s. 14). Ženy preferují věnovat čas rodině nebo druhým lidem, muži mají spíše představu života velmi podobného tomu předchozímu (tamtéž).

Na stáří je nutné se připravovat a již s předstihem plánovat způsob trávení volného času v důchodu.

7. 2 Kvalita života

S prodlužováním věku se vynořuje otázka, jak se toto prodloužení odrazí na kvalitě života. Za prvé je nutné říci, že kvalita života je něco, co lze jen těžko definovat nebo měřit. A za druhé – senioři představují velmi heterogenní skupinu a názory na prožití spokojeného stáří jsou v této skupině ovlivněné mnoha faktory

Kvalita života je dle definice Světové zdravotnické organizace „*to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (in Dragomirecká, Šelepová, 2004, s. 92). Jedná se o multidimenzionální fenomén, který má rozměr biologický, sociální, psychologický, ekonomický, kulturní, estetický, etický, apod. V konkrétním životě může být některý z faktorů dominantní nebo potlačený (Balogová, in Mühlpachr, 2005).

Kvalita života ve stáří bývá spojována se schopností vést samostatný život, ovšem zužovat pojem pouze na funkční schopnosti není přesné. Fyzická kondice a funkční zdatnost jsou jistě faktory, které mohou kvalitu života hodně

ovlivnit, ale do jejího posuzování se promítají i další psychické a sociální faktory – pohlaví, vzdělání, rodinná situace, životní úroveň, socioprofesionální status, aj.

Hlavní indikátory kvality života jsou: pohoda, well-being⁴¹, spokojenost, očekávání a životní štěstí (Balogová, in Mühlpachr, 2005). Lze ji tedy chápat jako rozdíl mezi očekáváním a tím, co člověk dostane. Čím je ten rozdíl menší, tím vyšší kvalita života (tamtéž). Dragomirecká a Šelepová (2004, s. 101) udávají, že „*spokojenost se životem má pro mladší a starší seniory různý obsah, důležitost pozitivních prožitků a smysluplných sociálních aktivit se s věkem nemění*“.

Mezi negativními aspekty kvality života ve stáří patří podle samotných seniorů diskriminace, zdravotní péče, finance, nevýhody velkoměsta, nemoc, ztráta partnera, ztráta kontaktů (Dragomirecká, Šelepová, 2004). Naopak ke kvalitě života ve vyšším věku přispívá především všestranná aktivita (práce, společenský život, studium), svoboda rozhodování, podpora rodiny (být užitečný, příjemné stereotypy), zachování duševních schopností, soběstačnost, a především schopnost nevzdávat se (tamtéž).

7. 3 Ztráta soběstačnosti

Některým lidem se s rostoucím věkem nedaří přizpůsobovat se změnám zdravotního stavu nebo životních podmínek. Rizikovými skupinami jsou dle Světové zdravotnické organizace zejména (in Zavázalová et al., 2001): osoby nad 80 let věku; osaměle žijící; staré ženy; lidé v ústavních zařízeních; bezdětní; lidé se závažnými chorobami a vadami; páry, kde je jeden partner nesoběstačný. Závažným obdobím je také odchod do důchodu, ovdovění, ztráta někoho velmi blízkého, přemístění do zařízení zdravotní či sociální péče. U

⁴¹ Toto slovní spojení pochází z angličtiny a do češtiny je překládáno jako subjektivní pocit životní pohody, spokojenosti. Tedy cítit se dobře, mít pocit osobního blaha. Také tento pocit je zcela individuální a neměřitelný. Osobní pohoda se stala jedním z nejvíce studovaných témat v posledních 20 letech.

seniorů dochází ke kumulaci těchto rizikových faktorů, což může vyústit v neschopnost postarat se o sebe⁴².

„*Soběstačnost vyjadřuje schopnost samostatné existence v daném prostředí*“ (Zavázalová et al. 2001). Jde o schopnost postarat se přiměřeným způsobem o sebe a svou domácnost, což je pro většinu seniorů důležitým předpokladem kvalitního života, soběstačnost je „*všeobecně respektována jako nejvyšší hodnota*“ (Haškovcová, 2010, s. 150). Má složku fyzickou, psychickou, sociální a ekonomickou. Seniory je autonomie interpretována hlavně jako soběstačnost fyzická a finanční (Sýkorová, 2005).

Míru soběstačnosti jedince, jeho nezávislosti na okolí, představuje termín funkční věk. Spirdusová (in Kalvach, Zadák, Jiráček, 2004) rozděluje seniory na:

- elitní seniory (až do vysokého věku mohou podávat extrémní výkony, např. maratón)
- zdatné seniory (mají velmi dobrou tělesnou a duševní kondici, pravidelně se věnují sportu, nemají omezení pohybu)
- nezávislé seniory (jsou soběstační, ale mají omezené kloubní pohyby, malou svalovou sílu, špatně snášejí zátěž)
- křehké seniory (ohrožení ztrátou samostatnosti, aspoň v některých aktivitách potřebují pravidelnou pomoc rodiny či pečovatelské služby, obvykle vyhledávají chráněné prostředí)
- závislé a zcela závislé seniory (mají omezený pohyb nebo jsou zcela upoutáni na lůžko, jsou pro ně charakteristické velké problémy se sebeobsluhou)

Vliv na funkční postižení mají různé choroby, zejména nemoci pohybového ústrojí, kardiovaskulární, neurologické a postižení smyslů. Porucha funkční schopnosti (dysaptibilita), kterou Weber (2004, online) definuje jako „*omezení nebo ztrátu schopnosti provádět určitou každodenní činnost v běžném rozsahu*“, ukazuje vliv onemocnění na fyzickou, psychickou i

⁴² Skupinou velmi ohroženou sdružováním rizik jsou ženy nad 75 let věku, z toho důvodu se někdy uvádí, že problematika stáří je hlavně problematikou starých žen.

sociální soběstačnost starého člověka a „*neschopnost jedince vykonávat věku přiměřenou aktivitu*“ (Zavázalová et al., 2001, s. 29).

Fyzickou nesoběstačnost rodičů považují za ohrožení vlastní autonomie též jejich děti ve středním věku (Sýkorová, 2005). Ale ani pro seniory není snadné žádat o pomoc a přijmout ji, někteří to považují za nedůstojné. „*Ve stáří to vskutku nejbídnější je, že druhému cítíme se býti na obtíž,*“ vystihl Cicero největší obavu stárnoucích lidí (in Haškovcová, 2010, s. 150). Z výzkumu D. Sýkorové (in Sýkorová, 2005) vyplynulo, že být soběstačný pro seniory znamená jednak nemuset žádat o pomoc, nezatěžovat druhé, ale též zdroj vlastní kompetence, sebevědomí a sebeúcty (jsem schopný zvládnout domácnost sám).

I přes ztrátu soběstačnosti může starý člověk zůstat žít v navykklém prostředí, pokud je mu poskytnuta pomoc, takový stav je označován jako zabezpečení (Zavázalová et al., 2001). Důležitá je nabídka sociálních služeb. Prevencí nesoběstačnosti je aktivita, zejména pohybová.

7. 4 Osamělost

Samota a osamělost jsou významným jevem dnešní společnosti a většinou lidí jsou chápány jako něco negativního. Oba pojmy je nutné od sebe zásadně odlišit. Samota je objektivní zvenčí snadno pozorovatelný stav (Výrost, Slaměník, 2001), naproti tomu osamělost je „*subjektivní pocit opuštěnosti, osamocení a ztráty významných citových vztahů, tedy emoční deprivaci – citové strádání*“ (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 188). Míra osamocení a prožitek samoty jsou velmi individuální; je rozdíl mezi tím „být sám“ a „cítit se sám“. Potřeba sociálního kontaktu je jednou ze základních lidských potřeb. Blízké vztahy s druhými lidmi nám dávají pocit, že v případě potřeby se má člověk na koho obrátit, svěřit se s obavami. Pokud je člověk v sociální izolaci, není tato potřeba dostatečně saturována a člověk se cítí osamělý. Pociť osamělosti může zažívat i ten, kdo je obklopen lidmi, osaměle se můžeme cítit v partnerském vztahu.

Faktory vedoucí k samotě shrnují Pichaud a Thareauová (1998):

- životní podmínky (např. věk, vdovství)
- fyzický stav (nemoc, handicap, který brání v pohybu, člověk nevychází z domu)
- smyslový deficit (slepota, hluchota)
- sociální nebo ekonomické jevy (nedostatek prostředků, aktivit, vykořenění, předsudky)

Osamělost může být přechodná nebo chronická. Přechodná je časově ohraničená a souvisí s konkrétní situací, může jít například o nemoc, úraz, úmrtí partnera.

Vyrovnat se se samotou může být obtížné a lidé se o to pokoušejí různými způsoby. Je možné ji popírat, pak hovoříme o strategii vyhnutí. Postižený se uzavírá do sebe, čas tráví pasivními činnostmi jako je sledování televize nebo nakupování. Pocit osamělosti se ale spíše zvyšuje a duševní bolest může vést až k patologickému chování (konzumace alkoholu, léků, sebevražda). Druhou strategií je aktivní vyhledávání sociálních kontaktů, kdy člověk chodí do společnosti, na kulturní akce, pěstuje koníčky. Cítí, že do jeho života se nesmí dostat prázdnota.

Samota a osamění jsou často spojovány se stářím. Nemůžeme tak činit automaticky, ale některé projevy stárnutí je mohou ovlivňovat: zvyšuje se pravděpodobnost ovdovění, ubývá sociální síť (vymírání vrstevníků), zhoršuje se zdraví. Zhoršující se zrak a zejména sluch přinášejí úzkost a stud při kontaktu s lidmi. Takový člověk citlivě reaguje i na malé projevy odmítnutí uzavíráním do soukromí.

Vágnerová (2000) souhlasí s důležitostí sociálního kontaktu, pokud je přiměřený z hlediska kvantity i kvality. Staří lidé preferují kontakty se známými lidmi, což je především rodina a přátelé. Lépe si rozumějí s vrstevníky⁴³, protože řeší velmi podobné problémy. Značný význam pro starého člověka mají lidé ze sousedství. Je-li senior nucený změnit bydliště, ať

⁴³ důraz na vrstevníky je ve stáří stejně silný jako byl v dětství a mládí (Vágnerová, 2000)

už z důvodů ekonomických (do menšího bytu) nebo kvůli ztrátě soběstačnosti (do různých sociálních zařízení), je to pro něho velká psychická zátěž. Staří lidé se hůře adaptují a nové vztahy si hledají jen těžko. V takové situaci je důležitá příbuzenská podpora. Pokud ta nefunguje, starý člověk získá pocit, že nikoho nezajímá, nikdo o něj nestojí a jeho život mu začne připadat zbytečný. Má strach požádat o pomoc, klesá jeho sebeúcta a stále více se stahuje do sebe. Celkově citově strádá a introverze v důsledku osamělosti vede k pesimismu a rezignaci, v krajním případě vyústí až v autoagresivní chování (Thelenová, 2010).

Samota je zvláště tíživá v některé dny, zejména na Štědrý den a v jiné svátky. Zvyšuje se strach z opuštěnosti, senior se více bojí, že se dostane do situace, kterou nebude schopen sám zvládnout, a kdo se o něj postará v případě nesoběstačnosti. Nejsilnější jsou tyto obavy u osaměle žijících bezdětných seniorů (Sýkorová, 2007).

Samotu ve stáří pomáhá překonávat domácí mazlíček, který je nejen společníkem, ale i prostředníkem při navazování kontaktů s jinými lidmi. Vztah ke zvířeti může být stejný jako k jinému člověku. Náhradní společnost nabízí též televize, zvláště osudy seriálových postav senioři intenzivně prožívají (Vágnerová, 2000).

7. 5 Mobilita seniorů

Pro seniory, včetně těch s pohybovým omezením, je důležité zůstat co nejdéle mobilní. „*Mobilita v dopravě je způsobem pohybu jedinců nebo skupin osob z jednoho místa na druhé za účelem osobním, sociálním, zaměstnaneckým nebo rekreačním. Je důležitá také pro uspokojení životních potřeb starších osob*“ (Gillernová, Kebza, Rymeš et al., 2011, s. 84). Senioři se na dopravě podílejí aktivně, tzn. jako řidiči motorových a nemotorových vozidel, nebo pasivně, tzn. jako chodci a spolujezdci.

Na rozdíl od poloviny minulého století, kdy byl řidič senior spíše výjimkou, v současnosti se s nimi na silnicích běžně setkáváme, a bude jich stále přibývat nejen vlivem demografickým, ale i díky modernímu životnímu

stylu. V budoucnu lidé nad 65 let budou řídit mnohem častěji a ujedou více kilometrů.

Předpisy stanovují první povinnou prohlídku v 60ti letech⁴⁴. V tomto věku je již možné zaznamenat změny organismu, které mají vliv na chování v dopravě. Zhoršuje se zrak, sluch, pohyblivost i schopnost koncentrace. Reakce jsou pomalejší, zato únava nastupuje rychleji. Svou roli hraje i zvýšená nervozita a zmatené nebo konfliktní jednání řidiče seniora. Protože změny nepřicházejí skokově, ale plíživě, senioři si jich nevšimnou.

To vše se podílí na tom, že senioři bývají velmi často účastníky dopravních nehod. Po šedesátém roce života stoupá počet řidičů - viníků dopravních nehod. Podle poznatků společnosti Besip (in Olšan, 2009) jsou pro ně typické nehody na křižovatkách a při vjezdech na silnici, tedy v takových situacích, kdy je zapotřebí prostorové vnímání a rychlá reakce. I když nehodu přímo sami nezpůsobí, nedokáží jí kvůli prodloužení reakční doby zabránit.

Na druhou stranu jsou starší řidiči zkušenější, zodpovědnější a méně riskují. Mají většinou reálné představy o svých řidičských schopnostech a své chování jim přizpůsobují: více dodržují předpisy, vyhýbají se vysoké hustotě provozu, jezdí opatrněji. Typický starší řidič jezdí méně častěji než dříve, pomaleji (mnozí menší rychlostí než je povolena), méně často mění jízdní pruh, častěji brzdí a méně zrychlují (Gillernová, Kebza, Rymeš et al., 2011). Senior jezdí navyklým způsobem a je méně ochotný přizpůsobit se změněnému silničnímu provozu, který považuje za příliš dravý. Někteří mají tendence k „vychovávání“ ostatních řidičů. Starší řidič by si měl svou cestu dobře naplánovat, cestovat mimo dopravní špičku, dodržovat pravidelné přestávky a nepřeceňovat své síly.

Bezpečnost seniorů na silnici ovlivňuje též ekonomické hledisko. Senioři vlastní častěji starší auta, která postrádají moderní bezpečnostní prvky. Z ekonomických důvodů jsou tzv. „svátečními jezdci“.

⁴⁴ Další prohlídky jsou v 65 a 68 letech, a pak každé dva roky; dle uvážení lékaře může být termín další prohlídky i kratší. Tyto prohlídky však nemusí odhalit počátky potíží v oblasti duševní výkonnosti.

Řízení motorového vozidla umožňuje určitou nezávislost, mobilitu, spojuje s předchozím životem, a proto může být pro mnoho starších lidí skutečně těžké vzdát se ho. Nedokáží si přiznat svá omezení.

Velmi zranitelní jsou i senioři cyklisté a chodci. Starší lidé jsou celkově pomalejší - senior přechází vozovku dvaapůlkrát déle než třicetiletý člověk (Olšan, 2009), často nevěnují dostatečnou pozornost okolnímu prostředí, špatně vyhodnocují vzdálenost a rychlost vozidla a přeceňují možnosti řidičů při brzdění a pozornost řidičů (on mě vidí). Dále mohou snadno přehlédnout vozidlo, protože při vstupu do vozovky se příliš soustředí na obrubník, mohou zavrátovat nebo padnout, nebezpečím je i podcenění tzv. mrtvého bodu před vozidlem (Kalvach, et al., 1997).

Spolu s chodci jsou nejohroženější skupinou v silničním provozu cyklisté. Studie amerického dopravního experta Evanse z r. 2001 zjistila, že v případě nehody stejného stupně je riziko úmrtí pro 70ti letou ženu 3 krát a pro muže 3,5 krát vyšší než pro osoby 20ti leté. (in (Gillernová, Kebza, Rymeš et al., 2011, s. 91) Starší cyklisté jsou ohroženi ještě více. Riziko smrtelného zranění je u osob nad 6 let vyšší dokonce 6 krát než u mladších (tamtéž).

7. 6 Trestná činnost páchaná na seniorech

Staří lidé jako specifická věková kategorie se stávají ohroženou skupinou i z hlediska kriminality. Ohroženost je nepřímou úměrná zdravotnímu a funkčnímu stavu a přímo úměrná sociální izolaci a společenské necitlivosti a nevšímavosti (Kalvach et al. 1997). Zvláště riziková senioři se stávají obětmi majetkové i násilné trestné činnosti, protože jsou relativně snadnou obětí trestných činů. Žijí osaměle, mají menší možnost obrany a jsou mnohdy důvěřivější. Ve společnosti také stále přetrvávají mýty o bohatství seniorů, které mají ukryté doma. V důsledku jejich zranitelnosti se u nich po činu vyskytují závažnější emocionální důsledky než u mladších (Ivanová, Špatenková, Bužgová, 2010).

Lze předpokládat, domnívá se Martinková (2009), že deliktů na osobách pokročilého věku bude přibývat, což souvisí „s kvalitou sociálního klimatu v naší společnosti,“ (s. 79) a také se snižováním životní a morální úrovně některých skupin obyvatel.

8. Diskriminace seniorů

Stárnutí populace neznamena jen početní změny ve věkovém složení obyvatelstva, ale přináší širší společenské změny. Vztah společnosti ke starým lidem hodně vypovídá o její vyspělosti a morální úrovni. Jarošová (in Malíková, 2011) upozorňuje, že postoj společnosti ke stáří je dán počtem seniorů v ní. Tam, kde je seniorů hodně, roste riziko devalvace stáří.

8. 1 Ageismus

Moderní společnost přinesla výrazné snížení sociálního statusu stáří, stále více seniorů má zkušenost s diskriminací na základě věku, zavádí se pojem ageismus, jenž začíná být vnímán jako závažný problém. Pro rasismus, sexismus i ageismus platí, že „*filtrují prostřednictvím stereotypů*“ (Novák, 2002, s. 40).

8. 1. 1 Předsudky, stereotypy, diskriminace

Se stářím je spojeno mnoho stereotypů a předsudků. Předsudky a stereotypy studuje sociální psychologie. Předsudky jsou specifickým druhem postojů. Jsou předem vytvořené, iracionální, silně emočně akcentované a velmi odolné vůči změnám.

Allport předsudky definoval jako: „*...odmítavý až nepřátelský postoj vůči člověku, který patří do určité skupiny, jen proto, že do této skupiny patří, a má se tudíž za to, že má nežádoucí vlastnosti připisované této skupině.*“ (Allport, 2004, s. 39) Zásadní pro vznik a šíření předsudků jsou společenské faktory, ale význam mají i psychologické proměnné, důsledkem individuálního postoje je patrně intenzita předsudku.

Pojem zavedl do literatury v r. 1922 W. Lippmann. Jsou to „*zkratkovité představy o věcech, osobách, skupinách a institucích, přičemž tyto zkratkovité představy jsou připisovány všem jednotlivcům patřícím k dané skupině nebo*

třídě jevů“ (in Novák, 2002, s. 10). Stereotyp je „*kognitivní komponenta předsudku*“ (Bierhoff, in Nakonečný, 1999 s. 154). Je zevšeobecněním, osobám z určitých skupin připisujeme určité znaky, o nichž se domníváme, že tuto kategorii vystihují⁴⁵. Tyto vlastnosti pak připisujeme všem členům dané skupiny (generalizace). „*Stačí nám špetka důkazů a hned vyrobíme plnou náruč generalizací.*“ (Allport, 2004, s. 41)

Stereotypy jsou kombinací reálné skutečnosti a toho, co očekáváme. Naprostou většinu jsme si jich odnesli z rodiny a ze školy, přejímáme je z okolí, od uznávaných autorit a z médií. Podle Lippmanna jsou vyjádřením dominantní ideologie.

K označení skupin, kterých se stereotypy týkají, bývá užíván termín kategorie a procesy označování na základě určitého znaku jsou nazývány procesy kategorizace. Pomocí kategorizace rozdělujeme druhé do tzv. in-groups a out-groups,⁴⁶ a to na základě charakteristik jako je rasa, pohlaví, věk, profese, sexuální orientace, aj. Kategorizace je standardním způsobem, jakým o světě přemýšlíme a jak reagujeme a stereotypy jsou nutné, pomáhají nám rychle se orientovat v dění kolem sebe. Praktických odhadů děláme denně mnoho a nemůžeme vážit každou věc samostatně, je důležité rychle se rozhodnout, kam co zařadíme. Stereotypy jsou poměrně stabilní. Lidé rádi přijímají informace, které potvrzují jejich stereotypy a to, co s nimi nekoresponduje bývá přehlíženo. Impulzem ke změně bývá většinou až silný zážitek.

Allport (výraz stereotyp nepoužívá, hovoří o nadměrné generalizaci nebo předčasném soudu) odlišuje předčasný soud od předsudku: „*pokud je člověk schopen opravit ve světle nových skutečností svůj chybný úsudek, nemá předsudky*“ (2004, s. 41). Chybný soud dokážeme po diskusi opravit, „*aniž by kladl emocionální odpor*“ (tamtéž).

Sociální psychologové používají termíny osobní, sociální a kulturní stereotypy (Hnilica, 2010). Osobní stereotyp je ten, který má s konkrétní kategorií spojený jedinec. Ty, které jsou sdíleny s druhými, jsou pak sociální

⁴⁵ Poetičtěji definoval stereotypy psycholog S. Baley - „*tvrz naší tradice, za jejímiž branami můžeme bezpečně setrvat u názorů, jež zastáváme*“ (in Novák, 2002, s. 10).

⁴⁶ Právě o členech out-groups přemýšlíme jako o celé skupině, nikoliv jako o jedincích.

(skupinové) stereotypy. Kulturní jsou vyobrazení různých kategorií v pohádkách, mýtech, historii, nebo předávané médií, mocenskými elitami. Některé mohou být zvnitřněné, jiné čistě papírové (např. komunisty vytvořený zlý imperialista).

Předsudky, stereotypy i výběrově vnímané zážitky spolu souvisejí a navzájem si ulehčují své působení (Novák, 2002).

Představy a mínění o sobě mají příslušníci skupiny i o sobě samých, jde o tzv. autostereotypy, představy týkající se skupin, do nichž jedinec nepatří, jsou heterostereotypy.

Předsudky jsou podkladem pro diskriminaci. Diskriminace je odlišné zacházení s lidmi ve srovnatelných situacích na základě rasy, pohlaví, vyznání, sexuální orientace, věku apod. Členům některých skupin jsou upírána jejich občanská práva, snižovány šance na uplatnění ve společnosti.

8. 1. 2 Předsudky a stereotypy o stáří

Mezi nejčastější předsudky o stáří patří přesvědčení, že všichni staří lidé jsou stejní, nemocní a dětinští, oškliví a asexuální. Stáří je spojováno s úbytkem tělesných i duševních sil, křehkostí a nemohoucností, osamělostí a depresí. Patří sem i předsudek o politické moci seniorů, kteří jsou vnímáni jako silná a sobecká politická skupina.

Pozitivní stereotypy spojují stáří s moudrostí, laskavostí, vyrovnaností, bohatstvím, individuální svobodou.

