

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Sociálně - psychologické aspekty stáří

Vedoucí práce: PhDr. Jan Polivka

Vypracoval: Jan Rudolf

Obor: Pastorační asistent a pedagog volného času

Ročník: osmý

Forma studia: prezenční

Akademický rok 2006/2007

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Sociálně – psychologické aspekty stáří vypracoval samostatně a veškerou literaturu, kterou jsem použil, jsem uvedl v závěru práce.

Děkuji panu PhDr. Janu Polivkovi za laskavé vedení této diplomové práce, své matce Bertě Rudolfové za finanční a psychickou podporu a své sestře Mgr. Petře Rudolfové za cenné rady.

Úvod	s.6
1.1. Zdůvodnění volby tématu	s.6
2. Definice a pohled na stáří	s.6
2.1 Pohled celé společnosti	s.7
2.2. Problematika stáří z demografického hlediska.....	s. 8
2.3. Definice stáří.....	s. 9
2.4. Pohled naší společnosti na stáří.....	s.10
2.5. Ageismus.....	s.12
3. Stáří z hlediska psychologie	s. 13
3.1. Období stáří z hlediska časového určení.....	s. 13
3.2. Odchod do důchodu.....	s. 14
3.3. Smrt partnera a blízkých lidí.....	s. 15
4. Potřeby a jejich uspokojování ve stáří	s. 16
4.1.Druhy potřeb.....	s. 16
4.2.Fyziologické potřeby.....	s. 17
4.3.Potřeba autonomie – svobody.....	s. 18
4.4.Potřeby seberealizace.....	s. 23
4.5. Potřeba bezpečí.....	s. 24
4.6. Potřeba sociální.....	s. 25
4.7. Příběh.....	s. 27
5. Využití volného času	s. 30
5.1. Aktivní využití volného času.....	s. 30
5.2. Pasivní využití volného času.....	s. 31
5.3. Grafy náplně volného času ve stáří.....	s. 32
6. Druhy péče o seniory	s. 34
6.1. Domácí péče.....	s. 34
6.2. Ústavní péče.....	s. 39

7. Rodinné vztahy a přátelství.....	s. 42
7.1. Rodina a rodinné zázemí.....	s. 42
7.2. Přátelství.....	s. 46
8. Nemoci ve stáří a jejich vliv na psychosociální život seniora.....	s.48
8.1. Úrazy.....	s. 49
8.2. Arytmie, Angina pectoris.....	s. 51
8.3. Infarkt myokardu, Nemoci cév.....	s. 52
8.4. Deprese.....	s. 55
8.5. Cukrovka.....	s. 57
8.6. Onemocnění kloubů.....	s. 58
8.7. Inkontinence.....	s. 59
8.8. Parkinsonova choroba a Alzheimerova choroba.....	s. 60
8.9. Šedý a zelený zákal.....	s. 66
9. Špatné zacházení se seniory.....	s. 69
9.1. Fyzické násilí.....	s. 69
9.2. Psychické násilí.....	s. 72
10. Příběhy pro ilustraci.....	s. 74
11. Výzkum.....	s. 78
12. Závěr.....	s.81
Seznam použité literatury.....	s. 83
Abstrakt.....	s. 85

1. Úvod

Plynutí života v současném globalizovaném světě se stále zrychluje. Přináší s sebou nejenom mnohé výhody, ale také některé problematické jevy. Populační růst je jedním z nich a s ním je spojený další demografický trend - **stárnutí populace**. Ve společnosti (nejen ve světě, ale i v České republice) přibývá seniorů a proto si myslím, že je důležité se touto problematikou hlouběji zabývat. Seniorů přibývá z několika důvodů. Jednak je to v důsledku poklesu porodnosti, dále díky prodlužování délky života a to nejen u středního věku, ale i u samotného stáří (jelikož tyto generace vyrůstaly v „ekologičtějším“ prostředí s menším množstvím moderního stresu a podíl na tom má i stále se zlepšující zdravotní péče).

1.1. Zdůvodnění volby tématu

Zásadní otázkou mé práce bude celkový pohled na období stáří. A jak je možné ve stáří pozitivně ovlivnit zdravotní a psychosociální stav člověka. Rád bych ve své práci také rozebral mnohé psychosociální aspekty, které se stárnutím souvisí, protože téměř každý z nás se denně setkává se „starší generací“. Jejich poznání a pochopení nám může pomoci při soužití a komunikaci se staršími spoluobčany. Nakonec nahlédneme do každodenního života seniorů.

2. Definice stáří a úhly pohledu na něj

- A Obecné - biologické - lze pozorovat ve všech tkáních a buňkách (především nervová a vlastnosti: znaky endokrinní soustava), zpomalení látkové výměny, úbytek stárnutí: adaptability, snížená odolnost vůči infekcím*
- psychické znaky - zhoršení smyslového vnímání, vstřípivosti, snížení některých složek stárnutí: inteligence, částečný egocentrismus (vlastní problémy)*
- rozdělení: počáteční stáří: 60-75 let*
pokročilé stáří: 75-90 let
krajní stáří: nad 90 let
- B Projevy - motorické motorické schopnosti vykazují strmější regres (především rychlostní motoriky: schopnosti: schopnosti), pokles staticko-silových schopností (60.let-80%, 80.let-30%), vytrvalostní schopnosti vykazují pokles asi na polovinu (ale i 70.-ti letí maratonci)*
- držení stařecká kifóza*

těla:

- chůze: délka kroku zkrácení až na 1/4, špatná součinnost paží, nízké zvedání nohou, vychýlení z osy

C

demografické - nad 60 let je 16% obyvatelstva
studie:

- nad 85 let 0,5% obyvatelstva (z toho na 1000 mužů připadá 2636 žen)

- **demografická křivka:** je to křivka zobrazující procento lidí kteří přežívají danou věkovou hranici (na křivce je rok 1900, rok 1980 a ideál ke kterému se chce lidstvo přiblížit) (Měkota, Kovář a Štěpnička, 1988)

1

2.1. Pohled společnosti

Jedním z průvodních jevů období stáří je proměnlivost. Je to možná zvláštní, ale většina lidí produktivního věku vidí stáří jen jako určitý statický stav, případně jako regresi a úbytek. Ale stáří je převážně individuální a tak každý senior se určitým způsobem vyvíjí a každá nová generace seniorů také přináší do stáří své generační zkušenosti, znalosti, návyky, ale i potřeby a nároky.

Stárnutí je tedy mnohvrstevný fenomén. Budeme-li s touto problematikou vhodně seznamovat i mladší generace, vytvoříme lepší povědomí o životě ve stáří a seniorech vůbec. A snad až i my budeme seniory, se k nám společnost bude stavět lépe.

Nabízí se otázka: je stáří nevyhnutelnou cestou k zániku a nepotřebnosti? Nebo může být příležitostí k optimistickému pohledu na plynoucí čas? Například velký umělec Michelangelo vytvořil svá nejlepší malířská a sochařská díla až ve svém stáří. Matka Tereza z Kalkaty zachraňovala za pomoci svých sester nejvíc hladových a nemocných v pozdních letech svého života. Vyšší věk nemusí nutně znamenat konec vší činnosti, jakkoli malé a nepatrné. Starší člověk může naopak stavět na zkušenostech prožitých let a uvážlivě a podle svých možností plnohodnotně prožívat své dny.²

¹ http://www.eamos.cz/amos/kat_tv/externi/antropomotorik/zakony_ontogeneze/stranky/stari.html

² <http://www.noviny-mpsv.cz/clanek.php?id=467>, z 13.12.2004, *Stáří je dar*

Samozřejmě existuje málo těch šťastných se správnými geny, kteří věnují malou nebo žádnou pozornost zdravému životnímu stylu a užívají si dlouhého života až do úplného konce. Winston Churchill je nejlepším příkladem takového člověka, nedělajícího nic dobrého pro své zdraví.

Měl nadváhu a byl přetížen prací, kouřil jako komín a pil jako duha, přesto žil plnohodnotným životem až do svých 90 let. Avšak většina z nás musí na dosažení zdravé dlouhověkosti pracovat.³

Mnozí z nás si již mohli sami všimnout, že příznaky stáří pozorujeme mnohdy s větším odporem než samu smrt (možná právě proto, že k ní pomalu směřují). Tento proces se snažíme oddálit pomocí kosmetiky, plastických operací, „zázračnými přípravky“ (které mají s medicínou mnohdy jen málo společného), stylem oblékání, okruhem přátel, obklopováním se moderními věcmi nebo prostě jen popíráním skutečnosti, že čas nelze zastavit.

Je paradoxní, že současná kultura, která dává člověku k dispozici stále více volného času, odsuzuje řadu svých členů k opuštěnosti, a tím k naprosté bezvýznamnosti. Ale je starý člověk opravdu jen rozbitou věcí, pro kterou už není ve společnosti místo?⁴

2.2. Problematika stáří z demografického hlediska

Podle statistiky ČSÚ bylo koncem roku 2001 v České republice více než 1 420 000 osob starších šedesáti pěti let (pozn.: Pro účely této zprávy přijímáme konvenci, že stáří – senium začíná ve věku 65let, byť podle definice Světové zdravotnické organizace teprve 75 .rok věku je počátkem vlastního stáří. Období před 75. rokem života, to je věk 60-75 let se podle expertů této organizace má nazývat stářím raným (Říčan 1989)). Tato skupina dnes představuje přibližně 14% obyvatel ČR. Do roku 2030 předpokládá střední varianta prognózy ČSÚ nárůst na 24% (2,33 milionu osob starších 65 let.⁵

Pro seniorskou populaci je typická převaha žen a zvláště pak převaha osamělých žen. V evropských zemích je mezi seniory staršími 60 let kolem 15% vdovců, ale 45% vdov. Ve většině hospodářsky vyspělých zemích převažují ženy od věku 55-60 let, ale např. v České republice již

³ Rosenfeld, I. *Žijte nyní, stáří přidejte později*. Praha: Pragma 2001, s.11.

⁴ <http://www.noviny-mpsv.cz/clanek.php?id=467>, z 13.12.2004, *Stáří je dar*

⁵ Vidovicová, L., Rabušic, L., *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*, VÚPSV Praha, 2003, s. 4.

od 45 let. Naopak v některých islámských zemích (Afghánistán, Kuvajt, Írán) je trvalá převaha mužů ve všech věkových skupinách.⁶

2.3. Definice stáří

Definovat stárnutí je samo o sobě nesnadné, natož pak s využitím biologické terminologie. Stárnutí není pouhé plynutí času. Je ovšem projevem biologických dějů, které nastávají v čase a po určitý čas trvají. Žádná definice stárnutí není naprosto dokonalá, ale stejně jak tomu bývá s láskou a krásou, většina z nás si dokáže uvědomit, oč jde, až když v tomto směru získá vlastní poznatky, nebo když se s těmito záležitostmi setká tváří v tvář. Kdo by nepoznal starého člověka, když jej potká na ulici, a někteří z nás dokáží s obstojnou přesností určit i chronologický věk. Na druhé straně musíme připustit, že subjektivní hodnocení na základě vzhledu bývá často nesprávné a, což je důležitější, že věk vyjádřený v letech vždy nemusí přímo souviset s biologickým stářím.⁷

Když s výrazem údivu konstatujeme, že kdosi na svůj (chronologický) věk „vypadá mladě“ (nebo naopak staře), de facto připouštíme, že biologické stárnutí neprobíhá u všech lidí stejným tempem.⁸

Zkusme si nyní definovat charakteristiky a důvody, pro něž vnímáme nějakého člověka (nebo sami sebe) jako starého. Na prvním místě stojí kritérium fyzického stavu (tedy především jeho zevnější projevy, nemoci ap.), následuje věk (nemusí být na první pohled jasný), ztráta duševní svěžesti, ztráta autonomie (soběstačnosti), horší přizpůsobivost. Teprve potom odchod do důchodu. Problémy s řešením různých životních situací a možná trochu paradoxně teprve až pak narození vnoučete (což do jisté míry naznačuje fakt, že i přes vysoký věk a „mnohačetné prarodičovství“ se můžeme cítit a vypadat relativně „mladí“). Z tohoto výčtu můžeme vypožorovat, že v České republice je za starého považován ten, kdo staře vypadá a kdo není v dobrém zdravotním stavu. (viz Vidovicová a spol., Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti)

Proto nám biologicky pojatá definice určitě zcela nepostačí a budeme muset hledat dále. Snad by se dalo říci, že starý člověk je ten, který v určitém společenství žije či se „pohybuje“

⁶ Kalvach, Z. , a kol. , *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum – nakladatelství Univerzity Karlovy, 1997, s. 123

⁷ Hayflick, L. *Jak a proč stárneme*. Praha: Columbus, 1997 ,s.28.

⁸ Tamtéž, s. 29.

déle než ostatní. Tady vidíme, že být starý není nijak přesně věkově ohraničeno. Každý se se stářím vyrovnává různě. Ze dvou stejně starých lidí se jeden může cítit unavený a starý, protože ho například postihla nějaká choroba a všude kolem sebe vidí samé mladé a zdravé lidi. Jiný v tom naopak vidí určité pozitivum a namísto mrzoutského zatracování všeho, ho tato situace posílí a dodá mu nový smysl života.

S tímto pohledem úzce souvisí i tzv. „kult mládí“. Dalo by se říci, že je to snad jakési zastírání toho, že všichni stárneme a snaha problematiku stáří odsunout jaksi do ústraní všeobecného zájmu. Opak je ale pravdou.

2.4. Pohled společnosti na stáří

Snižování celkové úmrtnosti a prodlužování lidského věku především v tomto století způsobilo, že do nového tisíciletí vstupujeme jako nejstarší populace v celé historii lidstva. To se týká nejen průmyslově vyspělých zemí, ale již i zemí rozvojových. Starší lidé dnes tvoří 15 - 20% evropské populace a během dalších 50 let se tento poměr zvýší až na 25 - 30%. Na tento nový společenský jev však jako společnost nejsme připraveni.

Na jedné straně stále věříme mýtu o stáří jako období nemoci, bezmoci a ekonomické nebo fyzické závislosti. Staří lidé jsou označováni ekonomickým termínem „zátěž“, tedy koule na noze mladé, zdravé a ekonomicky aktivní a úspěšné populace. Na druhé straně nám moderní gerontologie nabízí nové modely zdravého, aktivního a „úspěšného“ stárnutí a své úspěchy dokumentuje na příkladech konkrétních lidí, činných a psychicky aktivních až do nejvyššího věku.⁹

Pozitivní v tomto směru je právě aktivní životní styl. Ten je základem zdárného zvládnutí období stáří. Ano, o aktivitě v oblasti tělesné, psychické i sociální bychom měli mluvit především. Lze také říci, že každá funkce se snáze udržuje než obnovuje. Bylo zjištěno například, „že výkonnost aktivního sedmdesátníka (např. dlouhodobě se věnuje cílevědomě kondiční aktivitě 2-3x týdně alespoň do zapocení) je srovnatelná s výkonností pasivního čtyřicátníka vedoucího sedavý způsob života. Kondiční aktivita je tedy schopna překlenout

⁹ Tošnerová, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3 LF UK, 2002, s.5.

věkový rozdíl 30 let. Bylo současně prokázáno, že situaci nelze interpretovat tak, že zdatní jedinci jsou aktivní, nýbrž opravdu tak, že aktivní jedinci si udržují zdatnost.¹⁰

Každý z nás je odlišný, stejně tak i ve stáří se jeden senior liší od druhého. Ať už je to z hlediska zdravotního, sociálního či mentálního stavu. Jinak taky bude působit člověk, který se v životě dokázal vždy dobře adaptovat na změny, jinak člověk pasivní a jinak člověk, který již na stáří zůstal sám bez rodiny nebo přátel. Přesto je těžké hledat v současné společnosti určitý imponující a obecně akceptovatelný model stáří.

Pojem „problematika stárnutí“ je spojen převážně s ekonomickou stránkou, protože mnohé státy mají značné problémy postproduktivní část obyvatelstva hmotně zabezpečit. V čem jsou tedy senioři pro společnost přínosem? Jaká je jejich současná role v naší společnosti?

Na tyto a mnoho dalších otázek, týkajících se nejen života seniorů, byl zaměřen terénní výzkum studentů Univerzity Pardubice v obci Široký Důl na Poličsku.

Senioři jsou především lidské bytosti, které potřebují nejen ekonomickou pomoc, ale hlavně rodinné zázemí a lásku svých nejbližších, jak vyplývá z výzkumu.

Mají stejné právo na plnohodnotný život jako všichni ostatní, avšak naše společnost preferuje mládí, krásu a zdraví, a proto není divu, že si staří lidé mohou připadat diskriminovaní. Většinou jsou ale senioři s tímto údělem smířeni. „Víte, každá generace má něco,“ říká paní Hurychová (ročník 1935).

V minulosti bylo samozřejmostí, že pod jednou střechou žilo i několik generací pohromadě. Hlavní rolí seniorů byla pomoc při výchově vnoučat a předávání svých živností dětem. Vícegenerační bydlení však v současnosti ustupuje do pozadí a senioři žijí stále častěji osaměle, oddělení od svých rodin. Důsledkem tohoto „odcizení“ členů rodiny se vytváří hluboká mezigenerační propast, která má za následek oboustranné nepochopení a netoleranci. Přesto existují společnosti, například Japonsko, kde je doživotní péče o staré lidi, spojená s láskou a úctou, samozřejmostí.¹¹

Přesto bychom ani dnes neměli žít v iluzi, že se snad v předešlých staletích společnost starala o staré lidi lépe. Nebo snad, že děti zajistily vždy svým rodičům klidné a důstojné stáří. Stačí, ale zalistovat v literatuře a dovíme se o něčem jiném.

¹⁰ Kalvach, Z., a kol., *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum – nakladatelství Univerzity Karlovy, 1997, s. 55

¹¹ <http://www.noviny-mpsv.cz/clanek.php?id=1036>, z 13.3.2006, *Role seniorů v naší společnosti*

Vzpomeňme kupříkladu Nerudovu povídku „Dědova mísa“. V ní syn vyrobí svému starému otci mísu dřevěnou, aby mu opět nerozbil mísu keramickou. Místo pomoci jen jakési odstrčení do ústraní.

2.5. Ageismus

Jak jsem již nastínil v předchozích odstavcích, chápání pojmu stáří a postoje k seniorům jsou různé. Záleží na úhlu pohledu. Bohužel se opět budu muset opakovat, když poukáži na to, že postoj současné společnosti k seniorům a stáří vůbec, je spíše negativní.

Stáří je chápáno jako období, kdy může člověk pouze chátrat, v nejlepším případě si zachovává část toho, co získal dříve. Jeho zkušenosti a kompetence ztrácejí svůj význam, pro společnost, jakoby už neměl čím přispět. Hodnoty současné euro-americké společnosti postavené zčásti na „image“ mládí a svěžesti, zčásti na výkonu a užitečnosti v hmotném slova smyslu, staví staré lidi právě na okraj společenského dění. Tuto tendenci podporují i média.

Z tohoto hodnotového systému vychází právě **ageismus** – postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří. Projevuje se hlavně podceňováním, odmítáním a někdy také až odporem ke starým lidem. V důsledku takového postoje dochází k symbolické i faktické diskriminaci a to pouze na základě věku.

S rostoucím středním obdobím života v západní civilizaci je nutno otevřít i u nás toto tabuizované téma. To, že se o něm nemluví, neznamena, že neexistuje. Se vznikem kultu mládí vzniká i opačný extrém - ageismus. Jde o slovo, které nemá český ekvivalent. Pojem je odvozen od anglického slova **age**, které znamená věk, stáří. Ageismus je potom společenský předsudek vůči stáří. Použil jej Robert Butler, první ředitel National Institute of Aging v USA v roce 1969, který jako první hovořil o diskriminaci na základě věku.

Dnes je termín ageismus definován přesněji. Zahrnuje předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči starému člověku nebo skupině starších osob. Hovoříme o stereotypech, kdy v záporném stereotypu jsou vynechány příznivé charakteristiky. Jedná se

o výroky a postoje bez pravdivého základu, ale se zdáním, že mají v jádru pravdu. Některé projevy diskriminace jsou zřejmé, některé v podtextu nevyslovené.¹²

Ageismus, stejně jako tak jako všechny ostatní předsudky, příliš zjednodušuje a nepřiměřeně generalizuje. Snižuje všechny staré lidi bez rozdílu. Nebere ohled na jejich individualitu, značné difference, které mezi lidmi této věkové kategorie existují. Proto z ageismu vyplývá i tendence staré lidi izolovat, aby nezdržovali a nepřekáželi.¹³

Problémem ageismu je také to, že ovlivňuje nejen mladší populaci, ale i seniory. Ti se mezi staré pak raději nezařazují, ostatní staré lidi podceňují a pomlouvají, aby naznačili, že oni mezi ně nepatří. Distancují se od vlastních projevů stárnutí a často žijí v iluzi vlastní „mladosti“. Závěrem lze říci, že z hlediska ageismu je stáří obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršení kvality života.

3. Stáří z hlediska psychologie

Stárnutí je „ působení času na lidskou bytost“.

Tato neutrální definice připouští destruktivní i konstruktivní důsledky. Fyzické stárnutí přináší primárně změny struktury (morfologie) a následně změny funkcí (zpomalování a úbytek); některé vlastnosti těla se nemění, nebo se dokonce zlepšují.

Změny funkcí nejsou fatální. Vhodná duševní a tělesná aktivita může zpomalit nástup funkčních změn a prodloužit aktivní věk.

Správný přístup je tudíž asi tento: realismus není rezignací, a optimismus, která není iluzí.¹⁴

3.1. Období stáří z hlediska časového určení

Jak jsem již zmínil, existuje mnoho definic stáří. Stejně tak existuje i mnoho teorií časového určení stáří. Ty se mohou lišit podle kultury, pro kterou mají platit, podle psychologických směrů, nebo podle osob, které toto rozdělení na základě obecných informací stanovili. Jiné bude časové rozdělení etap života v tzv. rozvojových zemích a jiné v tzv. západních zemích.

¹² Tošnerová, T. *Ageismus – průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3 LF UK, 2002, s.6.

¹³ Srov. Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. Praha:Portál, 2000, s.443

¹⁴ Pichaud,C., Thareauová, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha: Portál, 1998, s.25.

Jedna definice určuje období senia na 60 - 75 rok života, a věk od 76let je již nazýván kmetstvím. Jiná považuje jako začátek období stáří (pro Českou republiku) život po 65 roce života, avšak ve světě až po 75 roce věku.

Obecně však lze použít následující rozdělení:

Rané stáří (počáteční stáří 60-75 let)

Pravé stáří (pokročilé stáří 75 -90 let)

Pozdní stáří (krajní stáří nad 90let).