Kruse a Schmidt (in Vidovičová, 2008) prezentovali výsledky výzkumu věkových stereotypů v následujících oblastech: vývojové zisky (moudrost, vyrovnanost), vývojové ztráty (pocity osamění), senioři jako zátěž pro společnost a sociální znevažování starých lidí (neužitečnost). Z výsledků výzkumu vyplynulo, že většina respondentů vidí stáří jako osamělé, neorientující se v moderním světě, kdy nejlepší roky jsou už pryč.

Stereotypy o stáří výrazně posilují média, která mají velký vliv na formování veřejného mínění. Lidé věří, že to, co se objevuje v médiích, je věrným zobrazením reality. Podle výzkumů jsou senioři v médiích zobrazováni

jen v omezené míře a spíše v negativních souvislostech: jako zátěž pro státní kasu, jako oběti trestných činů, jako nemohoucí a nemocní. Řada sdělení podporuje stereotypy seniorů jako mrzutých, nemoderních a špatně přizpůsobivých jedinců. Tento zkreslený mediální obraz má vliv i na samotné seniory, u nichž mohou posilovat negativní autostereotypy, vzhledem k tomu, že věnují zejména sledování televize více času.

8. 1. 3 Vývoj pojmu ageismus

Diskriminace na základě věku je nejčastější formou diskriminace a jejím specifikem je, že se s ní může setkat kdokoli z nás. Pojem zavedl koncem 60. let minulého století Robert Butler. *„Ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahují k barvě pleti a pohlaví. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech (...) Ageismus dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné od nich samých, a to jim brání, aby se se staršími identifikovali jako s lidskými bytostmi.“* (in Vidovičová, 2008, s. 111) Butler dále uvádí, že ageismus se projevuje jak na individuální, tak i na institucionální úrovni. Na individuální může jít o averzi, vyhýbání se kontaktu, vtipy o seniorech. Cílem může být snaha *„setřást část vlastní zodpovědnosti vůči nim“* (tamtéž), zejména lidé ve středních letech se ageismem chrání před přemýšlením o stárnutí a smrti, kterých se bojí.

Na základě Butlerova popisu definoval později ageismus Palmore jako *„jakýkoliv předsudek nebo diskriminace proti nebo ve prospěch věkové skupiny“* (in Vidovičová 2008, s. 112). Palmore hovoří o věkové diskriminaci obecně, i když diskriminace mladých není tak častá a má méně negativních důsledků. Podobně jako on popisuje ageismus definice organizace Age Koncern: *„Věková diskriminace nastává tam, když někdo dělá nebo vidí rozdíly u dané osoby kvůli jejímu věku a používá to jako základ pro předsudek proti a nefér přístupu k této osobě. Je to něco, co může postihnout každého, bez ohledu*

na jeho věk.“ (in Vidovićová 2008, s. 114). Přístupovat předsudečně k mladým nebo ke starým je považováno ze stejně zhoubné⁴⁷.

Starším definicím je vyčítáno rozlišování na „my“ a „oni“, což Kalish nazval „novým ageismem“ a myslí tím „*neúměrně ochranné postoje vůči seniorům, které je staví do pasivní a submisivní role*“ (in Vidovićová, 2008, s. 113). Ochranné postoje vůči starším zahrnuje i benevolentní ageismus, (podle autorek Bugentalová a Hehmanová), který je protikladem nepřátelského ageismu. Jeho nebezpečím je přílišně paternalistický přístup k seniorům, což u nich může vést k prohloubení pocitu bezmoci a závislosti. Kombinaci nepřátelského a pozitivního ageismu nazývají stejné autorky ambivalentním ageismem. Tato kombinace je paradoxní jen zdánlivě, záleží na pozici skupiny: „*benevolentní (pozitivní) ageismus se vyskytuje tam, kde jsou senioři submisivní, hostilní (negativní) ageismus tam, kde se stávají více asertivními.*“ (Vidovićová, 2008, s. 113)

8. 1. 4 Zdroje ageismu

Zdroje ageismu rozděluje Palmore na individuální, kulturní a sociální. Mezi individuální patří strach ze smrti, frustrace, agrese. Vzhledem k tomu, že stereotypy mívají silnou tendenci být akceptovány těmi, jichž se týkají, je ageismus prohlubován autostereotypy samotných seniorů.

Kulturními zdroji ageismu jsou hodnotové systémy, jazyk, umění, humor. Palmore sem řadí i fenomén „obviňování oběti“ (říkal si o to, je to pro jeho dobro).

Sociálně-kognitivní teorie souvisí s procesem kategorizace a dělením skupin na „my“ a „oni“. Podobnosti jsou přehlíženy, rozdíly zveličovány. Od průmyslové revoluce ztrácí stáří společenskou prestiž, rovněž některé hodnoty oceňované dnešní společností, jako je výkon a individualismus, jsou stáří spíše nepřátelské. K sociálním zdrojům ageismu řadí Vidovićová i demografický

⁴⁷ Ageismus může mít mnoho projevů: např. adultismus – zvýhodňování dospělých oproti dětem, jeunismus – zvýhodňování mladých oproti starým, aj. Extrémními polohami vztahu k seniorům jsou pak gerontofobie a gerontofilie.

vývoj. Seniorů přibývá a budou vyžadovat od společnosti řešení svých potřeb. „*Stanou-li se tyto zájmy příliš partikulárními, může docházet i ke generačním konfliktům a k třídnímu boji, nikoliv ve smyslu tříd socioekonomických, ale tříd věkových*“ (Chudakoff, in Vidovičová, 2008, s. 127). Již samotný fakt, že je starých lidí více, může vyvolávat negativní reakce ostatních. Média šíří tzv. demografickou paniku⁴⁸, když emotivně líčí stárnutí společnosti jako hrozbu a staví proti sobě generace do sociálního systému přispívající a z něj čerpající. Dá se říci, že demografická panika je zdrojem i projevem ageismu.

Mezi zdroje ageismu je možné počítat prostorovou i symbolickou segregaci seniorů, k níž přispěla urbanizace (patrné je to u zařízení pro seniory, která jsou často zřizována mimo zástavbu).

8. 2 Týrání a zneužívání seniorů

Extrémní formou diskriminace je zneužívání seniorů. Na rozdíl od diskriminace, kdy jde o vztah ke skupině, je zneužívání aktem vůči jednotlivci. Jde o závažný sociální problém donedávna podceňovaný, jehož diagnostika je poměrně obtížná.

8. 2. 1 Syndrom EAN

Zkoumání tohoto problému má nejdelší tradici v anglicky mluvících zemích, první zprávy o týrání seniorů se objevily v polovině 70. let minulého století ve Velké Británii (problém byl posléze nazván „bití babiček“), ale systematicky sledovaným tématem se násilí na seniorech stává až v posledních 20 letech. Pozornost byla nejprve věnována špatnému zacházení v domácím prostředí, nyní se pozornost zaměřuje více na instituce (Penhale, in Postavení a diskriminace seniorů v ČR 2006).

U špatného zacházení se seniory jde o celý soubor jevů, proto hovoříme o syndromu špatného zacházení se starými lidmi. Je označován EAN - z

⁴⁸ Pojem je odvozen z teorie mediálních studií, nejde o paniku šířenou demografií.

anglického Elder Abuse and Neglect (doslovný překlad je starý člověk zneužíváný a zanedbáváný). Česká terminologie není dosud sjednocena, je užíváno více termínů – týrání, zneužívání a zanedbávání seniorů, násilí na seniorech, špatné zacházení se starými lidmi.

Britská iniciativa Action on Elder Abuse definuje EAN jako opakované či jednorázové špatné chování ke starému člověku ze strany toho, komu důvěřuje či je na něm závislý. Důsledkem tohoto chování je poškození či výrazný diskomfort (in Thelenová, 2010). Šíře pojímá soubor těchto fenoménů UK Charity; týráním starších lidí je míněn „*samostatný či opakovaný akt nebo nedostatek přiměřené aktivity vyskytující se tam, kde je s důvěrou očekávána, což způsobuje bezprávi, poškození, zranění, bolest, či strach starších lidí*“ (Postavení a diskriminace seniorů v ČR 2006, s. 58).

Míra výskytu tohoto jevu je odhadována, velká část špatného zacházení se seniory je latentní. Ve světě se uvádí mezi 3 – 10 % seniorské populace, pro ČR uvádí Tošnerová odhad 60 tisíc osob (in Martinková, 2009).

8. 2. 2 Formy špatného zacházení

Špatné zacházení se starým člověkem může mít různé formy:

1. Fyzické týrání – způsobení fyzické bolesti, až zranění, trestání. Může jít o bití, pohlavkování, štípání, popálení, podchlazení, nepodání léků nebo nadbytečné podání, např. tlumících léků, atd.
2. Psychické týrání – jednání, které vyvolá duševní úzkost, působí psychické utrpení. Nejčastěji jde o slovní agresi, emocionální vydírání, ponižování, vyhrožování, zesměšňování, ale i ignorování, opuštění, bránění seniorovi v sociálních kontaktech.
3. Ekonomické zneužívání – nezákonné nebo nečestné užívání prostředků seniora, užívání majetku seniora bez jeho souhlasu. Často jsou senioři obírání o důchod nebo jsou nuceni, aby přepsali závěť či darovali majetek.

4. Sexuální zneužívání – méně časté, ale nikoliv raritní (gerontofilní deviace), postihuje prakticky jen ženy a je kombinací fyzického a psychického ubližování.
5. Zanedbávání – je opomíjenou formou násilí na starých lidech. Zahrnuje ignorování potřeb starých osob, neposkytování vhodné péče. Může začít nenápadně, např. nekomunikováním a vyústit v odpírání hygienických potřeb, potravy, lékařského ošetření. Bývá odlišována pasivní aktivní forma zanedbávání.

Za nejběžnější formu EAN je považováno zanedbávání, na druhém místě je ekonomické zneužívání (Pavlatová, 2008). Alarmující je, že senioři často zažívají ne jednu, ale kombinaci více forem ubližování (Thelenová, 2010) a obětí syndromu EAN se může stát v podstatě jakýkoliv senior, nezávisle na vzdělání či sociálním postavení (Holmerová, in Sýkorová, K., 2005). Častěji jsou obětí ženy (Pavlatová, 2008).

Místa, kde se staří lidé mohou setkat s různými formami špatného zacházení, můžeme rozdělit na tři základní okruhy: rodina, zdravotnická a sociální zařízení a společnost jako taková. Stejně jako u jiných forem týrání je týrajícím nejčastěji někdo z blízkých osob (z tzv. systému sociální opory). Senioři se většinou se špatným zacházením nikomu nesevěří; stydí, že se k nim jejich okolí takto chová, zvláště jde-li o děti či vnuky, kdy to považují za své selhání ve výchově.

Velmi nebezpečným jevem je týrání v ústavní péči. Může mít různé podoby od fyzických trestů, vystavování chladu, přes kasárenský režim, odpojování signalizačních zařízení, nadměrné užívání omezovacích pomůcek a psychofarmak, až po zneužívání finančních prostředků a sociální deprivaci. Častým nešvarem je „malé všimné“ pro personál. Oběť se bojí, že vyjde-li s věcí na veřejnost, týrání se začne stupňovat. Závažným problémem je omezování pohybu (vyskytuje se i v domácí péči), kdy senior někdy ani nesmí opustit svůj pokoj.

Ubližování působené společenskými normami, např. upírání práva být slyšen, spolurozhodovat o sobě nebo nedostupnost či špatná kvalita služeb

označuje Kalvach (1997) jako systémové ponižování a zařazuje sem ještě nedůstojný mechanismus prokazování potřeby sociálních dávek.

8. 2. 3 Rizikové faktory syndromu EAN

Týrání seniorů je komplexní jev a určit jednoznačně jeho příčinu nelze. Sýkorová (2005) označuje jevy a fenomény, které mohou výskyt EAN zvyšovat:

1. Sociální izolace – senioři, kterým je ubližováno mají obecně méně sociálních kontaktů a jsou odkázáni na pomoc úzké skupiny osob. Často je příčinou vzorec násilného chování přenášený v rodině. Ten, komu bylo v dětství ubližováno, bude s největší pravděpodobností konflikty řešit násilně. Někdy péči o starého člověka převezme dítě, které bylo v dětství odstrkováno, dochází pak ke konfliktům založeným na starých křivdách.
2. Vztahy závislosti – osoba, která o seniora pečuje, je na něm nějakým způsobem závislá, např. bydlením či emocionálně. Jde opět o vyústění dlouhodobě nezdravých vztahů v rodině.
3. Faktory individuální na straně seniora – chronická choroba, která snižuje hybnost, intelekt seniora, postihuje smysly nebo řeč. Senior může trpět polymorbiditou, což ztěžuje péči o něho. Seniorova očekávání také mohou být příliš velká a je těžké je naplnit.
4. Faktory na straně pečujícího – péče o nesoběstačného člena rodiny je velmi náročná a pečující mnohdy musí zcela změnit životní styl (ztráta zaměstnání, přátel, nemožnost realizovat koníčky, atd.), což může vést k pocitům frustrace a podvědomému obviňování seniora.

Podle výsledků zahraničních výzkumů jsou nevýraznějšími rizikovými faktory zvyšující se věk oběti, horšící se zdravotní stav a soužití s pachatelem v jedné domácnosti (Pavlatová, 2008).

Řešení nežádoucího jevu, jakým je syndrom EAN, je mezioborovou záležitostí a měly by se jím zabývat týmy složené z odborníků z různých oblastí. Důležité je tyto jevy rozpoznat. To mohou nejspíše lékaři a sociální pracovníci, ale jak uvádí Haškovcová (2010), ani zdravotníci nejsou moc aktivní v odhalování násilí na seniorech, protože lidé neradi zasahují do tak citlivých záležitostí, obvinění se někdy těžko prokazuje a úřední jednání mohou být velmi zdlouhavá (Pavlatová, 2008).

Prevenčí může být docíleno tím, že budeme znát souvislosti a okolnosti, za nichž k EAN dochází. Příčiny lze dále eliminovat kontrolou prostředí pro péči a poskytováním vhodné podpory pečujícím osobám (tamtéž). Je třeba jasně definovat pojem senior a zneužívání seniorů v rámci právního řádu.

9. Umírání a smrt

Stáří je vyvrcholením života, ale je také spojeno s otázkami konce života a smrti. S prodlužováním života je smrt přičleňována ke stále vyššímu věku, málokdo cítí být „dost starý“.

9. 1 Smrt

„Smrt lze charakterizovat jako nevratný konec osoby ve způsobu bytí“ (Vodvářka, 1997, s. 61), „je to, co se dotýká každého člověka: člověk je bytím k smrti, je smrtelníkem“ (Olšovský, 2005, str. 191). Je spravedlivá, nedá se s ní smlouvat, nelze ji obelstít ani podplatit. Smrt je ztráta – ať se týká nás nebo někoho blízkého. Většina lidí na životě lpí, a to i ti staří, těžce nemocní a trpící.

Lidé se smrti báli vždy, od pradávných kultur až po dnešek smrt budí hrůzu, a proto lidé hledají, co by jim pomohlo strach ze smrti zmenšit. Otázka života a smrti je nejzákladnější a nejtěžší otázkou, jíž se zabývají myslitelé napříč věky i kulturami. „Smrt je hlavní inspirátorkou a věrnou přítelkyní filozofie“ (Schopenhauer, 1996, str. 5), hlavně pro překonání strachu z ní „vznikla všechna náboženství a filozofické systémy, reflektující rozum si je z vlastních prostředků vytvořil jako protijed smrti“ (tamtéž).

Smrt může být chápána jako limita lidského života, každý dříve nebo později skončí. Smrt dává životu smysl tím, že ho ohraničuje. Když víme, že nám je vymezen pouze určitý čas, uvědomíme si vzácnost a neopakovatelnost každého života. Ten, kdo si smrt připomíná, žije intenzivněji. Jak bychom žili své životy, pokud bychom byli nesmrtelní?

Myšlenky na smrt můžeme také potlačovat, tvářit se, že neexistuje. V dnešní době je to nejrozšířenější postoj ke smrti, hovoří se o její tabuizaci. Lidé dnes žijí mnohem déle a navíc doufají, že zdravým životním stylem svůj život ještě prodlouží. Náš svět je orientovaný na mládí, úspěch a požitky. Utrpení a smrt se do něho nehodí, a proto se všichni tváříme, že neexistují. Tržní mechanismy pronikají i do mezilidských vztahů, typický je odklon od

citových projevů, dáváme přednost „mít“ před „být“. Mluvit o nemoci a umírání, dokonce i truchlit, je považováno za nevhodné⁴⁹. Smrt je „zakázaná“ (Aries, 2000, in Kolaříková, 2010).

Smrt také dostala novou tvář. Ještě před méně než sto lety umírali lidé na nemoci v každém věku, smrt byla s člověkem stále. Dnes je spojena se stářím, a tím se změnilo i její vnímání: *„je oddělována od života, až do období, kdy člověk zestárne; je vlastně vázána na přirozený konec životní dráhy. Smrt se stala funkcí věku.“* (Alan, 1989, s. 393)

Podle Blaunera (1966, in Přidalová, 1998, online) tedy smrt není tabuizována, ale skrytá mezi starými lidmi. Dříve, když se umíralo v mladším věku, zesnulí po sobě zanechávali rodiny s dětmi, pro něž byla jejich smrt tragédií citovou i ekonomickou. Rituály kolem smrti pomáhali pozůstalým se s tím alespoň zčásti vyrovnat. Dnes umírají především staří lidé, kdy jsou už jejich děti dospělé a mají vlastní rodiny. Smrt prarodičů je mrzí, ale staré zemřelé tolik nepostrádají. Tím Blauner vysvětluje i vymizení pohřebních rituálů. Ve stáří je smrt přijímána jako přirozené zakončení života, zmírňuje se její tragičnost.

Ve stáří postoj ke smrti jako k něčemu negativnímu slábne, což může být ovlivněno nemocí, pocity zbytečnosti, ale i biopsychickým rytmem životní dráhy – odchod ze života je snadnější (Alan, 1989). *„Ve stáří poněkud vyhasínají vášně i touhy spolu se schopností vnímat jejich objekty, takže již nedochází k afektům, neboť síla představivosti je stále slabší, její obrazy matnější, dojmy už neulpívají, míjejí beze stopy, dny ubíhají stále rychleji, události ztrácejí na významu, vše bledne“* (Schopenhauer, 1996, str. 15).

9. 2 Umírání

„Umírání je proces, který má různou délku, podobu, je různě prožíván, je zcela individuální a jedinečný. Konec umírání zůstává stále osobní záležitostí, které se nemůže zúčastnit nikdo jiný“ (Kelnarová, Matějková, 2010,

⁴⁹ Takto tabuizována začala být smrt v minulém století, hlavně po 2. světové válce. Sociologové poukazují na to, že sex a smrt si vyměnily, např. N. Elias (1998) přirovnává současný odmítavý přístup ke smrti k viktoriánskému odmítání sexu.

s. 121). Medicína má pro umírání synonymum terminální (finální) stav, který je definován jako postupné a nevratné selhávání důležitých vitálních funkcí, tkání a orgánů, jejichž důsledkem je zánik individua. Jde o poslední dny a hodiny před smrtí, kdy dochází ke zhoršení klinického stavu. Proces umírání je rozdělen do tří částí: období před umíráním (prae finem),⁵⁰ vlastní umírání (in finem) a období po smrti (post finem), zahrnující péči o tělo zesnulého a o pozůstalé.

Klinické projevy umírání (dle Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007; in Kolaříková, 2010)

- celková slabost a únava, prodlužují se periody denního spánku
- ztráta zájmu o okolí, vzdalování se od vnějšího světa, často dezorientace
- odmítání jídla a pití
- nepravidelné dýchání
- chrčivé dýchání
- změny ve vizáži: zašpičatění tváře, zvláště nosu, periferní cyanóza, mramorovaná kůže

9. 3 Umírající

Ještě před 100 lety umírali lidé většinou doma, obklopeni rodinou a přáteli, umírání bylo přirozenou součástí života. Každý se s ním reálně setkal, a když přišla jeho chvíle, věděl, co přijde. Dnes lidem tato zkušenost přímého setkání s umíráním chybí, přirozený strach ze smrti je pak násoben strachem z neznámého.

9. 3. 1 Osamělost umírajících

Tak jako vytěsňujeme smrt ze svých myšlenek, snažíme se vytěsnit i umírající. Odkládáme je za bezpečné zdi institucí s argumentem, že tam jim bude lépe. Příbuzní navštěvují svého nemocného jen v určených hodinách, možná cítí potřebu do péče se zapojit, ale jsou nejistí, jak se chovat a co říkat,

⁵⁰ může trvat řadu měsíců až let

mají zábrany projevít něhu a soucit, a tak většinou nabídnou jen laciný optimismus. Umírající nemá, s kým by se podělil o své obavy a cítí se opuštěn. Lidé v západních společnostech umírají dříve sociálně než fyzicky (Elias, 1998). Neumíme jednat v základních lidských situacích, rituály, které byly po staletí vzorem pro jednání, téměř vymizely (Šiklová, 2009), dnes mnoho pozůstalých nevypraví zesnulému ani pohřeb.

Moderní doba se pyšní rozvojem vědy. Racionalistický a mechanický pohled vede k roztříštěnému pohledu i na lidské tělo. Člověk není vnímán jako lidská bytost ve své jedinečnosti a celistvosti, ale zredukován na buňky a orgány, které jsou léčeny samostatně⁵¹.

Na smrt se vyspělá medicína dívá jako na své selhání. Nebere ji jako přirozený a nevyhnutelný konec všeho živého, ale jako prohru, a proto se s ní lékaři snaží bojovat co nejdéle a všemi prostředky⁵². Otázkou je, jak je tento boj slučitelný s lidskou důstojností. Nebo lékař konstatuje, že se již nic nedá dělat a dá se říci, že o pacienta ztrácí zájem⁵³. Ani jedno neodpovídá dobré péči o pacienta v terminální fázi.

Přestože si většina lidí přeje zemřít doma, ve skutečnosti umírají v institucích - v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, v domovech důchodců. Starý člověk se ocitá bez psychické účasti a pomoci svých nejbližších. Hovoří se o „*institucionální smrti*“ nebo také o „*moderním modelu umírání*“ (Kutnohorská, 2007, s. 76). Umírající dostávají profesionální péči, ale chybí jim lidský kontakt, psychická podpora, empatie. „*Umírání je dnes krutější než dříve – tak osamělé, tak zmechanizované a neosobní, že ani nevíme, v kterém okamžiku smrt nastala,*“ napsala americká lékařka švýcarského původu Elizabeth Kübler-Ross (1992, s.11), jedna z průkopnic hnutí za humanizaci smrti, které se od 60. let šíří z anglosaských zemí.

⁵¹ Efektivita moderní medicíny, na níž jsou vynakládány stále větší prostředky, je ovšem diskutabilní. Někteří antropologové upozorňují, že úspěšnost šamanů primitivních kmenů je skoro stejná.

⁵² V 60. letech 20. století se poprvé objevuje termín distanzie (zadržaná smrt).

⁵³ Topinková (2004, online) upozorňuje i na ekonomický problém – pacient v terminálním stádiu přestává být zdrojem výkonů a ekonomického přínosu

9. 3. 2 Emocionální stav umírajícího

Samotná smrt ani tak hrůzu nebudí, ale spíše představy o ní a bolest ji doprovázející (Elias, 1998). Většina lidí si přeje rychlou a bezbolestnou smrt, nejlépe ve spánku, což se zdaleka nesplní všem, většina lidí umírají déle. Proces odchodu je mezní situací, která vyvolává výraznou odezvu v psychice člověka, přicházejí negativní emoce: úzkost, obavy, strach, pocity viny a bolesti. Trpí pacient i ten, kdo jej doprovází.

Strach je přirozenou reakcí člověka v situaci, kdy ztrácí kontrolu nad tím, co se s ním děje, kdy je bezmocný a bezradný (Křivohlavý; Kaczmarczyk, 1995). Projevuje se řadou příznaků, jak v oblasti tělesné a psychické, tak i v chování jedince k druhým. Přesáhne-li strach určitou hranici, hovoříme o panice. Strach ze smrti je složitým jevem, v němž je možné dle Křivohlavého a Kaczmarczyka (1995) najít více složek: strach z bolesti, z opuštěnosti, z utrpení, ze změny vzhledu, strach ze selhání, že člověk umírání nezvládne, že se bude chovat nedůstojně. Dále pak strach ze ztráty samostatnosti, ale i strach o rodinu nebo strach, že se nepodaří něco dokončit.

Umírajícího mohou trápit též pocity viny, protože ne vše se v životě podaří. Trápí se tím, že někde selhal, co udělal nebo neudělal. Uleví se mu, pokud se může svěřit. Problémem je komu, většina lidí pociťuje obavy z komunikace s umírajícími.

Pokud někoho něco trápí, pociťuje silněji i bolest. Ta má kromě stránky fyzické i tu psychickou. Křivohlavý a Kaczmarczyk (1995) upozorňují, že míra utrpení a bolesti pacienta je přímo úměrná jeho míře obav a strachu. U těžce nemocných pacientů se také setkáváme s pocity zlosti, která se projevuje zejména slovní agresivitou.

Přijetí smrti je individuální proces, přesto lze vyzorovat určité specifické znaky. K pochopení emocionálního stavu umírajícího může pomoci model Elizabeth Kübler-Ross, která popsala pět fází, jimiž prochází člověk, který ví, že zemře.

1. fáze: šok, popírání – šok po sdělení diagnózy, někteří nevěří výsledkům, žádají nové testy, někdy může fáze popření trvat až do smrti
2. fáze: agrese, zlost – zloba, otázky „proč právě já?“, „kdo za to může?“
3. fáze: smlouvání – touha po oddálení nevyhnutelného, lidé uzavírají dohody s Bohem: nech mě dožít se ještě toho a toho, vyhledávají léčitele
4. fáze: deprese – nemocný se propadá do beznaděje, je smutný, často pláče
5. fáze: přijetí – akceptace přináší vyrovnanost

Uvedená stádia mohou přicházet tak, jak jsou popsána, nebo na přeskáčku, nemocný se může vracet do fáze, kterou již prošel. Podobnými stádii (ale ne zákonitě ve stejném pořadí) procházejí i blízcí umírajícího.

9. 4 Paliativní péče

Člověk, který trpí pokročilým, nevléčitelným onemocněním s trvalou progresí, potřebuje speciální léčebnou i ošetrovatelskou péči. Kurativní léčba by byla pro něho nadměrně zatěžující, a proto bývá rozhodnuto o symptomatické léčbě⁵⁴. Zmírňovat bolest a nepohodlí takového pacienta a vytvářet vhodné prostředí pro důstojnou smrt si klade na cíl paliativní medicína.

9. 4. 1 Vymezení pojmu

Při vymezení pojmu paliativní péče vycházíme z definice Světové zdravotnické organizace z roku 2002, která říká: „*Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy*

⁵⁴ symptom je subjektivní příznak nemoci a symptomatická léčba zmírňuje nepříjemné příznaky

utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních“ (in Munzarová, 2005, s. 62). Paliativní péče neusiluje o oddálení ani urychlení smrti.

Paliativní péče je více než odstoupení od léčby, je to tlumení všech obtíží i podpora psychická, sociální a spirituální s přihlédnutím k individualitě každého. S každým umírajícím člověkem zaniká i jeden neopakovatelný svět, a proto si všichni umírající zaslouží stejně laskavou a pozornou péči.

Paliativní péče v sobě zahrnuje prvky medicíny, farmakologie, ošetrovatelství, sociální práce, duchovní péče, fyzioterapie, ergoterapie a podle potřeby i další, proto je nutná spolupráce multidisciplinárního týmu.

Paliativní péči jako své hlavní činnosti se věnují specializovaná zařízení, která poskytují péči nejen pacientům v terminálním stádiu, ale i jejich rodinám. Nejběžnější jsou hospice. Paliativní péče může probíhat ve třech základních formách. Za nejideálnější je považována domácí hospicová péče, která umožňuje umírajícímu zůstat v svém prostředí, v přítomnosti rodiny, která je podporována multidisciplinárním týmem. Druhou formou hospicové péče je denní stacionář a poslední je lůžková hospicová péče.

Česká republika za vývojem paliativní péče ve vyspělých zemích zaostává, obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“ byl u nás uznán až v r. 2004 a jak konstatuje Topinková (2004, online, s. 14), specializovaná paliativní péče je „*nedostatkovou zdravotnickou komoditou, dostupnou jen malému počtu vyvolených při sice existujících indikacích, ale neexistujícím klíči výběru.*“

9. 4. 2 Paliativní péče v geriatрии

V geriatrickém věku se setkáváme s největším počtem úmrtí, proto by zvláštní pozornost měla být věnována paliativní péči právě o tyto pacienty při respektování všech okolností souvisejících se stářím, jako je multimorbidita (přítomnost více chorob) a geriatrická deteriorace (úpadek, zvláště rozumových schopností).

Na rozdíl od onkologie je paliativní péče v geriatrii dlouhodobější, stanovení životní prognózy bývá zvláště v pokročilém stáří obtížné. Je na místě varovat před dominancí paliativního přístupu ke křehkým seniorům, aby nedošlo k zanedbání intervence léčitelných příčin zhoršujícího se stavu (Topinková, 2004). Kurativní a paliativní léčba by neměli být od sebe násilně oddělovány, protože mnoho pacientů vyhledávajících život prodlužující léčbu potřebuje současně léčbu paliativní.

PRAKTICKÁ ČÁST

1. Vymezení cíle

Diplomová práce je tematicky zaměřená na problematiku seniorské populace a s tímto tématem úzce souvisí otázka percepce stáří a seniorů mladší populací. Kvalita života ve vyšším věku je totiž do značné míry ovlivněna pohledem na stáří, celkovým společenským klimatem. Znájí mladší generace problematiku stárnutí a života ve stáří, umějí si představit úskalí a rizika spojená s touto etapou? Sociologické průzkumy signalizují, že stáří je opředeno řadou nepravdivých názorových stereotypů a falešných představ.

Cílem průzkumu bylo zmapovat vnímání problematiky seniorů a života ve stáří mladší populací v závislosti na pohlaví, věku a vzdělání.

Cílovou skupinou byli respondenti ve věku 15 – 60 let, heterogenní z hlediska pohlaví i vzdělání.

Dílčí cíle:

1. zmapovat názory na věkové vymezení kategorie seniora
2. zjistit, nakolik se lidé ztotožňují s mýty a stereotypy o stáří
3. zjistit, jaká pozitiva, negativa a očekávání jsou nejvíce spojována s touto životní etapou
4. zmapovat názor na kvalitu života ve stáří a názor na to, jak mohou vybrané faktory přispět ke spokojenému stáří
5. zmapovat postoje k diskriminaci seniorů a představy o špatném zacházení se seniory
6. zjistit názor respondentů na přípravu na stáří

2. Metodika výzkumu

V této diplomové práci byla použita metoda kvantitativního průzkumu. „Podstata kvantitativního výzkumu spočívá ve zkoumání vztahů mezi proměnnými. V kvantitativním výzkumu se realita zachycuje pomocí proměnných, jejichž hodnoty se zjišťují měřením a primárním cílem je nalézt, jak jsou proměnné rozloženy a zvláště jaké jsou mezi nimi vztahy a proč tomu tak je“ (Punch, 2008, s. 12). K získání dat byla zvolena metoda anonymního dotazníkového šetření.

2. 1 Přípravná fáze

Po studiu odborné literatury byl stanoven cíl průzkumu, zvolena metoda a technika výzkumu, cílová skupina a časový harmonogram průzkumu.

Poté byla provedena pilotní studie formou nestandardizovaného rozhovoru, jejímž účelem bylo zjistit, zda je náš výzkum v dané populaci možný (Disman, 2000).

Dotazník byl sestaven na základě cílů průzkumu. Nejprve byl proveden předvýzkum, který testoval zvolený nástroj průzkumu - dotazník. Ten byl předložen osmi respondentům různého věku, aby byla prověřena jeho srozumitelnost. Předvýzkum ukázal srozumitelnost dotazníku a naznačil jako vhodnější elektronickou formu distribuce. Dotazník byl poté umístěn na webové stránky www.vyplnto.cz. Výhodou tohoto způsobu je pro toho, kdo průzkum provádí, rychlý sběr dat v krátké době a s nízkými náklady. U tohoto dotazníku také nejde nevyplnit nějakou otázku, protože neúplný dotazník nelze odeslat zpět. Tím je odstraněn častý problém dotazníkového šetření, tedy návratnost neúplných nebo špatně vyplněných dotazníků, které pak nemohou být do průzkumu zařazeny.

Výhodou pro respondenty je možnost zvolit si dobu pro vyplnění dotazníku, zachování anonymity a možnost prohlédnout si po ukončení výsledky šetření, jehož se účastnili. Nevýhodou dotazníkového šetření obecně

je, že nezjišťuje, jací respondenti skutečně jsou, ale jak sami sebe nebo realitu vidí, nebo chtějí aby byli viděni (Chráska, 2007).

2. 2 Dotazník

Dotazník obsahuje 28 položek. Kromě jedné jsou všechny uzavřené, které „*nabízejí soubor možných alternativ, ze kterých respondent vybere vhodnou odpověď*“ (Disman, 2000, s. 127), jedna otázka je polouzavřená, u níž je možné zvolit jednu z nabízených variant nebo napsat vlastní stanovisko. Dvě otázky jsou dichotomické, ostatní polytomické. U některých otázek bylo nutné zvolit pouze jednu odpověď, jiné jsou výčtové (otázky č. 16, 17, 23). Na několik položek (otázky č. 6 – 15, 19, 21, 26) odpovídali respondenti pomocí hodnotící škály.

Položky v dotazníku je možné rozdělit do několika okruhů, které odpovídají dílčím cílům průzkumu. Otázky č. 1 – 3 jsou identifikační (sociodemografické), zjišťující pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Slouží jako podklad pro druhé třídění odpovědí. Otázka č. 4 zjišťuje četnost styku s lidmi důchodového věku a č. 5 vymezení kategorie seniora dle názoru respondenta. Otázky č. 6 – 15 mapují postoje respondentů k mýtům a stereotypům o stáří. Otázky 16 – 18 zjišťují, jaká pozitiva a negativa podle názoru respondentů přináší stáří, jak je vnímána kvalita života v tomto období a faktory, které ji mohou zlepšit. Kdo by se měl postarat o nesoběstačného seniora se ptá otázka č. 20. V položce č. 21 měli respondenti posoudit na škále, jaké hodnoty jsou pro lidi vyššího věku prioritní. Otázky 22 – 26 se zabývají aktuálním problémem diskriminace a špatného zacházení se seniory. Poslední dvě otázky směřují k dnes velmi diskutované otázce přípravy na stáří.

Dotazník je připojen v příloze A nebo je online dostupný na <http://predstavy-o-stari.vyplnto.cz>.

2. 3 Realizační fáze

Realizační fáze spočívá ve sběru empirických dat. Vybraným respondentům byl e-mailem rozeslán odkaz s umístěním dotazníku a průvodním dopisem, v němž byli seznámeni s účelem průzkumu a anonymitou šetření. Dotazování byli osloveni na základě výběru podle věku a vzdělání. Na konci dotazníku bylo poděkování.

Průzkum byl realizován v únoru 2012. Návratnost dotazníků byla 76,8%. Vyplněných dotazníků bylo celkem 294, 7 bylo vyřazeno z důvodu věku respondentů, který byl u těchto osob vyšší než 60 let. Pro statistické zpracování v rámci tohoto průzkumu bylo použito 287 dotazníků.

3. Analýza výsledků dotazníkového šetření

Údaje získané dotazníkovým šetřením byly statisticky zpracovány dotazníkovou službou Vyplňto.cz. Základem interpretace poznatků je hlavně absolutní a relativní četnost odpovědí. Výstupy byly dále tříděny a vytvářeny užší segmenty respondentů, nejčastěji podle věku, méně podle pohlaví a vzdělání. Konečné výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů v programu MS Excel 2003.

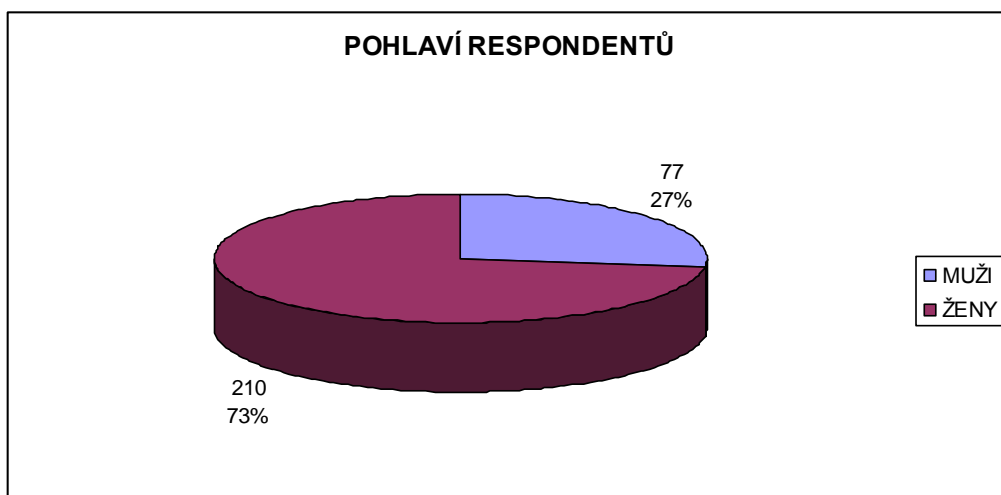
3. 1 Položky č. 1 – 3: Identifikační údaje

Pohlaví a věk respondentů

Identifikační položky měly uzavřenou formu a zjišťovaly pohlaví, věk a vzdělání respondentů. Tyto proměnné by mohly ovlivňovat pohled na stáří a na seniory.

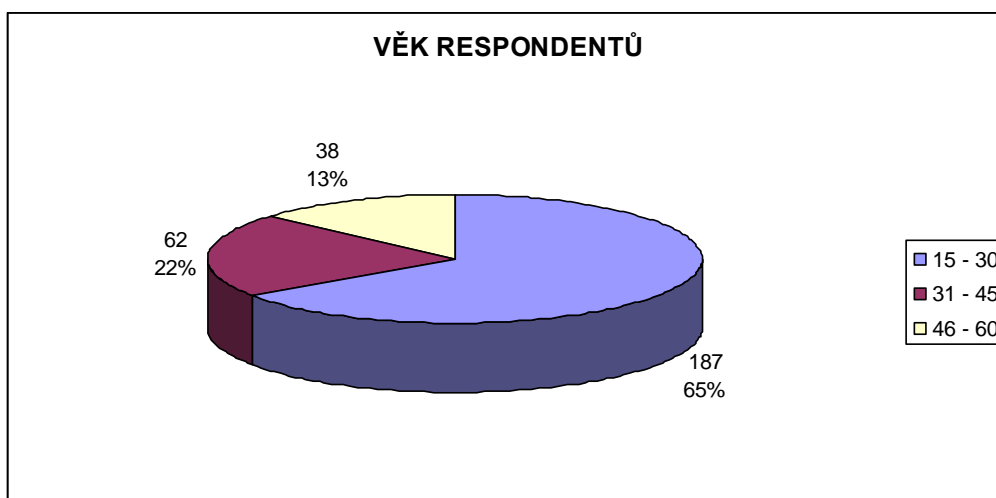
Konečný počet respondentů je 287, v souboru převažují ženy, konkrétně je to 210 (73 %) osob ženského a 77 (27 %) osob mužského pohlaví.

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Druhá otázka zjišťovala věk respondentů. Byly nabídnuty 3 věkové kategorie a odpověď *více*, do průzkumu byly zařazeny jen dotazníky osob mladších 60 let. Přehled o věkovém složení celého vzorku respondentů přibližuje graf č. 2, v němž jsou na prvním uvedeny absolutní počty respondentů, na druhém procentní zastoupení.

Graf č. 2 Věk respondentů



Nejvíce je ve zkoumaném vzorku zastoupena nejmladší věková skupina, lidé ve věku od 15 do 30 let. Konkrétně je to 65% všech respondentů (187 absolutně). Osob ve věku 31 – 45 let je 22 % (62 absolutně) a nejméně je zastoupena věková skupina 46 – 60 let (13 %, 38 absolutně). Rozdělení mužů a žen podle věku přehledně ukazuje tab. 1.

Tab. 1 Rozdělení respondentů z hlediska pohlaví a věku

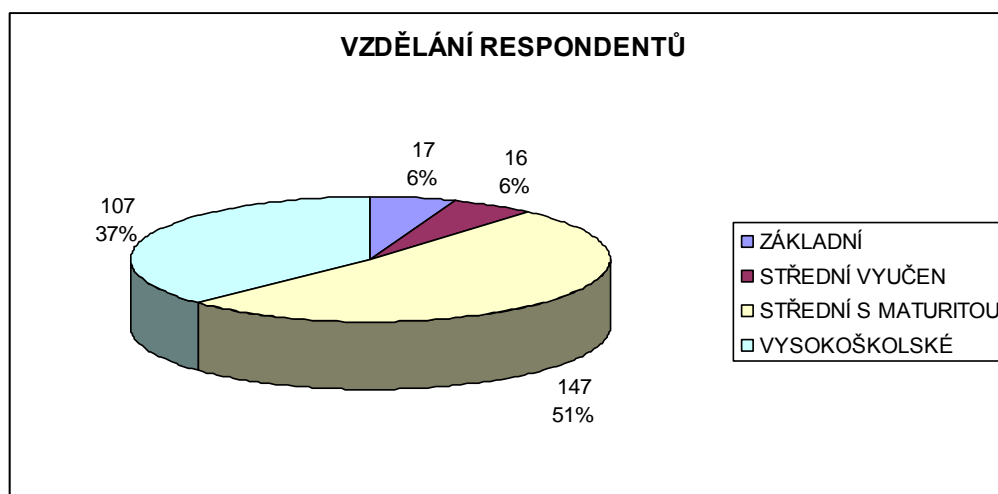
ROZDĚLENÍ RESPONDENTŮ Z HLEDISKA POHLAVÍ								
	Celkem		15 - 30		31 - 45		46 - 60	
ŽENY	210	73%	153	82%	37	60%	20	53%
MUŽI	77	27%	34	18%	25	40%	18	47%

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Položka č. 3 zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání dotázaných. Byly nabídnuty čtyři kategorie.

Výsledky přehledně zobrazuje graf č. 3 a tabulka 2.

Graf č. 3 Rozdělení všech respondentů podle dosaženého vzdělání



Tab. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů dle věku

Vzdělání	15 - 30		31 - 45		46 - 60	
ZÁKLADNÍ	17	9%	0	0%	0	0%
STŘEDNÍ VYUČEN	5	3%	8	13%	3	8%
STŘEDNÍ S MATURITOU	98	52%	33	53%	16	42%
VYSOKOŠKOLSKÉ	67	36%	21	34%	19	50%

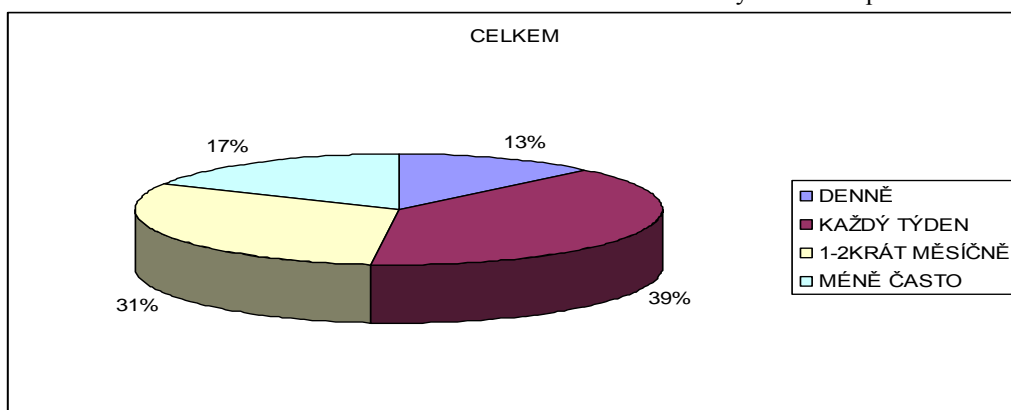
Z hlediska dosaženého vzdělání jsou ve zkoumaném vzorku nejvíce zastoupeni absolventi středních škol s maturitou – 51 % (147 absolutně), na druhém místě jsou vysokoškoláci - 37 % (107 abs.); vyučení a osoby se základním vzděláním jsou zastoupeni mnohem méně – 16 a 17 %.

3. 2 Položky č. 4 - 5

Položka č. 4 – Jak často trávíte delší dobu s lidmi důchodového věku?

Další položka zjišťovala, jak často tráví respondenti delší dobu s lidmi důchodového věku. Rozložení odpovědí ukazuje přehledně graf 4 a tab. 3.

Graf č. 4 Jak často trávíte delší dobu s lidmi důchodového věku – celý soubor respondentů

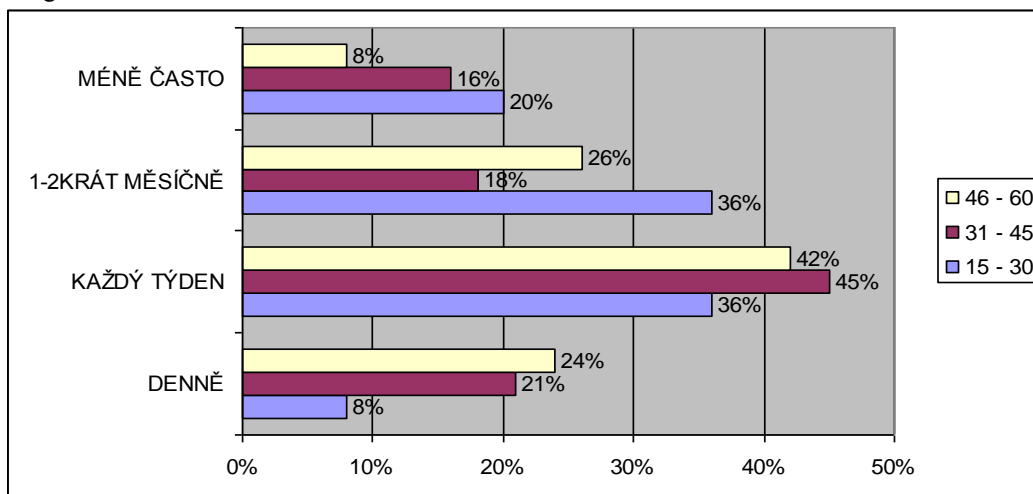


Více než polovina z oslovených se setkává se staršími lidmi často, 13 % uvádí, že denně, 39 % dotázaných každý týden, 31 % 1 – 2krát do měsíce. Méně často tráví čas se seniory 17 % respondentů. Přehled relativní četnosti odpovědí celého souboru doplňuje tabulka (tab. 3) a graf č. 5, kde jsou porovnány odpovědi respondentů podle jejich věku.