3.2. Odchod do důchodu

Dalším, velmi důležitým mezníkem v životě, který označuje konec jednoho období a počátek dalšího je „odchod do důchodu“. Mnozí lidé si až teprve tehdy uvědomí svoje „stáří“. Někteří „senioři - nováčci“ se s touto novou a neznámou situací neumí zcela ztotožnit a často se bojí prázdnoty. Až doteď chodili přece do práce, všechno mělo celá léta svůj zaběhlý řád, ale co bude nyní je otázkou. Brzy pomine radost z uvolnění od každodenního chození do zaměstnání a plnění ustálených povinností. Poté se ukáže (někdy až příliš výrazně), jak velmi málo má člověk tzv. volnočasových zájmů (koníčků), kterým by se mohl věnovat a které by mohl rozvíjet a tak nově a smysluplně uspořádat svůj život.

Odchodem do „důchodu“ také vzniká riziko nezvládnutí přejití z role do role. Nelze totiž říci, že by změna role pro seniora byla vždy nějak výhodná a lákavá. Doposud byl čas řízen prací, nyní je to již na něm samotném, aby si svůj čas smysluplně uspořádal. Seniorovi se mění identita, návyky, běh všedního dne, vnímání, prožívání i celkové chování a to aniž by se na tom musel nějak aktivně podílet.

Nové uspořádání dne seniora bude záležet na jeho předchozí aktivitě a zkušenosti. Musíme samozřejmě přihlídnout k aktuálnímu zdravotnímu a sociálnímu stavu. Vždy ale bude platit, že jinak si svůj nově nabytý volný čas zařídí člověk, který ho byl zvyklý aktivně a smysluplně trávit a jinak ten, kdo ho trávil pasivně a konzumně. Zjednodušeně můžeme říci, že způsob jakým budeme prožívat stáří už můžeme ovlivňovat v dospělosti, či snad ještě dříve. Je to dáno tím, že starý člověk je většinou zaměřen do minulosti.

Z velké části žije ze vzpomínek a z dřívějších návyků.

„ Svůj život změnit nemůže a nechce, aby se měnil okolní svět. Je to jeho svět, dobře se v něm vyzná a může se cítit jeho spoluvůrcem. Člověk se také musí se svým dosavadním životem vyrovnat, protože si uvědomuje, že na něm již nelze nic zásadního změnit. Proto by se starý člověk měl naučit hledat jen to podstatné:

- a) je třeba se zaměřit jen na to, co je skutečně významné*
- b) je třeba se naučit těšit tím, co zůstalo zachováno*
- c) je třeba akceptovat to, co nelze změnit.“¹⁵*

Dalším úskalím období odchodu do důchodů je finanční situace seniora. Ten byl zvyklý na určitou výši měsíčního příjmu. Není třeba zdůrazňovat, že vyměřená výše penze, je obvykle o poznání nižší, než byl předchozí příjem ze zaměstnání. Může pak docházet k rozčarování a u některých případů i k finančním problémům (obzvláště pokud senior utratil vždy veškerý svůj plat, a nyní má vyžít z daleko menším obnosem peněz). U některých skupin obyvatel, tak může dojít i k poklesu sociální úrovně a snížení soběstačnosti (po stránce finanční).

3.3. Smrt partnera a blízkých lidí

Partnerova smrt je bezpochyby jednou z nejtěžších zkoušek, se kterou se lidé musí vyrovnávat. Ten nebo ta, který nebo která byl milován či byla milována, po společně prožitých třiceti nebo více letech najednou není., Partner, jenž zůstává, pociťuje opravdové roztržení, něco se rozbíjí, mluví se dokonce o „amputaci“; jedna část jeho bytosti umírá... Úmrtí manžela nebo manželky v sobě zahrnuje mnoho dalších ztrát. Bezpečí, radost, přítomnost partnera, se který jsme společně rozhodovali a vedli domácnost, mizí s milovanou bytostí.¹⁶

V našich zemích převládají jako osamělí senioři převážně ženy – vdovy. V dávných časech požívaly vdovy zvláštní společenská práva, jelikož byly závislé na svém manželovi, který materiálně a finančně zajišťoval rodinu. Dnes do jisté míry jeho úlohu po smrti přejímá stát tím, že vyplácí vdovské důchody. A jelikož s sebou přináší moderní doba mnoho nového, přináší vdovské důchody nejen pro vdovy, ale i pro vdovce.

¹⁵ Srov. Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. Praha:Portál, 2000, s.446

¹⁶ Pichaud,C., Thareauová, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha: Portál, 1998,s. 30.

Každý nese úmrtí blízké osoby jinak. Hodně záleží na tom, jak „vřelé“ měli vztahy předtím, ale také na tom, jak starý je partner který zůstal sám. Obvykle čím déle spolu žili, tím hůře se snáší odchod milované osoby. Mladší senioři většinou lépe srovnávají se ztrátou partnera, starší pak daleko hůře. Z vyprávění známe situaci, kdy krátce po smrti jednoho z manželů, zemřel i ten druhý (tzv. „ze žalu“, „že mu puklo srdce“ ap.). Hodně pak záleží na okolí (rodině, přátelích), jak budou „pozůstalému“ nápomocni. Ale i osamělý partner by se měl snažit udržovat kontakty s okolním světem, s příbuznými, přáteli a známými.

Zvláště muži – vdovci mají často problémy sžít se s „novou rolí“. Manželky jim poskytovali veškerý servis: praly, žehlily, vařily, chystaly oblečení. A muži nyní zoufale stojí v prázdném bytě, civí do plné skříně, a neví kde, co mají, jak se mají obléci, jak se zapíná pračka, jak si ohřívá jídlo na sporáku, a co všechno je třeba v „běžném životě“ zařízovat, protože v předchozím životě to vše nechávali na manželce. Ocitají se pak na pokraji zoufalství a mnohdy přes svůj relativně nízký věk předčasně „chátrají“ a dostávají se do izolace. Často pak paradoxně truchlí více po službách, které jim partner poskytoval, než po partnerovi samotném.

Uzavírají se pak do sebe, přestávají se stýkat s okolím, přestávají o sebe dbát. Může pak docházet i k naprosté izolaci od světa, hlubokým depresím atd., což může trvat i dlouhá léta. Moment úmrtí jednoho z partnerů (případně blízkého člověka obecně) je velmi silnou psychickou i sociální zátěží .

4. Potřeby a jejich uspokojování ve stáří

4.1. Druhy potřeb

Každý během svého života uspokojujeme své potřeby, ale ve stáří některé přibývají na významu, nebo naopak přestávají hrát prioritní úlohu. Záleží přitom na mnoha faktorech: zda jsme zdraví, zda již máme nějaká omezení (fyzická, finanční, sociální ap.). Oproti životu „v mládí“ se pořadí potřebnosti uspokojování konkrétních potřeb může zcela obrátit.

Někdy však stojí za potřebou něco úplně jiného . *Potřebou se tedy nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Potřeba je určitá síla,*

kteřá člověkem hýbe a posunuje ho směrem ke člověku, předmětu nebo činnosti. Potřeba je projevem bytostného přání.¹⁷

4.2. Fyziologické potřeby

Jejich výčet zůstává v podstatě celý život nezměněn. Jen se mění intenzita nebo rozsah těchto potřeb. Zjednodušeně řečeno: jíst, pít a vyměšovat potřebujeme stále. Podívejme se nyní na jejich rozsah a přibližme si některé trochu více.

Fyziologické potřeby jsou zcela základní. Neuspokojení jedné z nich se může odrazit na našem celkovém stavu a zdraví.

- výživa (jídlo, pití);
- vylučování;
- dýchání;
- spánek, odpočinek;
- pohyb, chůze;
- hygiena (jako podmínka zdraví);
- správná teplota (s oblečením nebo bez něj;)
- zdraví;
- tišení bolestí;
- smích, pláč (zde jako fyzická záležitost);
- fyzické kontakty.¹⁸

Například co se týká stravování, lze u starých osob pozorovat daleko více preferenci pouze oblíbených jídel a pokrmů, které s velkou oblibou jedí stále dokola, a naopak zesílený odpor k již dříve odmítaným a neoblíbeným jídlům. Velkým „hitem“ obzvláště velmi starých lidí se stávají polévky, které upřednostňují i před oblíbenými pokrmy. Jistým rizikem v tomto směru je ochuzení jídelníčku seniora. Ten subjektivně nevidí důvod proč, by měl svůj jídelníček zpestřit (raději moc experimentuje), „vždyť mě tohle chutná, jedl jsem to odjakživa a vidíš ještě jsem tu“. Stárnutí organismu s sebou však přináší i nutnost svůj jídelníček naopak zpestřovat. Starý člověk se zpravidla méně pohybuje. I různá chronická onemocnění „vznáší“ své nároky. Tělu je

¹⁷ Pichaud, C., Thareauová, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha: Portál, 1998, s. 36.

¹⁸ Pichaud, C., Thareauová, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha: Portál, 1998, s. 37.

třeba dodat více vlákniny, ovoce a zeleniny ap., aby se předešlo problémům se zažíváním a posléze i vyměšování (zácpa, nebo naopak průjem). Mnoho seniorů se taktéž potýká s problémy s nadýmáním ap. Je tedy třeba vždy zvažovat konkrétní stav, nemoci, zvyklosti a možnosti jednotlivého seniora.

Jsou ale i tací, kteří se rozhodnou „na stará kolena“ zkusit něco nového, vrhnou se do vaření nových receptů, nakupování nových druhů potravin, začnou preferovat tzv. zdravou výživu nebo ochutnávají exotické speciality.

Velkým problémem však bývá u seniorů dodržování pitného režimu. Hodně záleží na předešlých zvyklostech. Obvykle ten, kdo hodně pil, pije hodně i nadále. Mnohdy se ale stává, že z obav před častým „chozením na záchod“, nebo inkontinencí, senioři pijí buďto jen velmi málo nebo dokonce vůbec. Jejich pitný režim se tak scvrkává do ranní kávy a maximálně polední polévky. Nedostatek tekutin se tak stává hlavním problémem u většiny seniorů, obzvláště těch nejstarších. Nezřídka pak dochází k dehydrataci organismu, který může vážně poškozovat ledviny a v krajních případech vést i k úmrtí. V pozdním věku je právě velmi důležité dodržovat pitný režim, protože díky dostatku tekutin může i stárnoucí organismus lépe fungovat. Pleť tak rychle nestárne a neztrácí pružnost (vypadá zdravěji), ledviny lépe fungují (a močí se odplavují škodlivé látky z těla).

O potřebě vyměšování jsem se zmínil v předchozím tématu. Pro správnou funkci zažívacího traktu a následné vylučování, je třeba (jak už bylo řečeno) přijímat dostatek tekutin, pestrou stravu, ale také nezapomínat na dostatek pohybu. Samozřejmě mám na mysli v rámci svých možností (tedy podle fyzických možností), např. procházky, u zdatnějších běh, cvičení, plavání atd.

4.3. Potřeby autonomie-svobody ve stáří

Životní podmínky ovlivňují stav organismu ve stáří dvojitým způsobem.

1) Životní podmínky mají přímý vliv na průběh stárnutí, na zdravotní a funkční stav i na roli, kterou senior zastává, kterou pro něho společnost považuje za přiměřenou, a na aktivity, kterým se věnuje. Jde o podmínky ekonomické, geografické i sociální, historické a sociálně ekonomické.

2) Životní podmínky dodávají ve značném rozsahu významnost funkčním změnám organismu. Pokud člověk s určitou nezpůsobilostí (a to nejen senior) žije v optimálních, „měkkých“ podmínkách (např. přízemní byt I. kategorie v blízkosti obchodu) může být přes funkční deficit (např. „ částečné ochrnutí“, hemiparéza, po cévní mozkové příhodě) soběstačný. Pokud by, ale tentýž člověk se stejnými obtížemi žil v „tvrdých“ podmínkách (např. byt nižší kategorie ve vyšším patře a ještě s lokálním topením, s nutností nošení uhlí z nižších pater či sklepa a nákupu ze vzdálených obchodů), byl by nesoběstačný a možná by musel vyhledat pomoc pečovatelské služby nebo dokonce nastoupit do dlouhodobé ústavní péče.¹⁹

Důležitým pojmem, který je používán při vývoji jedince je „autonomie“. Jedná se o pojem vyjadřující míru svébytnosti, nezávislosti či samostatnosti. Člověk ve svém životě prochází obdobími, kdy u něj osobnostní autonomie znamená zásadní význam. Důležitým obdobím je například batolecí věk (kolem 3-4 roku) nebo období dospívání.

Někdy vidíme , že vytváření autonomie je složitou cestou, na které se někteří zastaví (a nikdy v tomto smyslu „ nedospějí“) a jiní (např. vlivem životních okolností) se stanou autonomními ještě dříve než by jim to věkově příslušelo.

Autonomie tedy je spíše než pouhá nezávislost na okolí, určitá schopnost činit samostatná rozhodnutí a nést za ně zodpovědnost, je to schopnost být soběstačný a nezneužívat zbytečně druhé v situacích, kdy se o sebe mohu postarat sám.²⁰

Je jisté, že předchozí vývoj v životě člověka ho ovlivňuje i v období stáří. V tomto období dochází z hlediska autonomie k mnohým omezením, které jsou vždy velmi individuální.

Obecně můžeme (vedle autonomie ekonomické) rozlišit autonomii:

1. v oblasti zdravotního stavu (míra a závažnost onemocnění, závislost na lékařské a ošetrovatelské péči) a pohyblivosti (motorická složka je jedním ze stěžejních prvků autonomie);

2. v oblasti soběstačnosti a sebeobsluhy (osobní hygiena, výživa, vaření, praní, úklid, domácí práce, údržba bytu apod.);

¹⁹ Srov. Kalvach, Z. , a kol. , Úvod do gerontologie a geriatrie. Praha: Karolinum – nakladatelství Univerzity Karlovy, 1997, s. 56

²⁰ Srov. Sýkorová, D. , Chytil O. , Autonomie ve stáří, Strategie jejího zachování. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2004, s. 46-7.

3. v oblasti psychické, především v těchto sférách:

- rozhodování (od samostatného až k nesamostatnému resp. K neschopnosti rozhodovat se),
- organizace a náplň vlastního času (strukturovaná - chaotická),
- vnímání a udržování sociálních kontaktů (přítomno - nepřítomno)
- orientovanost (plná orientovanost - dezorientace),
- schopnost reálného náhledu, i na sebe a své možnosti (zachována – nezachována).²¹

V některých případech můžeme hovořit o „dobrovolné ztrátě autonomie“, která se týká hlavně druhého bodu. Jako příklad bych uvedl například situaci seniora, který si uvědomí, že již přestává zvládat každodenní starosti o svůj byt, úklid či nákup potravin. Může to být z důvodu zhoršené pohyblivosti a celkového zdravotního stavu. Všichni víme, že ne každý se s touto „ztrátou“ vyrovnává nejlépe. Samozřejmě, že senior by se nejrady o vše staral i nadále sám, jak tomu bylo doposud, ale dokáže-li se rozhodnout vyhledat pomoc, projeví vlastně paradoxně jiný druh autonomie. Tím, že se rozhodne využít pomoci například pečovatelské služby či jiné instituce projeví autonomii v oblasti rozhodování. Tedy díky dobrovolné ztrátě autonomie v oblasti soběstačnosti a sebeobsluhy senior ukáže, že mu nechybí autonomie v rozhodování. Dobrovolnou ztrátu autonomie někdy senioři volí již v době, kdy jsou ještě soběstační. Jedná se o jakési zabezpečení do budoucna, kdy by již tato soběstačnost chyběla. Například přestěhování do Domu s pečovatelskou službou, penzionu pro důchodce apod.

Mezi staršími občany můžeme pozorovat i jiný druh dobrovolné ztráty autonomie. Mám na mysli situaci, kdy na sebe chce „upoutat pozornost“, chce, aby byl tzv. obětován nebo naopak litován, kdy si tímto způsobem do jisté míry zajišťuje alespoň občasnou společnost jiné osoby. Ale i v tomto jednání můžeme nalézt jistou dávku autonomie, kdy onen člověk nerezignuje na svou osamělost, ale trochu oklikou a pod záminkou „si obstarává společnost“ a tím si zajišťuje sociální kontakty s okolním světem.

Pokud hovoříme o „dobrovolné ztrátě autonomie“, pak nesmíme zapomenout ani na „nedobrovolnou ztrátu autonomie“.

Nedobrovolná ztráta autonomie se může projevat v těchto případech:

- senior pozbývá autonomie v důsledku závažných změn tělesného a psychického stavu

²¹ Sýkorová, D., Chytil O., *Autonomie ve stáří, Strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2004, s. 47.

(a není v jeho moci, aby tyto změny ovlivnil).

- senior je okolím zbaven autonomie (např. donucen k nějakému rozhodnutí, zbaven svéprávnosti – způsobilosti k právním úkonům) proti své vůli. Jde více o otázku etickou a právní (která si zasluhuje pozornost a spíše samostatné pojednání).²²

Pokud zde mluvíme o autonomii, musíme se ještě podívat na hledisko a přístup těch, kteří seniorům pomoc poskytují. Ne každý senior totiž pečuje o uspokojování svých potřeb stejným způsobem. Někteří potřebují pomoc i v těch nejzákladnějších situacích jako je umývání, oblékání, příprava jídel a konzumace apod. Každý, kdo byl někdy během svého života odkázán na pomoc druhých ví, jak je to nepříjemné, když si nemůže sám „nic“ udělat a je tedy odkázán v určitém ohledu na druhé. Proto i staršímu člověku musíme dát „volnost“. Dát mu možnost se spolupodílet na činnosti, kterou za něj z větší části obstará někdo druhý. Tuto možnost můžeme dát pouze tehdy budeme-li znát podrobně jeho situaci, odborní pracovníci by určitě měli znát jeho anamnézu.

Z literatury uvádím proto *pět základních stupňů soběstačnosti starého člověka:*

1. Člověk může uspokojit své potřeby sám

2. Člověk nemůže sám uspokojit své fyziologické potřeby

3. Člověk může zčásti uspokojit své fyziologické potřeby

4. Člověk může uspokojit své fyziologické potřeby, ale potřebuje být veden

5. Člověk už nemůže uspokojit své potřeby a ani nevypadá, že by byl schopen sám rozhodnout o tom co potřebuje.²³

Pokud se budeme každým bodem zabývat dále, budeme moci v prvním případě, kdy je senior schopen si své potřeby a záležitosti obstarat, říci, že tato situace je samozřejmě ta nejlepší.

²² Sýkorová, D. , Chytil O. , *Autonomie ve stáří, Strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2004, s. 48.

²³ Pichaud, C. , Thareauová, I. , *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998, s.42-43

Senior disponuje tím pádem vlastní autonomií a ostatní by měli jeho soběstačnost tolerovat. To znamená vyvarovat se pokušení, abychom vše za seniora udělali sami.

V bodě druhém již za seniora jedná někdo jiný. Ale i zde musíme dát pozor na to, abychom pro něj obstarali pouze pomoc v oblasti fyziologických potřeb a nezasahovali do hierarchicky vyšších potřeb, které zvládne vyřešit sám. Také bychom, ale neměli podlehnout tendencím, kdy se starší člověk snaží veškeré rozhodování nechat na nás. Hrozí pak totiž nebezpečí zdětinštění seniora-nebezpečí infantilility.

Třetí bod je opět situací, kdy bychom měli nechat část rozhodování na seniorovi samotném. Přesto, že může mít problém s některými úkony, musíme mít na paměti, že lze některé schopnosti znovu nabýt, neboť i senior se stále učí a vyvíjí. Na druhou stranu musíme být dostatečně vnímaví, abychom po něm nepožadovali něco, co sám nemůže za žádných okolností zvládnout a aby pak tato situace pro něj příliš ponižující.

Čtvrtý bod zmiňuje ty osoby, které jsou schopny uspokojovat své fyziologické potřeby za pomoci druhých. Jedná se především o případy, kdy senior potřebuje doprovod na toaletu, aby si při cestě na ni byl v chůzi jistější. Nebo potřebuje, aby mu někdo připomněl, že už je pomalu čas, zajít si na WC, protože starší lidé už hůře odhadují, jak dlouho jim bude trvat cesta na WC ap. Jde také o situace, kdy potřebuje senior pomoci při denní hygieně (mytí zad, vstup do vany nebo sprchového koutu ap.). A to obzvláště v případech, kdy je hybnost seniora omezena. Mnohdy je ale také připomínat seniorům pitný režim, nebo vůbec i to, že by se měli najíst, nebo jim s jídlem samotným pomoci

V bodě pátém jde o staré lidi, kteří jsou již velmi nemocní. Jak po stránce fyzické nebo i psychické. Tedy většinou o pacienty dlouhodobě upoutané na lůžko, s pokročilou demencí ap. Tito senioři jsou v podstatě zcela odkázáni na pomoc druhých a bohužel nejsou mnohdy ani schopni o tuto pomoc své okolí požádat.

Možná paradoxně můžeme pozorovat, že i finanční nezávislost a nakládání s financemi, může mnoha seniorům poskytovat pocit svobody a autonomie. Moje babička, která ačkoliv byla negramotná a v pozdním věku 90 let už chodila jen velmi málo, (o kterou se starala její dcera) byla velice ráda, když měla u sebe vždycky nějaké „kapesné“. To většinou použila jako dárek pro své nejbližší (když přišli její děti, vnoučata, pravnoučata, příbuzní a známí). Člověk by si řekl, na co jsou takové stařence ještě nějaké peníze, vždyť nic nepotřebuje, péči má, do obchodu

nedojde. V tomto případě však i peníze byly zdrojem pocitu, že si mohla o něčem sama rozhodovat, rozdělovat je podle sebe, a nakonec pro ni byly nepřímo i zdrojem radosti z obdarovávání druhých.

4.4. Potřeba seberealizace

V předchozích řádcích jsme se s ní ve skryté podobě mohli setkat. Myslím tím hlavně onu pasáž o penězích. Dáváním peněz a rozhodováním o nich, si může člověk udržovat pocit svobody rozhodování, může skrze ně i přes značně omezené možnosti seberealizovat v tom, že jimi mohou někomu udělat radost, pomoci mu, že mu mohou být přes ostatní věková omezení „užiteční“. Přesto bych byl ale velmi nerad, kdyby někdo z předchozích vyjádření vydedukoval závěr, že senioři nám mohou být „dobrým zdrojem financí“, nebo že snad je možnost rozhodování o financích jedinou cestou naplnění potřeby autonomie a seberealizace seniora.

Chtěl jsem tím naopak naznačit, že tolik zavrhané (nebo opěvované) peníze mohou být zdrojem radosti z dávání, radosti z možnosti rozhodovat se, že prostě nemusí jen „kazit charakter“, ale mohou být až nevídaným zdrojem radosti pro seniory, jejichž životní možnosti jsou již dosti omezeny.

Potřeba seberealizace má poměrně široký záběr. Období po odchodu do důchodu je pro většinu seniorů obdobím velkých změn. Mění se jejich denní režim, najednou mají spoustu času. Některé tato spousta času děsí, pro někoho je výzvou k seberealizaci. „Seberealizovat se můžeme ve svých koníčcích (obzvláště těch časově náročnějších, na které jsem kvůli pracovnímu vytížení neměli čas) (nebo těch prostorově náročnějších).