Tab. 3 Jak často trávíte delší dobu s lidmi důchodového věku – přehled absolutní i relativní četnosti

	CELKEM	15 - 30		31 - 45		46 - 60	
DENNĚ	36	14	8%	13	21%	9	24%
KAŽDÝ TÝDEN	112	68	36%	28	45%	16	42%
1-2KRÁT MĚSÍČNĚ	89	68	36%	11	18%	10	26%
MÉNĚ ČASTO	50	37	20%	10	16%	3	8%

Graf č. 5 Jak často trávíte delší dobu s lidmi důchodového věku – porovnání dle věkových kategorií



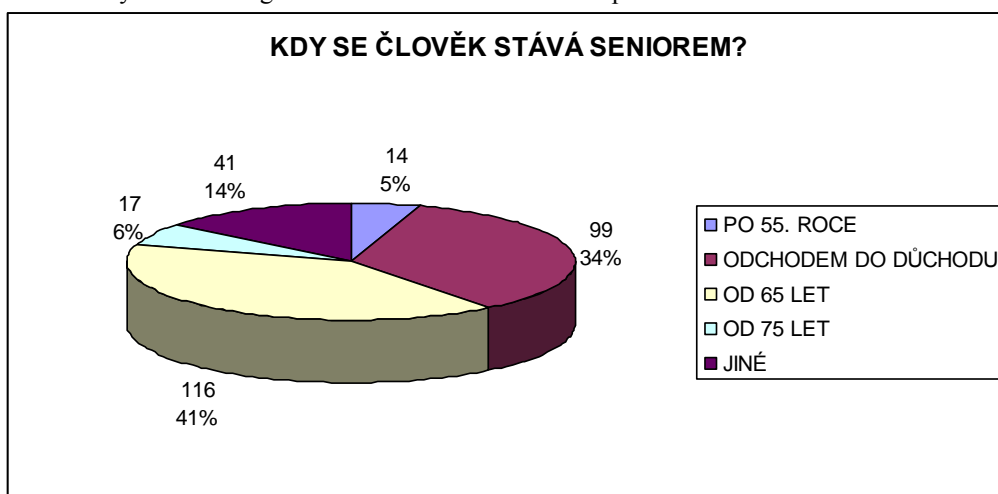
Vyplývá z nich, že nejvíce lidí, bez ohledu na věk, se setkává se seniory na delší dobu každý týden. Pouze 8 % mladých do 30 let se s nimi stýká denně, oproti pětina až čtvrtina dvou starších skupin. Méně často než jednou za měsíc tráví s lidmi důchodového věku 20 % mladých lidí do 30 let, ale jen 8% respondentů ze skupiny 46 – 60 let.

Položka č. 5: Kdy se člověk stává seniorem?

Provádíme-li průzkumné šetření o stáří a seniorech, je třeba zjistit, jak respondenti vymezují věkovou kategorii seniorů. Otázka č. 5 byla polouzavřená, nabízela čtyři připravené alternativy a otevřenou možnost napsat jiný názor. Výsledky ukazuje graf č. 6.

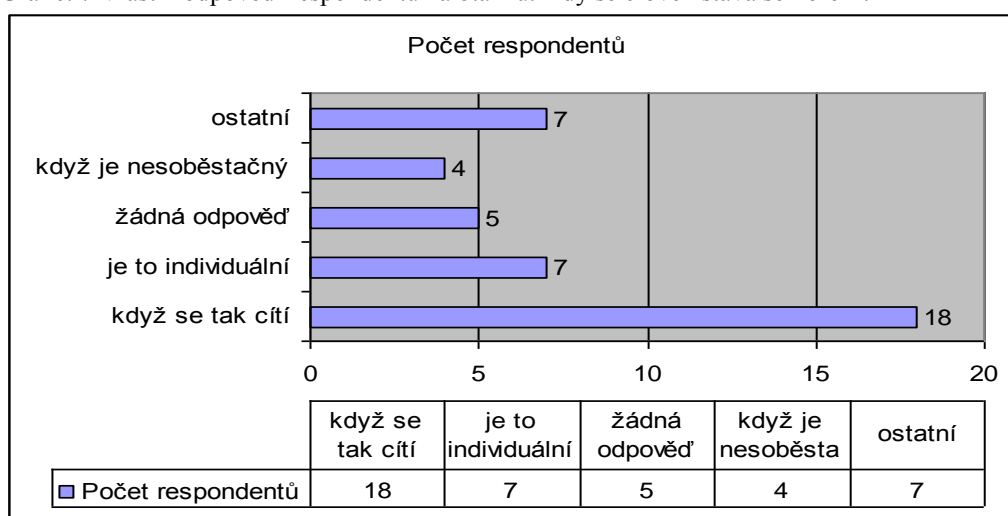
Věk, kdy se jedinec stává seniorem, byl definován rozdílně. Nejvíce se lidé přiklání k názoru, že člověk se stává seniorem od 65 let (41 %), druhou nejčastější odpovědí pak je, že okamžikem odchodu do důchodu (34 %). Pouhých 6 % odpovídajících uvedlo věk 75 let, věk 55 let zvolilo 5 % dotázaných.

Graf č. 6 Vymezení kategorie seniora - souboru všech respondentů



Otevřená možnost ukázala, že věk je pro označení seniora nedostatečnou charakteristikou. 41 respondentů (14 %) nevybralo žádnou z předložených odpovědí a využilo možnosti otevřené odpovědi. Slovně vyjádřené odpovědi byly uspořádány do pěti kategorií a podle četnosti seřazeny do tabulky a grafu (obr. 7). Z těchto 41 respondentů 5 neuvědlo žádnou odpověď. Odpovědi „*když se tak cítí*“ a „*když si to připustí*“, byly sloučeny, protože obsahově oba názory nejsou příliš vzdálené.

Graf č. 7 Vlastní odpovědi respondentů na otázku: Kdy se člověk stává seniorem?



Z tabulky je vidět, že nejčastěji respondenti zdůrazňovali subjektivnost vnímání seniorského věku (18 odpovědí) a individuální charakteristiky každého jedince (7 odpovědí). Ostatní uvedené názory jsou málo četné. Jeden respondent například uvedl jako počátek seniorského věku věk 50 let, jiný 60 let, další uvedl ztrátu soběstačnosti a současně ztrátu chuti učit se novým věcem.

3. 3 Položky č. 6 – 15: Mýty a stereotypy o stáří

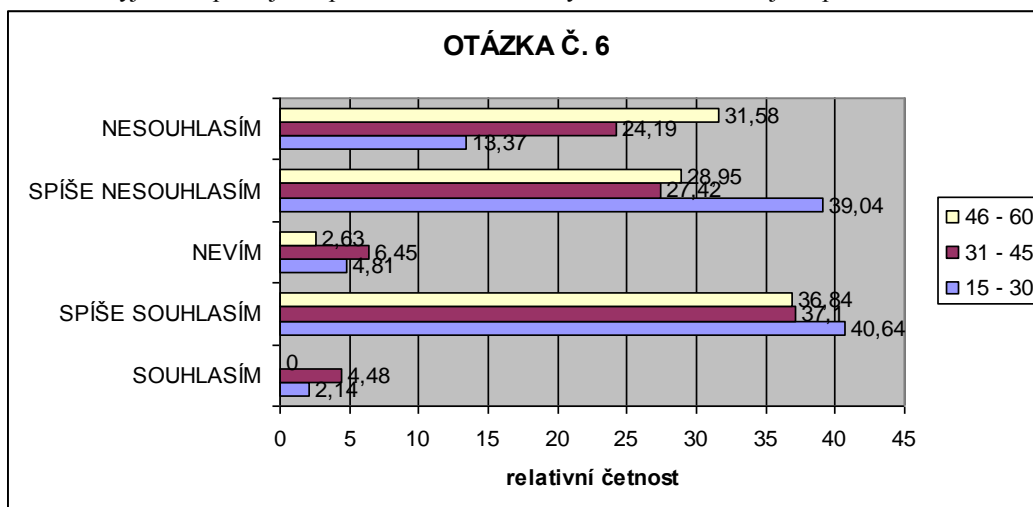
Staří lidé podobně jako jiné skupiny bývají předmětem různých stereotypů, které ovlivňují pohled zbytku populace na ně, a tím nepřímo i kvalitu života ve stáří. Obraz seniorů je do značné míry odrazem toho, jak jsou prezentováni v médiích, a aniž si to uvědomují, lidé často tento obraz přijímají.

Některými stereotypy, které se vyskytují ve spojitosti s vyšším věkem, se zabývaly škálové položky č. 6 – 14. U těchto otázek respondenti vyjadřovali svůj souhlas nebo nesouhlas s uvedenými výroky, event. volili možnost nevím.

Položka č. 6 - Souhlasíte s výrokem: staří lidé si jsou podobní?

Senioři bývají často vnímáni jako homogenní skupina. Hovoří se o potřebách seniorů, o službách pro seniory, apod. Ve skutečnosti jde o skupinu velice rozmanitou z hlediska pohlaví, věkového rozpětí, životního příběhu... Otázka zjišťovala postoj respondentů k velmi rozšířenému mýtu - zda souhlasí s výrokem, že ve stáří si jsou lidé podobní. Odpovědi dle věku dotázaných jsou zpracovány v grafu č. 8. Z celkového počtu všech odpovídajících 18 % s výrokem nesouhlasí, 35 % spíše nesouhlasí a 39 % spíše souhlasí.

Graf č. 8 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Staří lidé si jsou podobní.



Odmítavé stanovisko k výroku roste s vyšším věkem, nesouhlasí (a spíše nesouhlasí) s ním více než 60 % dotázaných ve věku 46 – 60. Postoje respondentů z mladších kategorií se shodují, spíše nesouhlasí a nesouhlasí přibližně polovina z nich (52 % z nejmladší a 51 % respondentů z prostřední kategorie). Odpověď nevím zvolilo 5 % (14 osob) z celého souboru.

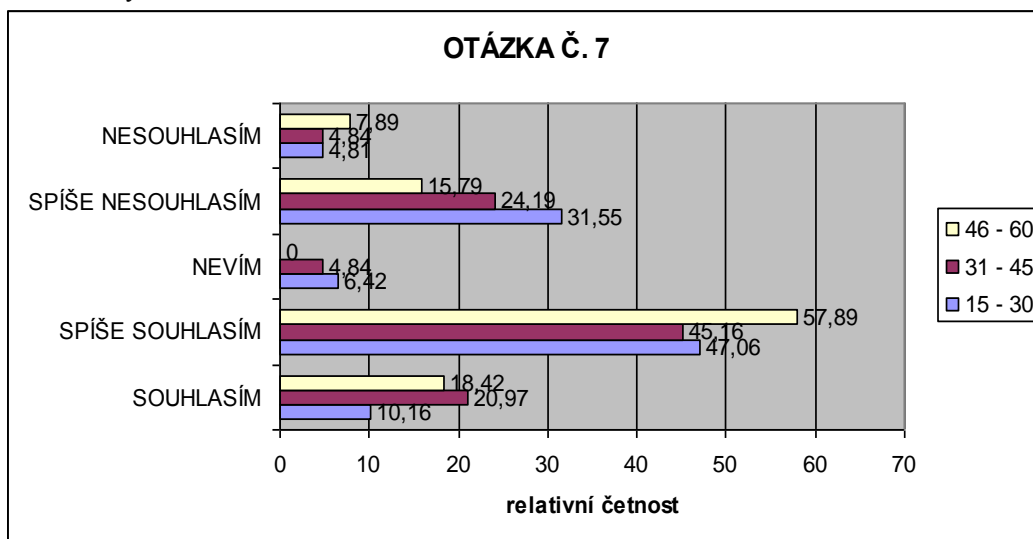
Položka č. 7 – Souhlasíte s výrokem: staří a mladí jsou dva naprosto odlišné světy?

Odchodem do důchodu dochází oproti předchozím životním fázím k mnoha změnám, mění se životní styl i postavení ve společnosti. Znamená to, že světy seniorů a mladých jsou naprosto rozdílné, možná až neslučitelné? Otázka zjišťovala postoje k výroku opět podle věku dotázaných, výsledky zobrazuje graf č. 9.

S výrokem se ztotožňuje nadpoloviční většina respondentů všech dotázaných, nejvýrazněji nejstarší kategorie, kde 18 % dotázaných souhlasí a 59 % spíše souhlasí (celkem 76 %), z prostřední věkové kategorie vyjádřilo souhlas 66 % a z nejmladší 57 % .

Největší procento nesouhlasných postojů je u kategorie respondentů ve věku 15 – 30 let (36 %).

Graf č. 9 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Staří a mladí jsou dva naprosto odlišné světy

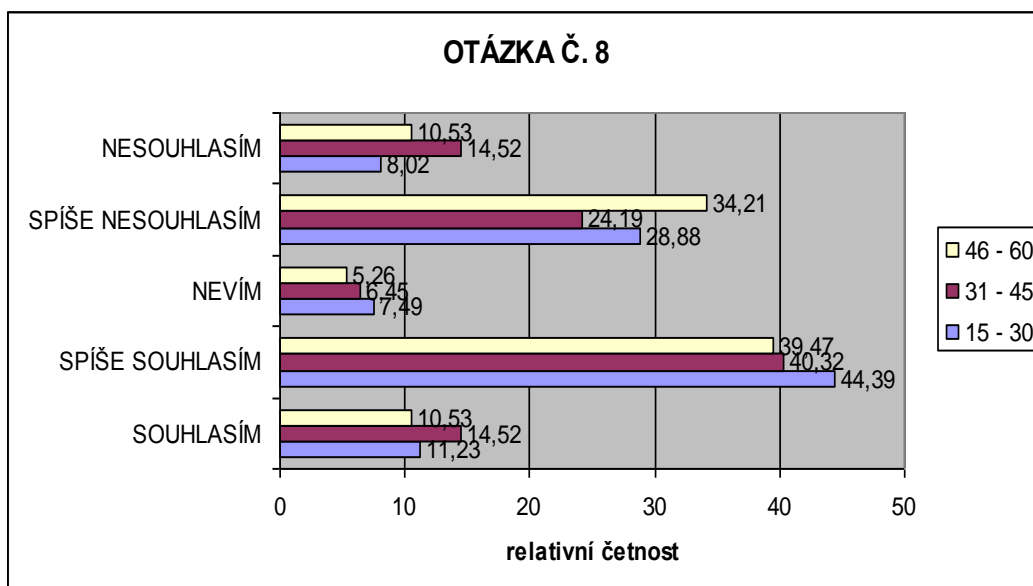


Lze říci, že tento mýtus je poměrně rozšířený.

Položka č. 8 – Souhlasíte s výrokiem: stáří změní osobnost člověka?

V první části práce bylo vysvětleno, že stáří výrazně nemění osobnost, spíše určité rysy akcentuje. Postoj respondentů k otázce zachycuje graf č. 10.

Graf č. 10 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Stáří změní osobnost člověka.

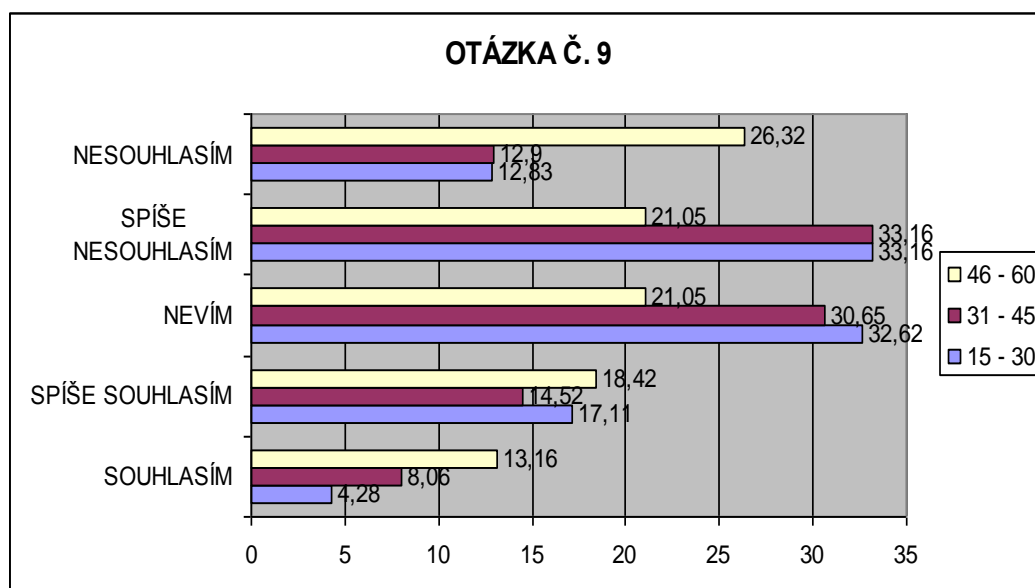


V celém souboru jen mírně převládá souhlas s výrokem, 55 % dotázaných ve dvou mladších kategoriích souhlasí a spíše souhlasí, ve věku 46 – 60 je to ještě o 5 % méně, tzn. polovina označila odpověď souhlasím nebo spíše souhlasím. Nejvíce respondentů, kteří s výrokem nesouhlasí, je z nejstarší skupiny (10, 5 % nesouhlasí a 34 % spíše nesouhlasí). Z nejmladší skupiny vyjádřilo nesouhlas 37 % (8 % nesouhlasí, 29 % spíše nesouhlasí). V skupině 31 – 45 let celkem nesouhlasí 39 % (15 % nesouhlasí a 24 % spíše nesouhlasí).

Položka č. 9 – Souhlasíte s výrokem: senioři mají více nehod než ostatní řidiči?

S rostoucím podílem osob nad 60 let v populaci roste i počet seniorů-řidičů, a dá se říci, že ne vždy jsou mladšími ročníky akceptováni na silnicích jako rovnocenní partneři. Podílí se senioři významnou měrou na nehodovosti? Oficiální statistiky, které by dokazovali, že ano, neexistují. Názor respondentů zjišťovala položka č. 9 a výsledky rozdělené dle věku dotázaných zobrazuje graf č. 11.

Graf č. 11 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: senioři mají více nehod než ostatní řidiči

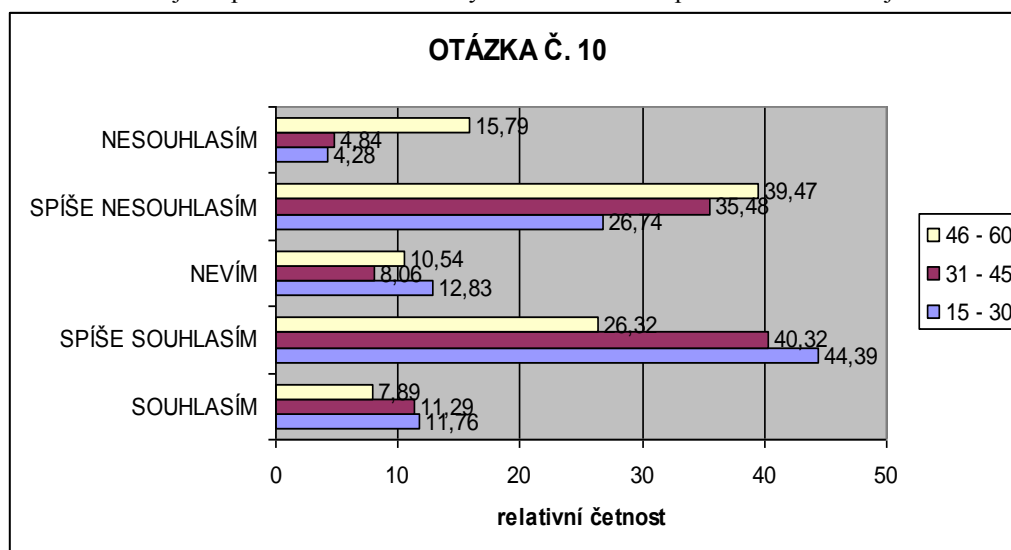


U této položky byl zaznamenán nejvyšší počet odpovědí nevím ze všech položek zaměřených na mýty a stereotypy o stáří, takto odpověděla třetina dotázaných dvou mladších skupin, další třetina spíše nesouhlasí a 13 % z obou skupin vyjádřilo jasný nesouhlas. Z nejstarší skupiny pětina uvedla, že neví, pětina spíše nesouhlasí a 26 % jasně nesouhlasí. Neprojevalo se zde tolik stereotypní vnímání. Je zajímavé, že z nejstarší skupiny 13 % respondentů s výrokiem souhlasí a 18,5 spíše souhlasí.

Položka č. 10 – Souhlasíte s výrokiem: staří lidé si pořád na něco stěžují?

Jsou staří lidé chronickými stěžovateli? Postoje dotázaných rozdělené dle věku zobrazuje graf č. 12.

Graf č. 12 Postoje respondentů dle věku k výroku: staří lidé si pořád na něco stěžují

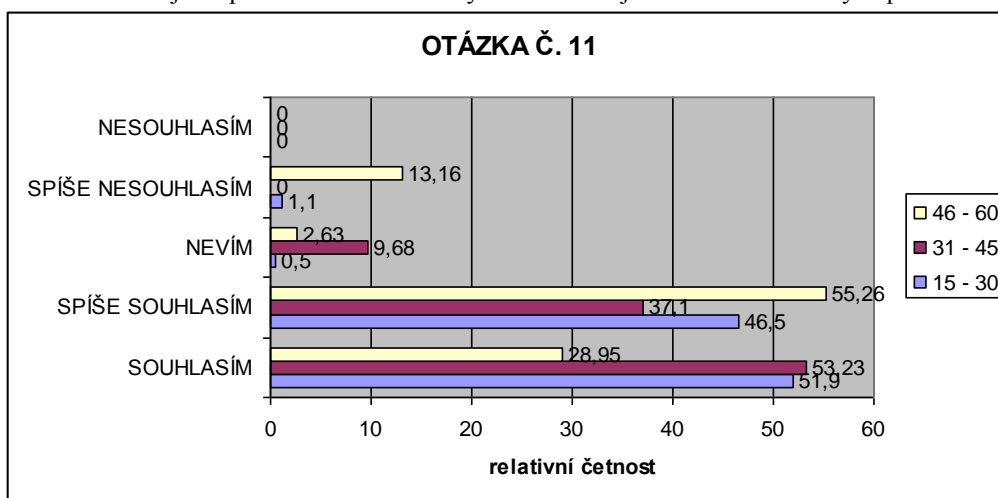


Z grafu je vidět, že u tohoto výroku jsou největší rozdíly v odpovědích různých věkových kategorií. Zatímco mladí lidé do 30 let odpovídali nejčastěji spíše souhlasím (kladné odpovědi, tzn. souhlasím a spíše souhlasím, respondentů ve věku do 30 let tvoří 56 %), podobně je tomu u prostřední kategorie (52,5 %). Naproti tomu v kategorii do 60 let vyjádřila nesouhlas nadpoloviční většina (55,5 %). Přibližně 10 % všech respondentů neví nebo nemá názor.

Položka č. 11 – Souhlasíte s výrokem: senioři jsou často obětí různých podvodníků?