Senioři, jejichž zdravotní stav to dovoluje, pak často jezdí na kole, někteří chodí plavat, na různá cvičení, podnikají výlety, hrají tenis, fotbal, lyžují nebo chodí tancovat. Většinou pokračují v pohybových aktivitách, které kdysi třeba v omezené míře provozovali, ale mnohdy začínají na vlastní popud nebo na popud kolegů-důchodců s něčím zcela novým.

Ženy důchodkyně se pak nejčastěji vrhají do podnikání výletů, poznávacích zájezdů, četby literatury, péči o zahrádku, různé kulturní činnosti od tance, zpěvu, po vedení zájmových kroužků, klubů důchodců, chodí cvičit nebo plavat.. Velmi často se vrhají do dobrodružství se svými vnoučaty.

Obecně lze říci, že potřebu seberealizace uspokojujeme celý život přibližně stejně. Jen se jaksi zdá, že v produktivní věku se často „seberealizujeme“ více v zaměstnání a pak teprve v tzv. volném čase, kdežto v důchodu se nám množstvím volného času otvírá nový rozměr seberealizace.

4.5. Potřeba bezpečí

Také tato potřeba nás provází celý život a celý život se také mění to, jak moc a jakou formou ji potřebujeme uspokojovat. Jako dítě se rodíme v podstatě naprosto vystaveni veškerým nebezpečím světa, postupně se učíme nebezpečím čelit a předcházet jim. Získáváme schopnosti a znalosti, díky nimž se můžeme nebezpečím vyhnout nebo se s nimi dobře vypořádávat. S přibývajícím věkem a slábnutím sil, zhoršováním fyzické výkonnosti a mnohdy i psychických schopností, se opět stáváme „zranitelnějšími“ a proto také potřeba bezpečí roste (a to obzvláště u nejstarších osob).

Lze rozlišit tři stupně potřeby bezpečí:

- **Potřeba ekonomického zabezpečení** – vědomí člověka, že má dost peněz na živobytí. Chybí-li lidem tento pocit bezpečí, mohou být postiženi pronikavou úzkostí a strachem z budoucnosti, které jsou následkem kruté zkušenosti s nouzí a nedostatkem. Strach z nedostatku prostředků je velmi silný zvláště u starších osob, které například po zkušenostech s válkou strádají jídlo, předměty, dělají si zásoby...

- **Potřeba fyzického bezpečí** – starší lidé, kteří se hůře pohybují, mají často obavy z pádu. Pocit bezpečí mohou posílit kompenzační pomůcky (chodítko nebo hole) a někdy také rámě člena rodiny nebo pečovatelky. Křehčí pečovatelky menší postavy, se však mohou setkat s nedůvěrou starého člověka, že „osoba tak slabá“ ho nemůže udržet. Ve většině případů však není potřeba síla, ale pocit jistoty.

- **Potřeba psychického bezpečí**, mít pocit jistoty, nemít strach, necítit se ztracený... Časové orientační body dne (jídlo, odchod do školy, do zaměstnání, televizní noviny...), přispívají k pocitu bezpečí.²⁴

Bohužel v současnosti stále častěji slyšíme zprávy o bezcharakterních podvodnících, kteří obcházejí domácnosti starších občanů, využívají jejich důvěřivosti a naivity, a obírají je

²⁴ Pichaud, C., Thareauová, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha: Portál, 1998, s. 38.

o cennosti nebo důchod. V horších případech seniory i fyzicky napadnou (bohužel nezřídka s vážnými následky, nebo končícími dokonce i úmrtím) nebo je psychicky vydírají. Množí se případy, kdy jsou bez jakýchkoliv výčitek napadáni a okrádáni občané invalidní nebo nevidomí.

K ohrožování pocitu bezpečí seniorů dochází i jinými formami: přes nezvané návštěvy podomních obchodníků a členů různých sekt, nebo různé „výhodné obchodní nabídky“ zasílané poštou, nevyžádané a nechtěné telefonní hovory.

Jistou míru bezpečí skýtá seniorům jejich „staré dobré domácí prostředí“. Obzvláště pokud ve svém domku či bytě žili většinu svého života, nebo alespoň jeho větší část. Každý den se probouzí v pokoji, který je jim důvěrně známý, v posteli na kterou jsou zvyklí, obklopují je věci, které se jim líbí a které jim někoho či něco připomínají. Připomínají jim jistotu, že vše, co prožili není ztraceno, že je to pořád ještě do jisté míry jejich součástí.

Schopnost přizpůsobovat se novým podmínkám, stylu prostředí, novému bydlení, novému rytmu dne, novým lidem, se s přibývajícím věkem snižuje. Proto často senioři těžce snášejí přestěhování do penzionu nebo domova důchodců. Jsou vytrženi ze svého „bezpečí domova“, který po léta obývali, kde měli poblíž své známé, popř. příbuzné. Zcela nové prostředí a noví lidé v nich vyvolávají spíše pocity nejistoty a ohrožení. Ve spojení s některými psychickými pochody ve stáří mohou ke zhoršení pocitu bezpečí přispět i špatné zkušenosti z minulosti, depresivní stavy a chorobná podezíravost (v krajních případech až paranoidní stavy).

Proto je dobré, pokud už je z jakýchkoliv důvodů senior nucen opustit svoje dosavadní bydliště, umožnit mu, vzít si do budoucího bydliště osobní věci, třeba i kusy nábytku (je-li to alespoň trochu možné). Je užitečné, aby si udržel co nejvíce přátel, případně, aby bylo bydlení vzdáleno od původního tak, aby se mohli navzájem nadále navštěvovat. Často i pár drobností v novém prostředí může navodit atmosféru domova a alespoň částečného bezpečí.

4.6. Potřeba sociálních kontaktů

Sociální potřeby zahrnují několik druhů potřeb:

- **Potřeba informovanosti** – mít informace o světě, ve kterém člověk žije, vědět, co se děje ve městě, ve čtvrti (zejména, když už nemůže vycházet), mít zprávy o blízkých lidech... Bez těchto informací je člověk náhle odtržen od světa. Právě to se stává starým lidem, kteří nemají možnost

být v kontaktu s vnějším světem. Velmi obtížně získávají nové zprávy, jako například jedna stará žena, téměř hluchá, která tráví celé dopoledne luštěním místních novin, které si předplatila. Problémy se sluchem stojí často u zrodu úniku do vlastního světa a vzniku pocitů opuštěnosti nebo podezíravosti. Někdy je potřeba informovanosti úmyslně narušena okolím starého člověka, protože se rozhodne zamlčet před ním nějakou smutnou rodinnou událost pod záminkou, aby byl chráněn před nepříjemnostmi...

- **Potřeba náležet k nějaké skupině** – být členem nějaké skupiny, ať už jde o rodinu, skupinu přátel, klub... Problémy nastávají při přestěhování do jiného města, nebo do neznámé čtvrti. Také tehdy, když už není možné zúčastňovat se setkávání vrstevníků nebo různých zájmových akcí, navštěvovat přátele (nebo rodinu), a oni se nemohou přijet podívat. Pocit, že člověk už nepřísluší k žádné skupině, je zvláště bolestný a zneklidňující a je obtížné se s ním vyrovnat.

- **Potřeba lásky** – Mít někoho rád a přijímat tento pocit od druhého. Je velmi důležité, aby s člověkem druzí nebo alespoň jeden člověk počítal, protože to je smyslem života.

- **Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut** – mít možnost s někým mluvit, rozmlouvat, konverzovat, vyjádřit svůj názor, sdělit své myšlenky. Potřeby vztahů jsou u různých lidí různé. Někdo potřebuje hodně mluvit, jiný se spokojí s tím, že je s ostatními.²⁵

U většiny seniorů nabývá potřeba sociálních kontaktů na důležitosti v momentě, kdy odchází do důchodů, nebo prostě přestanou chodit do zaměstnání. Během produktivního věku se denně setkávali s poměrně velkým množstvím lidí, s nimiž komunikovali na úrovni pracovní, nebo i přátelské. Mnohdy jsou ale tato přátelství svázána s pracovním prostředím a po odchodu seniora do důchodu zanikají. Buď okamžitě nebo postupně slábnou až zcela vyhasnou. Pokud však senior neměl jiné přátele, než jen ty „pracovní“, nastává pro něj jakýsi prostor „vzduchoprázdna“, kdy najednou zjišťuje, že je najednou sám. Mnozí jsou tímto faktem doslova zděšeni. Děsí je zároveň i představa, že mají celý den strávit jen se svým partnerem, kterého předtím vídali hlavně „po práci“ nebo o víkendech, a najednou neví, co mají dělat a o čem si povídat.

Proto je velmi užitečné pokud si již během tzv. produktivního věku udržujeme dostatečné množství sociálních kontaktů i mimo okruh přátel ze zaměstnání. Může se jednat o sousedy, členy sportovního nebo jiného zájmového klubu, vzdálené příbuzné (předpokládám, že s nejbližšími příbuznými kontakt průběžně udržujeme), přátele z dětství ap. Předcházíme tím sociální izolaci a nedostatku sociálních kontaktů, které trápí obzvláště nejstarší seniory. S přibývajícím věkem totiž přátel ubývá: mnozí již zemřeli, jiní se přestěhovali, s někým jsme

²⁵ Pichaud, C., Thareauová, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha : Portál, 1998, s. 39.

ztratili „společnou řeč“ (zaměstnání, zájmy). Zároveň se do jisté míry zužují možnosti k navazování nových přátelství a kamarádství, protože ubývá sil a snižuje se schopnost přizpůsobování se jiným lidem a jejich zvyklostem.

Jistým druhem prevence sociální izolace je přijetí nabídky různých klubů důchodců, zájmových skupin, divadel, besed a přednášek, turistických oddílů, nebo angažovanost ve vedení zájmových kroužků pro děti a mládež (aby nedocházelo ke ztrátě kontaktu také s ostatními věkovými kategoriemi). Velkým povzbuzením a pozitivem může být také péče o vnoučata, která s sebou přináší řadu aktivit, které mohou seniory obohatit.

4.7. Příběh

Myslím si, že by pro ilustraci předchozích vět mohl posloužit příběh, který mi vyprávěla moje sestra. Najdeme v něm hodně okamžiků, které jsem již zmínil, nebo které zmíním později.

Před několika lety pobývala moje sestra krátkou dobu v Rakousku jako opatrovatelka jedné staré „dámy“ – říkejme jí Ema. Byla to bývalá poměrně slavná rakouská herečka, jejímž manželem byl významný lékař. Většinu života prožila svou prací – divadlem a filmem. Navštěvovala se svým manželem významné akce a večírky, byla obdivovaná, měla hodně přátel a známých, cestovala. Z jejich manželství se narodily dvě děti – dcera a syn. Podle vyprávění Emy vedla docela spokojený život.

Pak ale přišla rána, která velmi změnila její život. Když jí bylo kolem 50let, zemřel jí manžel. Jeho smrt Ema nesla velmi těžko. Vždyť ztratila blízkého člověka, který jí dával pocit bezpečí a kterého milovala. Začala brát předepsané léky na uklidnění, začala více jíst a uzavírala se před světem. Postupně přestávala zvládat domácnost a tak si příležitostně najímala jednu mladou paní z blízkého okolí na výpomoc. Paní Ema se však ve svém smutku utápěla dál, zvyšovala dávky léků na uklidnění nebo na spaní. Po jistém čase paní Emu stihla mozková mrtvice, začala mít problémy s pohybem, ale hlavně skoro zapoměla mluvit. Díky péči lékařů se nakonec rozchodila a trochu rozmluvila. Stále dál užívala své léky na uklidnění a deprese, časem se přidali léky na srdce ap.

V té době opustila paní Emu většina přátel. Už jim k ničemu nebyla. Postavení, které měla díky manželovi, bylo pryč a bylo pryč i postavení, které měla díky své kariéře herečky. Nikdo jí totiž nerozuměl. Dalo velkou práci a soustředění, aby jí člověk vůbec rozuměl, a navíc začala paní Ema chvílemi mluvit „zcela z cesty“. Nikdo neměl chuť jí naslouchat, čekat až se vyjádří.

Bylo to pro ní, osobu tak společenskou, velké rozčarování a zklamání. Jedinými lidmi se kterými občas prohodila slovíčko byl pošťák a paní co u nich kdysi dělala hospodyně. S dětmi si mohla jen telefonovat, jelikož bydlely dost daleko od ní, měli vlastní rodinu a starosti. Přestože staré paní nabízeli přestěhování, ta ho stále odmítala. Dcera i syn ji sice navštěvovali, ale nebylo to příliš často. Takže paní Ema trávila celé dny sama, jen ve společnosti jejího černého pudla. Její dcera však nakonec dospěla k názoru, že by bylo dobré, aby se starou paní někdo přece jen v domě byl a tak se moje sestra stala opatrovatelkou.

Jistou míru nezávislosti pro paní Emu představovala sociální dávka, kterou pobírala z důvodu jejího zhoršeného zdravotního stavu v následku mozkové mrtvice. Výše této dávky se řídí tzv. Pflagestufe (stupněm potřeby péče). Dává tak možnost najmout si alespoň příležitostně někoho např. úklid, nákup ap. Starým lidem tak dává šanci svobodně se rozhodnout, zda se o veškeré své potřeby postarají, nebo si nechají za úplatu pomoci. Jestli tuto dávku použijí k zaplacení těchto služeb v nějakém veřejném zařízení, nebo od soukromé osoby, nebo církevní organizace (V tomto případě z ní bylo částečně financováno kapesné mé sestry).

Paní Ema byla nakonec docela ráda, že má někoho v domě. Začala vyprávět o svém životě, co měla ráda a co ne. Její dcera jí předtím dojednala donášku obědů. Od radosti z toho, že má v domě společnici, nutila paní Ema moji sestru k tomu, aby onen oběd jedly spolu a oči jí svítily radostí, když si po dlouhém přemlouvání sestra přece jen něco vzala. Podobnou radost v očích měla paní Ema při odstrojování vánočního stromečku. Vrhla se do této činnosti s takovou vervou a nadšením, že to bylo až k zasmání. Prostě měla radost, že může sama něco dělat a nemusí jen tak čekat, až zase přijde večer. Ale snad úplně největší radost měla vždy, když jí sestra řekla, že pro ní má uvařenou polévku. To se rychle zvedla ze svého křesla (a jako by už nepotřebovala francouzské hole) uháněla ke stolu. Stejně „sportovní výkony“ podávala, když zazvonil pošťák. To se okamžitě jala vyprávět, co jí trápí, bolí a nekonečně se vyptávala. Byla ráda, že vidí další „živou duši“.

Bohužel měla i horší chvíle, kdy se začala chovat agresivně a velmi nepřátelsky. Pokoušela se nastartovat své staré auto a odjet do města, protože „ona tam přece potřebuje něco vyřídit

a nakoupit“. Když jí v tom sestra chtěla zabránit, vzala si jako zbraň svoje francouzské hole. Bylo z ní cítit, jak ji vnitřně užívá to, že už se o hodně věcí nemůže postarat sama, že je odkázána na pomoc druhých.

Její dcera jí vyjednala ještě jednu službičku, která jí dopřávala pocit svobody. Vždy, když stará paní chtěla mít u sebe nějaké peníze, tak zavolala jedné známé úřednici do nedaleké banky a ta v polední přestávce přijela pro podpis staré paní a po práci jí přinesla peníze. Sestra také vzpomínala, jak jednou s paní Emou hledala vkladní knížku. (Dost možná tuto situaci poznáváte, protože je poměrně častá.) Stará paní postupně obvinila skoro všechny z krádeže, ale nakonec se knížka samozřejmě našla.

Většinu dne paní Ema trávila sledováním televize. Stejně jako hodně starých lidí, u ní nejednou i usnula. Ale o její bystrosti svědčilo to, že jakmile sestra přepnula na jiný kanál, než byl její oblíbený, tak to paní neomylně poznala a poměrně hlasitě protestovala.

Ale asi nejhůře nesla paní Ema svoje problémy s udržením moči a stolice. O svou hygienu nejraději dbala sama, a těžce nesla to, že jí sestra musí občas pomáhat při mytí ap. Velice se styděla, že musí nosit plenky a s oblibou si je nedávala. Ale o to víc, se styděla, když se jí pak přece jen přihodila „nehoda“. Moje sestra vzpomíná, jak nad ní každé ráno stála a čekala než opravdu zapije všechny své léky, a než se si dá plenku a kompletně se oblékne. Během dne se musela stále dokola ptát, zda má paní Ema plenku. Nejednou se stalo, že si ji během dne vyndala, pak „se jí chtělo“, ale vyrazila pozdě na WC a pak se celý zbytek dne omlouvala a nadávala si za to, „co provedla“.

Když po měsíci opět přijela její dcera, a přišla na návštěvu její bývala hospodyně, obě shodně zkonstatovaly, že se paní Ema daleko více rozmluvila, že je jí daleko lépe rozumět, že mluví i méně „z cesty“. Postupně se vytratil i strach, který paní Ema mívala, když byla přes noc v domě sama. V rámci jejích možností bylo vidět jisté zlepšení.

Nevím, jak tento případ skončil, protože sestra musela po nějakém čase odejít. Pak už se jen dozvěděla, že k paní Emě přišly jiné dvě opatrovatelky, ale jejich střídání nemělo na paní Emu dobrý vliv, tak se nakonec její dcera rozhodla, že přece jen svou matku přemluví k přestěhování do zařízení pro seniory, kde když bude chtít (a nakolik bude potřebovat), bude mít péči a kam si bude smět vzít i svého pejska a svůj nejmilejší nábytek.

5. Využití volného času

Možná si momentálně všichni pokládáme jednu otázku: Lze vůbec mluvit o nějakém volném čase po odchodu do důchodu? Vždyť vlastně veškerý čas seniorů je volným časem. Nemusí chodit do zaměstnání, plnit žádné povinnosti. Svým způsobem je to pravda. Přece jen se ale musí postarat o své každodenní potřeby: zajít nakoupit, něco vyřídit po úřadech, k lékaři, uklidit, případně obstarat domácí zvířata ap. Jasně ale je, že po odchodu do důchodu (pokud nechodí do práce formou brigády), tvoří většinu jejich času tzv. volný čas.

5.1. Aktivní využití volného času

Mezi aktivní způsoby vyplnění volného času můžeme zařadit především domácí práce, kutilství (42%) a procházky či turistiku (28%) .

Domácími pracemi nebo kutilstvím se zabývají zejména muži (44%), lidé ve věku 65-74 let (50%, starší lidé s nižšími příjmy (do 5999Kč měsíčně – 72%), ti, kdo žijí sami v domě nebo bytě (52%) a lidé z měst o velikosti 20 000 - 49 999 obyvatel (48%).²⁶

Mezi aktivní využití volného času patří dále např. sport, jízda na kole, plavání, lyžování, cvičení, zájezdy, malování studium, provozování hudby či tance, práci na zahrádce, různé společenské aktivity typu: vedení zájmové skupiny (pro vrstevníky nebo děti a mládež), organizace přednášek, besed, nebo podobná činnost v dobročinných organizacích. Tedy prakticky téměř všechny koníčky.

Výčet celé škály aktivit, které se věnují (nebo mohou věnovat) senioři by mohl být ještě dost dlouhý a pestrý, ale myslím, že bychom do něj měli zařadit i starost o vnoučata.

²⁶ Závěrečná zpráva z výzkumu agentury FOCUS „Senioři a média“, s. 11.

5.2. Pasivní využití volného času

Senioři tráví svůj volný čas především pasivními činnostmi: necelé dvě třetiny respondentů sledují televizi (63%), čtveř se věnují dvě pětiny dotázaných (40%), poslechu rádia (hudby) pak necelá třetina (28%).

Televizi sledují ve srovnání s celou populací seniorů (63%) častěji ženy (sleduje 68% z nich, lidé starší 84 let (75%), senioři s nejnižšími příjmy (do 5999Kč měsíčně – 72%), ti, kdo žijí sami v domě nebo bytě (68%) a lidé z vesnic a malých měst (do 4999 obyvatel – 68%).²⁷

Pro většinu seniorů je sledování televize zdrojem informací a zábavy, pro část z nich je společníkem (to obzvláště u starších a osamělých seniorů). Pro jiné je nástrojem odpočinku (což může v sobě zahrnovat i zábavu), ale jen pro velmi málo lidí představu sledování televize nutné zlo.

Lze však vyzorovat rozdíl mezi dobou, kdy skutečně senioři sledují nějaký pořad či film, nebo kdy mají televizi zapnutou pouze jako kulisu. Hlasy a obrazy z ní mohou navozovat atmosféru, že v domě (bytě) ještě někdo je – je tedy v jistém slova smyslu pro seniory společníkem. Přestože tedy „běží“ televize např. 8 hodin denně, může být z toho sledována jen 5 hodin a zbytek dne je jen kulisou.

Mnozí senioři si také plánují rozvrh dne podle televizního programu. Těžko říci, zda je to dobře nebo špatně. Dobře je to v té chvíli, kdy sledování televize jaksí vytváří strukturu dne a kdy svým způsobem důchodcům nahrazuje strukturu všedního dne z dob, kdy ještě chodili do zaměstnání. Jejich den pak dostává určitý rytmus (např. snídane, nákup, vaření, oběda, sledování relace pro seniory, procházka, seriál, hlídání vnoučete, večere, zprávy, film, spánek). Případně i jistou perspektivu, důvod na co se těšit („ Už aby bylo úterý, to půjdou Rodinná pouta“ nebo „ Už se blíží půl páté, to začnou v televizi soutěžní pořady“ atd.)

Špatně je to v případě, kdy kvůli programu v televizi zanedbávají péči o sebe sama, odmítají setkání s rodinou, přáteli, hlídání vnoučat, návštěvu lékaře, odsunují stranou ostatní své zájmy, nemají dostatek spánku ap. Mohou se poměrně snadno stát na sledování televize závislí. Pokud je někdo vyruší od „jejich“ pořadu, jsou agresivní nebo mrzutí. Závislost může být na běžící

²⁷ Závěrečná zpráva z výzkumu agentury FOCUS „Senioři a média“ , s.11

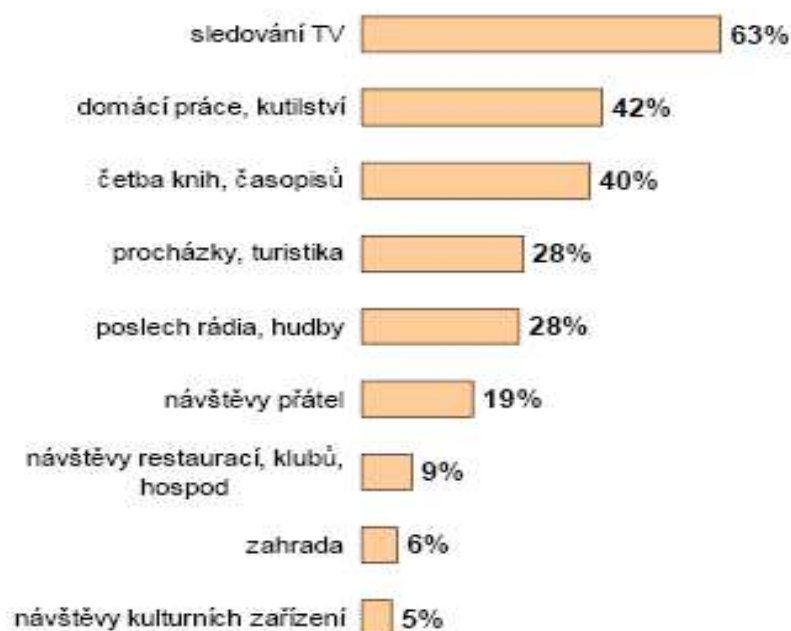
televizi – kulise. Jakmile se televize porouchá, nebo ji někdo vypne, jsou nervózní, a vehementně se dožadují jejího zprovoznění.