Pokud média referují o starých lidech, často se tak děje v kontextu kriminality a senioři jsou zobrazováni převážně jako snadné a naivní oběti podvodníků. Jak moc přijímá mladší a střední generace tento stereotyp zjišťovala položka č. 11 (viz. graf č. 13)

Graf č. 13 Postoje respondentů dle věku k výroku: senioři jsou často obětí různých podvodníků



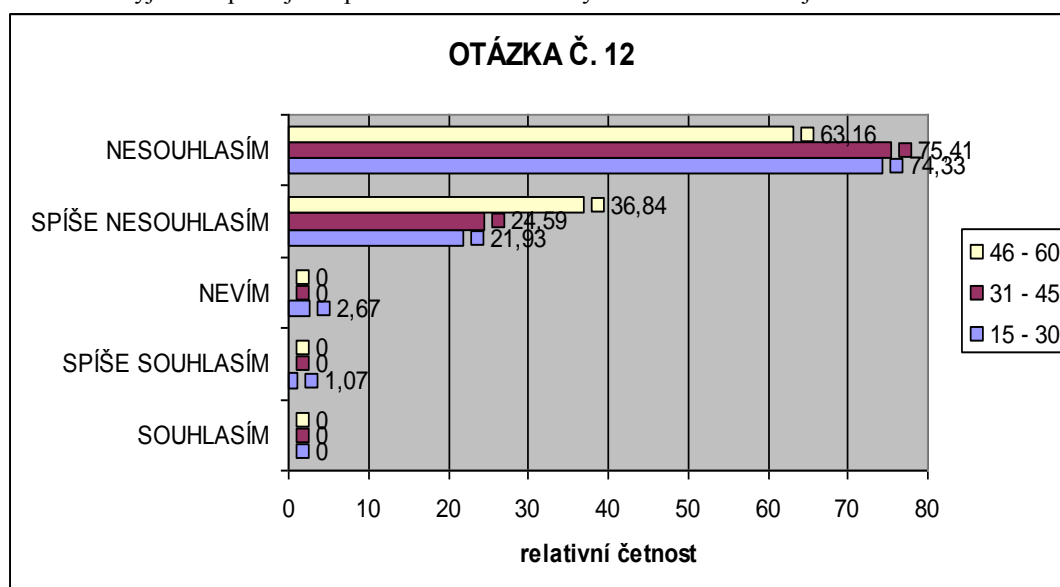
Výsledky šetření rozšíření stereotypu potvrzují. Žádný respondent neodpověděl nesouhlasím, 13 % osob ve věku 46 – 60 uvedlo, že spíše nesouhlasí, z nejmladší skupina spíše nesouhlasí 1 %. Souhlas s výrokem vyjádřilo 98,5 % (souhlasím a spíše souhlasím) respondentů z kategorie do 30 let a 90 % z kategorie do 45 let. Poněkud opatrnější je postoj kategorie do 60 let, z níž souhlasí a spíše souhlasí 84 % dotázaných.

Položka č. 12 – Souhlasíte s výrokem: láska ve stáří je směšná?

Graf na obr. 14 dokazuje, že účastníci průzkumu mají jasno: láska ve stáří směšná není. Kromě 3 respondentů, kteří s výrokem spíše souhlasí a 6, kteří uvedli, že neví, všichni ostatní s výrokem nesouhlasí nebo spíše

nesouhlasí. Tři čtvrtiny z těch, co označili odpověď spíše nesouhlasím, tedy poněkud opatrnější variantu, byly ženy.

Graf č. 14 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: láska ve stáří je směšná

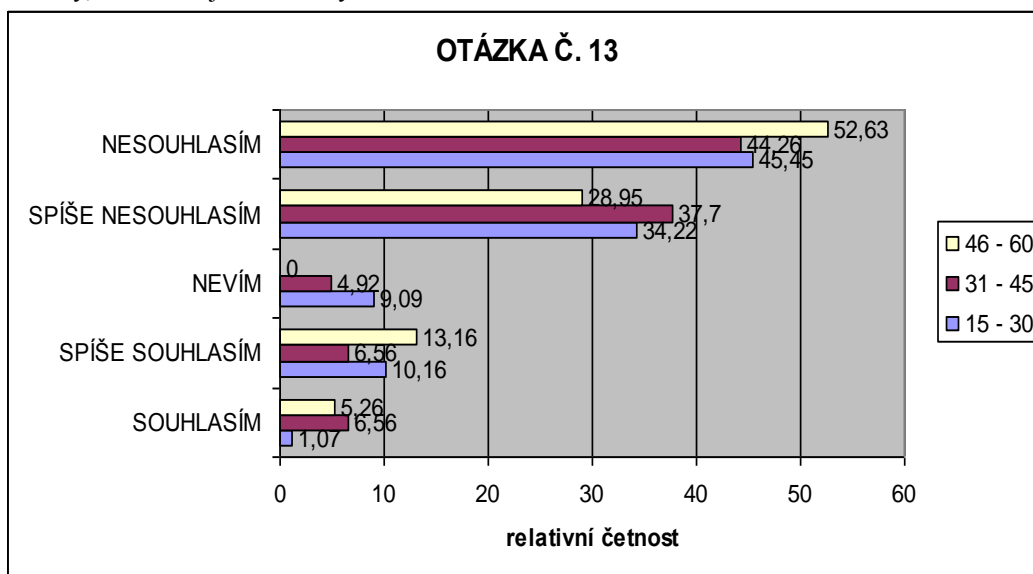


Položka č. 13 – Souhlasíte s výrokem: senioři již nevytvářejí žádné hodnoty, ale nárokují si stále zvyšování důchodů?

Další stereotyp podporovaný mediální prezentací seniorů. Jsou staří lidé v představách mladších těmi, kteří mnoho vyžadují, ale nic nepřinášejí? Odpovědi dotázaných na kontroverzní výrok zobrazuje graf č. 15.

Největší nesouhlas vyjádřila skupina 46 – 60 let, protože více než polovina dotázaných v tomto věku s výrokem nesouhlasí a dalších 29 % spíše nesouhlasí (celkem téměř 82 %). Ale i mladší skupiny se přiklánějí více k nesouhlasu; hodnoty jsou podobné, 44 % a 38 % ze střední věkové kategorie nesouhlasí a spíše nesouhlasí, z nejmladší 45,5 % nesouhlasí a 34 % spíše nesouhlasí a jen 1 % mladých do 30 let uvedlo, že souhlasí.

Graf č. 15 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: senioři již nevytvářejí žádné hodnoty, ale nárokují si stále zvyšování důchodů



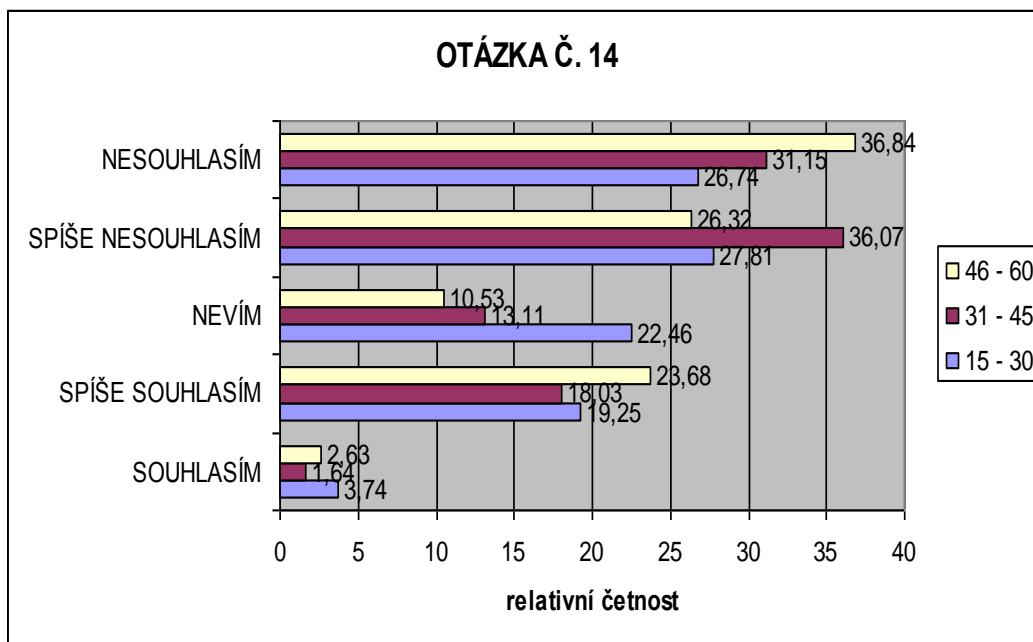
Položka č. 14 – Souhlasíte s výrokem: většina lidí se stane „senilními“, pokud se dožijí vyššího věku?

Jedním z mýtů o stáří je, že s postupujícím věkem přichází úbytek duševních schopností, mezi laiky se hovoří o stařecké senilitě. Stárnutí přináší změny krátkodobé paměti, ovšem výrazná porucha je příznakem choroby a ne nutným důsledkem procesu stárnutí. Je-li mýtus rozšířen mezi mladší populaci zjišťovala otázka č. 14 a výsledky zobrazuje graf č. 16.

Přestože nadpoloviční většina všech dotázaných nesouhlasí, výsledky nejsou tak jednoznačné jako např. u položky č. 12. Největší procento nesouhlasných odpovědí (tzn. součet nesouhlasím a spíše nesouhlasím) - 67 % - bylo u věkové kategorie 31- 45 let. Ve skupině od 46 do 60 let totéž uvedlo 63 % respondentů a v nejmladší 55 %.

Čtvrtina dotázaných ve věku 46 – 60 s výrokem spíše souhlasí. Zajímavé je, že 91 % těch, co uvedlo, že s výrokem spíše souhlasí má úplné středoškolské nebo vysokoškolské vzdělání. I u této položky se vyskytl větší počet odpovědí nevím, odpovídala tak více než pětina mladých do 30 let a 13 a 10 % z dalších dvou skupin.

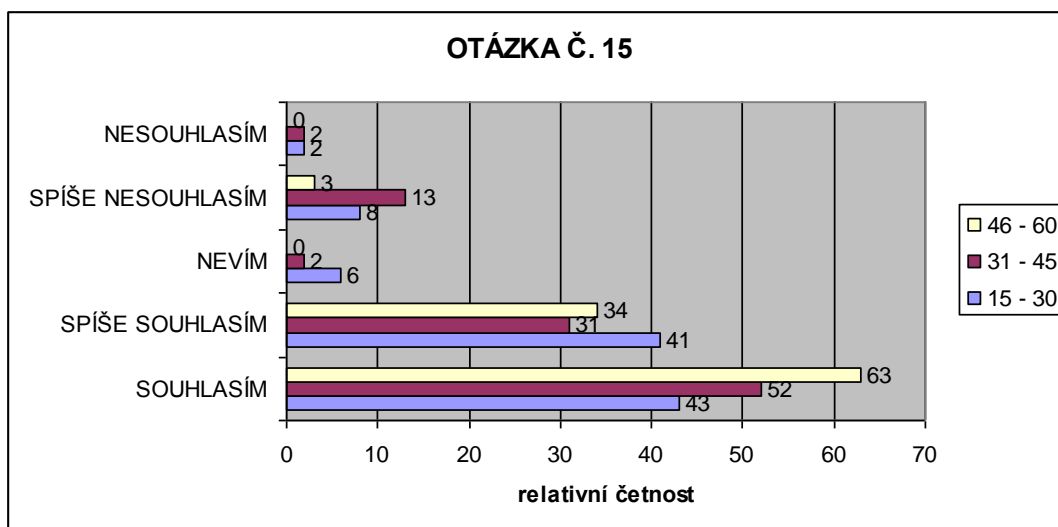
Obr. 16: Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Většina lidí se stane „senilními“, pokud se dožijí vyššího věku



Položka č. 15 – Souhlasíte s výrokem: změny způsobené stárnutím je možné oddálit způsobem života?

To, jak lidé prožívají stáří, není v první řadě závislé na věku kalendářním, ale spíše na funkčním věku a psychice jednotlivce. Pokroky v medicíně, změny ve výživě a hygieně dokázaly proces stárnutí zpomalit. V současnosti vychází mnoho knih a článků, které ukazují, že prožívat stáří v dobré kondici je možné odpovědným přístupem ke zdraví a optimistickým myšlením. Každý je tak do určité míry zodpovědný za vlastní stáří. Jak se s tímto názorem ztotožňují účastníci průzkumu ukazuje graf č. 17, z něhož je vidět, že u všech kategorií naprosto převládá souhlasné stanovisko, nejvýraznější je u skupiny ve věku 46 – 60, kde kromě jednoho všichni dotázaní souhlasí a spíše souhlasí, u dvou zbývajících skupin se takto vyjádřilo 83 a 84 % osob.

Graf č. 17: Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Změny způsobené stárnutím je možné oddálit způsobem života



3. 4 Kladné a záporné stránky stáří

Stáří, stejně jako každá jiná životní etapa, má své klady i zápory. Otázky č. 16 – 17 zjišťovaly, co mladší populace vnímá jako pozitiva stáří, a co je naopak podle nich ztrátou. U obou otázek měli dotázaní na výběr 7 připravených odpovědí a pokyn označit minimálně jednu dle vlastního úsudku. Častěji je stáří vnímáno jako období ztrát, což vyplynulo i z průzkumu: více s negativy než s klady, je spojili i respondenti, což lze demonstrovat na celkovém počtu označených odpovědí. U otázky č. 16, která se ptala na pozitiva stáří bylo celkem označeno 876 odpovědí, počet označených negativ byl 944.

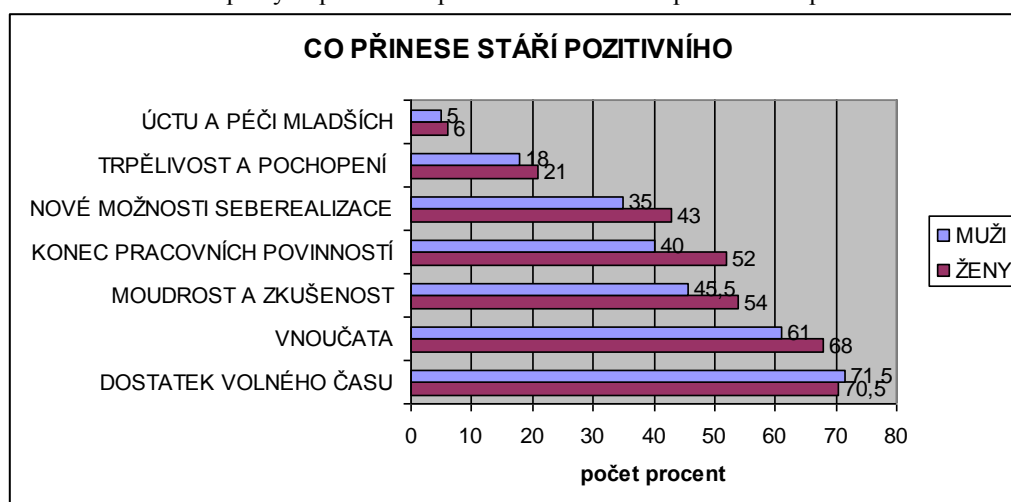
Položka č. 16 – Co přinese stáří pozitivního?

Absolutní počty odpovědí celkem a rozdělené podle pohlaví ukazuje tabulka 4 a relativní počty zobrazuje graf. č. 18.

Tab. 4: Absolutní počty odpovědí dle pohlaví na otázku 16

Co přinese stáří pozitivního?	celkem	ženy	muži
DOSTATEK VOLNÉHO ČASU	203	148	55
VNOUČATA	178	143	47
MOUDROST A ZKUŠENOST	161	114	35
KONEC PRACOVNÍCH POVINNOSTÍ	141	110	31
NOVÉ MOŽNOSTI SEBEREALIZACE	118	91	27
TRPĚLIVOST A POCHOPENÍ	58	44	14
ÚCTU A PÉČI MLADŠÍCH	17	13	4

Graf č. 18: Relativní počty odpovědí dle pohlaví na otázku: co přinese stáří pozitivního?



Přestože je z celkového počtu respondentů téměř $\frac{3}{4}$ žen, graf naznačuje, že relativní počty odpovědí jsou u obou pohlaví podobné. Hlavní výhodu stáří představuje pro všechny *dostatek volného času*, označilo jej více než 71 % mužů a 70 % žen. U vnoučat, druhé nejčastěji volené položky, se již preference mužů a žen mírně liší, označilo ji 61 % mužů a 68 % žen. Relativní shoda mezi pohlavími panuje i u položek *trpělivost a pochopení*, kdy ji za pozitivum vyššího věku považuje asi pětina respondentů. Jen velice málo mužů i žen si myslí, že stáří přináší *úctu a péči mladších* generací (5 % mužů a 6 % žen).

Největší rozdíl vidíme u položky *konec pracovních povinností*, kterou vidí jako pozitivní o 12 % více žen než mužů, s čímž souvisí zřejmě i nižší preference odpovědi *nové možnosti seberealizace*, kterou označilo o 13 % více žen než mužů. O 9 % více žen považuje za klad *moudrost a zkušenost*.

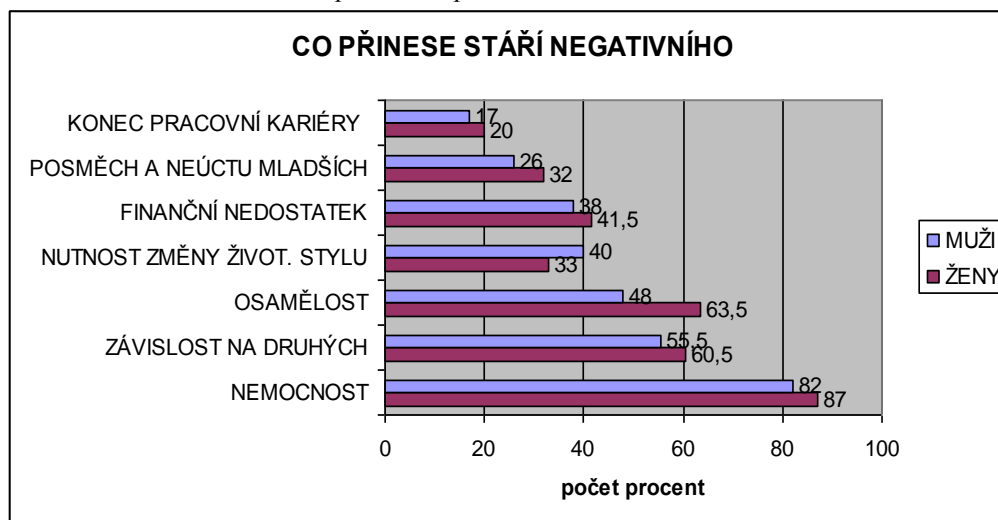
Položka č. 17 – Co přinese stáří negativního?

Období stáří přináší mnoho změn, které jsou obecně považovány spíše za ztráty. Některé přijít musejí, jako např. konec pracovní kariéry a s tím spojená změna životního stylu, jiné přijít mohou, např. nemoci a závislost na druhých jsou považovány téměř za synonyma stáří, ale není tomu tak u každého starého člověka. Mínění respondentů ukazuje tabulka 5 a graf č. 19.

Tab.5 Absolutní počty odpovědí dle pohlaví na otázku 17

Co přinese stáří negativního?	celkem	ženy	muži
NEMOCNOST	246	183	63
OSAMĚLOST	170	133	37
ZÁVISLOST NA DRUHÝCH	169	127	42
FINANČNÍ NEDOSTATEK	116	87	29
NUTNOST ZMĚNY ŽIVOTNÍCH STYLU	101	70	31
POSMĚCH A PROJEVY NEÚCTY MLADŠÍCH	87	67	20
KONEC PRACOVNÍ KARIÉRY	55	42	13

Graf č. 19 Relativní četnost odpovědí dle pohlaví na otázku č. 17



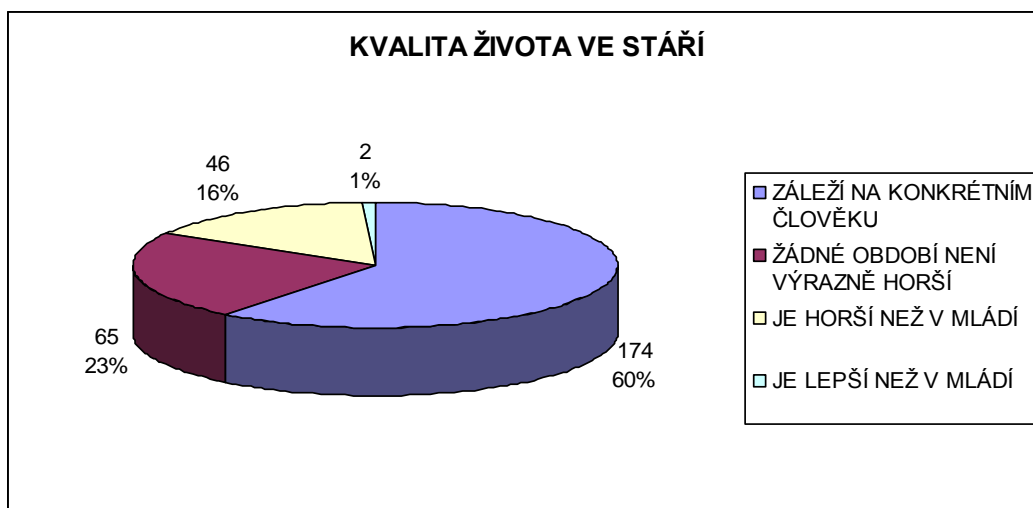
Graf potvrzuje, že ve vědomí většiny lidí je stáří spojeno s nemocemi, vnímá to tak 87 % žen a 82 % mužů. Na dalších místech jsou závislost a osamělost, následované finančním nedostatkem a nutností změnit životní styl. Závislost a osamělost vnímají mnohem více jako hrozbu ženy, závislost označilo o 18,5 % více žen než mužů, osamělost dokonce o 26,5 % více žen.

Položka č. 18 – Kvalita života ve stáří

Položka č. 18 nabídla čtyři odpovědi jako dokončení k výroku o kvalitě života ve stáří, z nichž si měl respondent vybrat pouze jednu. Výsledky přehledně ukazuje graf č. 20.

Kvalita života je subjektivní posouzení životní situace a záleží na mnoha faktorech vnějších i vnitřních, jak je konkrétním jedincem vnímána. S tím souhlasí 60 % všech respondentů. Nedá se říci, že by nějaké životní období bylo výrazně horší – to si myslí téměř čtvrtina dotázaných. Jen 16 % si myslí, že kvalita života ve stáří je horší než v mládí a středním věku, 74 % z těch, co označili tuto odpověď jsou lidé ve věku do 30 let a převládají zde ženy. opak tvrzení zvolili dvě ženy.

Graf č. 20: Absolutní i relativní četnost odpovědí všech respondentů na otázku č. 18



V 16 % respondentů, kteří si myslí, že kvalita života je ve stáří horší, jsou v 93 % zastoupeni lidé se středo- a vysokoškolským vzděláním (43 absolutně). Co se týká věku, myslí si to zejména mladí do 30 let (74 %, 34 absolutně).

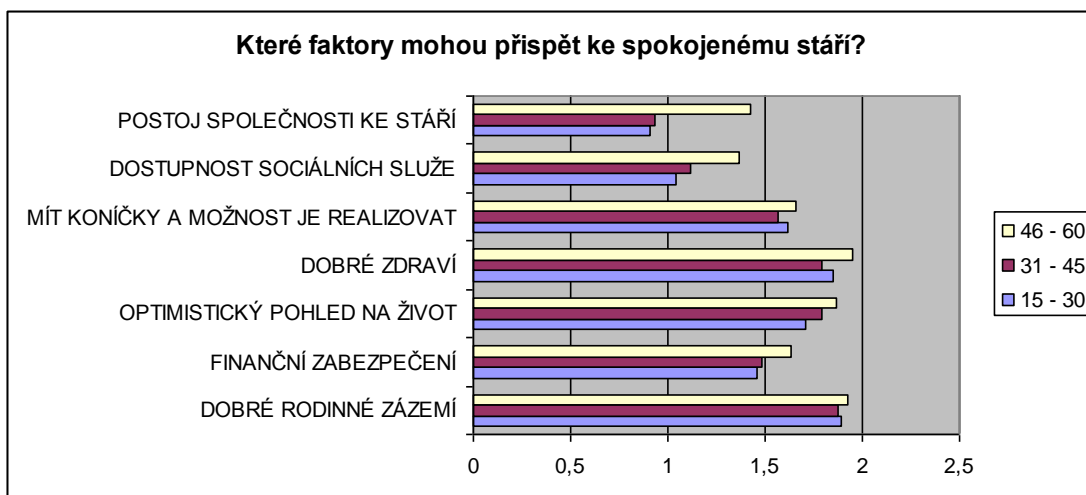
Položka č. 19 – Které faktory mohou přispět ke spokojenému stáří?

I přes různá omezení může být stáří prožito spokojeně. Některé faktory, které k tomu mohou přispět můžeme ovlivnit sami dobrou přípravou na stáří. Které faktory mohou spokojenost v tomto životním období příznivě ovlivnit zjišťovala položka č. 19. Položka obsahovala 7 podotázek a na každou měl respondent odpovědět v rozmezí ++ až --, přičemž hodnoty odpovídají číslům +2 až -2. Průměry odpovědí jsou zpracovány v tabulce a grafu.

Tab. 6: Průměr odpovědí na položku č. 19 dle věku respondentů

Faktory přispívající ke spokojenému stáří	Celkem	15 - 30	31 - 45	46 - 60
DOBŘE RODINNÉ ZÁZEMÍ	1,892	1,893	1,871	1,921
FINANČNÍ ZABEZPEČENÍ	1,484	1,455	1,484	1,632
OPTIMISTICKÝ POHLED NA ŽIVOT	1,749	1,711	1,79	1,868
DOBŘE ZDRAVÍ	1,85	1,85	1,79	1,947
MÍT KONÍČKY A MOŽNOST JE REALIZOVAT	1,61	1,615	1,565	1,658
DOSTUPNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	1,101	1,043	1,113	1,368
POSTOJ SPOLEČNOSTI KE STÁŘÍ	0,983	0,909	0,935	1,421

Graf č. 21: Zobrazení průměrů odpovědí na sadu podotázek u položky č. 19 dle věku.



Všechny nabídnuté faktory podle respondentů mohou přispívat ke spokojenému stáří, protože až na faktor *postoj společnosti ke stáří* je průměr

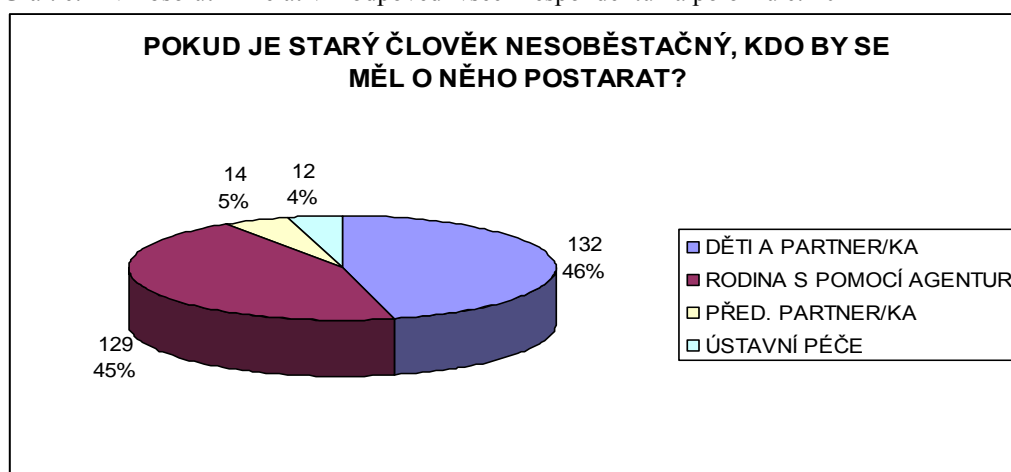
odpovědi všech dotázaných vyšší než 1. Za nejdůležitější pro spokojené stáří považují respondenti bez rozdílu věku *dobré rodinné zázemí* a *dobré zdraví*. Vysoce je hodnocen *optimistický pohled na život* a *mít koníčky a možnost je realizovat*. *Finanční zabezpečení* je až na pátém místě.

Respondenti z nejstarší věkové skupiny hodnotili výše než ostatní dotázaní všechny podotázky, výrazně vyšší důraz než mladší pak kladou na *postoj společnosti ke stáří* (průměr u skupiny 15 – 30 let je 0,909, u skupiny 46 – 60 činí 1,421) a *dostupnost sociálních služeb* (průměr u skupiny 15 – 30 let je 1,101 a u skupiny 46 – 60 let 1,368).

Položka č. 20 – Pokud je starý člověk nesoběstačný, kdo by se měl o něho postarat?

Ztráta autonomie je jednou z největších hrozeb stáří a lidé se většinou snaží zachovat si ji co nejdéle a neradi žádají druhé o pomoc. Přesto může s postupujícím věkem dojít k tomu, že starý člověk nebude moci nadále postarat o svoji domácnost i o sebe. Většina seniorů v tomto případě spoléhá na nejbližší rodinné příslušníky. Postoj respondentů k otázce pomoci nesoběstačným rodičům zjišťovala otázka č. 20.

Graf. č. 22: Absolutní i relativní odpovědi všech respondentů na položku č. 20



Naprostá většina respondentů soudí, že zapojit do péče o nesoběstačného seniora by se měla především rodina – 46 % si myslí, že by to měl být partner a děti, 45 % soudí, že rodina s pomocí agentur domácí péče, 5% zadrželo, že by to měl být především životní partner. Pouze 4 % , což je v našem vzorku 12 respondentů, uvedla jako nejlepší možnost ústavní péči. Z těchto dvanácti osob bylo 7 mužů a pět žen.

Položka č. 21 - Jaké hodnoty jsou podle Vás pro seniory nejvýznamnější?

Tato otázka byla projektová, respondenti měli hodnotit důležitost životních hodnot pro seniory nabídnutých v rozmezí ++ až – a stejně jako u položky č. 19 byl zde vypočítán průměr odpovědí. Přehled podává tabulka.

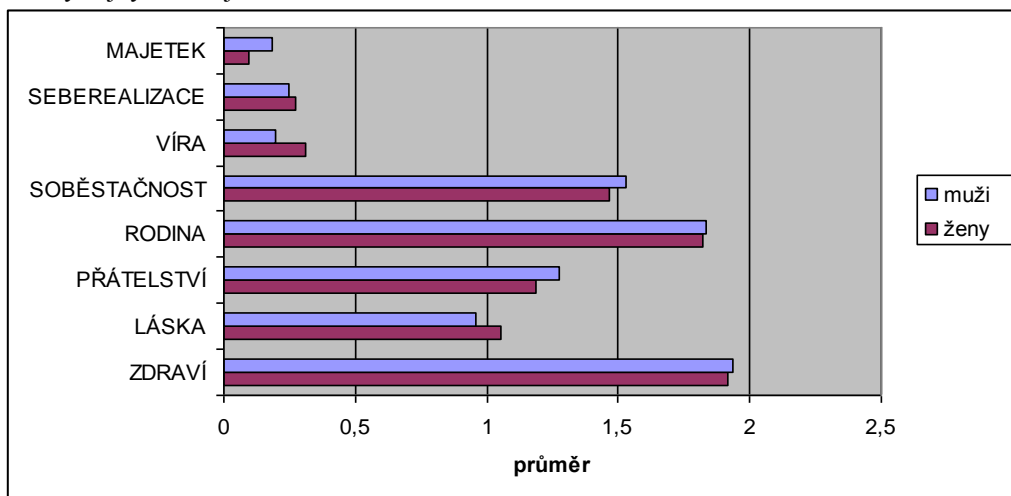
Tab.7 Průměrné hodnoty odpovědí na podotázky položky č. 21 rozdělené dle pohlaví

Jaké hodnoty jsou podle vás pro seniory nejvýznamnější?	ženy	muži	celkem
ZDRAVÍ	1,919	1,935	1,923
LÁSKA	1,052	0,961	1,028
PŘÁTELSTVÍ	1,186	1,273	1,209
RODINA	1,824	1,831	1,826
SOBĚSTAČNOST	1,467	1,532	1,484
VÍRA	0,314	0,195	0,282
SEBEREALIZACE	0,276	0,247	0,268
MAJETEK	0,095	0,182	0,118

Všechny uvedené hodnoty mají podle názoru respondentů ve stáří svůj význam. Nejvyšší důležitost je podle očekávání přisuzována zdraví a rodině, vysoce hodnocena je také soběstačnost. Trojlístek doplňuje přátelství a láska. Naopak malá důležitost je přikládána víře a seberealizaci, nejmenší pak majetku. Ale žádná z hodnot nemá záporné číslo. Odpovědi mužů a žen se neliší příliš výrazně, přesto se dá říci, že muži přisuzují o něco vyšší důležitost všem hodnotám kromě lásky a víry.

Pro větší přehlednost jsou čísla z tabulky převedena ještě do grafu č. 23.

Graf č. 23: Porovnání odpovědí dle pohlaví na otázku: Jaké hodnoty jsou podle Vás pro seniory nejvýznamnější?



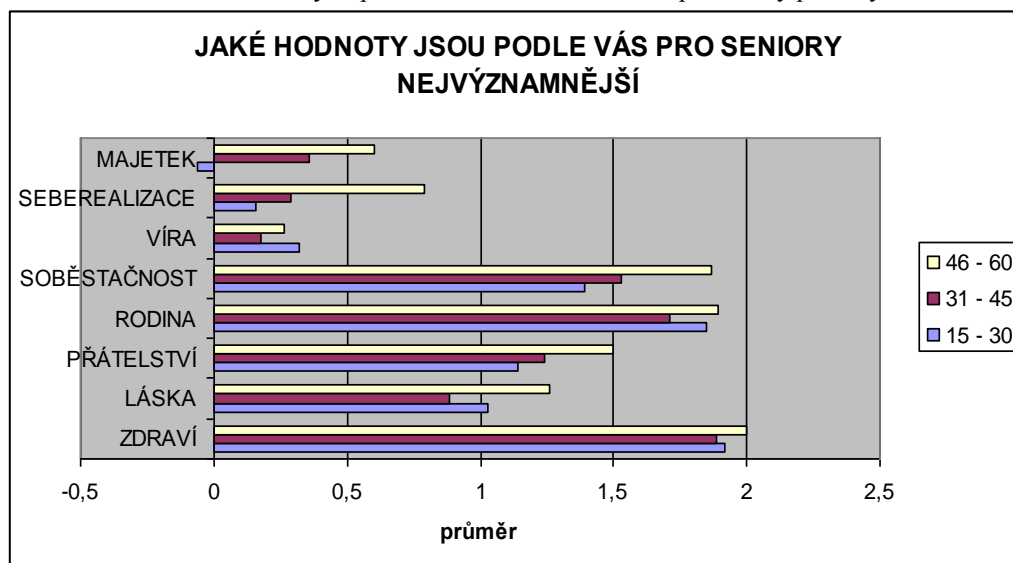
Odpovědi na stejnou otázku byly porovnány ještě podle věku respondentů (viz. tab. a graf č. 24).

Tab. 8: Průměrné hodnoty odpovědí na otázku č. 21 dle věku respondentů

Jaké hodnoty jsou podle vás pro seniory nejvýznamnější?	15 - 30	31 - 45	46 - 60
ZDRAVÍ	1,92	1,887	2
LÁSKA	1,027	0,887	1,263
PŘÁTELSTVÍ	1,139	1,242	1,5
RODINA	1,85	1,71	1,895
SOBĚSTAČNOST	1,39	1,532	1,868
VÍRA	0,321	0,177	0,263
SEBEREALIZACE	0,155	0,29	0,789
MAJETEK	-0,059	0,355	0,605

Průměr odpovědí ukazuje, že nejvyšší význam všem hodnotám přisuzují respondenti z kategorie 46 – 60 let (kromě víry, která dosáhla vyšší hodnoty u skupiny nejmladší). Význam některých hodnot stoupá s věkem, tak je tomu u přátelství a soběstačnosti, seberealizace a majetku. Nejmladší skupina se domnívá, že majetek není pro seniory významnou hodnotou, jako u jediné hodnoty zde vyšlo záporné číslo.

Graf č. 24: Průměrné hodnoty odpovědí rozdělené dle věku na podotázky položky č. 21



3. 5 Diskriminace seniorů a špatné zacházení

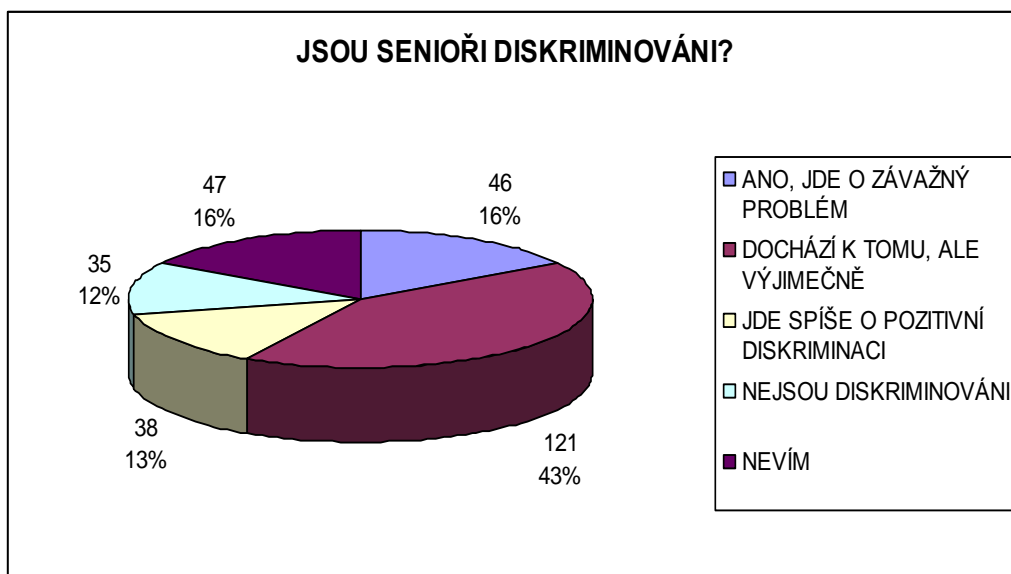
S přibývajícím počtem starých lidí nabývá na významnosti problém jejich diskriminace. Otázky č. 22, 23 a 24 zjišťovaly názor veřejnosti na to, zda jsou staří lidé diskriminováni, a kde k tomu podle názoru respondentů nejčastěji dochází. Za extrémní formu diskriminace starých lidí je považováno špatné zacházení s nimi, tzv. syndrom EAN. Jde o společensky velmi závažný jev, jemuž není prozatím u nás věnována dostatečná pozornost.

Položka č. 22 – Jsou senioři diskriminováni?

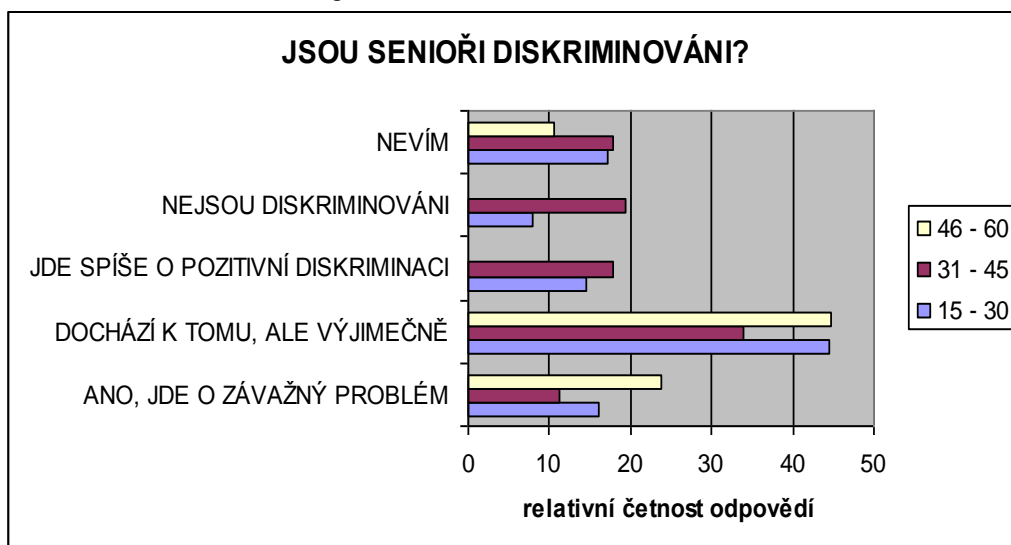
Za závažný problém považuje diskriminaci pouze 16 % dotázaných, 43 % si myslí, že k ní dochází pouze výjimečně a 12 % si myslí, že senioři diskriminováni nejsou. 13 % odpovídajících ji vidí zejména jako pozitivní diskriminaci ve formě různých slev pro seniory. apod.

Grafické znázornění relativní četnosti odpovědí je na obr. Relativní četnost odpovědí respondentů tří věkových kategorií zobrazuje graf č. 25

Graf č. 25: Absolutní a relativní četnost odpovědí všech respondentů na otázku: Jsou senioři diskriminováni?



Graf č. 26: Relativní četnost odpovědí dle věku na otázku: Jsou senioři diskriminováni?

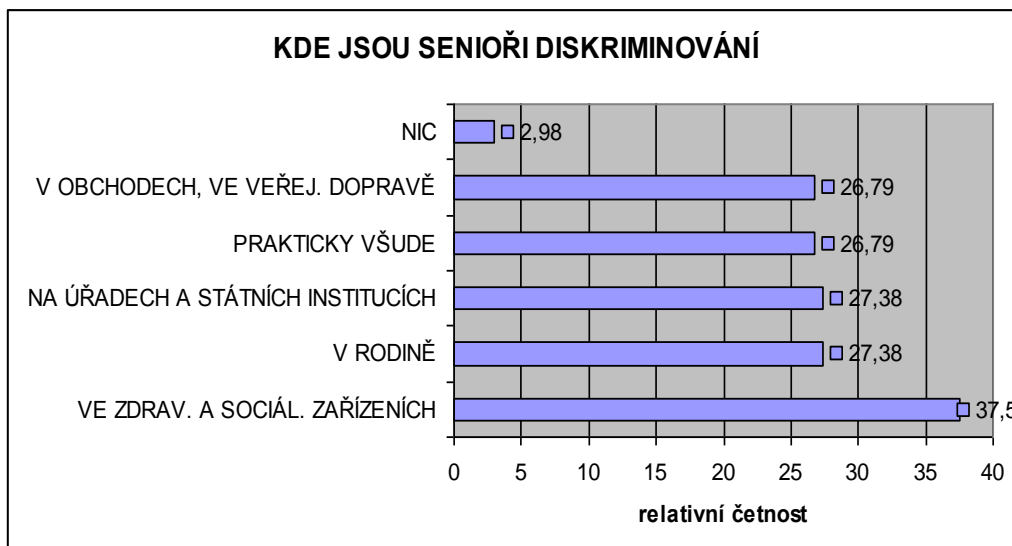


Položka č. 23 – Pokud souhlasíte s tím, že dochází k diskriminaci starších lidí, kde k ní dochází?

Otázka č. 23 zjišťovala názor na to, kde všude může k diskriminaci docházet a nabídla pět odpovědí, respondent mohl zvolit jednu nebo více možností. Šlo o otázku nepovinnou, pokud by si dotázaný nevybral žádnou

odpověď, mohl otázku přeskočit. Relativní četnost označených odpovědí zobrazuje graf na obr.

Graf č. 27: Relativní četnost odpovědí na otázku: Kde podle vás dochází k diskriminaci seniorů?

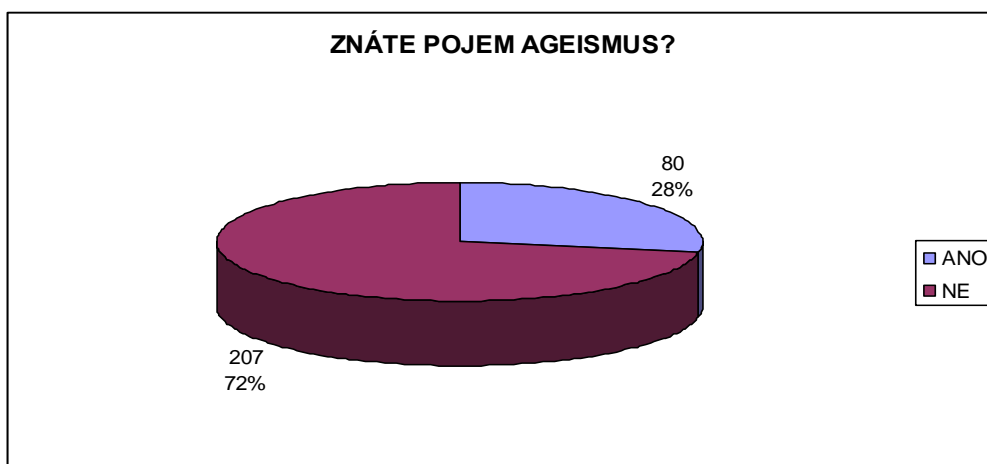


Nejvíce byly respondenty jako místo možného výskytu diskriminace označována zdravotnická zařízení a zařízení sociálních služeb (37,5%). Podle více než čtvrtiny respondentů (27 %), jsou senioři diskriminováni prakticky všude. Tuto možnost označilo 45 respondentů, z toho více žen (82 % oproti 18 % mužů) a téměř polovina (45 %) z nich uvedla, že se stýká se seniory každý týden. Spíše ji volili mladí lidé do 30 let (67 % odpovědí), s vyšším vzděláním (94 % s VŠ nebo střední s maturitou).

Položka č. 24 – Znáte pojem ageismus?

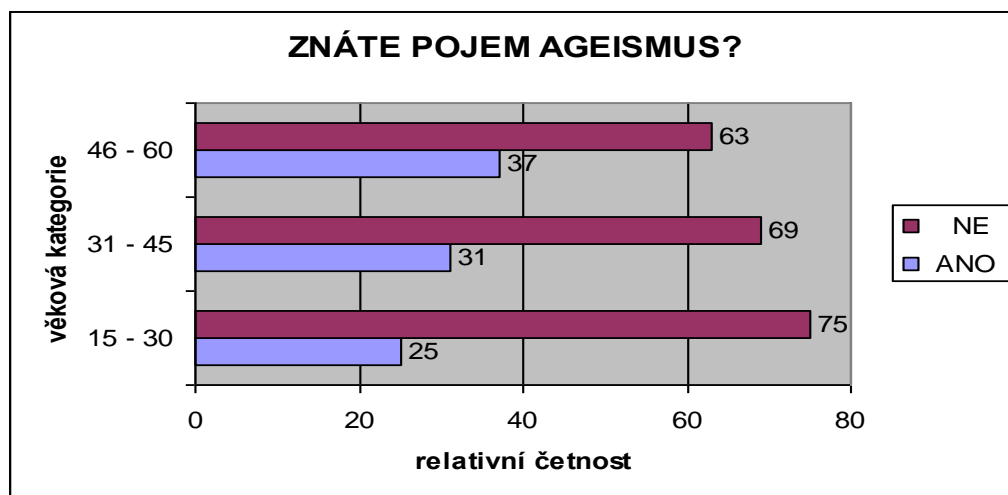
Pro diskriminaci na základě věku je užíván pojem ageismus. Na znalost tohoto pojmu se ptala otázka č. 24. Šlo o otázku dichotomickou, na niž je možné odpovědět pouze ano nebo ne.