Televizi sleduje velká část seniorů s další osobou (manželem/manželkou, partnerem, dětmi nebo vnoučaty, sousedkou, ostatními obyvateli domova důchodců ap.). Nezřídka se během sledování baví se svým „společníkem“. V tomto smyslu může být sledování televize pozitivem, protože podněcuje ke komunikaci, sdělování komentářů k pořadům, u soutěží si bystří paměť a získávají další znalosti. Ale i takové sledování seriálů může pomáhat seniorům ve zvládnání jejich životních situací (vidí, jak se i hrdinové seriálů trápí, že mají své problémy a smutky), mohou si „pobřečet“ (a tím se uvolnit), zasmát se. S partnerem se může rozvinout debata o tom, jak by kdo z nich onu situaci řešil, co by řekl, koho jim která postava připomíná. Prostě je to může nutit přemýšlet a komunikovat, ne jen „tupě hltat děj“, ze kterého nakonec nic neví.

5.3. Grafy náplně volného času ve stáří

Oba grafy nám pomohou nahlédnout do řebříčku aktivit ve volném čase u seniorů v České republice. Žebříček ovlivňuje mnoho vedlejších faktorů jako je věk, vzdělání, pohlaví, zdravotní stav, způsob bydlení, velikost obce, ale i finanční situace. (viz **Senioři a média**).

Graf č. 5: Jak nejčastěji trávíte svůj volný čas? - možnost vícečetných odpovědí (N = 423)



Tabulka č. 2: Jak nejčastěji trávíte svůj volný čas? (odpovědi s četností pod 5%, N = 423)

odpověď (četnosti pod 5%)	n	v %
sport	7	1,7
vnoučata	6	1,4
pes	6	1,4
křížovky	5	1,2
šachy	5	1,2
chata	4	0,9
nákupy	4	0,9
jízda na kole	3	0,7
zájezdy	2	0,5
účast na fotbalových zápasech	2	0,5
modlitba	2	0,5
brigáda	2	0,5
pletení	2	0,5
malování	2	0,5
studium	2	0,5
milování	1	0,2
hudba	1	0,2
sportka	1	0,2
sezení u domu	1	0,2
vaření	1	0,2

houbaření	1	0,2
lázně	1	0,2
údržba a oprava auta	1	0,2
rybaření	1	0,2
počítač	1	0,2
péče o domácí zvířata	1	0,2
sběratelství	1	0,2
dílna	1	0,2
péče o rodinu	1	0,2
jízda s veteránem	1	0,2
květiny	1	0,2

Zjistilo se, že nejspokojenější je takový starý člověk, který se mlže stýkat s přáteli a vykonávat činnosti, které ho těšily v době jeho pozdní dospělosti, neboli v době jeho ranného stáří. Zhruba ještě před pensionováním, v době, kdy ještě máme finanční prostředky i schopnost něco na svém životě změnit. K této včasné přípravě je třeba si uvědomit, jaké hodnoty života preferuji, co mě opravdu baví, kdo jsou moji přátelé, s kým se chci stýkat, zda je pro mě důležitější kulečník, oblíbená hospůdka, kostel nebo zahrádka. Současně je třeba reflektovat i neodvratné,

²⁸ Závěrečná zpráva z výzkumu agentury FOCUS „Senioři a média“, s.12.

nepatologické, tedy normální změny, které budou provázet stáří. Nejen moje, ale každého z nás. Mezi tyto změny patří stejně tak šedivění vlasů, jako zhoršení zraku, sluchu, pohyblivosti.²⁹

6. Druhy péče o seniory

V současnosti se můžeme setkat se dvěma základními typy celkové péče o seniory. Péči v tomto smyslu myslím komplex „ poskytování služeb“. Jedná se tedy o způsob bydlení a uspokojování potřeb se životem ve stáří spojených.

6.1. Domácí péče

V populaci ČR je v současné době cca 14% osob ve věku přes 65 let, asi 3% z celku je ve věku přes 80 let. (Mašková,2004,s.25) V Rakousku je to 16% a 3,8%, v Německu 17% a 3,7%. Přitom v roce 2030 předpokládají demografické předpovědi, uvažující jak snižující se porodnost tak rostoucí průměrnou délku života, cca 23% osob přes 65 let věku a asi 6,5% osob z celku ve věku 80 a více let , v Rakousku a Německu je uvažováno ve stejném roce dokonce 28% osob přes 65 let a 7,5% osob z celku přes 80 let věku. (Mašková, 2004 , s. 26-27)

Z literatury je známo, že cca 20% osob ve věku 65let a více (v USA) potřebuje dlouhodobou péči, větší počet v některých fázích života. (Abel, 1990 ,s.65). V Německu uvádějí odhady, že 75% starých osob potřebuje alespoň občasnou pomoc a 10% starých lidí je upoutáno na lůžko. (Presse und Informationsamt, 1990. podle Olson, 1993,s.212)³⁰

Jednoho dne už starý člověk nemůže dělat tolik věcí jako dříve. Co se s ním teď stane, když už není tak „ užitečný“? Může nastat den, kdy už není schopen žít sám a bez výrazné pomoci rodiny. Jeden velký evropský průzkum potvrzuje: Rodina i nadále zůstává jednou z největších světových institucí, která se ujímá starých a bezmocných lidí. V Evropském společenství se odhaduje, že o 70-80% starých nesamostatných lidí se stará jeden člen rodiny.

²⁹ Šiklová J. , *Spokojené stáří je odměnou za život*, časopis Senior revue, 5/2006, Praha:Vydavatelství a nakladatelství Altera Media, s. 29.

³⁰ Jeřábek, H. a kolektiv, *Rodinná péče o staré lidi*, Praha: CESES FSV UK, 2005, s. 9.

*Závislost starého rodiče na pomoci druhých se týká celého rodinného systému.*³¹ Tedy pomoc (či péče) poskytovaná širším příbuzenstvem, nejenom partnerem nebo dětmi. Tato forma pomoci starým a nemohoucím příbuzným byla zcela běžná téměř v celé historii lidstva. během staletí můžeme pozorovat model širší rodiny, která v sobě zahrnuje všechny generace a případně i širší příbuzenstvo. Tento model měl a má bezesporu své výhody a to jak pro „opečovávanou“ osobu, tak i pro pečující osobu a její okolí.

Generace žijí buďto společně v jednom domě, nebo alespoň nedaleko, tak aby neztratili vzájemný kontakt. Dříve bylo běžné, že staří rodiče předali dům a hospodářství svým dětem, a ty se o něj nadále starali, a staří odcházeli na zasloužený odpočinek („výměnek“). Čas od času ještě vypomohli svým dětem s vnučaty nebo hospodářství, rádi poradili a účastnili se rodinných oslav. I v rámci vesnic bývala společnost více zapojena do vzájemné komunikace a pomoci starým, nemohoucím, opuštěným ženám atd.

Z rozvojem naší společnosti, růstem obcí a měst, rozvojem vzdělání a průmyslu, docházelo ke zvětšování vzdáleností mezi lidmi. A to nejenom geograficky, ale možná právě proto také i v mezilidských vztazích.

Samozřejmě i v minulosti existovali instituce, které se o nemocné a staré lidi staraly. Většinou se jednalo o zařízení (špitály, sanatoria, chudobince ap.), které obhospodařovala církve. Šlo však většinou o přechodné a nouzové řešení. Rodiny považovali za samozřejmost, že se o své nemocné a staré členy postarají, jelikož to bylo chápáno jako věc cti, někdy i povinnosti, ale hlavně jako projev lásky, vůči lidem, kteří jim po celý život lásku projevovali a kteří se o ně v dětství starali.

V minulém století docházelo nejen vlivem společenských a hospodářských změn, ale také změn politických, k postupnému zapomenutí a znehodnocení formy domácí péče. Lidé v produktivním věku museli pracovat „pro stát a společnost“, a péče o staré a „chátrající“ rodiče by je od toho jen zdržovala. Proto došlo k prudkému rozvoji instituce zvané domovy důchodců, které se budu věnovat v další části mé práce.

V současné době dochází k jakési „renesanci“ domácí péče. Na pozitiva, která přináší domácí péče, postupem času přišli jak lékaři, sociální pracovníci, psychologové, výzkumníci, ale hlavně sami senioři a jejich rodiny. I ekonomové stále potvrzují, že stát stojí daleko více peněz péče

³¹ Pichaud, C., Thareauová, I., *Soužití se starými lidmi*, Praha: Portál, 1998, s. 68.

o jednoho seniora v domově důchodců (nebo jiném sociálním zařízení) než senior, o kterého se stará vlastní rodina a které stát na péči přispívá.

Ne vždy však lze ponechat starého a nemocného seniora v kruhu rodiny. Rodiny se potýkají s problémy, s nedostatkem prostoru (např. na speciální lůžko, bezbariérovou úpravu ap.), nedostatkem času (mají vlastní děti, dojíždějí do práce, mají časově náročné zaměstnání atd.), chybí jim potřebné zdravotnické vzdělání (u vážnějších onemocnění). Jsou určité situace nebo onemocnění, kdy prostě není v silách rodiny a širšího příbuzenstva se o starého člověka adekvátním způsobem postarat. Některé se proto rozhodnou alespoň částečně nebo občas využívat nabídek zdravotnických zařízení (rehabilitace, případně přechodná hospitalizace), stacionářů, léčeben pro dlouhodobě nemocných, nebo jen služeb podobných institucí. Může se např. jednat o rehabilitaci v bytě seniora, „hlídání“ seniora na přechodnou dobu, domácí návštěva lékaře atd. Někdy prostě potřebuje rodina „odlehčit“ od každodenní péče o seniora.

Rodinná péče s sebou přináší pro pečující mnohdy rozporuplné pocity. *Z pozitivních citů a pocitů lze jmenovat:*

- lásku k rodičům, něžnost, obohacení přítomností starého člověka v rodině;
- starost o to, aby byly potřeby a přání starého člověka uspokojeny (účast na rodinných oslavách atd.);
- vůle k tomu, aby se zabránilo vstupu starého člověka do sociálního zařízení.

Z negativních pocitů lze jmenovat:

- strach z nesplnění svého úkolu, když k sobě nepřijmu starého člověka;
- revolta reagující na zhoršení stavu starého rodiče, o kterém jsme si chtěli zachovat stejně hezký obrázek až do konce („Nemohu se smířit s tím, že už mě nepoznává.“);
- strach z toho, že se nebudu umět chovat, jak se po mě žádá, nebudu se umět o starého rodiče postarat („Nevím, co mám dělat.“);
- hluboký otřes z toho, že tradiční vztah rodiče a dítěte se obrací („Teď musím já dávat rodičům příkazy!“);
- úzkost ze smrti, ze ztráty drahého člověka, ze zmizení posledního opěrného bodu před vlastním koncem;
- strach z toho, že se sám ztratím v příliš silném vztahu, že obětuji svou rodinu, svého partnera („Můj manžel se rozčiluje.“)
- nepochopení ze strany ostatních členů rodiny;

- *výsledkem toho všeho je pocit viny, který prožíváme ještě hůře v případě, když ho neumíme vyjádřit;*
- *někdy se k tomu přidají pocity nenávisti nebo pomsty, které mohou vést k více či méně zjevnému špatnému zacházení.³²*

Aby toto soužití bylo pro všechny strany co nejlepší (nejsnesitelnější), je třeba snažit se udržovat tyto pocity v rovnováze. Bývá to o to těžší, když je v rodině starý dementní člověk, nebo člověk velmi vážně nemocný vyžadující neustálý dohled. Pak se mohou přidat i další obavy: - *jak zajistit bezpečí starého člověka, aniž bychom ho věznili a zakazovali mu veškerý volný pohyb;*

- *jak ho zaměstnat, zorganizovat jeho každodenní život.³³*

Ale asi největším přínosem rodinné péče o staré osoby je to, že se většinou nemusí nikam stěhovat, zůstávají ve známém prostředí. Nemusí se však jednat přímo o jejich domek nebo byt, ale alespoň zůstávají v každodenním styku se svými nejbližšími, s lidmi, které znají a kterým důvěřují. Zároveň si mohou udržet své přátele a koníčky (třeba zahrádku, nebo pejska, kočičku). Není tolik kladen důraz na přizpůsobování se novému prostředí, novému uspořádání dne, novým lidem, novým povinnostem ap. Dává to seniorovi pocit bezpečí, pocit zakořenění, pocit potřeby, emocionální podporu.

Je ale třeba zdůraznit, že ne všechny rodiny jsou schopny fyzicky a emocionálně zvládat péči o starého člena rodiny. Ten sice může zpočátku přinášet do rodiny pozitivní prvky (hlídání vnoučat, péče o zahrádku ap.), ale s přibývajícím věkem a prohlubujícími se onemocněními se může stávat opravdovým břemenem. Každý případ je třeba posuzovat zvlášť. Musíme si také občas připustit, že jsou onemocnění, se kterými nejsme schopni seniorovi sami bez odborné péče, pomoci. Mnohdy je totiž péče o velmi nemocného starého člověka tak velkou (obzvláště psychickou) zátěží, že to může ohrozit zdraví i pečujícího.

Pokud však rodina celkově nefunguje jak má (např. manželé se denně hádají, děti jsou agresivní a hlučné, každý si hledí jen svého), je pak mnohdy pro seniora lepší pobyt v nějakém vhodném zařízení sociální péče než v neharmonickém „rodinném“ prostředí.

³² Pichaud, C., Thareauová, I., *Soužití se staršími lidmi*, Praha: Portál, 1998, s.70.

³³ Pichaud, C., Thareauová, *Soužití se staršími lidmi*, Praha : Portál, 1998, s. 71

Také záleží na povaze a zájmech konkrétního seniora. Vzpomeňme si například na příběh paní Emy. Ta byla sice poměrně hodně fixovaná na domácí prostředí. Zároveň jí však velmi chyběla „společnost“, protože byla zvyklá se celý život pohybovat mezi spoustou lidí, komunikovat a bavit se. Nyní však seděla celé dny jenom se psem. V podobných případech a za určitých podmínek (přestěhování vlastního nábytku, možnost vzít si s sebou psa ap.) je možno považovat možnost přestěhování do domova pro seniory, za velmi dobré řešení. Senior, který byl doma většinu dne sám a který má rád společnost, většinou v „kolektivním“ zařízení pookřeje, protože dostane možnost komunikovat s více lidmi a případně i realizovat své koníčky (hrát divadlo, vydávat zájmový časopis pro úzký okruh ubytovaných seniorů). Navíc zde bývá i možnost zdravotní péče (v omezené míře) , nebo různých kulturních programů a výletů.

Z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb, které starý člověk vyžaduje, lze rozlišit tři stupně péče. Jedná se o důležitou, avšak časově, fyzicky a psychicky méně náročnou, podpůrnou péči (subsidiary care). Sem patří finanční podpora, zajištění oprav v domácnosti, doprava k lékaři, obstarání úřadů apod. Tuto formu péče potřebuje prakticky každý starý člověk, kterého bychom z nějakého hlediska uvažovali jako ne zcela soběstačného. Další uvažované stupně péče již v sobě zahrnují jako předpoklad poskytování alespoň některých aktivit podpůrné péče. Tento druh a stupeň pomoci může rodina svým babičkám a dědečkům zajišťovat třeba jen občas, nepravidelně, podle potřeby. tato péče nevyžaduje společné bydlení ani přemíru vynaloženého času. I tato péče však zahrnuje emocionální složku a je tedy oběma stranami – pečujícím a opečovávaným, chápána jako důležitá, významná.

Druhým, vyšším stupněm rodinné pomoci, je neosobní péče (impersonal care). Sem bývají zařazovány činnosti související s péčí o domácnost, nejčastěji činnosti jako: uvařit, uklidit, vyprat. Tato pomoc, zvláště pokud je častá, nebo dokonce pravidelná, každodenní, je časově náročnější a zpravidla vyžaduje cykličnost, nedá se odkládat a je pro opečovávanou osobu obtížněji postradatelná. Zahrnuje složku materiální i složku emocionální. jedná se však ještě o pomoc, kterou by mohl zajišťovat někdo jiný než člen rodiny, například pečovatelská služba donášku oběda, zjednaná osoba úklid, praní, žehlení nebo podobné domácí práce.³⁴

Třetím stupněm je tzv. osobní péče. To znamená, že nás senior potřebuje 24 hodin denně. Je třeba mu pomáhat s časově, fyzicky i psychicky náročnými potřebami, jako je například intimní péče, omývání, obracení, oblékání, krmení, podávání léků ap.

³⁴ Jeřábek, H., a kolektiv, *Rodinná péče o staré lidi*, Praha: CESES FSV UK, 2005, s.12.

Vzhledem ke kladeným nárokům u třetího stupně péče, se často rodiny obracejí s prosbou o výpomoc na služby odborníků a případně svého starého a potřebného člena rodiny svěří do „rukou“ nějakého vhodného zařízení sociální nebo zdravotní péče.

Čeští respondenti se zcela jednoznačně přiklánějí k tomu, aby v případě potřeby byla seniorům poskytována péče nejbližšími rodinnými příslušníky – manželem či manželkou nebo dětmi. Dále následovala volba péče pocházející od státních institucí a poté, organizace charitativní, soukromé nebo dobrovolné. Vzdálenější příbuzenstvo spolu s přáteli a sousedy jsou nejméně často volenými potenciálními pečovateli.

Ani vysoké procento zastánců státní instituce jakožto poskytovatele péče není překvapivým výsledkem. Spoléhání na stát v oblasti sociální pomoci je výraznou tendencí české populace, kterou opakovaně potvrzují nejrůznější české výzkumy na toto téma. Státní instituce jakožto pečovatel byla poněkud častěji volena nejstaršími respondenty, naopak z hlediska pohlaví a vzdělání jsme nenašli žádné preferenční rozdíly.

U volby charitativní a dobrovolné organizace jakožto potenciálních pečovatelů jsme našli korelaci s proměnnou víra respondenta. Věřící respondenti mají tendenci častěji souhlasit s myšlenkou, že charitativní organizace mohou být dobrým poskytovatelem obou druhů sledované péče. Zajímavým faktem je také to, že charita má více příznivců ve velkých městech než na vesnicích.³⁵

Česká společnost tedy většinově zastává názor, že pokud bude třeba, je připravena se v rámci nejužší rodiny o svého starého a nemocného člena postarat. Což je velmi pozitivní zjištění, obzvláště v době, kdy média vedou „kampaň“, která většinou mluví o seniorech pouze v souvislosti s ekonomickou zátěží pro stát a další generace. Je potěšující, že se dosud naše společnost nenechala těmito negativními výroky ovlivnit.

6.2. Ústavní péče

Tuto institucionální péči v našich zemích představují především domovy důchodců (nejrozšířenější), léčebny dlouhodobě nemocných, domy s pečovatelskou službou, penziony ap.

³⁵ Vidovicová, L., Rabušic, L., *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české společnosti*, VÚPSV Praha, 2003, s. 24.

Tato zařízení byla z počátku zřizována převážně státem (obcemi ap.), v poslední době však přibývá zařízení pro seniory, které zřizují občanská sdružení, církve a náboženská hnutí, nebo soukromé osoby.

Domov důchodců představuje zařízení, v němž senior sám nebo se spolubydlícím sdílí pokoj s přílehlým sociálním zařízením. Je mu podle potřeby poskytována celodenní péče (ubytování, stravování, praní prádla, úklid, lékařská péče atd.). K dispozici je společná jídelna, společenská místnost, možnost kulturně- vzdělávacích programů, výletů ap.

Léčebna dlouhodobě nemocných je zařízení, do nějž jsou umístováni senioři, kteří potřebují 24 hodin zdravotní dohled (lékařskou péči) a pro své vážné onemocnění a věk již nejsou vůbec soběstační.

Domovy s pečovatelskou službou jsou v jistém smyslu jakýmsi mezistupněm mezi domovem důchodců a pobytem doma. Senior obývá obvykle bytovou jednotku se sociálním zařízením a kuchyňkou. Dle svých možností a schopností se snaží uspokojovat svoje potřeby. Má možnost využívat pečovatelských služeb (rehabilitace, zdravotní péče, donáška jídel ap.), ale může v bytové jednotce žít zcela samostatně a nemusí využívat žádné služby poskytované nebo nabízené domem s pečovatelskou službou . Tento typ institucionální péče je vhodný pro seniory, kteří jsou ještě soběstační, potřebují pomoci jen občas a tento způsob péče přijali i jako zajištění do budoucna, kdy by mohli potřebovat více péče, ale přesto si chtějí zachovat jistou autonomii a samostatnost.

Podobným zařízením je i penzion. Skýtá většinou více komfortu pro ubytované seniory. Jiným druhem institucionální péče mohou představovat denní stacionáře pro seniory, které poskytují seniorům péči během dne. Senior zde tedy pobývá jen určitou část dne, ne nutně denně, třeba jen některé dny. Obvykle tato zařízení nacházíme ve větších městech. Seniora ráno přiveze většinou někdo z rodiny do stacionáře a odpoledne nebo navečer (když se vrací ze zaměstnání) ho vyzvedne. Je to jakési řešení mezi domácí a stálou institucionální péčí. Je voleno obvykle jako kompromis, aby senior nemusel být celý den doma sám, a jeho dítě (nebo jiný rodinný příslušník) mohl nadále chodit do zaměstnání. V těchto zařízeních bývá poskytování možnost doprovodu nebo zajištění zdravotní péče (cvičení, rehabilitace, doprovod k lékaři), nabízí možnost volnočasových aktivit (dramatické kroužky, zpěv, výtvarná činnost, popovídání si s vrstevníky, výlety atd.), stravování ap..

Senior tak žije ve vlastním prostředí, neztrácí sociální kontakty s okolím a ani s rodinnou, zachovává si jistou míru autonomie a zároveň umožňuje pečující osobě zachovat si co nejvíce z toho, jak žil předtím, než se začal intenzivně starat o starého rodinného příslušníka. Bohužel je podobných zařízení stále ještě velice málo a tak jsou mnohé rodiny nuceny přistoupit na nutnost přesunout seniora do zařízení s celodenní péčí, nejčastěji do domova důchodců (i proto, že je jich v naší republice nejvíce.).

Jak se ukázalo, umístění blízkého vyžadujícího osobní péči do zařízení s trvalým pobytem (nursing home) nebylo v žádném z příběhů jejich respondentů aktem odložení blízkého člověka, ale definitivním zoufalým krokem poté co předchozí úsilí udržet ho za každou cenu doma selhalo, když potřeby starého člověka vyčerpaly a přesáhly limity rodinného pečovatele. Většina těchto rozhodnutí byla učiněna v nějakém kritickém okamžiku, obvykle když si zhoršení zdravotního stavu vyžádalo hospitalizaci opečovávaného v nemocnici, či v důsledku nějakého akutního onemocnění. Obyčejně se tak dělo pod tlakem okolností, kdy nebyl dostatek času se na tak důležité rozhodnutí připravit.

Přijetí blízkého do ústavní péče bývá pro rodinného pečovatele velice traumatická zkušenost provázená ambivaletními pocity. Řada z nich pociťuje úlevu po fyzickém i psychickém vyčerpání domácí péčí, současně však i pocity viny, selhání, že nedostáli své povinnosti postarat se o svého rodiče, smutku a ztráty, „zbezmocnění“ a ztráty kontroly nad péčí a dalším životem svého blízkého (Kelett 1999b).

Umístění příbuzného do ústavního zařízení se sebou přináší určité stigma. Rodinní pečovatelé, kteří se tak rozhodnou učinit, se velice zajímají o to, co si o nich budou myslet ostatní (Ryan – Scullion). Cítí potřebu ospravedlňovat své rozhodnutí tím, že zdůrazňují, jak zdravotníci, ostatní členové rodiny a přátelé všichni souhlasili, že v zájmu zdraví jich obou už nemohou pokračovat v domácí péči. Rodinní pečovatelé se často snaží distancovat se od rozhodnutí umístit blízkého do institucionální péče. Odvolávají se na postoj lékařů a ošetřujícího personálu. Snaha nalézt legitimní důvod pro umístění, důvod potvrzení profesionálními pečovateli, je v odborné literatuře považován za strategii, kterou někteří rodinní pečovatelé v rané fázi přijímají, když se snaží vyrovnat s nastalými změnami. (Kelett 1999b, Ryan – Scullion 2000b).³⁶

³⁶ Jeřábek, H. a kolektiv, *Rodinná péče o staré lidi*, CESES FSV UK, Praha 2005, s.65-66.

Pro samotného seniora může být přechod do institucionální péče traumatem. Záleží na tom, zda to bylo jeho svobodné rozhodnutí, po zvážení všech pro a proti (svých schopností, zdravotního stavu, možností domácí péče, bydlení ap.), nebo zda toto rozhodnutí vzešlo od jeho dětí či jiných blízkých příbuzných. Pak také záleží zda byl dětmi na tento přesun dostatečně dopředu psychicky i fyzicky připraven. Senior, který celou situaci mohl otevřeně probrat se svými blízkými, který dostal možnost si vše v klidu promyslet, na vše se připravit a sbalit si své věci ap., snáší tento přesun obvykle mnohem lépe, než ti, kteří jsou postaveni před „hotovou věc“, a jsou narychlo přesunuti.

Většina rodinných příslušníků však zastává názor, že je třeba dle svých možností a potřeb seniora se o něj i nadále starat, i když již žije mimo domácí prostředí. Jsou tím míněny, návštěvy, procházky, občasná výpomoc, úklid, společná dovolená, rozhovory ap. Z obou stran je tedy kladen důraz na udržení dobrých vztahů v rámci rodiny.

7. Rodinné vztahy a přátelství

Dobré rodinné vztahy a přátelství, to jsou dva pilíře, na kterých stojí základní předpoklad harmonického prožití stáří. Toto tvrzení může na první pohled vypadat jako otrepaná fráze, ale dobré rodinné zázemí a okruh přátel hraje obecně v životě člověka velkou roli. V dětství a mládí ovlivňuje osobnostní růst jedince, v produktivním věku se pak jedinec odchází z primární rodiny a tvoří rodinu vlastní, a na stáří je mu jeho vlastní rodinné prostředí jistotou.

7.1. Rodina a rodinné zázemí

Staří lidé si neradi zvykají na nové věci a proto je pro ně velmi důležité mít jistotu alespoň ve své rodině. S příchodem stáří se mění také jejich role v hierarchii rodiny. Již nejsou jen rodiči svých dětí, ale i prarodiči svých vnoučat. Tráví daleko více času se svým životním partnerem, což s sebou mnohdy přináší problémy, mnohdy je to ale šancí jak si život ve dvou na stáří užít. Mění se do jisté míry i jejich společenská role. Již nejsou těmi uspěchanými pracujícími, ale poklidnými důchodci, kteří v sobě nesou životní moudrost a zkušenost, kteří dokážou v klidu naslouchat a mají od věcí jistý odstup.

Gerade alte Menschen brauchen – wenn sie das Bedürfnis danach haben, und die meisten alten Menschen haben diesen Wunsch – den ständigen Kontakt mit anderen Generationen. Auch

*junge Menschen schätzen diese Kontakte, ganz abgesehen davon, das sie in der Regel ungemein dankbar sind, wenn sich ihre alten Nachbarn ab und zu für Beaufsichtigung der Kinder zur Verfügung stellen, wofür sich wieder die junge Generation gerne durch Besorgung kleiner Wege oder durch Betreuung und Hilfe bei Unpässlichkeit und Krankheit revanschiert. („ Právě staří lidé potřebují – pokud tuto potřebu mají a většina starých lidí toto přání má – stálý kontakt s ostatními generacemi. Také mladí lidé si cení těchto kontaktů, když odhlédneme od toho, že jsou nesmírně zpravidla nesmírně vděční, když jim jejich staří sousedé sem tam pohlídají děti, za což jim zase mladá generace ráda na oplátku obstará různé maličkosti, nebo se o ně postará a pomůže jim při jejich indispozici a nemoci.“)*³⁷

Ve stáří nabývají v tomto směru na významu dva specifické znaky. To jsou zaměřenost na vztahy k lidem a potřeba být v těchto vztazích potřebný. Senior udržuje vztahy hlavně s rodinnými příslušníky a s vrstevníky. *S příslušníky obou skupin jej spojují společné zkušenosti, nějakým způsobem s ním sdíleli značnou část jeho života. Kontakt s potomky uspokojuje různé psychické potřeby starých lidí:*

1. *Život dětí a vnuků přináší starému člověku mnohé podněty a zážitky, které by jinak neměl, protože jeho život se stal stereotypnějším a v mnoha směrech omezeným.*
2. *Vztah k dětem a vnukům je jedním z nejvýznamnějších zdrojů uspokojení potřeby citové jistoty, představuje jakési symbolické zázemí.*
3. *V rámci rodiny je možné saturovat potřebu seberealizace, potvrdit si svůj význam alespoň pro své potomky, když už to není možné v rámci široké společnosti. Staří lidé chtějí svoje dospělé děti a vnuky bez ohledu na jejich věk vést. I v tomto období je mají tendenci ochraňovat, event. dirigovat a manipulovat.*
4. *Potřeba otevřené budoucnosti může být v pozdějším věku uspokojována jen symbolicky, ve vazbě na život mladších generací, protože vlastní fyzická existence je limitována. Staří lidé mají tendenci svoje děti a vnuky idealizovat. Prožívají jejich úspěchy i neúspěchy jako svoje vlastní. Obě mladší generace jsou součástí a symbolickým pokračováním jejich života.*³⁸

Jistě každý známe situaci, kdy jsme na ulici potkali stařenku s jejím stárnoucím „synáčkem“, pro kterého očividně dosud nenašla jeho hodnou nevěstu. Jde o zářný příklad právě možnosti jak mít pokřivený vztah se svým dospělým dítětem (byť se sebelepšími úmysly). Senior se v podobných případech považuje za nejlepšího rádce a pomocníka svého potomka a se svým postupným stárnutím bohužel zvyšuje i svoji psychickou (a posléze i fyzickou) závislost

³⁷ Withalm, H., *Altwerden in Menschenwürde*, Styria, 1982, s. 165-166

³⁸ Vágnerová, M., *Vývojová psychologie*, Praha: Portál, 2000, s. 483-484

na svém dítěti. Proto je třeba mít oboustranně na mysli zdravou míru kontaktu a nezávislosti, aby nedocházelo v rámci rodiny k až patologickým vztahům.

Jinak tomu bývá obvykle ve vztahu prarodiče s vnoučaty. Ano, existují i prarodiče, kteří si hledí jen svého a vnoučata je zajímají jen okrajově, protože oni se buď nepohodli se svými dětmi, nebo mají vlastní zájmy a starostí a vnoučata jsou pro ně „příliš malá“, „příliš hlučná a nevychovaná“ ap.

Většina prarodičů se však na svá vnoučata těší. Jejich vztah k nim je většinou veskrze pozitivní, jelikož jim přináší do života novou jiskru. Dávají jim možnost vidět svět opět dětskýma očima, nezkažený, upřímný a ideální. Pomáhají jim udržovat si duševní svěžest, přinášejí do jejich života nové poznatky a zkušenosti. Navíc senior při pobytu s nimi, už nebývá tak upjatý a přísný a mnohdy necítí tolik zodpovědnosti, jako když vychovával své vlastní děti. Z toho také často pramení ono „rozmazlování“, které je pro babičky a dědečky tak charakteristické. Proto můžeme vidět, jak někteří „staříci“ vesele skotačí se svými vnoučaty jako by tím popírali svůj skutečný věk a neduhy. Vnoučata jim dávají možnost zapomenout na staré křivdy, nemoci a bolesti, na jejich osamělost a nepotřebnost.

Vztah seniorů s vnoučaty obohacuje nejen tyto dvě strany, ale i jejich děti (rodiče vnoučat). Ty často právě díky tomu, že „mají dědečka či babičku“, mají možnost pozorovat, své vlastní rodiče z jiného úhlu, než jak je znali celou dobu oni sami. Zároveň jim mohou prarodiče pomoci při výchově dětí (buď prakticky nebo jen radou a podporou), nebo mohou občas pohlídat, vyzvednou děti ze školy nebo školky a tak ulehčit svým dětem od části jejich každodenních povinností a poskytnout jim tím také možnost společenského vyžití ap.

Do života dětí prarodiče vnášejí jistou míru „tajemna“. Vnoučata se ráda svěřují babičce nebo dědečkovi s „velkým“ tajemstvím a rády poslouchají historky ze života, nebo pohádky které jim prarodič vypráví. A právě ono vyprávění a vzpomínání je přínosné pro obě strany. Dítě se dozví něco nového, a prarodič si trénuje paměť. Vyprávění o tom, co prožili v dětství, co dělala maminka nebo dědeček jejich dědečka, děti často doslova fascinuje, a baví je víc než pohádky. A tak podrobují prarodiče doslova křížovým výslechům, s nekonečnou řadou otázek proč a jak to bylo. Jak dětem tak i prarodičům to opět dává pocit sounáležitosti, vlastního zakořenění v rodinné hierarchii, vlastní potřebnosti a originality. Pro dítě je toto vyprávění přínosem hlavně proto, že se tím dozvídá také o své vlastní historii, o jejich nejširším příbuzenstvu, o historii

života jako takové (jak to chodilo kdysi, jak se co dělalo atd.). Rozvíjí to jejich společenské citění, jejich empatii.

Tento vztah může být velmi cenný obzvláště v případě, kdy rodina vnoučete nefunguje jak má. Jeden nebo oba rodiče se o dítě nestarají a nestarají se ani o svého vlastního starého rodiče. Pak může prarodič do jisté míry suplovat zcela roli rodiče pro své vnouče. Jemu tím poskytne rodinné zázemí, které je v dětství tolik důležité a pro sebe tím získá pocit společenské potřeby a užitečnosti.

Mnozí senioři se však bohužel svých vnoučat nedožijí. Na sklonku svého života pak mívají pocit, že jim něco chybí k tomu, aby mohli odejít z tohoto světa. Vždyť ještě chtěli pochovat své vnouče, chtěli vidět, jak roste, chtěli s jeho výchovou pomáhat svým dětem. Podobnou mezeru ve vztazích v rodině pocítují i vnoučata, která své prarodiče nezažili. Chybí jim to tajnůstkářské povídání s babičkou nebo dědečkem, mazlení, obdarovávání. Chybí jim kus jejich historie, kterou jim mohl zprostředkovat svým životem a povídáním jejich prarodič.

Přibývá rodin, které se s tímto problémem chybějících prarodičů (nebo vnoučat potýkají). Díky potřebě naplnit toto prázdné místo v jejich životě, vznikla například v Rakousku praxe „Prarodičů k vypůjčení“ (Leihoma, Leihopa). A tak se můžete setkat s inzerátem: Babička bez vnoučat hledá náhradní vnoučata, nebo vnoučata bez prarodičů hledají náhradní babičku a dědečka. Osamělí senioři, tak nacházejí „náhradní rodinu“ a děti, kterým chybí prarodiče, „svoje“ prarodiče. Dětem tak nechybí přímý osobní kontakt se starší generací, a staří už nejsou tak osamělí a necítí se tak odsunutí na okraj společnosti. Je to poměrně hezký model řešení společenské situace, který s sebou sice nese jistá rizika, ale hlavně spoustu pozitivního do života všech zúčastněných, ale i celé společnosti.

Rodinné zázemí skýtá seniorovi pocit bezpečí. A to jak ve smyslu fyzické ochrany, tak i psychického bezpečí. Starý člověk žije v naději, že pokud bude třeba, tak se o něj jeho děti nebo případně vnoučata (nebo jiný příbuzný) postarají. A většina rodin s touto variantou také počítá a považuje to za svou povinnost a projev díky za lásku a péči, kterou jim jejich stárnoucí rodič věnoval, když byli sami ještě dětmi.

7.2. Přátelství

Přátelství je druhou nejdůležitější složkou sociálních kontaktů u seniorů. Některá přátelství vznikla již v dětství, jiná až například na pracovišti, nebo v okruhu lidí se stejnými koníčky (zahrádkaření, sport, atd.), na základě nějakého společného životního zážitku, s věkem, v místě bydliště nebo na dovolené.

Převážně se jedná o přátelství mezi vrstevníky. To s sebou bohužel přináší s přibývajícím věkem i fakt, že nám přirozenou cestou přátel „na stará kolena“ ubývá. Tato přátelství ukončí například úmrtí jednoho z přátel. Jeho vážné onemocnění, které brání samo o sobě dalším kontaktům. Nemožnost se stýkat v zájmové skupině z nejrůznějších důvodů, nebo také přestěhování seniora do jiného bydliště (k dětem, nebo do domova důchodců ap.), kde už je pak možné udržovat přátelství pouze tzv. na dálku (telefonáty, dopisy,) nebo popřípadě i občasnými návštěvami.

Ztráta přátel bývá pro seniory velkou ranou, a to obzvláště tehdy, když o ně přijdou z důvodu úmrtí. Připomíná jim to vlastní stárnutí a blížící se konec jejich životní cesty. Při procházce městem pak starý člověk konstatuje: „Tady jsou všichni cizí, tady nikoho neznám.“ A při cestě okolo hřbitova: „Jó, tady znám všechny.“

Jsou ale i tací senioři, kteří mají přátele napříč všemi generacemi. Například mladší kolegy z práce, sousedku a její malé děti, paní pošťačku, paní pečovatelku ap. Tyto vztahy jsou obzvláště obohacující. Seniorům přináší možnost seberealizace a pocit „omládnutí“ ve společnosti mladších lidí. Navíc mladí mohou seniorům pomoci nejen po duševní stránce, ale i po stránce materiální a technické, například tím, že je odvezou na nákup, k lékaři, na výlet, na návštěvu za jejich vrstevníkem autem, u invalidních seniorů je vyvezou ven do parku, odnesou těžký nákup, pomohou s velkým úklidem atd.

Zvláštní druh přátelství uzavírají staří lidé se zvířaty. Nejčastěji se jedná o psy a kočky. *Sie sind billige, dabei aber neuartige Helfer einer in Probleme geratenen sozialen Arbeit. Und Sie erfüllen ganz einfach und doch effizient die drängenden Bedürfnisse alter Menschen.*³⁹ („ Jsou levní, ale svého druhu noví pomocníci v problémech zdárné sociální práce. A naplňují velice jednoduše a přesto efektně naléhavé potřeby starých lidí.“)

³⁹ Olbrich, E., Otterstedt, C., *Menschen brauchen Tiere*, Stuttgart: Kosmos, 2003, s. 307

Eine wichtige psycho-sozialen Effekt des Zusammenlebens mit Tieren bestätigte eine Studie von Judith Siegel (1990). Sie fand, dass ältere Menschen, die ein Heimtier haben, zu 16% seltener Besuche bei einem Arzt machten als eine vergleichbare Gruppe ohne Heimtier. Besonders deutlich wurde dies bei Hundebesitzern. Sie machten 21% weniger Arztbesuche. Nicht nur das: Menschen, die mit einem Heimtier zusammenlebten, verbrauchen auch weniger Medikamente, wenn sie an leichten Erkrankungen, wie beispielweise einer Grippe, litten.⁴⁰

(„ Důležitý psycho-sociální efekt soužití se zvířaty potvrzuje studie Judith Siegel (1990). Ta zjistila, že staří lidé, kteří mají domácí zvíře, chodí k lékaři o 16% méně než ti, kteří žádné zvíře nemají. Obzvláště výrazné je to u majitelů psů. Jejich počet návštěv u lékaře je o 21% nižší. A nejen to: Lidé, kteří žijí spolu s nějakým domácím zvířetem, spotřebují menší množství léků při lehkých onemocněních, jako je například chřipka.“)

A nejen to. Zvířata mohou znamenat obzvláště pro osamělého seniora velmi mnoho. Je to tvor, o kterého se může starat, a který mu také projevuje svým způsobem vděk. Mohou si s ním „povídat“, zvíře často reaguje na nálady a problémy svého „páníčka“ a nejednou se podílí i na jeho záchraně (ze sdělovacích prostředků známe příběhy, kdy pes štěkal, tak dlouho až tím přivolal pomoc pro svého pána po infarktu, nebo při požáru ap.). U psů je také pozitivní fakt, že je třeba je venčit a tudíž je tím senior nucen vyjít ze svého obydlí, a pohybovat se, chodit na procházky, při nichž má možnost navazovat i nové sociální kontakty. Kdo by neznal hloučky starých dam nebo pánů, kteří probírají život svých miláčků (a potom i svůj).

Svým způsobem mohou být tedy domácí zvířata terapeutickým prostředkem proti sociální izolaci, důvodem společenské konverzace, a důvodem udržování fyzické aktivity atd. Při obdarování seniora zvířátkem je ale třeba mít na mysli jeho bytovou situaci, finanční situaci a zdravotní stav. Aby se pak nestalo, že v radostném nadšení pořídíme babičce do garsonky bernardýna, nebo naopak dědečkovi – alergikovi, roztomilou kočičku. Hodně záleží i na předchozím vztahu seniora ke zvířatům obecně. Nemůžeme čekat, že člověk s negativním vztahem ke zvířatům, bude nadšen být jen z myšlenky na možnost mít doma zvíře.

⁴⁰ Olbrich, E., Ottstedt, C., *Menschen brauchen Tiere*, Stuttgart:Kosmos,2003, s. 309.

8. Nemoci ve stáří a jejich vliv na psychosociální život seniora

Lidé odedávna měli své velké touhy. Některé se podařilo uskutečnit, jiné zatím zůstávají jen v pohádkách. Například elixír věčného mládí nebo živá voda umožňující nesmrtelnost. Málokdo se dnes vážně snaží o fyzickou nesmrtelnost. Naproti tomu velmi mnoho lidí sice chce žít co nejdéle, ale nechtějí přitom zestárnout. Byli svědky stáří svých rodičů v době, pro kterou platila Emersonova definice stáří jako „řeky, do které se vlévají všechny choroby“. Sami chtějí dožít jinak, ve zdraví a v plné síle a svěžesti. Hledají rady a prostředky, jak toho dosáhnout.⁴¹

Z předchozího odstavce můžeme nabýt představu, že dříve se lidé dívali na stárnutí pouze pesimisticky a s děsem, a dnes už ví co je čeká a proto se všemožně snaží stárnutí vyhnout nebo ho alespoň oddálit. Ani jedno není zcela pravda. Ta je někde uprostřed. Vždy je dobré vědět, „co nás čeká“ a dbát o to, abychom co nejvíce negativních jevů zmínili nebo se jim případně i vyhnuli.

Stejně jako v celé medicíně, i v rámci takové prevence stárnutí je doporučován zdravý životní styl, rozumná dieta, fyzická aktivita a podobně .⁴²

Proto bych se rád v následujících bodech alespoň ve stručnosti pokusil popsat nejznámější zdravotní obtíže, se kterými se můžeme obzvláště ve stáří setkat. Již v předchozích pasážích jsme mohli rozpoznat, jak zdravotní stav seniora může ovlivnit jeho celkový život. Ona už sama skutečnost, že je někdo nemocný (ať už zrovna teď nebo chronicky), většinou ovlivní jeho samotného ale i jeho blízké okolí.

Pravdou je, že psychosomatický původ nemocí je stále spíše zlehčován. Když na začátku minulého století vyslovil německý lékař Heinroth názor, že tělesné nemoci mohou mít i psychické příčiny, kolegové se mu vysmáli. Přitom už Sokrates před 2400 lety řekl: „Nemoc těla, která by byla oddělená od duše, neexistuje.“ A Platón, jeho nejznámější žák si stěžoval: „Největší chybou při léčení je, že jsou lékaři těla a lékaři duše, když přece obojí nelze od sebe oddělit.“⁴³

Také proto je třeba, abych se ve své práci zabýval i nemocemi, jelikož ony samy mají vliv na náš psychický stav a zároveň mohou být i důsledkem nějakého psychologického problému. Také špatný psychický stav může být „startovacím mechanismem“ k propuknutí nějakého onemocnění.

⁴¹ Medicína, odborné aktuality, Medicína 8/VII, 30.9.2000, s.1.

⁴² tamtéž, s.1.

⁴³ Tumová, E., *Nemoc oddělená od duše neexistuje*, časopis Elánplus, říjen 2006, Vydavatelství Šestařičítka, s. 10.

Člověk, u kterého je diagnostikováno nějaké vážnější onemocnění se musí potýkat s mnoha faktory, které ovlivní jeho život. Některé nemoci mohou ovlivňovat jeho soběstačnost, psychickou pohodu, sociální kontakty, finanční situaci (drahé léky, léčba), rodinné vztahy ap. Většinou nemoc do jisté míry člověku omezí možnost sociálních kontaktů (nemůže vykonávat některé činnosti jako dřív- např. sport, návštěva restaurací ap.) a navíc někteří jejich kamarádi a známí už přestanou mít zájem se s nimi kamarádit, když vymizí to společné (např. že už nemůže podnikat namáhavé výlety ap.). Nemocný se pak může cítit jaksi „vyděděn“, jak z rodiny, tak z okruhu přátel a může to i nepřímo vést k sociální izolaci nebo dalšímu zhoršení zdravotního stavu.