Graf č. 28: Absolutní a relativní četnost všech odpovědí na položku č. 24



Z grafu je vidět, že tento pojem je znám pouze 28 % ze všech dotázaných. Rozložení odpovědí z hlediska věku přehledně udává graf č. 29.

Graf č. 29: Relativní četnost odpovědí na položku č. 24

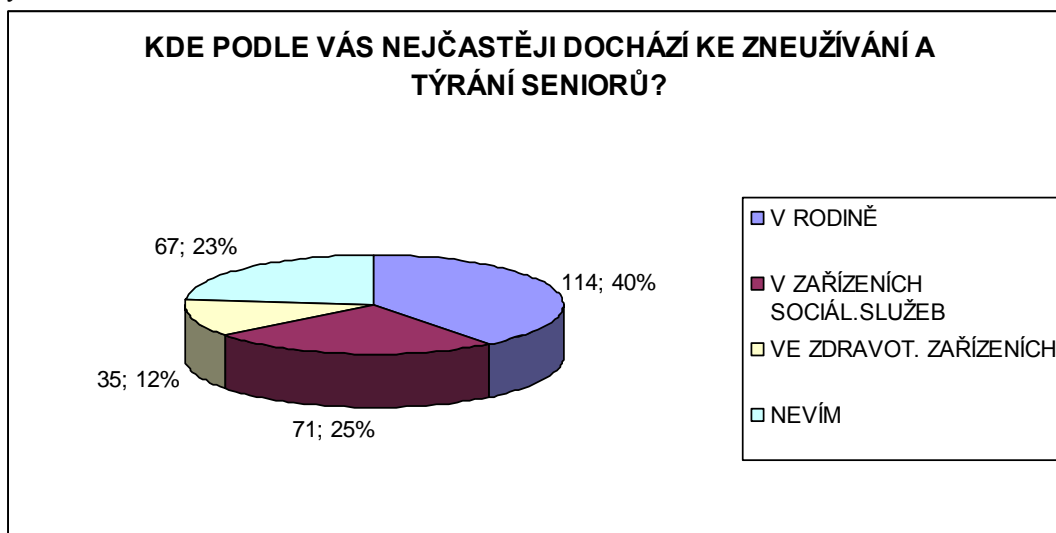


Mezi jednotlivým věkovými skupinami jsou rozdíly, pojem ageismus znají nejvíce nejstarší respondenti (37 %) a nejméně ti nejmladší (25 %).

Položka č. 25 – Zneužívání a týrání seniorů je významným problémem. Kde k němu podle Vás nejčastěji dochází?

V první části otázky je již formulováno, že špatné zacházení se seniory představuje závažný problém, respondenti se tedy nevyjadřovali k jeho existenci, ale k tomu, kde k němu podle jejich názoru nejčastěji dochází. Byly nabídnuta tři místa možného výskytu a odpověď nevím. Představu celého vzorku respondentů ukazuje graf č. 30.

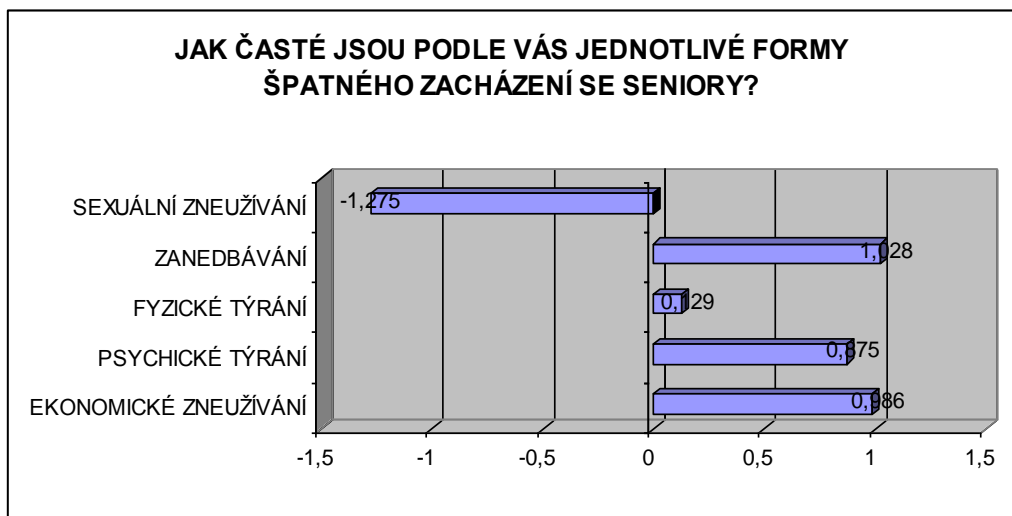
Graf č. 30 Odpovědi respondentů na otázku: Kde podle vás nejčastěji dochází ke zneužívání a týrání seniorů?



Položka č. 26 – Jak časté jsou podle vás jednotlivé formy špatného zacházení se seniory?

Názory všech respondentů na to, jak jsou jednotlivé formy týrání a zneužívání seniorů rozšířené, ukazuje graf na obr. U každé položky byla opět pětistupňová škála ++ /+ /0 /- /---. Nabídka odpovědí vychází z teoretické části této práce.

Graf 31: Průměr odpovědí na položku č. 26 všech respondentů



Tab. 9: Přehled odpovědí na otázku: jak časté jsou podle vás jednotlivé formy špatného zacházení se seniory

Formy špatného zacházení se seniory	celkem	ženy	muži
EKONOMICKÉ ZNEUŽÍVÁNÍ	0,986	1	0,948
PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ	0,875	0,962	0,636
FYZICKÉ TÝRÁNÍ	0,129	0,248	-0,195
ZANEDBÁVÁNÍ	1,028	1,095	0,844
SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ	-1,275	-1,219	-1,429

Z odpovědí je vidět, že osoby z našeho vzorku se domnívají, že nejčastější formou syndromu EAN je zanedbávání. Ekonomické zneužívání je dle nich méně časté, vyskytuje se přibližně stejně často jako psychické týrání. Méně si lidé dokáží představit výskyt fyzického týrání a sexuální zneužívání ve stáří je pro většinu téměř nepředstavitelné.

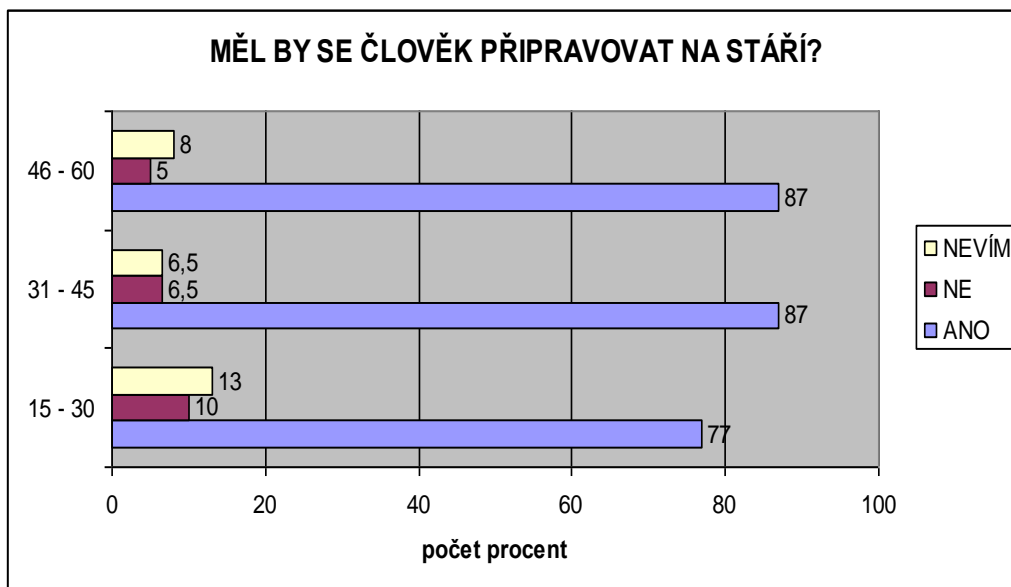
3. 6 Příprava na stáří

Stáří je výhledově budoucností každého z nás. V současnosti probíhá mnoho diskuzí na téma důchodové reformy a otázka zodpovědnosti za své stáří, tzn. i včasné přípravy na ně se stává vysoce aktuální. To, jak zodpovědně přistoupíme k přípravě na stáří, ovlivní kvalitu života v tomto období. I když redukovat tuto otázku pouze na finanční zabezpečení je nedostatečné. Stáří je stejně důležité je najít si náhradní program po odchodu ze zaměstnání. Postoj k přípravě na toto životní období zjišťovaly poslední dvě položky dotazníku.

Položka č. 27 – Měl by se člověk připravovat na stáří?

Názory respondentů podle věkových skupin na otázku, zda by se měl člověk připravovat na stáří, přehledně podává graf č.

Graf č. 32: Relativní četnost odpovědí na otázku č. 27 dle věku respondentů

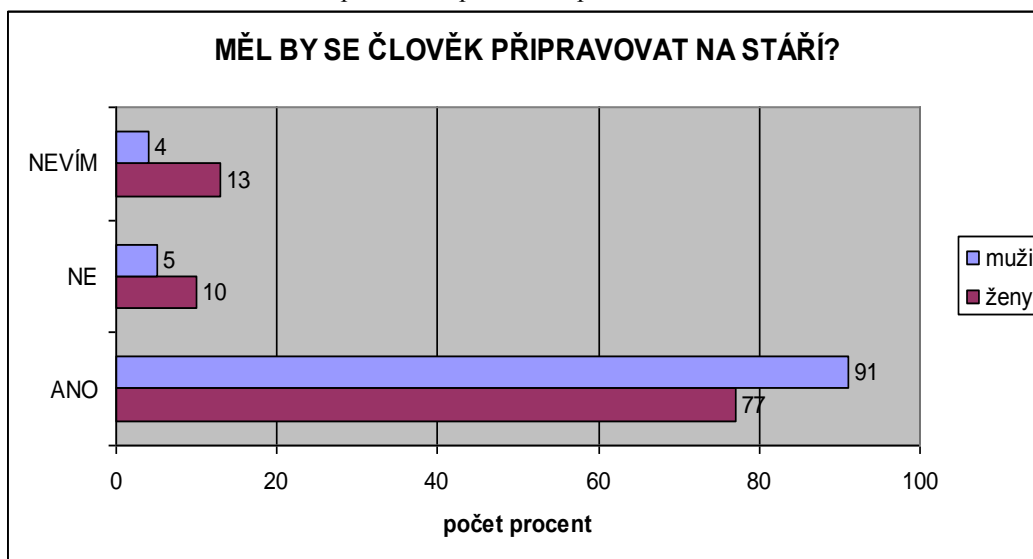


Naprostá většina respondentů je přesvědčena o nutnosti přípravy na stáří. Dá se říci, že četnost odpovědí se shoduje ve dvou starších skupinách, u obou shodně 87 % dotázaných označilo odpověď ano. Trochu se liší výsledky

u nejmladší kategorie, kde ano odpovědělo 77 % respondentů, 10 % zadrželo ne a 13 % nevím.

Zajímavé je porovnání výsledků podle pohlaví (viz graf č.), z něhož vyplývá zodpovědnější přístup mužů k této otázce, 91 % jich odpovědělo ano oproti 77 % žen a jen 5 % (pouze 4 respondenti) mužů zadrželo odpověď ne, oproti 10 % ze skupiny žen. Pohlaví dotázaného má na odpověď větší vliv než věk.

Graf č. 33: Relativní četnost odpovědí dle pohlaví na položku č. 27



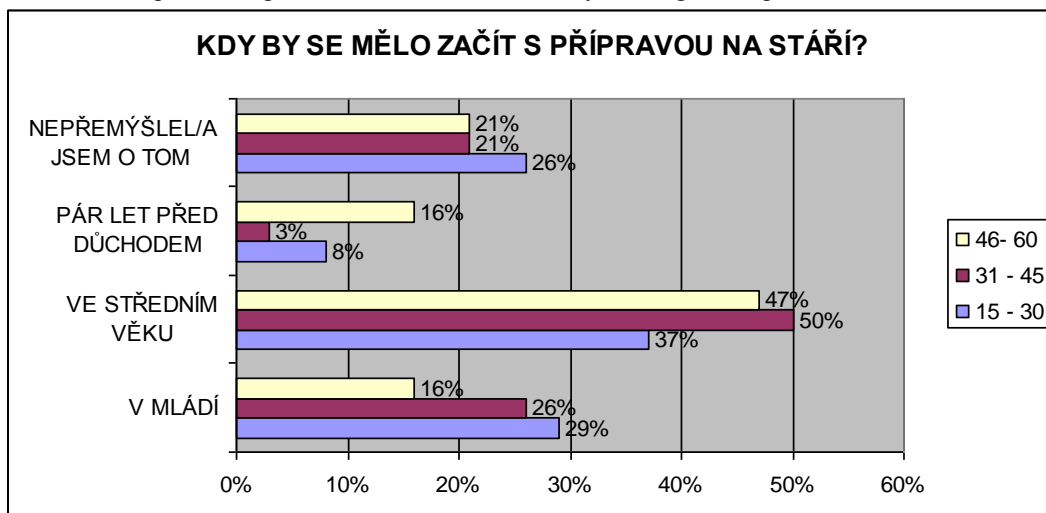
Položka č. 28 – Kdy by se měl člověk začít připravovat na stáří?

Pokud se shodneme na tom, že bychom se na závěrečné životní období měli nějakým způsobem připravovat, je další otázkou, kdy bychom s touto přípravou měli začít - zda již v mládí, ve středním věku nebo těsně před odchodem do důchodu? Postoje respondentů dle věku ukazuje graf č. 34.

Největší část dotázaných souhlasí s počátkem přípravy na závěrečnou etapu života 29 % mladých lidí do 30 let věku se přiklání k dlouhodobé přípravě na stáří, již od mládí, podobně je tomu v prostřední skupině (26 %), totéž si myslí jen 16 % z věkové kategorie 46 – 60 let.

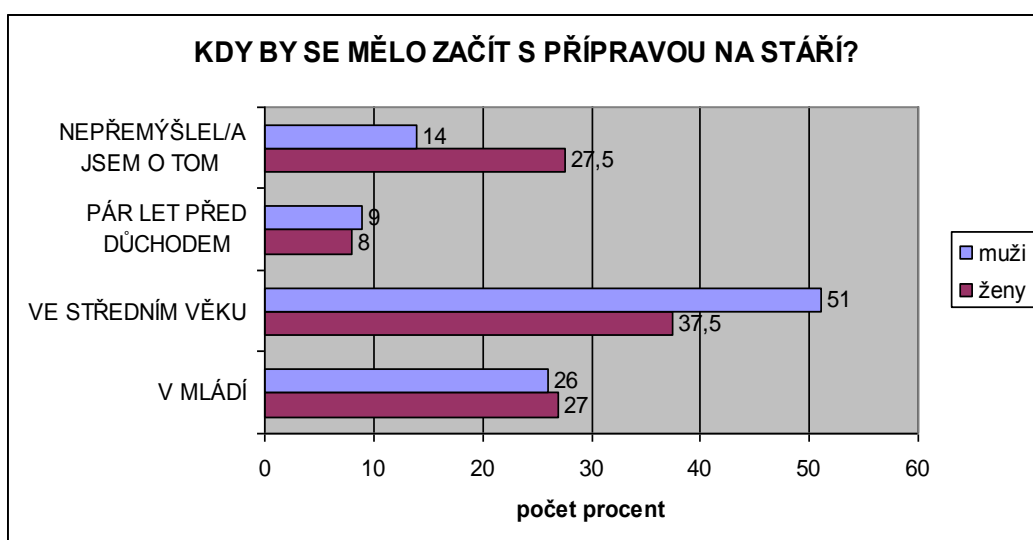
O problému nepřemýšlela čtvrtina osob z nejmladší skupiny a překvapivě pětina ze dvou dalších, přestože zejména pro ty starší jde už o aktuální záležitost. Z počtů vyplývá, že i lidé, kteří souhlasí, že je nutné se na stáří připravovat, nepřemýšlí o konkrétní době, kdy s přípravou začít.

Graf 4. 34: Odpovědi respondentů rozdělené dle věkových kategorií na položku č.28



I u této položky byly porovnány rovněž odpovědi mužů a žen, zobrazuje je graf č. 35.

Graf č. 35: Relativní četnost odpovědí na otázku č. 28 dle pohlaví respondentů



27,5 % žen a 14 % mužů o přípravě na stáří zatím nepřemýšlí, což je o něco vyšší procento respondentů, než odpovědělo ne a nevím v předchozí otázce. Nejvíce dotázaných si myslí, že s přípravou na stáří by se mělo začít ve středním věku, soudí tak 51 % mužů a 37,5 % žen. Více než čtvrtina z obou skupin klade počátek přípravy již do mládí. 8 % žen a 9 % mužů se domnívá, že postačí pár let před důchodem.

4. Shrnutí výsledků průzkumu

Data průzkumného šetření byla nejčastěji analyzována podle věku a pohlaví dotázaných. Největší návratnost dotazníků byla ve věkové kategorii 15 – 30 let, a proto data získaná od této skupiny mají největší vypovídací hodnotu.

Šetření potvrdilo předpoklad, že zařazení člověka jako seniora je nejčastěji spojováno s věkem 65 let, nebo s odchodem do důchodu. Pro více než osminu respondentů není hlavní charakteristikou chronologický věk, ale jiné ukazatele, především subjektivní vnímání sebe sama jako starého.

Výskyt některých negativních stereotypů a mýtů o stáří v populaci šetření spíše potvrdilo, zejména představa seniorů jako naivních obětí podvodníků je velmi rozšířená, takto vidí osoby vyššího věku téměř 95 procent dotázaných. Naopak 95 procent nesouhlasí s tvrzením, že láska ve stáří je směšná. Více než dvě třetiny respondentů považuje světy mladých a starých za naprosto odlišné a více než polovina si myslí, že stáří mění osobnost člověka, nebo že staří lidé jsou chroničtí stěžovatelé. S předsudkem, že lidé jsou ve stáří stejní, spíše souhlasilo a souhlasilo přes 40 procent dotázaných. Více než pětina vzorku spojuje stáří a „senilitu“. Lze říci, že výsledky odpovídají obrazu seniorů, jak jsou prezentováni médií. 80 procent respondentů se nesouhlasně vyjádřilo k tvrzení, že staří lidé si nárokují zvyšování penzí, přestože již sami nevytvářejí žádné hodnoty. To odporuje představě, že mladá a střední generace pohlíží na seniory jako na parazitující skupinu. Většina respondentů (85 %) věří, že změny způsobené stárnutím je možné oddálit způsobem života.

Za pozitiva vyššího věku byl nejvíce vybírán dostatek volného času a vnoučata, podle mnohých je přínosem též moudrost, zkušenost a konec pracovních povinností. Z nepříjemných stránek stárnutí se lidé nejčastěji obávají vyšší nemocnosti, osamělosti a závislosti na druhých. V hodnocení pozitiv a negativ spojených s vyšším věkem panuje mezi pohlavími u většiny položek shoda. Mírně odlišné je vnímání osamělosti, již se obávají spíše ženy, a nutnosti změny životního stylu, kterou považuje za negativní dopad stárnutí vyšší procento mužů.

Kvalitu života v závěrečném období života může podle většiny respondentů ovlivnit její subjektivní vnímání konkrétním jedincem. Z faktorů, které mohou přispět ke spokojenému stáří připisuje naprostá většina dotázaných větší význam nemateriálním hodnotám, především rodinnému zázemí, zdraví a optimistickému pohledu na život.

Příznivě pro mladší generace vyznívají výsledky odpovědí na otázku, kdo by se měl v případě potřeby podílet na péči o starého člověka. Jen malé procento (4 %) z dotázaných dává přednost ústavní péči, většina předpokládá zapojení blízké rodiny, event. s pomocí agentur domácí péče.

Výsledky odpovědí na položky dotazníku, jež se věnovaly diskriminaci a špatnému zacházení se seniory, ukázaly nedostatečnou informovanost o těchto problémech. Jen 16 procent účastníků šetření považuje diskriminaci za závažný problém a téměř čtvrtina si myslí, že staří lidé diskriminováni nejsou, nebo jde spíše o diskriminaci pozitivní. Zbytek se přiklání k názoru, že k ní dochází jen výjimečně nebo neví. Pojem ageismus zná necelá čtvrtina dotázaných, relativně více je znám lidem ve věku 46 – 60 let.

Podle představ respondentů může k týrání a zanedbávání seniorů docházet nejspíše v rodinách nebo v zařízeních sociálních služeb, téměř čtvrtina uvedla, že neví. Za nejčastější formu bylo označeno ekonomické zneužívání a psychické týrání, sexuální zneužívání pak jako téměř nepravděpodobné. Muži oproti ženám výskyt tohoto nebezpečného jevu spíše podceňují. Může to být proto, že ženy jsou sociálně citlivější.

Naprostá většina dotázaných souhlasí s myšlenkou přípravy na stáří, o něco zodpovědnější se z výsledků průzkumu jeví muži. V názorech na to, kdy

s přípravou začít, se jednotlivé věkové skupiny mírně liší, nejčastější je názor, že ve středním věku. Mladí lidé kladou počátek přípravy do mladšího věku, zřejmě se zde odráží diskuze kolem důchodové reformy a lépe si uvědomují zodpovědnost každého za své stáří.

Výsledky šetření mohou být inspirací pro další výzkum, konkrétně by bylo vhodné dále rozpracovat problematiku předsudků a stereotypů. Další výzkum se nabízí na téma diskriminace, co lidé vnímají jako diskriminaci. A vzhledem k aktuálnosti se dále věnovat postojům k přípravě na stáří.

Výzkumem se vždy pouze přibližujeme realitě, výsledky nikdy zcela neodpovídají skutečnosti, je proto třeba použít více metod výzkumu, protože jen to může přispět k hlubšímu a komplexnějšímu poznání.

Závěr

Potřebu více se zabývat otázkami stárnutí a stáří přináší stále se zvyšující počet osob pokročilého věku. Nutnost redefinovat postavení seniorů i stáří jako životního období si uvědomují odborníci i politici. Prvním předpokladem je vytvořit reálný obraz o životě v tomto období, jeho délce a ovlivnitelnosti. Pochopit stáří v jeho celistvosti, rozumět tomu, co staří lidé mohou a co už ne.

Přestože nové výzkumy vyvracejí představu o nevyhnutelném úpadku v této etapě, přináší rostoucí délka života mnoho změn, které vzhledem ke své specifčnosti vyžadují zvláštní pozornost. Mezi negativní aspekty zejména pokročilého stáří patří vyšší nemocnost při atypickém průběhu chorob a jejich sdružování. Jednou z otázek tedy je, zda je zdravotní systém adaptován na druh zdravotnické péče, jakou tito lidé potřebují.

Ve stáří více než kdy jindy platí také vzájemná provázanost zdravotní a sociální situace. Závažným zvratem je již samotný odchod do důchodu, který mění sociální status člověka. S úbytkem sociálních rolí dochází i k zúžení sociálních vztahů. Roste riziko ztráty partnera v souvislosti s ovdověním. Ne každý člověk se umí se všemi změnami vyrovnat, proto ve stáří stoupá výskyt psychických poruch a psychosomatických onemocnění.

Jako specifická věková kategorie jsou senioři ohroženi také některými sociálními riziky, jde zejména o generační intoleranci, která vede k věkové diskriminaci až segregaci starých lidí. Velmi nebezpečným jevem je týrání a zanedbávání seniorů.

Seniorská populace vykazuje některé společné charakteristiky, ale ve skutečnosti se jedná o skupinu velmi různorodou, která se navíc v posledních letech mění. Stereotyp stáří jako období ztrát je nahrazován obrazem stáří jako období šancí a nových možností, obdobím produktivním. Dnešní šedesátník neodpovídá zažitému obrazu důchodce – je vzdělanější, zvyklý používat moderní technologie a je v lepší kondici. Skrývá proto velký potenciál. Jen si musíme zvyknout, že potenciál generace seniorů je jiný než u mladé a střední generace. S příchodem stáří život nekončí, ale začíná jeho další etapa.

Důstojné a spokojené stáří ovšem nepřijde samo, je nutné pro to něco udělat. Nejen vytvářením materiálních zdrojů, ale i včasným řešením bytové situace a především zdravým životním stylem, posilováním mezilidských vztahů a pozitivním vztahem k životu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. 1.vyd. Praha : Panorama, 1989. ISBN 80-7038-044-6

ALLPORT, G. W. *O povaze předsudků*. 1. vyd. v čes. jazyce. Praha: Prostor, 2004. ISBN 80-7260-125-3

BLATNÝ, M. a kol. *Psychologie osobnosti – Hlavní témata, současné přístupy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-3434-7

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7

DOPITA, M. Věk: stáří – Role: prarodič. In SÝKOROVÁ, D. ŠIMEK, D. DVOŘÁKOVÁ, M. (eds.) *Třetí věk trojí optikou*. (s. 33 – 44), 1. vyd. Olomouc: Universita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1006-0

DRAGOMIRECKÁ, E., ŠELEPOVÁ, P. Kvalita života u seniorů – mezinárodní výzkum. In HNILICOVÁ, H. (ed.) *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 91-101. ISBN 80-86625-20-6

ELIAS, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7

FARKOVÁ, M. *Dospělost a její variabilita*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2480-5

FERENČÍK, M., ROVENSKÝ, J., SHOENFELD, Y., MAŤHA, V. *Imunitní systém – informace pro každého*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1196-6

GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4

GILLERNOVÁ, I., KEBZA, V., RYMEŠ, M. et al. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-0179-0

GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská universita, 1998. ISBN 80-7040-286-5

GRUSS, P. (ed.) *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6

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

HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. 1.vyd. Praha : Knižní klub, 1997. ISBN 80- 7176-536-8

HAMILTON-STUART, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2

HNILICA, K. *Stereotypy, předsudky, diskriminace*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1776-3

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. vyd. Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4

KALVACH, Z., et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie. 1. díl. Pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3270-1

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9

KOLAŘÍKOVÁ, S. *Paliativní a hospicová péče*. Praha: 2010. Bakalářská práce. Universita Jana Amose Komenského. Vedoucí bakalářské práce PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

KOSEK, J. *Člověk je (ne)tvor společenský: Kapitoly ze sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Argo, Dokořán, 2004. ISBN 80-7203-591-6 (Argo, Praha) ISBN 80-86569-85-3 (Dokořán, Praha)

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-1196-6

KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4

KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2069-2

KURIC, J. et al. *Ontogenetická psychologie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.

KÜBLER-ROSS, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Nové Město nad Metují: Signum Unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktual. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3

MARTINKOVÁ, M. *Špatné zacházení s osobami pokročilého věku – se zvláštním zřetelem k domácímu násilí*. 1. vyd. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2009. ISBN 978-80-7338-087-8

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2

MÜHLPACHR, P. (ed.) *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1

NOVÁK, T. *O předsudcích*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Doplněk, 2002. ISBN 80-7239-121-6

OLŠAN, M. *Senioři v silniční dopravě. Pomocník a rádce seniorům*. Praha: Ministerstvo dopravy, 2009.

OLŠOVSKÝ, J. *Slovník filozofických pojmů současnosti*. 2. vyd. rozš. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1266-4

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8

PAVLATOVÁ, I. *Týrání a zneužívání seniorů: Přehledová studie*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova universita. Fakulta sociálních studií, katedra sociologie. Vedoucí práce Mgr. Lucie Vidovičová.

PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3

PUNCH, K. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9

PROKOP, J. *Spiritualita umírajících pacientů*. 1. vyd. Brno: Masarykova universita, Lékařská fakulta, 2006. ISBN 80-210-4131-5

RABUŠIC, L. Časové aspekty českého důchodového věku. *Sociologický časopis*, 1998, roč. 34, č. 3 s. 267 – 283. ISSN 0038-0288

SCHOPENHAUER, A. *O smrti*. Brno: Zvláštní vydání, 1996. ISBN 80-85436-41-8

SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4

SÝKOROVÁ, D. Osobní autonomie seniorů v kontextu rodinných vztahů. In SÝKOROVÁ, D. ŠIMEK, D. DVOŘÁKOVÁ, M. (eds.) *Třetí věk trojí optikou*. (s. 33 – 44), 1. vyd. Olomouc: Universita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1006-0

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5

ŠIKLOVÁ, J. *Matky po e-mailu*. 1. vyd. Praha: Kalich, 2009. ISBN 978-80-7017-124-0

ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1740-1

ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří*. 2. přeprac. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983.

THELENOVÁ, K. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010. ISBN 978-80-7372-582-2

TOPINKOVÁ, E. Geriatrická paliativní péče a péče o umírající. *Česká geriatrická revue*, 2004, č.1, s. 14–21. ISSN 1214-0732

TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6

TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6

TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9506-0

TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2009. ISBN 978-80-251-2104-7

TROJAN, S. et al. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace: nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova universita, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6

VLČEK, J., FIALOVÁ, D. et al. *Klinická farmacie I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3169-8

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0042-5

ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8

Postavení a diskriminace seniorů v České republice: Sborník z mezinárodní konference. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-86878-52-X

Dost. také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3482/sbornik_diskriminace.pdf

INTERNETOVÉ ZDROJE

DRÁSTOVÁ, H., KROMBHOLZ, R. Deprese v séniu. *Medicína pro praxi*. [online] 2006, č. 5, s. 241-243 [cit. 2012-01-06] Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200605-0008.php>

ĎOUBAL, S. *Měření biologického věku*. [online] [cit. 2011-11-05] Dostupné z: <http://www.faf.cuni.cz/apps/Gerontology/biologicalage/measurement/BiologicalAgeMeasurement.asp>

ĎOUBAL, S. *Biologický věk a jeho význam*. [online] [cit. 2011-11-05] Dostupné z <http://www.faf.cuni.cz/apps/Gerontology/biologicalage/importancy/age.asp>

EHRENBERGEROVÁ, L. Stáří v populárně naučné literatuře – interpretativní analýza. *Sociologický časopis* [online] 2002, č. 5, s. 607 – 619. [cit. 2012-02-22] Dostupné z: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/9bd4d217a2f69d123cddb37d28b24d8417facc1_258_ehrenb.pdf

HOLMEROVÁ, I., VAŇKOVÁ, H., DRAGOMIRECKÁ, E., JANEČKOVÁ, H. VELETA, P. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi* [online] 2006, roč. 7, č. 4, s. 182–184. ISSN 1803-5272 [cit.2012-01-14] Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/magno/psy/2006/mn4.php>

JIRÁK, R. Organicky podmíněné psychické poruchy. *Postgraduální medicína* [online] 2005, č. 5. [cit. 2011-12-18] Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/organicky-podminene-psychicke-poruchy-272922>

SEDLÁKOVÁ, R. *Obraz seniorů a stárnutí v českých médiích aneb přispívají mediální obsahy k věkově inkluzivní společnosti?* [online] Dostupné z: http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Bocak1/pdf_doc/sedlakova.pdf

SHEARDOVÁ, K. Mírná kognitivní porucha v praxi. *Psychiatrie pro praxi* [online] 2010, roč. 11, č. 2, s. 62 – 65. [cit. 21. 10. 11] Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/02/06.pdf>

SVOBODOVÁ, K. Příprava na stáří a odchod do důchodu. [online] [cit. 2012-01-23] Dostupné z: http://kdem.vse.cz/resources/relik09/Prispevky_PDF/Svobodova.pdf

SÝKOROVÁ, D. Senioři v rodině. *Intergenerační vztahy*. [online] [cit. 2012-01-23] Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/mezigeneracni-vztahy-a-starnuti-v-svp>

WEBER, P. Diabetes mellitus – specifika komplikace ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. [online] 2008, č. 10, s. 456 – 460 [cit. 2011-12-27] Dostupné z: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:o2BgJVVKpKIJ:www.solen.cz/pdfs/int/>

WERNER, P. Velké geriatrické syndromy – vztah k polymorbiditě a disaptibilitě v séniu. *Postgraduální medicína. Příloha*. [online] 2004 [cit. 2011-12-21] Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/velke-geriatricke-syndromy-vztah-k-polymorbidite-a-dysaptibilite-161496>

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Rozdělení respondentů z hlediska pohlaví a věku	100
Tab. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů dle věku	101
Tab. 3 Jak často trávíte delší dobu s lidmi důchodového věku – přehled absolutní i relativní četnosti	102
Tab. 4 Absolutní počty odpovědí dle pohlaví na otázku 16	115
Tab. 5 Absolutní počty odpovědí dle pohlaví na otázku 17	116
Tab. 6 Průměr odpovědí na položku č. 19 dle věku respondentů	118
Tab. 7 Průměrné hodnoty odpovědí na podotázky položky č. 21 - rozdělené dle pohlaví	120
Tab. 8 Průměrné hodnoty odpovědí na otázku č. 21 dle věku respondentů	121
Tab. 9 Přehled odpovědí na otázku: jak časté jsou podle vás jednotlivé formy špatného zacházení se seniory	127

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů	99
Graf č. 2 Věk respondentů	100
Graf č. 3 Rozdělení všech respondentů podle dosaženého vzdělání	101
Graf č. 4 Jak často trávíte delší dobu s lidmi důchodového věku – celý soubor respondentů	102
Graf č. 5 Jak často trávíte delší dobu s lidmi důchodového věku – porovnání dle věkových kategorií	103
Graf č. 6 Vymezení kategorie seniora - souboru všech respondentů	104
Graf č. 7 Vlastní odpovědi respondentů na otázku: Kdy se člověk stává seniorem?	104

Graf č. 8 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Staří lidé si jsou podobní	106
Graf č. 9 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Staří a mladí jsou dva naprosto odlišné světy	107
Graf č. 10 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Stáří změní osobnost člověka	107
Graf č. 11 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Senioři mají více nehod než ostatní řidiči	108
Graf č. 12 Postoje respondentů dle věku k výroku: Staří lidé si pořád na něco stěžují	109
Graf č. 13 Postoje respondentů dle věku k výroku: Senioři jsou často obětí různých podvodníků	110
Graf č. 14 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Láska ve stáří je směšná	111
Graf č. 15 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Senioři již nevytvářejí žádné hodnoty, ale nárokují si stále zvyšování důchodů	112
Graf č. 16 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Většina lidí se stane „senilními“, pokud se dožijí vyššího věku	113
Graf č. 17 Vyjádření postojů respondentů dle věku k výroku: Změny způsobené stárnutím je možné oddálit způsobem života	114
Graf č. 18 Relativní počty odpovědí dle pohlaví na otázku: Co přinese stáří pozitivního?	115
Graf č. 19 Relativní četnost odpovědí dle pohlaví na otázku č. 17	116
Graf č. 20 Absolutní i relativní četnost odpovědí všech respondentů na otázku č. 18	117
Graf č. 21 Zobrazení průměrů odpovědí na sadu podotázek u položky č. 19 dle věku	118
Graf č. 22 Absolutní i relativní odpovědi všech respondentů na položku č. 20	119

Graf č. 23 Porovnání odpovědí dle pohlaví na otázku: Jaké hodnoty jsou podle Vás pro seniory nejvýznamnější?	121
Graf č. 24 Průměrné hodnoty odpovědí rozdělené dle věku na podotázky položky č. 21	122
Graf č. 25 Absolutní a relativní četnost odpovědí všech respondentů na otázku: Jsou senioři diskriminováni?	123
Graf č. 26 Relativní četnost odpovědí dle věku na otázku: Jsou senioři diskriminováni?	123
Graf č. 27 Relativní četnost odpovědí na otázku: Kde podle vás dochází k diskriminaci seniorů?	124
Graf č. 28 Absolutní a relativní četnost všech odpovědí na položku č. 24	125
Graf č. 29 Relativní četnost odpovědí na položku č. 24	125
Graf č. 30 Odpovědi respondentů na otázku: Kde podle vás nejčastěji dochází ke zneužívání a týrání seniorů?	126
Graf č. 31 Průměr odpovědí na položku č. 26 všech respondentů	127
Graf č. 32 Relativní četnost odpovědí na otázku č. 27 dle věku respondentů	128
Graf č. 33 Relativní četnost odpovědí dle pohlaví na položku č. 27	129
Graf č. 34 Odpovědi respondentů rozdělené dle věkových kategorií na položku č.28	135
Graf č. 35 Relativní četnost odpovědí na otázku č. 28 dle pohlaví respondentů	135

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník	I
----------------------------	---

Příloha A
Dotazník - Představy o stáří

1. JSTE:

- MUŽ ŽENA

povinná otázka

2. VÁŠ VĚK:

- 15-30 31-45 46-60 více

povinná otázka

3. VAŠE VZDĚLÁNÍ:

- ZÁKLADNÍ
 STŘEDNÍ – VYUČEN
 STŘEDNÍ S MATURITOU
 VYSOKOŠKOLSKÉ

povinná otázka

**4. JAK ČASTO TRÁVÍTE DELŠÍ DOBU S LIDMI V
DŮCHODOVÉM VĚKU?**

- DENNĚ KAŽDÝ TÝDEN 1-2 KRÁT MĚSÍČNĚ MÉNĚ
ČASTO

povinná otázka

5. KDY SE ČLOVĚK STÁVÁ SENIOREM?

- PO 55. ROCE VĚKU ODCHODEM DO DŮCHODU OD 65
LET OD 75 let Jiná odpověď:

povinná otázka

6. STAŘÍ LIDÉ JSOU SI PODOBNÍ:

SOUHLASÍM
SPÍŠE SOUHLASÍM
NEVÍM
SPÍŠE NESOUHLASÍM
NESOUHLASÍM

povinná otázka

7. STAŘÍ A MLADÍ JSOU DVA NAPROSTO ODLIŠNÉ SVĚTY:

SOUHLASÍM
SPÍŠE SOUHLASÍM
NEVÍM
SPÍŠE NESOUHLASÍM
NESOUHLASÍM

povinná otázka

8. STÁŘÍ ZMĚNÍ OSOBNOST ČLOVĚKA:

SOUHLASÍM
SPÍŠE SOUHLASÍM
NEVÍM
SPÍŠE NESOUHLASÍM
NESOUHLASÍM

povinná otázka

9. SENIOŘI MAJÍ VÍCE NEHOD NEŽ OSTATNÍ ŘIDIČI:

SOUHLASÍM
SPÍŠE SOUHLASÍM
NEVÍM
SPÍŠE NESOUHLASÍM
NESOUHLASÍM

povinná otázka

10. STAŘÍ LIDÉ SI POŘÁD NA NĚCO STĚŽUJÍ:

SOUHLASÍM
SPÍŠE SOUHLASÍM
NEVÍM
SPÍŠE NESOUHLASÍM
NESOUHLASÍM

povinná otázka

11. SENIOŘI JSOU ČASTO OBĚTÍ RŮZNÝCH PODVODNÍKŮ:

SOUHLASÍM
SPÍŠE SOUHLASÍM
NEVÍM
SPÍŠE NESOUHLASÍM
NESOUHLASÍM

povinná otázka

12. LÁSKA VE STÁŘÍ JE SMĚŠNÁ:

SOUHLASÍM
SPÍŠE SOUHLASÍM
NEVÍM
SPÍŠE NESOUHLASÍM
NESOUHLASÍM

povinná otázka

**13. SENIOŘI JIŽ NEVYTVÁŘEJÍ ŽÁDNÉ HODNOTY, ALE
NÁROKUJÍ SI STÁLÉ ZVYŠOVÁNÍ DŮCHODŮ:**

SOUHLASÍM
SPÍŠE SOUHLASÍM
NEVÍM
SPÍŠE NESOUHLASÍM
NESOUHLASÍM

povinná otázka

**14. VĚTŠINA LIDÍ SE STANE "SENILNÍMI", POKUD SE DOŽIJÍ
VYŠŠÍHO VĚKU:**

SOUHLASÍM
SPÍŠE SOUHLASÍM
NEVÍM
SPÍŠE NESOUHLASÍM
NESOUHLASÍM

povinná otázka

15. ZMĚNY ZPŮSOBENÉ STÁRNUTÍM JE MOŽNÉ ODDÁLIT ZPŮSOBEM ŽIVOTA:

SOUHLASÍM
SPÍŠE SOUHLASÍM
NEVÍM
SPÍŠE NESOUHLASÍM
NESOUHLASÍM

povinná otázka

16. CO PŘINESE STÁŘÍ POZITIVNÍHO:

Zvolte alespoň jednu možnost.

- KONEC PRACOVNÍCH POVINNOSTÍ
- DOSTATEK VOLNÉHO ČASU
- MOUDROST A ZKUŠENOST
- TRPĚLIVOST A POCHOPENÍ
- NOVÉ MOŽNOSTI SEBEREALIZACE
- VNOUČATA
- ÚCTU A PÉČI MLADŠÍCH

povinná otázka

17. CO PŘINÁŠÍ STÁŘÍ NEGATIVNÍHO:

Zvolte alespoň jednu možnost. povinná otázka

- NEMOCNOST
- OSAMĚLOST
- ZÁVISLOST NA DRUHÝCH
- KONEC PRACOVNÍ KARIÉRY
- FINANČNÍ NEDOSTATEK
- NUTNOST ZMĚNY ŽIVOTNÍHO STYLU
- POSMĚCH A PROJEVY NEÚCTY OD MLADŠÍCH

18. KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ:

- JE OBECNĚ HORŠÍ NEŽ V MLÁDÍ A STŘEDNÍM VĚKU
- JE LEPŠÍ NEŽ V MLÁDÍ A STŘEDNÍM VĚKU
- ZÁLEŽÍ NA KONKRÉTNÍM ČLOVĚKU A NA TOM, JAK VNÍMÁ SVŮJ ŽIVOT
- KAŽDÉ ŽIVOTNÍ OBDOBÍ JE SPOJENO SE ZISKY I ZTRÁTAMI A NELZE ŘÍCI, ŽE BY JEDNO BYLO VÝRAZNĚ HORŠÍ

povinná otázka

19. KTERÉ FAKTORY MOHOU PŘÍSPĚT KE SPOKOJENÉMU STÁŘÍ?

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí ++ až --:

DOBŘE RODINNÉ ZÁZEMÍ :	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FINANČNÍ ZABEZPEČENÍ:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OPTIMISTICKÝ POHLED NA ŽIVOT:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOBŘE ZDRAVÍ:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MÍT KONÍČKY A MOŽNOST JE REALIZOVAT:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOSTUPNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
POSTOJ SPOLEČNOSTI KE STÁŘÍ:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

povinná otázka

20. POKUD JE STARÝ ČLOVĚK NESOBĚSTAČNÝ, KDO BY SE MĚL O NĚHO POSTARAT:

- PŘEDEVŠÍM JEHO PARTNER/KA
- O PÉČI BY SE MĚLY PODĚLIT DĚTI A PARTNER/KA
- RODINA S POMOCÍ AGENTUR DOMÁCÍ PÉČE, APOD.
- NEJLEPŠÍM ŘEŠENÍM JE ÚSTAVNÍ PÉČE

povinná otázka

21. JAKÉ HODNOTY JSOU PRO SENIORY PODLE VÁS NEJVÝZNAMNĚJŠÍ?

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí ++ až --:

ZDRAVÍ :	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LÁSKA:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PŘÁTELSTVÍ:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RODINA:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SOBĚSTAČNOST:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VÍRA:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MOŽNOST SEBEREALIZACE A VZDĚLÁVÁNÍ:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MAJETEK:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

povinná otázka

22. JSOU SENIOŘI DISKRIMINOVÁNI ?

- ANO, JDE O ZÁVAŽNÝ PROBLÉM
- DOCHÁZÍ K TOMU, ALE VÝJIMEČNĚ
- NEJSOU DISKRIMINOVÁNI
- MYSLÍM, ŽE JDE PŘEDEVŠÍM O DISKRIMINACI POZITIVNÍ (Slevy na jízdné, apod.)
- NEVÍM

nepovinná otázka

23. POKUD SOUHLASÍTE S TÍM, ŽE DOCHÁZÍ K DISKRIMINACI STARŠÍCH LIDÍ, KDE K NÍ DOCHÁZÍ?

Zvolte alespoň jednu možnost. Pokud si nevyberete žádnou z nabízených odpovědí, otázku přeskočte.

- V RODINĚ
- VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH A ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
- V OBCHODECH, VE VEŘEJNÉ DOPRAVĚ
- NA ÚRADECH A DALŠÍCH STÁTNÍCH INSTITUCÍCH
- PRAKTICKY VŠUDE

povinná otázka

24. ZNÁTE POJEM AGEISMUS?

- ANO
- NE

povinná otázka

25. ZNEUŽÍVÁNÍ A TÝRÁNÍ SENIORŮ JE VÝZNAMNÝM PROBLÉMEM. KDE K NĚMU PODLE VÁS NEJČASTĚJI DOCHÁZÍ?

- V RODINĚ
- VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH
- V ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

NEVÍM
povinná otázka

26. JAK ČASTÉ JSOU PODLE VÁS JEDNOTLIVÉ FORMY ŠPATNÉHO ZACHÁZENÍ SE SENIORY:

U každé podotázky prosím zvolte odpověď v rozpětí ++ až --:

EKONOMICKÉ ZNEUŽÍVÁNÍ (tlak na odevzdání části důchodu, převod bytu, aj.) :	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ (urážky, nadávky, vyhrožování, apod.):	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYZICKÉ TÝRÁNÍ (způsobení bolesti, až zranění, trestání):	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ZANEDBÁVÁNÍ (neposkytnutí nebo nekvalitní péče) :	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ:	++	+	0	-	--
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

povinná otázka

27. MĚL BY SE ČLOVĚK PŘIPRAVOVAT NA STÁŘÍ?

- ANO**
 NEVÍM
 NE

povinná otázka

28. KDY BY SE MĚLO S PŘÍPRAVOU NA STÁŘÍ ZAČÍT?

- V MLÁDÍ**
 VE STŘEDNÍM VĚKU
 PÁR LET PŘED ODCHODEM DO DŮCHODU
 NEPŘEMÝŠLEL/A JSEM O TOM

povinná otázka

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Simona Kolaříková

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Charakteristika seniorské populace – její specifické projevy a nesnáze

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 149

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů české literatury a pramenů: 58

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 10

Počet internetových zdrojů: 18

Vedoucí práce: Mgr. Dana Nevrková