Na druhou stranu ale může nemocný senior nalézt v okruhu podobně nebo stejně nemocných lidí nové přátele (seznámí se při čekání u lékaře, v lékárně, v nemocnici). Společně sdílí stejný osud (nemoc), mluví spolu nejen o něm a vlastně díky nemoci navazují nová přátelství. To jim může paradoxně pomoci nejen v udržování sociálních kontaktů, ale i po psychické stránce, protože se pak obvykle lépe srovnávají se svým onemocněním.

Proto si nyní s některými nemocemi blíže seznámíme, abychom mohli lépe poznat, jak která nemoc ovlivňuje život seniora a jeho okolí. Tento výčet je omezený na nejrozšířenější a nejznámější onemocnění. Celkový výčet by byl velmi dlouhý a vyžadoval by samostatnou práci na téma nemoci ve stáří.

8.1. Úrazy

Úrazy starých lidí jsou jedním z vážných problémů dnešní medicíny. Traumatická zranění osob ve věku nad 65 let tvoří 25% všech zranění vůbec a na jejich léčbu se vynakládá 33% všech nákladů, vynaložených na léčbu zranění (údaje vycházejí ze statistik USA, lze je však pokládat za validní pro vyspělé země obecně).⁴⁴

Nejčastější příčinou úrazu bývá pád v důsledku obecné slabosti, okolním prostředím (náledí, mokrá podlaha ap.), ztrát vědomí (např. v důsledku jiných onemocnění), po požití alkoholu nebo velkého množství léků.

⁴⁴ Medicína, odborné aktuality, Roč. VIII, s. 10.

Druhým nejčastějším zraněním v této věkové kategorii bývají zlomeniny žeber, v jejichž důsledku se zvyšuje riziko komplikací jakou je zápal plic, zranění některých vnitřních orgánů případně vedoucích až k smrti.

Muskuloskeletární poranění : jde především o zlomeniny krčku, způsobené podobně jako fraktury dlouhých kostí osteoporózou. Osteoporóza (řídnutí kostí) může vést i ke zlomeninám obratlů (riziko poškození míšních a periferních nervů). Další příčinou může být nádorové onemocnění, často jde o vůbec první manifestaci primárního nádoru či metastázy.⁴⁵

Druhou nejčastější příčinou úrazu u seniorů je srážka vozidla s chodcem, často v důsledku zhoršeného zraku (a periferního vidění), zhoršeného sluchu (nebo jeho úplné ztráty), svalovému oslabení nebo zhoršené pohyblivosti a zpomalenějších reakcí starších osob.

Posledním bodem, který bych zde rád zmínil jsou popáleniny. Ty se na zraněních u starých lidí podílí 8%. Většinou jde o opaření horkou vodou (kávou, polévkou, ale i při sprchování). K popáleninám dochází hlavně při domácích požárech v důsledku zapomenuté zapálené cigaretě, jídlu na sporáku či v troubě.

Jak už jsem se zmínil, každé onemocnění nebo úraz s sebou přináší i změny v psychické pohodě a v sociálních kontaktech. U úrazů se většinou jedná o krátkodobá a přechodná omezení v životě seniora. Samozřejmě záleží na závažnosti. Velkou roli zde hraje také věk, celková diagnóza člověka a jeho chuť do života.

Někdo může „obyčejnou“ zlomeninu považovat za tragédii a může se z ní léčit hodně dlouho, protože se přidají depresivní stavy, a zhorší se tím i celkový zdravotní stav. Na druhou stranu je ale také mnoho těch, kteří úraz a nutný klid po něm, využití jako čas na odpočinek, přemýšlení, popovídání nebo uspořádání si svých věcí. Jasně ale je, že samotný fakt, že jsme utrpěli úraz není nikterak pozitivní. Přichází jak fyzická, tak sociální omezení.

Ve sféře sociálních kontaktů dochází k jistým omezením. Máme omezen pohyb, a tak např. méně chodíme ven, méně komunikujeme. Na druhou stranu, ale nás nutnost návštěvy lékaře, rehabilitace atd. nutí setkávat se s lidmi, se kterými bychom se ani nesetkali a možná

⁴⁵ Medicína, odborné aktuality, Roč. VIII, s. 10.

ani nebavili. U seniorů, kteří si ke své penzi ještě vydělávají, může úraz znamenat také snížení finančních příjmů.

8.2 Arytmie, Angina Pectoris

Arytmie

Často si ani neuvědomuje, že naše srdce bije. Ani nám nepřijde, že bychom ho měli nějak hlídat, nebo pozorovat, dokud nezačne „zlobit“. Při velké námaze nebo rozčilení můžeme cítit jeho zrychlení tep, který se ale velmi brzy zase zklidní.

Nepravidelnosti v srdečním rytmu ale mohou být známkou nemoci. Co všechno při tom můžeme cítit?

- *Krátkodobou nepravidelnost tepu,*
- *„přeskočení“,*
- *pocit krátkodobého zastavení,*
- *rychlé pravidelné bušení,*
- *rychlé nepravidelné bušení,*
- *nepravidelnost nemusíme vnímat, ale objevují se jiné příznaky, například závrať, mdloba nebo dušnost.* ⁴⁶

Angina pectoris

Hlavním příznakem anginy pectoris je bolest na hrudi. Způsobuje ji nedokrevnost srdečního svalu. Co to znamená? vaše srdce je nedostatečně zásobeno kyslíkem. Může za to buď zhoršený přítok krve při zúžení cév zásobujících Vaše srdce (koronární cévy), nebo jeho zvýšené nároky. Záchvat může vzniknout:

- *při fyzické námaze,*
- *při emocionálním rozrušení (hněvu),*
- *při pohlavním styku,*
- *při pobytu v chladu, zejména na větru,*
- *po jídle.*

Bolest obvykle po přerušení námahy sama odezní. ⁴⁷

⁴⁶ http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=47, Pears Health Cyber s.r.o.

Dopad těchto dvou onemocnění na život seniora bývá dlouhodobější. Je totiž třeba (u některých velmi radikálně) změnit styl života. To znamená přiměřeně dodržovat fyzickou aktivitu, pravidelný a dostatečný spánek a vůbec základy zdravého způsobu života. Nemusí však vést k nějakým výrazným omezením co se týká předchozího života. Senior tak může udržovat nadále sociální kontakty a relativně i svou sociální úroveň. Většinou nebývá vytržen (hospitalizací ap.) ze svého domácího prostředí.

Psychická pohoda opět do jisté míry záleží na všech faktorech (jako je celkové zdraví, povaha seniora - veselá/smutnější). Nelze tedy jednoznačně říci, zda mají tato onemocnění nějaký výrazný negativní vliv na psychiku takto nemocného seniora.

8.3. Infarkt myokardu a nemoci cév

Infarkt myokardu

Podobné příznaky má i infarkt. Bolesti v oblasti hrudníku jsou však intenzivnější a nezmírní je ani přerušení námahy. Mohou vzniknout ale i pokud jste v klidu (po fyzické i psychické stránce).

K bolestem se přidávají často i další příznaky: - dušnost,

- strach o vlastní život,

- poruchy srdečního rytmu,

- nevolnost, zvracení,

- studený pot.

U starých lidí někdy probíhá infarkt i bez bolesti jen s výše uvedenými příznaky, vzácně proběhne zcela bez příznaků.⁴⁸

Nemoci cév

Ateroskleróza neboli kornatění tepen je nejčastějším cévním onemocněním. *Ateroskleróza je onemocnění stěny cév, které vede k nerovnostem, zúžení až uzavření cévního průsvitu. Všechny tyto změny vedou ke zhoršenému zásobování tkání krví se živinami a kyslíkem.*

⁴⁷ http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=47, Pears Health Cyber s.r.o.

⁴⁸ http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=47, Pears Health Cyber s.r.o.

Často jsou postiženy cévy dolních končetin. Poznáte to například podle prudkých bolestí v lýtku při ostřejší chůzi. namáhané svaly potřebují více živin a kyslíku. Zúžené cévy jim je ale nedokážou dodat. Po chvilce odpočinku se svaly uklidní, cévy postupně dodají chybějící látky a bolest odezní.

Závažnější situace mohou nastat v srdci (angina pectoris, infarkt myokardu), mozku (cévní mozková příhoda) nebo ledvinách.

Změny ve stěně cév začínají u každého z nás už v dětství. To, jak rychle se budou rozvíjet, záleží na přítomnosti několika rizikových faktorů:

- rodinný výskyt srdečních onemocnění v mladším věku (před 60. rokem),
- zvýšená hladina tuků v krvi (nejčastěji cholesterolu),
- kouření,
- vysoký krevní tlak,
- obezita,
- stres.⁴⁹

Křečové žíly nebo jinak také žilní městky jsou projevem onemocnění stěny žil. Nejznámější jsou křečové žíly na dolních končetinách. Projevují se nápadným „ naběhnutím“ a zvětšením žil na lýtku nebo stehně. Postižená končetina může otékat a bolet.

Příčinou je oslabení žilní stěny a porušená funkce žilních chlopní. Žíla se rozšiřuje a není schopna pouštět krev tím správným směrem.⁵⁰

Abychom mohli lépe předcházet vzniku křečových žil, měli bychom si zjistit, zda někdo z našich příbuzných tímto onemocněním netrpěl (dědičné dispozice). Měli bychom se vyhýbat dlouhému stání nebo naopak sezení. Měli bychom si hlídat svou váhu (obezita), krevní tlak a dodávat tělu dostatek vitamínu C. Jedním z rizikových faktorů je také těhotenství.

Nejčastější komplikací při zpomalení průtoku žilami je možnost tvorby krevní sraženiny nebo vznik zánětu. Je-li postiženo lýtko, může zde vzniknout bérkový vřed.

⁴⁹ http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=47, Pears Health Cyber, s.r.o.

⁵⁰ http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=47, Pears Health Cyber, s.r.o.

Embolie je „vmetení“ krevní sraženiny do cévního řečiště. Nejznámější je embolie plic. Dochází při ní k ucpání plicních cév krevní sraženinou, která vnikla do plicní tepny. Jak embolie vypadá? Projevy závisí na velikosti krevní sraženiny a průsvitu uzavřené cévy. Nejčastěji se objevuje:

- zhoršené dýchání,
- bolest na hrudi při dýchání,
- nevolnost, zvracení,
- pocit na omdlení.

Na vzniku embolie se může významným měrou podílet i kouření nebo poruchy srážlivosti krve. A jak vlastně k embolii dochází?

Místem vzniku krevní sraženiny jsou často žíly dolních končetin a pánve. Ke shlukování krevních buněk a vzniku sraženiny přispívá zpomalení průtoku krve. To může být způsobeno poruchou žil (křečové žíly, zánět) nebo dlouhou nečinností (například upoutání na lůžko nebo po úraze nebo operaci).⁵¹

Mozková mrtvice neboli cévní mozková příhoda je porucha funkce mozkové tkáně, která vede k různě závažným příznakům. Může se projevit ochrnutím končetin, poruchou zraku, řeči, a v netěžších případech skončit i úmrtím postiženého. Příčinou jsou dva mechanismy:

- usnutí mozkové tepny – uzavření některé mozkové tepny vede k odumření části mozkové tkáně,
- mozkové krvácení – způsobené prasknutím cévní stěny (při námaze, tepenné výdutí, nebo při neléčením vysokém krevním tlaku) a výronem krve do mozku s následným poškozením mozkové tkáně.⁵²

Toto onemocnění postihuje především starší osoby a nejčastěji ho způsobuje již zmíněná ateroskleróza (kornatění tepen).

Jak poznám mrtvici? Projevy mozkové mrtvice záleží na stupni poškození mozkové tkáně a celkovém stavu postiženého. Její průběh může být u každého jiný. Jestliže se u Vás nebo u Vašeho známého náhle objevily tyto varovné příznaky, je velmi důležité se okamžitě obrátit na první pomoc:

1. slabost nebo ochrnutí jedné strany těla,

⁵¹ http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=47, Pears Health Cyber, s.r.o.

⁵² http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=47, Pears Health Cyber, s.r.o.

2. problémy s udržením rovnováhy a koordinací,
3. problémy s řečí a artikulací,
4. bolest, pocit zmrtvění,
5. problémy s myšlením a paměti, zmatenost.⁵³

Zde se jedná již o poměrně vážná onemocnění, která většinou (buď krátkodobě nebo dlouhodobě) velmi omezují možnosti takto nemocného starého člověka. Ten se musí hlídat nejen po fyzické stránce, ale i po psychické (nevystavovat se nadměrným stresům, hádkám a konfliktům). Následky těchto onemocnění (nebo jejich komplikací) mohou omezovat jak pohyb a fyzické možnosti jedince, tak i jeho psychickou pohodu a sociální kontakty. Samozřejmě i zde záleží na závažnosti jednotlivých případů.

8.4. Deprese

Toto onemocnění postihuje zhruba 20% světové populace. S depresí se můžeme tedy setkat u všech věkových kategorií avšak ve stáří jí onemocní zhruba kolem 10% seniorů v domácí péči (u seniorů, kteří žijí v různých ústavech sociální péče je toto procento vyšší – některé studie mluví až o 30-50%!). Pro depresi se léčí daleko více žen, ovšem mezi muži je naopak daleko více dokonaných sebevražd. Muži jsou také méně ochotní požádat o pomoc a připustit si, že mají problémy.

Co to je deprese? Je to stav jedince trpícího poruchami nálady, které jsou pro postiženého velmi trýznivé, narušují jeho pracovní schopnost i partnerské soužití. V krajním případě ústí až v sebevražedné sklony. Deprese může být také spojená se souběžným tělesným onemocněním. To platí zejména pro starší populaci.

Deprese neznamená, že je člověk „nenormální“, ani to není známka osobní slabosti. Většině postižených léčba účinně pomáhá zbavit se příznaků deprese. Bez léčby totiž mohou známky úzkosti přetrvávat léta. Čím dříve s léčbou začnete, tím dříve deprese odezní. Nejkompetentnějším odborníkem pro léčbu deprese je psychiatr. Pro léčbu a předcházení

⁵³ http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=47, Pears Health Cyber, s.r.o.

možného opakování deprese je nejdůležitější užívání antidepressiv, u lehčích forem může také dostatečně pomoci samotná psychoterapie. Optimální je však kombinace obou přístupů.⁵⁴

Mezi hlavní činitele, kteří významně ovlivňují možnost vzniku tohoto onemocnění je chronický stres. Ten často zvyšují především chronická a akutní tělesná onemocnění, bolesti, sociální a finanční nouze (otázka bydlení). Mohou ji „spustit“ negativní životní události jako je například odchod do důchodu, odchod dětí z domova, úmrtí partnera nebo ztráta přátel. Zároveň dochází také k organickým změnám na mozku, které snižují odolnost psychiky a mohou být také jednou z příčin rozvinutí deprese u starých lidí.

Nechutenství, ztráta tělesné hmotnosti a malý zájem o fyzickou aktivitu může být varovným příznakem rozvíjející se deprese.⁵⁵ Depresi provází náhlé změny chování (během dnů až týdnů) a ztráta schopnosti se radovat. Pro depresi je typické, že pacient obviňuje sám sebe a někdy si nesmyslně vyčítá, že ostatním ublížil a je jim na obtíž. Také si nápadně často stěžuje na zhoršení paměti, které objektivně není výrazné (dementní pacienti si naopak zpravidla nejsou poruch paměti vědomi).⁵⁶

Obecně si starší lidé méně často stěžují na špatnou náladu a nepřipouští, že by trpěli depresí a to ani tehdy, když jim to potvrdí lékař. Stěžují si spíše na tělesné obtíže a označují je za hlavní příčinu nepohody. Jsou to například nejrůznější bolesti, nechutenství, objevují se bludné až bizarní stížnosti na zácpu (ucpání střev), nedostatečné močení aj. Řada těchto obtíží a nemocí často provází jak stáří, tak depresi. V těchto případech je nutné vyloučit somatická onemocnění. Je ale typické, že ani negativní výsledky pacienta neuklidní (nebo jen krátkodobě) a nevyvrátí jejich přesvědčení, že trpí daleko závažnější tělesnou nemocí než nějakou depresí.⁵⁷

Pacientovi trpícímu depresí může také velmi pomoci laskavé a trpělivé chování rodiny a přátel. Pokud ale není rodinné prostředí zrovna ideální, může to mít naopak velice negativní vliv na průběh a léčbu onemocnění. Pak je lépe, když je senior přemístěn do domova důchodců, nebo podobného zařízení, které se pro něj v tomto případě stává naopak vysvobozením.

Zde se potýkáme s problémy nejen v oblasti psychiky nemocného seniora, ale i v sociální oblasti. Člověk, kterého sužují deprese se uzavírá do sebe a omezuje sociální kontakty až k jejich

⁵⁴ <http://www.halka.cz/zivot4.html>

⁵⁵ <http://www.zdrava-rodina.cz>

⁵⁶ <http://www.deprese.com/rozhovor.php?&content=konrad>, Rozhovor s MUDr. Jiřím Konrádem

⁵⁷ tamtéž

úplnému vymizení a v oblasti mezilidských vztahů se potýká s obrovskými zábránami k jakémukoliv kontaktu s okolím. Přestává o sebe často dbát, nekomunikuje a tím i odrazuje své okolí od ochoty se s ním vůbec stýkat a zajímat se o něj. Vše pro něj pozbývá významu. Přestává se zajímat o své dlouholeté koníčky, o své přátele a rodině, ale i sám sebe považuje za nedůležitého a nehodného jakéhokoliv zájmu. Senior pak i při úspěšném léčení může mít (i díky specifickým stáří) velké problémy s navazováním vlastně zcela nových sociálních kontaktů a s komunikací s větším množstvím lidí vůbec.

8.5. Cukrovka

Diabetes mellitus neboli lidově řečeno cukrovka je poměrně rozšířeným onemocněním. Můžeme se s ní již narodit, nebo u nás může propuknout až během života. Je to nemoc, která postihuje jak muže tak ženy, jak mladé tak staré. Jedná se o poruchu látkové výměny, kdy je obsah cukru v krvi příliš vysoký. *Jde o tzv. chronické onemocnění, které se musí léčit dlouhodobě. Vysoké hodnoty cukru v krvi se mohou projevovat určitými příznaky:*

- velká žízeň
- špatné hojení ran
- infekce kůže a močových cest, svědění
- únava, vyčerpanost
- nechutenství, nežádoucí hubnutí.⁵⁸

Pro svalovou činnost a pro činnost mozku samozřejmě potřebujeme mít jistou hladinu cukru v krvi. Ale aby se glukóza do svalů dostala, potřebujeme k tomu hormon zvaný inzulín, které buňky pro glukózy „otvírá“. Ten také snižuje hladinu cukru v krvi. Pokud tedy v těle chybí nebo ho tělo produkuje málo, hladina cukru v krvi stoupá a my musíme dodávat inzulín „uměle“.

Rozlišujeme dva typy cukrovky:

Diabetes I. typu – nazývaný také cukrovkou mladistvých

Jde většinou o mladé lidi, kteří si ihned po zjištění nemoci musí aplikovat inzulín. U těchto diabetiků zaniká produkce inzulínu ve velmi krátké době.

⁵⁸ <http://www.halka.cz/zivot4.html#k>

Diabetes II. typu – cukrovka dospělých nebo také stařecká cukrovka

Jsou to diabetici, kteří většinou mohou být dlouhodobě léčeni jenom pomocí diety a později může být nutné léčení tabletami nebo inzulínem. Studie o cukrovce ukazují, že v rodinách nemocných se vyskytují sklony k tomuto onemocnění.⁵⁹

Cukrovku nelze definitivně vyléčit. Je to onemocnění, které provází pacienta po celý život. Lze ji léčit dodržováním diety (vyhýbat se tukům a nadměrnému množství cukru), přiměřeným pohybem, správnou životosprávou (dostatek spánku a odpočinku) a pomocí léků můžeme zajistit normální hodnotu cukru v krvi. Tuto hodnotu můžeme udržovat již zmíněnou dietou, dodáním inzulínu v tabletách nebo pomocí injekcí. Ve vážných případech, kdy ani aplikace dostatečně nedodává inzulín do těla přichází na řadu tzv. inzulínová pumpa, která dodává tělu potřebnou dávku inzulínu, podle aktuální potřeby organismu. Tento přístroj nosí pacient neustále u sebe a má v těle stále zavedený vpich pro dodávání inzulínu do těla.

Toto onemocnění nebývá co se týká společenského života nijak omezující. Senior se může stýkat s ostatními prakticky bez omezení. Hlídá svojí životosprávu. Po psychologické stránce zde může mít z počátku problémy s tím, že už nemůže jíst to co jedl celý svůj život. Vyrovnávání se s vážnými komplikacemi (následky) tohoto onemocnění (amputace končetin, oslepnutí) bývá po psychosociální stránce velice stresující. Senior je již omezen nejen svým věkem, ale i natolik, že může ztrácet chuť do života, sociální kontakty (v důsledku fyzických omezení). Také často dochází k propadu sociální úrovně, neboť diabetické potraviny jsou dost drahé a peníze na ně většinou nepostačuje. Seniorovi zároveň shánění těchto potravin může činit velké potíže, zvláště pokud žije na vesnici, kde bývá jen jeden obchod nebo vůbec žádný a tak musí cestovat do větších měst nebo spoléhat na pomoc rodiny a okolí.

8.6. Onemocnění kloubů

Pod pojmem revmatizmus je zahrnována jak artróza, která vzniká opotřebením kloubů, tak revmatoidní artritida, která bohužel postihuje i mladé jedince.

Artróza – nejčastější kloubní onemocnění – patří dnes mezi nejdiskutovanější zdravotní problémy. je jednou z nejrozšířenějších chorob lidstva. Postihuj 12% lidstva a je po chorobách

⁵⁹ <http://www.halka.cz/zivot4.html#k>

srdce druhou nejčastější příčinou invalidity mužů nad 50 let. Až 70% populace nad 65let má na kloubech rentgenové změny typické pro artrózu.⁶⁰

Artróza postihuje hlavně nosné váhonosné klouby, tedy kyčel a koleno, ale také drobné klouby páteře, nohou a rukou. První problémy můžeme zaznamenat už v poměrně mladém věku (kolem 20-30 roku). Postupně dochází ke stále většímu zatěžování kloubů a poškozování chrupavky. Při změnách počasí nebo při chladném počasí cítíme bolest v kloubech. Časem se můžeme na začátku pohybové aktivity pociťovat tzv. startovací bolest, poté klouby bolí i při vlastní činnosti a nakonec i v klidové poloze. Nejvíce se s touto chorobou setkáváme u osob s nadváhou, těžce pracujících lidí a u značné části sportovců. Svou úlohu u tohoto onemocnění hraje opět genetická dispozice, ale hlavně dlouhodobé zatěžování kloubů.

A jak se dá artróza léčit? Léčbu lze rozdělit na medikamentózní, podpůrnou nemedikamentózní a chirurgickou. Při konečné destrukci váhonosných kloubů – kyčlí a kolen – je nutné provést tzv. aloplastiku, tj. nahradit kloub tzv. endoprotézou. Ročně v ČR přibývá 10-15 tisíc nových pacientů, pro které je endoprotéza jediným řešením.⁶¹

Toto onemocnění ovlivňuje opět především oblast sociálních kontaktů, které se zpravidla se zhoršením fyzických možností, snižují. Není to ale pravidlem. Samozřejmě záleží na míře, kterou onemocnění člověka omezuje. Někdo je pohybově velmi omezen, a někdo (třeba i po výměně kloubu ap.) se může opět vrátit (s menšími omezeními) do „běžného „ života, aniž by toto onemocnění nějak dlouhodobě omezovalo jeho psychickou pohodu a sociální kontakty.

8.7. Inkontinence

Inkontinence neboli samovolný únik moči (až úplné neudržení moči) postihuje na celém světě zhruba 100milionů lidí. *U žen nad 60 let věku byla zjištěna prevalence shodná jako u žen mezi 30. a 60. rokem života. (23,5%, resp. 24,5%).⁶²*

Pokud máte močovou inkontinenci, znamená to, že trpíte poruchou ovládní močového měchýře nebo Váš močový měchýř není schopen udržet moč. To vede k tomu, že nemůžete zabránit odchodu moči, i když se ji snažíte v měchýři udržet. I když neschopnost udržet moč není

⁶⁰<http://www.halka.cz/zivot.html#k>

⁶¹ <http://www.halka.cz/zivot4.html>

⁶² *Medicína, Geriatrie/27.1.1999/ medicína 1/VI/ s. 18*

*normální součástí stárnutí, postihuje častěji starší osoby, protože s rostoucím věkem klesá výkonnost svěračů, tj. svalů, které jsou umístěny na přechodu měchýře do močové trubice a při stažení tento přechod uzavírají.*⁶³

Touto chorobou ve stáří trpí z velké části ženy, které mají za sebou více porodů. U mužů pak bývá často na vině zvětšená prostata. Většinou je pak inkontinence spjatá s dalšími onemocněními typickými pro stáří (jako například Alzheimerova choroba).

Toto onemocnění s sebou přináší pro nemocného nepříjemné pocity, v tom, že „musí nosit plenky“, často vyhledává WC, zapáchá a tím se cítí ostrčen na okraj společnosti. Lidé se často odtahují a s „takto postiženým“ se nechtějí nebo pro zápach nemohou bavit, případně s ním být delší dobu v jedné místnosti. Bývá tím hodně postižena tedy jak psychika, tak i mezilidské kontakty. Člověk sám se může začít raději stranit ostatním, než aby vyvolával negativní reakce. Stydí se za svůj stav, za to, že vše už není jako dřív. Klade si to často i za vinu a srovnává se s dalšími seniory, kteří nemají podobné obtíže. Tento stav může velmi pošramotit sebevědomí takto nemocného seniora.

Pokud ale zvýšeně dbá o svou hygienu, nechá se prohlédnout od lékaře (ten zpravidla předepíše „plenky“ pro dospělé), a dodržuje to, co mu lékař poradil, nemusí se vůbec obávat jakýchkoliv komplikací v mezilidských vztazích.

8.8. Parkinsonova choroba a Alzheimerova choroba

*Parkinsonova choroba je chronické, postupující onemocnění centrální nervové soustavy, které náleží ke skupině onemocnění motorického systému. Parkinsonova choroba je přímým důsledkem úbytku nervových buněk v části mozku nazývané černá substance (substantia nigra).*⁶⁴

*Parkinsonova choroba je známa od starověku. Anglický lékař James Parkinson tuto chorobu podrobně popsal v roce 1817 a od té doby výzkumníci a kliničtí lékaři dosud využívají jeho původní poznámky.*⁶⁵

⁶³ http://www.zdravi.medicentrum.com/ed/0/do/diseases/inkontin/?f=index&d=1_1_popis

⁶⁴ <http://natura.baf.cz/natura/2005/7/20050701.html>

⁶⁵ tamtéž

Příznaky Parkinsonovy choroby často přicházejí postupně s rostoucí závažností. Patří mezi ně tremor (třes) nebo chvění končetin, obtíže s udržováním rovnováhy při chůzi, ztuhlost nebo strnulost celého těla a obecně zpomalení pohyblivosti (označované jako bradykinéze). Pacienti mohou být problémy s chůzí, s řečí nebo s prováděním dalších jednoduchých manuálních úkonů. Protože Parkinsonova choroba má široký rozsah počátečních příznaků, které jsou podobné s jinými neurologickými onemocněními, diagnóza je často obtížná, pokud klinický lékař nemá dostatečné zkušenosti v oboru.

Vývoj Parkinsonovy choroby se u jednotlivých pacientů výrazně liší. Někteří pacienti mají řadu let relativně málo závažných příznaků, zatímco jiní mohou být velmi závažné příznaky, které vedou během několika let ke ztrátě pohyblivosti.⁶⁶

*Bohužel se zatím nepodařilo zjistit, jaké jsou přesné příčiny Parkinsonovy choroby. Pravděpodobně se jedná o kombinaci vlivu vnějšího prostředí a genetických faktorů, ale stále chybí dostatečné důkazy. Potenciálním rizikem je **onemocnění příslušníka rodiny**. Existují dědičné formy onemocnění, ale je jich menšina. Rizikem může být i užívání heroinu.⁶⁷*

Dosud nelze předpovědět, kdo onemocní Parkinsonovou chorobou, ani tomuto onemocnění nelze zabránit nějakou preventivní péčí. Obecně platí, že první příznaky tohoto onemocnění se objevují u mužů a žen obvykle starších 50 let. Odhaduje se, že ve Spojených státech amerických trpí Parkinsonovou chorobou nejméně jeden milión lidí, z nichž u téměř poloviny dosud nebyla choroba diagnostikována.

Existuje však také onemocnění Parkinsonovou chorobou, které postihuje pacienty mladší 40 let. Přestože klinické projevy onemocnění jsou stejné, možnosti léčby jsou odlišné.⁶⁸

Parkinsonovu chorobu nelze vyléčit. Byly vyvinuty léky, které pomáhají pacientům překonat většinu příznaků, avšak žádné léky nejsou schopny zastavit další vývoj Parkinsonovy choroby. Většina odborníků se shoduje, že nejvhodnější doba k nasazení léčby je v okamžiku, kdy pacient pocítí určité "funkční postižení", které mu brání vykonávat činnosti důležité pro kvalitu jeho života.

⁶⁶ <http://natura.baf.cz/natura/2005/7/20050701.html>

⁶⁷ <http://www.ordinace.cz/clanek/parkinsonova-choroba/>

⁶⁸ <http://www.ordinace.cz/clanek/parkinsonova-choroba/>

*Pacienti s Parkinsonovou chorobou často zažívají dramatické změny v pohyblivosti a nálady, které závisejí na závažnosti onemocnění a na načasování léčebných dávek. Protože každý pacient reaguje na léčbu jiným způsobem, lékaři a pacienti musí těsně spolupracovat, aby našli přijatelnou rovnováhu mezi příznivými a vedlejšími účinky léčiv.*⁶⁹

Stejně jako u Parkinsonovy choroby, ani u Alzheimerovy choroby není příčina vzniku zcela jasná. Jde opět o celou řadu faktorů jakými jsou zděděné vlastnosti metabolismu (podmíněně geneticky) nebo vlivy prostředí a životního stylu.

*Výskyt Alzheimerovy choroby před 60. rokem je vzácný. S přibývajícím rokem strmě stoupá. Není však zřejmé, jestli rizikovým faktorem je sám věk, nebo fakt, že se ve vyšším věku může přidávat působení dalších vlivů. Někdy se říká, že Alzheimerova nemoc je vlastně nepřirozeně urychlené stárnutí mozku.*⁷⁰

*Alzheimerova choroba může být dědičná. Možná jste zdělili geny, které zvyšují riziko rozvoje Alzheimerovy choroby právě u Vás. Jsou to třeba geny pro typ apolipoproteinu E ε4. Neplatí to absolutně. Mnoho lidí s onemocněním v rodině a zděděnými genetickými znaky onemocní. U jiných bez rodinné zátěže nebo genetických změn se naopak Alzheimerova choroba může rozvinout.*⁷¹

Riziko rozvoje Alzheimerovy choroby může zvyšovat genetická výbava. Není však nutností, aby choroba nakonec propukla. existuje hodně lidí, kteří tyto rizikové geny měli a nemoc nepropukla a naopak . Alzheimerovou nemocí trpí daleko častěji ženy než muži. U těch je daleko častější demence cévního typu. Poměrně velkým rizikem jsou časté nebo těžké úrazy hlavy. Dále pak vysoké hladiny lipidů, vysoký krevní tlak nebo cukrovka, kouření a obecně vzato nezdravý životní styl.

Průběh nemoci samotné má obvykle tyto tři stadia:

1. LEHKÁ DEMENCE

Počáteční stadium nemoci si můžete snadno splést s přirozeným stárnutím. Nejdříve dochází k poruchám paměti. Lidé je často považují za běžný projev stárnutí - "Babička už je stará, tak zapomíná, to je normální."

⁶⁹ <http://www.ordinace.cz/clanek/parkinsonova-choroba/>

⁷⁰ http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=1

⁷¹ http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=1

Člověk zapomíná, není si schopen zapamatovat nové věci. Naopak si někdy **dobře vybavuje vzpomínky z mládí**, rád o nich opakovaně do omrzení mluví. **Zhoršuje se jeho obrazová představitivost a logické uvažování, schopnost úsudku a počítání.**

Objevují se **poruchy prostorové orientace**. Nemocný bloudí na méně známých místech. Trpí také přechodnou **časovou dezorientací**. Není schopen vybavit si, jaký je den, měsíc nebo rok. Má **sníženou schopnost plynulého vyjadřování** a mohou se vyskytnout i první psychologické příznaky a poruchy chování - **deprese, poruchy vnímání, ojedinele i bludy**.

Když jsou přivedeni k lékaři a dostávají otázky, otáčejí se **bezradně** na doprovázejícího příbuzného - **příznak otáčení hlavy**. Pacient je však schopen základní péče o sebe sama, i když se u něj může vyskytnout ztráta iniciativy a průbojnosti. **Často založí někam peníze, dokumenty, klíče a není schopen je najít.**

Poruch paměti si nemocní nebývají vědomi, cítí se často zdraví. **Podezírají** někdy blízké, že jim věci schovávají. **Popírají** své problémy, odmítají možnost, že by se jim zhoršovala paměť. Zůstává jim schopnost povrchně diskutovat a společensky povídat. Někdy kontrastuje s **podezíráním blízkých naivní důvěra, se kterou se svěřují cizím lidem. Mění se osobnost a povaha nemocných, jsou zvýšeně sobečtí, soustředění jen na sebe.**

PROBLÉMY:

- obtížné dorozumění
- zapomínání
- zakládání věcí
- podezřívavost, vztahovačnost
- popírání problémů, poruch paměti
- dezorientace v čase
- bloudění na známých místech
- obtížné rozhodování, bezradnost
- příznak "otáčení hlavy"
- ztráta iniciativy
- známky deprese, úzkosti a agresivity
- ztráta zájmu o koníčky
- změna osobnosti, sobeckost a egocentričnost

2. STŘEDNÍ STADIUM DEMENCE

S postupem času můžeme u postiženého sledovat již závažnější příznaky a problémy, které mu znemožňují vykonávat běžné denní činnosti. Jsou to hlavně neschopnost se soustředit a výrazné výpadky paměti. Nedovede pojmenovat známé věci, z paměti vypadávají běžná slova.

Zhoršuje se a ztrácí se schopnost počítat, číst a psát. Zůstávají zachovány útržky vzpomínek na události z mládí. Dále bývají poruchy soudnosti, těžší formy poruchy časové a prostorové orientace a také zhoršování řečových schopností.

Objevují se výraznější poruchy chování, halucinace a bludy. Myslí si, že mu někdo chodí do bytu, podezírá a obviňuje blízké, sousedy nebo zcela cizí osoby z krádeží. Pacient je již z velké části odkázán na péči okolí. Má potíže s dodržováním hygieny, nedovede se přiměřeně obléci, udržovat si své věci v pořádku.

Mohou se již objevovat i přechodné odpolední a noční stavy zmatenosti - jedná se o poruchy vědomí, odborně nazývané deliria. Častější je také bloudění, ztrácení se. Přesto zůstává zachovaná schopnost vést povrchní společenskou konverzaci. Na první dojem mohou být nenápadní, postižení paměti není při krátkém kontaktu patrné. Prohlubuje se změna osobnosti, egocentričnost, sobeckost.

PROBLÉMY:

- *ztráta paměti*
- *poruchy soudnosti, nekritičnost*
- *prohlubování změn osobnosti, sobeckost, egocentričnost*
- *neschopnost vykonávat běžné aktivity - vaření, nakupování, úklid*
- *potřeba pomoci při mytí, vykonávání osobní hygieny a oblékání*
- *obtížná komunikace*
- *zatoulávání se, bloudění*
- *poruchy chování, agrese*
- *halucinace, podezřívavé chování, bludná vztahovačnost, bludy okrádanosti, obviňování blízkých*
- *stavy zmatenosti - deliria*

3. TĚŽKÉ STADIUM DEMENCE

U pacienta se vyskytují poruchy chůze, pády, neurologické poruchy, poruchy chování - především agresivita, odpolední a noční stavy zmatenosti. Nemocný je zcela závislý na cizí pomoci. Dochází k naprosté ztrátě soběstačnosti, nemocný je ve všem zcela odkázán na pečovatele.

Nepoznává přátele ani členy vlastní rodiny, má obtíže při příjmu potravy a s dodržování pravidelné osobní hygieny. Nemocný neudrží moč a stolici, neřekne si včas, že potřebuje na stranu. I při zajištění dostatečného příjmu potravy a tekutin nemocní chátrají a někdy rychle hubnou.

Dále se zhoršuje schopnost řeči. Nemocný opakuje jedno nebo několik slov či větu, někdy přestane mluvit úplně. V posledním stadiu onemocnění Alzheimerovou chorobou se u něj mohou objevit další souběžné nemoci. Tyto, jinak mnohdy zanedbatelné choroby, mohou být pro pacienta s Alzheimerovou chorobou rizikové a život ohrožující.

PROBLÉMY:

- *poruchy příjmu potravy*
- *nerozpoznání blízkých osob*
- *nechápaní okolního dění*
- *ztráta schopnosti souvislé řeči, opakování slov, vět, křik*
- *odpolední a noční stavy zmatenosti - deliria*
- *obtížná chůze*
- *poruchy vylučování moči a stolice, inkontinence*
- *chování neodpovídající situaci*
- *úplná ztráta soběstačnosti, ve všem závisí na pečovateli*
- *upoutání na invalidní vozík*
- *těžké duševní i tělesné chátrání, hubnutí.*⁷²

⁷² [http:// www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=29](http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=29)

Proto je důležité dodržovat zdravý životní styl již od mládí, abychom mohli lépe předcházet různým zdravotním problémům. Zároveň bychom neměli zapomínat na fyzickou ale i psychickou aktivitu. Ano, je třeba cvičit i náš mozek. Učení vyžaduje zvýšení aktivity mozku. Tím se Váš mozek vyvíjí a je odolnější. Učení povzbuzuje vytváření nových spojů ve Vašem mozku. Činnost "otupující" Vaše myšlení a vnímání zaměstnává jen malé části Vašeho mozku. Při jejím dlouhodobém provádění se může stát, že se nepoužívané oblasti začnou zmenšovat. Podobně jako svaly, které nepoužíváte.⁷³

A co tedy můžeme pro svoji duševní svěžest a pro trénink našeho mozku dělat? Je dobré se stále učit novým věcem. Například naučit se práci s počítačem, vyhledávat si novinky a zajímavost, které se například týkají našich koníčků ap. Nebo se naučit ovládat nové přístroje (mobil, mikrovlnku). Patří se ale i četba nových knih a luštění křížovek, hraní her, které vyžadují naši pozornost (pexeso, kvarteto, scrabble ap.). Během cestování a pěší turistiky děláme něco nejen pro tělo ale i pro náš mozek. Učíme se orientovat v novém prostředí, získáváme nové poznatky, nové lidi a kultury.

Co nám ale rozhodně neprospívá (nejenom našemu mozku), je nečinnost, deprese, nadměrné užívání alkoholu (např. více jak zdravotní „šťopička“ každé ráno), ale také léků (hlavně léků na spaní a sedativ, které otupují mysl). Jednoznačně je třeba dělat něco jak pro tělo, tak pro ducha a to obzvláště ve stáří, kdy se může zdát, že „je vše ztraceno“.

Obě tato onemocnění závažnou měrou ovlivňují psychosociální život jedince. O psychologické stránce věci se zde v podstatě již mluvilo. Co se týká sociálních aktivit nemocného seniora, je i zde tendence klesající až zcela vymizí. Jde tedy v obou oblastech k ubývání (tedy v negativním slova smyslu) až zániku hlubšího psychosociálního života). To ovšem neznamená, že člověk u něhož byla jedna z těchto nemocí diagnostikována má složit „ruce do klína“ a čekat na nejhorší. Ale je třeba využívat co možná nejvíce, možnosti, které nám ještě nemoc nevzala.

8.9. Šedý a zelený zákal

Šedý zákal může být buď vrozený nebo získaný. Jeho vrozená forma může vzniknout u dětí v důsledku virového onemocnění matky během těhotenství. U mladých lidí může vzniknout následkem jiných očních onemocnění, úrazu, nebo celkových onemocnění. *Nejčastěji se*

⁷³http://www.stari.cz/ukaz_sekci.php?id=29

setkáváme se stařeckým šedým zákalem (senilní katarakta). U populace ve věku 65 -74 let se většinou podmíněný šedý zákal vyskytuje až v 60%. Podstata vzniku šedého zákalu není dosud plně objasněna. Mezi rizikové faktory vzniku katarakty patří především věk, pohlaví (vyšší výskyt u žen), celková onemocnění, obezita, dlouhodobé užívání některých léků, kouření atd.⁷⁴

A jak se vlastně šedý zákal projevuje? Projevy jsou u každého jiné, ale obecnými příznaky jsou:

- *zamlžené vidění, jako přes rozlité mléko (oko ale nebolí)*
- *nepříjemné oslňování a citlivost na silnější světlo (například na sluneční světlo)*
- *oslňování při nočním řízení automobilu*
- *barvy nevidíte tak syté jako na druhém oku*
- *vidíte „duchy“ kolem předmětů (lehce rozdvojený obraz při pohledu jen jedním okem, když druhé je zakryté)*
- *narůstající krátkozrakost - to znamená, že se zvyšují minusové dioptrie (na dálku) a je nutná častá výměna brýlí, paradoxně to někdy dočasně zlepšit vidění na blízko, tato výhoda s narůstáním zákalu ale zmizí.⁷⁵*

Rychlost, kterou probíhá zakalení čočky je u každého jiná. Může trvat měsíce, ale i roky.

U lidí v pokročilém věku je již téměř pravidlem, že mají problémy s viděním minimálně na jedno oko a to právě v důsledku šedého zákalu. A právě operace šedého zákalu je nejčastěji prováděnou operací u osob nad 65 let věku.

Glaukom (zelený zákal) je závažné oční onemocnění, které nerozpoznáno a neléčeno vede nezadržitelně ke slepotě. Dochází při něm k postupnému odumírání nervových buněk sítnice a k poškození zrakového nervu. Záludnost této choroby spočívá v tom, že probíhá plíživě a může zůstat dlouhou dobu nerozpoznána. Poškození vláken zrakového nervu může dosáhnout takového stupně, že způsobí nejprve malé, ale později výrazné výpadky v zorném poli. Slepotu pro glaukom je druhou nejčastější příčinou slepoty. Ve světě je evidováno téměř 7 milionů osob zcela slepých kvůli glaukomu. Choroba postihuje 2% osob nad 40 let věku a s přibývajícím věkem její výskyt

⁷⁴ <http://www.lexum.cz/co-je-sedy-zakal.php>

⁷⁵ <http://www.ordinace.cz/clanek/sedy-zakal-katarakta/>

stoupá. Je-li choroba včas diagnostikována a léčena, lze předejít trvalým změnám zrakových funkcí. Nejčastější příčinou těchto změn je vysoký nitrooční tlak.⁷⁶

V počátečních stádiích tohoto onemocnění nemusíme vůbec nic pozorovat, zjistíme ho většinou až když už dochází k vážným poruchám zraku. Toto onemocnění není dosud zcela vyléčitelné, ale léčba předchází poškozování zrakového nervu. Vysoké riziko u tohoto onemocnění představuje vysoký nitrooční tlak. Léčba probíhá obvykle třemi způsoby: medikamenty, laserem a chirurgickým zákrokem.

Zhoršování zraku až oslepnutí přináší pro seniora opět mnoho problémů. Nejen že mu s věkem ubývá přátel a v jeho okolí dochází k velkým změnám (techniky, vědy, i v běžném životě), ale i on si musí v důsledku těchto onemocnění zvykat na zhoršené vidění, nebo jen zbytky zraku, nebo prostě na život ve tmě. Pro většinu z nás je podobná situace velká rána, vždyť jakoby to, co jsme celý život důvěrně znali, je najednou pryč. A tak senior stojí v podstatě jako na začátku cesty, kdy se mnoho věcí musí učit znovu (tedy spíše se učí dělat věci jinak). Záleží pak na psychické síle jedince a jeho okolí (které by mu mělo pomáhat, tento problém zvládnout). V důsledku omezení možností zraku (až jeho úplné ztráty) dochází i k omezení fyzické aktivity, možností udržovat některé každodenní činnosti, nebo i udržování sociálních kontaktů s rodinou a vrstevníky.

Mnozí pak ale přestávají mít zájem o dění okolo sebe, o své okolí a o sebe sama. Mohou propadat depresím, kvůli tomu že špatně vidí (nebo nevidí vůbec) a rozhodnou se s tím nic nedělat. Jen obviňují své okolí, jsou podezíraví, protože si vše nemohou kontrolovat jako dřív. Trpí pocitem méněcennosti, když už nejsou pro společnost tak užiteční jako dřív. Mají pak často tendenci tzv. složit ruce do klína a rezignovat na veškeré činnosti.

Pro zlepšení psychického stavu je pak velmi užitečné, když je rodina a přátelé, nebo zaměstnanci zařízení pro seniory nápomocni v hledání řešení nově vzniklé situace. Důležitá je duševní podpora, ale i ta fyzická, při které se senior učí zacházet s jeho nemocným zrakem a s novými potřebami.

⁷³ <http://www.pfizer.cz/showdoc.do?docid=1152>

9. Špatné zacházení se seniory

Toto téma je v dnešní, na výkon orientované době, obzvláště aktuální a nesmíme před ním zavírat oči. Je třeba o něm mluvit a být vnímaví k násilí páchanému na starých a často bezmocných lidech. Násilí, kterému jsou senioři vystaveni nemusím být na první pohled zřetelné a to ať už se jedná o fyzické násilí nebo to většinou neviditelné, psychické násilí. Ne všechny modřiny jsou od náhodných pádů, a ne všechny strach je důsledkem stáří.

9.1. Fyzické násilí

Podle aktuálních průzkumů zhruba 13% seniorů žijících v rezidenčních zařízeních bylo svědky či přímo oběti násilí. Nejvyšší procento výskytu násilí na seniorech, asi 20%, bylo zjištěno přímo v rodinách (studie Jihočeské univerzity z r. 2005).

Zneužívání (týrání, abusus) seniorů je celosvětově závažným problémem. Jeho zjišťování a pomoc obětem domácího násilí jsou velmi komplikované. Vyrovnat se s tím, že blízké osoby (děti, vnuci) nebo pečovatelé jsou pachateli trestného činu, je psychicky náročné. Existují překážky znemožňující přiblížit se k obětem, a poskytnout jim náležitou podporu a pomoc. Tendencí obětí je svůj problém tajit. Převládá strach z potrestání, stud, pocitu bezradnosti či izolace. To vše jsou důvody k mlčenlivosti, zatajování příznaků a následků ubližování. I pro zkušené odborné pracovníky je někdy téměř nemožné proniknout zcela do soukromého, až intimního života jejich klienta a odhalit včas příznaky zneužívání.⁷⁷

Fyzické násilí lze definovat jako vědomé a bezdůvodné způsobování bolesti, zraňování nebo fyzické omezování starší osoby. Následkem tohoto jednání mohou být:

- Zlomeniny
- Otoky
- Škrábance
- Stopy po vbodnutí

⁷⁷ <http://www.noviny-mpsv.cz/clanek.php?id=1207>, Týden proti násilí na seniorech, 14.7.2006

- *Popáleniny (na neobvyklých místech, podobné předmětu jako např. žehlička nebo cigareta)*
- *Podlitiny (přítomnost starších i nových, podobných předmětů jako je opasek nebo prsty na obou pažích od držení nebo třesení, četnější na trupu z opakovaného třesení)*
- *Sexuální týrání (roztrhané, potřísněné nebo zakrvácené spodní prádlo; obtíže při chůzi nebo usednutí; bolest, svědění, podlitiny nebo krvácení v oblasti genitálií, nevysvětlitelná venerická onemocnění, nebo genitální infekce)*
- *Stopy po kousnutí.*⁷⁸

Musíme být pozorní k chování starých lidí, protože to, co může na první pohled vypadat „jenom“ jako následek pádu z neopatrnosti, uklouznutí, nebo momentální nevolnosti, se může ukázat naopak jako důsledek týrání nebo špatného zacházení se starým člověkem. Agresorem v těchto případech může být partner týraného (manžel/manželka, druh/ družka), děti, vnoučata, jiný rodinný příslušník, soused(ka), cizí osoba, nebo i profesionální pečovatel.

Špatné zacházení se starými lidmi obvykle začíná psychickým napadáním, které velice rychle sklouzne k fyzickému násilí od pohlavků, třesení, hrubé držení rukou nebo celého těla, až po bití, kopání, shazování ze schodů ap. Mezi fyzické násilí také řadíme úmyslné zanedbávání nezbytné péče o fyzické potřeby staré osoby. Je mu upírána možnost použít WC, je ponechán ve vlastních výkalech, v nevytopené místnosti, nedovolí jim dbát o osobní hygienu, upírání lékařské péče, spánku, omezování pohybu, svazování atd. Výčet možností je bohužel dosti široký a mnohdy se zdá, že zloba a nenávisť, kterou týrající v sobě nosí nemá hranic. Je až otřesné, že nejhrubějšími agresory bývají často vlastní partneři nebo děti. Prostě osoby nejbližší, od kterých by naopak týraný očekával ochranu, lásku a zajištění bezpečí. Mnohdy mu slepě důvěřují a z vděčnosti za kousek dobrého, si nechávají i ubližovat.

⁷⁸ Tošnerová, T., *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*, Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele, Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3.LF UK, Praha, 2002, s. 12.

Agresora však na první pohled vůbec nemusíme poznat a ani postižený nemusí jevit jasné známky fyzického týrání.

U pacienta můžeme pozorovat:

- *Opakovaná „ náhodná“ zranění, která jsou podezřelá*
- *Navštěvuje více lékařů, takže nikdo nezná přesný počet zranění*
- *Může navštívit zdravotní středisko s vágními stesky či známkami úzkosti ještě bez jakýchkoliv viditelných stop týrání, nebo může být hospitalizován v psychiatrické léčebně z důvodu úzkosti či deprese*
- *Může se vyhýbat návštěvě u lékaře, aby neupozornil na svá zranění a učiní tak až za řadu dní nebo týdnů*
- *Má pocit izolace – nemá přístup k penězům, přátelům, rodině, práci, dopravním prostředkům, nemůže do kostela, atd.*
- *Zmiňuje se o „zlobě“ a „náladovosti“ členů rodiny*
- *Hovoří o svých obavách, že mu bude ublíženo a naznačuje pocity strachu. Před členem rodiny vypadá ustrašeně a neustále před ním ustupuje*
- *Projevuje nechuť či obavu promluvit před nadřízenými pečovatele (se snahou ochránit pečovatele před nadřízeným)*
- *Často utíká z domova*
- *Má záznam jako alkoholik nebo toxikoman*
- *Bagatelizuje svá zranění*
- *Vyznačuje se hlubokou depresí*
- *Není schopen dodržet rady lékaře (vzhledem k neadekvátnímu dohledu pečovatele), nebo vynechává sjednané návštěvy u lékaře*
- *Jeví se jako „obtížný pacient“*

Člen rodiny podezřelý ze zneužívání může:

- *Slovně napadat na veřejnosti pacienta nebo zdravotníky*
- *Snažit se přesvědčit zdravotníky, že pacient je nekompetentní nebo nepřičetný*
- *Být naopak k pacientovi přehnaně pozorný*
- *Velmi striktně dohlížet a kontrolovat celodenní činnost pacienta*
- *Přehnaně ochraňovat a dohlížet na ostatní členy rodiny (např. odmítá opustit místnost během vyšetření pacienta)*
- *Být nadměrně roztomilý a přátelský ke zdravotníkům.⁷⁹*

Jako největší problém se jeví právě odhalení týrání samotného a hlavně odhalení agresora, kterým často bývá nejbližší člen rodiny. A právě úzká rodinná vazba, přátelství nebo láska, často to pozitivní z minulosti, brání týraným seniorům se agresorovi postavit, oznámit své týrání, prostě agresora udat. („Přece neobviním vlastní dítě.“, „Stejně si za to můžu sám, jakého jsem si ho vychoval takového ho mám.“, „Vždyť si to zasloužím, jsem starý neschopný a nepotřebný...“)

Pere se v něm láska a náklonnost, stud a obavy, strach z toho, že jemu, starému přece nikdo neuvěří. Snaží se pak raději pachatele krýt, omlouvá ho, svádí vinu za podlitiny a zlomeniny na sebe, svou nešikovnost, stáří ap.

9.2. Psychické týrání

Tato forma násilí jde většinou ruku v ruce s fyzickým násilím. Pro týraného má jednu podstatnou nevýhodu: následky emocionální týrání nejsou vidět. Proto je jeho odhalování poměrně složité a časově náročné. Agresor je navenek může pro okolí jevit jako milý, galantní, společenský člověk, který o vše dbá a je pozorný.

⁷⁹ Tošnerová, T., *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*, Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele, Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, Praha, 2002, s.15-16.

Emocionální týrání

Ponižující výroky, sekýrování, včetně hrozeb či odloučení osoby od rodiny nebo přátel.

Emocionální týrání se může vyznačovat následujícími stavy:

- *Zmatenost*
- *Přehnaný strach*
- *Nespavost, spánková deprivace či potřeba nadměrného spánku*
- *Změna v chuti k jídlu*
- *Neobvyklý přírůstek nebo úbytek na váze*
- *Nezájem o sebe sama, o jakoukoliv činnost nebo o okolí*
- *Ambivalence pocitů lásky i nenávisti*
- *Rezignace*
- *Stáhnutí se do sebe*
- *Agitovanost*

Úzkostné nebo panické stavy

- *Užívání uklidňujících léků a sedativ*
- *Zabývání se suicidiálními myšlenkami, případně pokus o sebevraždu.⁸⁰*

Můžeme také pozorovat nápadné zhoršování zdravotního stavu (starých onemocnění) nebo i nástup a rozvoj dalších onemocnění. A právě toto propojení emocionálního násilí s fyzickými následky, činí tento druh násilí velmi zákeřným. Může se stupňovat až natolik, že může u seniora propuknout i psychické onemocnění. Navíc, jak jsem již zmínil, bývá emocionální násilí často úzce spjato i s násilím fyzickým.

⁸⁰ Tošnerová, T., *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*, Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele, Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, Praha, 2002, s.15.

Mnohé rodiny se o seniory umístěné v pobytovém zařízení přestávají zajímat a starat, jindy je dále finančně zneužívají apod. Na jedné straně senioři nezřídka na úkor zabezpečení vlastních potřeb dávají dětem peněžní dary, aby upoutali zájem potomků o svou osobu. Na druhou stranu zkušenosti ukazují, že potomci se neostýchají navštěvovat rodiče v době výplaty důchodu, poskytovat pomoc jen za protihodnotu peněz, mnohdy se uchýlit k vydírání apod. (Veselá, 2003)⁸¹

S touto formou emocionálního násilí se můžeme setkat nejen u seniorů v institucionální péči, ale i v rodinách. Pečující osoba pak často doslova „tahá“ ze seniora peníze. Jednou pod záminkou zdražení léků, energie, nájmu, nutný oprav na domě, ale i na ryze osobní potřeby „pečovatele“. A staří lidé si do jisté míry „rádi připlatí“ za „lepší služby“. Pokud ale „vyděrač“ zjistí, že mu senior důvěřuje, začne žádat, častěji nebo větší částky. Senior pak často ihned po převzetí „důchodu“ vše odevzdává pečující osobě, která tento úkon zdůvodňuje tím, že on se přece o všechno stará, a starý pán nebo paní se alespoň nemusí zatěžovat starání s placení a počítáním peněz. V lepších případech pak dostane alespoň malé kapesné, které z něj ale stejně časem zneužívající osoba „vytáhne“ pod nějakou „bohulibou“ záminkou.

10. Příběhy pro ilustraci

Rád bych nyní na příbězích z praxe ilustroval, jak různorodý může být život ve stáří, a jak může ovlivňovat psychosociální život seniora a jeho rodiny.

48letá žena, střední vzdělání s maturitou, bydlí ve větší vesnici, s péčí o tchýni jí pomáhá rodinný příslušník, tchýně je nepohyblivá, kromě ní má na starosti ještě domácnost se šesti členy. V posledních třech měsících je její zdravotní stav stejný: „ Tchýně žije na vesnici vzdálené do městečka 10 km, po zredukování autobusové dopravy mohu obstarávat nákupy 2x týdně s tím, že jsem pět hodin mimo. Mám hrůzu, že tchýně za dobu mé nepřítomnosti upadne, špatně přiloží do kamen, začne dělat něco, co nedomyslí, nebo nezvládne. Koupili jsme jí televizi, to co v ní vidí, má na ní depresivní vliv. Vesnice je malá, vylidněná, vrstevníky nemá, není si s kým popovídat. Současné dění jí nedá spát. K důchodu bere příspěvek pro bezmocnost, takže jí její skromné potřeby pokryje, ale nemůže pochopit, že její vnuk středoškolák pracuje manuálně

⁸¹ Jeřábek, H., *Rodinná péče o staré lidi*, CESES FSV UK, Praha: 2005, s. 68.

a jeho plat je jen o 1000Kč větší, než její důchod a práce není, přestože je jí tolik potřeba. Více než fyzicky mě péče vyčerpává duševně.“⁸²

63letá žena, střední vzdělání bez maturity, pečuje o dosti agresivního a nepohyblivého manžela. Bydlí na malé vesnici, k tomu se stará o domácnost a hospodářství. V posledních třech měsících zdravotní stav manžela dosti zhoršen: „ Na vesnici bych žádného pečovatele nesehnala a tak si myslím, že veškerá práce s ním patří mně. Ale nevím jak bude nemoc pokračovat a budu-li ji moci zastat. Jeho stav je někdy dosti agresivní a proto nevím zda to zvládnu. S penězi musím hospodařit tak, aby vystačily. Na vesnici jich nikdy moc nebylo, ale muselo to vystačit.“⁸³

49letá žena, vysokoškolské vzdělání, bydlí ve městě, stará se jeden rok o matku i s rodinou a má zavedenou službu Home care. Matka trpí poškozením mozku a artrózou kyčelních kloubů. V posledních třech měsících se zdravotní stav mírně zlepšil:

„ O invalidní rodiče (oba na vozíku, otec zemřel loni) jsme pečovali s bratrem externě cca 10 let. Tomu jsem přizpůsobila i svou pracovní aktivitu (nezastávám pracovní místo odpovídající mému vzdělání). Musím přiznat, že celodenní péče o maminku je pro mne zátěží, ale přináší mi i pocit uspokojení, protože má viditelný pozitivní efekt. Za posledních 12 měsíců se její zdravotní stav výrazně zlepšil. Díky spolupráci rodiny a okolí se nám podařilo vyléčit kožní onemocnění, stabilizovat chronický zánět průdušek, podstoupila úspěšně operaci zhoubného nádoru močového měchýře a její stav je zatím velmi dobrý, zklidnila se, přibrala na váze, má zájem nosit naslouchátka, podstupuje pro ni namáhavé výlety k zubaři, a hlavně se netkne alkoholu ani cigaret.“⁸⁴

44letý muž, základní vzdělání, bydlí na vesnici, staral se společně s rodinou o matku dva měsíce, trpěla Alzheimerovou chorobou, navíc mozková mrtvice:

⁸² Tošnerová, T., *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*, Ambulance poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, Praha: 2001, s.22-23.

⁸³ Tošnerová, T., *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*, Ambulance poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, Praha: 2001, s. 23-24.

⁸⁴ Tošnerová, T., *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*, Ambulance poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, Praha : 2001, s. 26.

„ Péče o osobu, která trpí Alzheimerovou chorobou vyžaduje, hodně trpělivosti, pevné nervy, pochopení, ohleduplnosti a lásky. Hlavně je rozdíl pečovat o velmi blízkou osobu, kde jsou velké citové vazby, či o osobu cizí, nebo vzdálenou příbuznou“.⁸⁵

64letý muž, vysokoškolák, bydlí na vesnici, staral se o manželku necelé tři roky, její stav se zhoršoval, byla imobilní – paraparéza dolních končetin:

„ Manželka odmítala ústavní péči, přála si zemřít doma, slíbil jsem jí, že si ji doma ponechám, pokud to jen trochu bude možné. Její přání se jí splnilo, zemřela doma v mojí a synově přítomnosti při spánku v pojízdném vozíčku na zástavu srdce. Její smrt jsme nezpovzorovali, až po chvíli. Po celou dobu nemoci věřila, že se její stav s léty přece jen zlepší. A já věřil s ní.“⁸⁶

55letá žena, střední vzdělání, s maturitou, bydlí ve velkém městě, pečuje o rodiče jeden a čtvrt roku, jejich stav je průběžně stejný, otec má plnou bezmocnost, matka zapomíná a má otoky nohou:

„ Na 2-3 hodiny denně mohu odejít. Chodím na mši, nosím rodičům svaté přijímání. Jsou sice na sebe občas po tolika letech alergičtí, ale pak se společně pomodlíme, popovídáme si a odpustíme si.“⁸⁷

56letá žena, střední vzdělání s maturitou, bydlí ve velkém městě, pečuje sedmi a půl roku většinou sama o matku, která nevidí, je po mozkové mrtvici, leží:

„Před devíti lety jsem musela dát výpověď ze zaměstnání. Maminka oslepla, operace nepomohla, k tomu dostala cukrovku, po infarktu vysoký krevní tlak, silné závratě, při kterých zvracela. Musela jsem ji vodit po bytě na mých zádech. Často plakala, nemohla se smířit se svým stavem. Nyní je druhým rokem po mozkové mrtvici, ležící, úplně odkázaná na moji pomoc. Pečovat o úplně bezmocnou osobu je opravdu náročné jak po psychické, fyzické, tak i po časové

⁸⁵ Tošnerová, T., *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*, Ambulance poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3.LF UK, Praha: 2001, s. 27.

⁸⁶ Tošnerová, T., *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*, Ambulance poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, Praha: 2001, s. 28.

⁸⁷ Tošnerová, T., *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*, Ambulance poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, Praha : 2001, s. 39.

*stránce. Musíte se smířit s tím, být v pohotovosti ve dne i v noci, že pro Vás neexistuje žádné osobní volno, dovolená, kdy se můžete od starosti o pečovanou osobu odpoutat. Těžko může tuto situaci posoudit člověk, který tuto práci nikdy nevykonával. Musíte mít pevnou vůli, velkou trpělivost a v první řadě ho mít rád. Nesouhlasím s tím, že se péče o osobu blízkou, pokud nemá příznanou úplnou bezmocnost, nezapočítává do důchodu a je honorována pouze životním minimem.*⁸⁸

Jedna paní mi vyprávěla o své tchýni. Ta žila doma se svou rodinou, avšak přes veškerou péči lékařů a okolí chřadla. Rodina to přestal hlavně psychicky zvládat a tak se po dohodě se všemi rozhodli babičku přestěhovat do domova důchodců. Čekali spíš už jen zhoršování.

Jaké bylo ale jejich překvapení, když po čase babičku navštívili. Působila svěžím dojmem, komunikovala a už ani nepotřebovala opory při chůzi. Stroze jim sdělila, že na ně teď nemá čas, že si mají skočit na kafe, že oni teď s ostatními malují. Rodina stála před touto změnou jako opařená.

Jindy se rozhodli si vzít babičku domů na Vánoce. Vyklidili svou ložnici a celé spodní patro nechali k dispozici babičce. Ta si po společném obědě a rozbalení dárku lehla v ložnici do postele, chvíli odpočívala, pak se začala rozhlížet a pronesla prý památnou větu: „ Tak stromek už jsem viděla, vás taky, tak už zase můžu jít domů.“ (myslela tím domov důchodců). Sbalila se své věci a radostně odkráčela za svými vrstevníky.

Celé rodině se ulevilo, protože jejich babička „ ožila“ a oni se nemuseli trápit tím, jak jim doma přes veškerou snahu chátrá.

Moje mamka mi vyprávěla o naší bývalé sousedce z paneláku. Ta se po odchodu do důchodu uzavírala do sebe, byla stále doma, nikam nechodila, jen na nákup. Byla to mladá důchodkyně, ale jeden z jejích synů byl již ženatý a bydlel v jiném městě a druhý si tou dobou také našel přítelkyni, ke které se odstěhoval. A ona sama byla rozvedená. Byla v jádru velmi společenská, ale byla z těch , které čekají , až je někdo někam pozve.

⁸⁸ Tošnerová, T., *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*, Ambulance poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, Praha: 2001, s. 44

Moje maminka , ještě v době kdy jsme bydleli ve stejném době, ji často zvala a nabízela jí, ať zazvoní a přijde až jí bude smutno. Nikdy nepřišla. i když si jí pak stěžovala, že je jí samotné smutno.

Pak jsme se odstěhovali. Nedávno se obě potkaly. Jiná kamarádka z bývalého zaměstnání nabídla této paní možnost dalšího vzdělávání. A tak tato sousedka s nadšením vyprávěla jak chodí na univerzitu třetího věku, jak je jich tam spousta ženských, jak už je ve třetím semestru a že se tam dozvěděla spoustu nových, zajímavých a užitečných věcí.

11. Výsledky mého výzkumu

Cílem mého malého výzkumu bylo zjištění aktuální osobní situace seniorů. Průzkumu se zúčastnil stejný počet mužů i žen. Věk u žen se ve většině případů byl ve věkovém rozpětí 60-70 let a jednalo se převážně o ženy ovdovělé nebo rozvedené. U mužů také mezi 60 – 70 lety, ale také v kategorii 80 a více let, většinou byli ovdovělí nebo ženatí.

Ženy měly středoškolské vzdělání a většinu svého života vykonávaly duševní práci. Muži pak byli většinou pak vyučeni, nebo s maturitou a vykonávali také většinou pouze duševní práci. Pouze jeden dotázaný odpověděl, že většinu svého života pracoval manuálně.

Dotázaní bydleli v současné době v bytě, rodinném domku nebo v domově důchodců, a to hlavně ve větším městě nad 50 tisíc obyvatel, dva dotázaní v obci do 5tisíc obyvatel, a jeden od 5 tisíc do 20 tisíc obyvatel. Všichni dotázaní pobírali starobní důchod.

Na otázku týkající se zdraví odpověděl stejný počet dotázaných, že se cítí zcela zdravý nebo že ho již delší dobu omezuje nějaké chronické onemocnění. Další odpovědí bylo, že je dotázaný v současné době nemocen, ale nemocí se necítí být nijak omezen (dva dotázaní). Mezi nemocemi se poměrně často vyskytovala cukrovka, ale v jednom případě také chybějící ledvina. U většiny nemocných dotázaných byl tedy zdravotní stav vzhledem k jejich věku dobrý. Seniori už byli se svou nemocí do jisté míry „sžití“.

Ve vykonávání oblíbených činností dotázané seniory omezují především jejich finanční situace, jiné blíže nespecifikované potíže, následované problémy s pohybovým ústrojím, se sluchem a zrakem. Jen velmi málo dotázaných uvedlo jako zábranu pracovní vytížení a rodinu. Tento výsledek ukazuje, že senioři by rádi něco podnikali, ale jsou bohužel omezeni především finančně. Zde je opět znát, že s odchodem do důchodu se může snižovat sociální úroveň seniorů, což může negativně ovlivnit jejich vnímání stáří jako takového.

Na dotaz „Kdy jste se cítili ve svém životě nejspokojeněji?“ odpověděli muži tímto výčtem: Po dostavění domu, mezi 40-50lety, do 50let, do 60let nebo v důchodu. Ženy naopak: v mládí, před svatbou, na mateřské dovolené, při prvních dvou dětech, do 55 let a nyní v důchodu. Můžeme zde vidět u mužů souvislost s tím, že jsou nejspokojenější v době, kdy již dosáhli jistého úspěchu v zaměstnání, založili rodinu nebo postavili dům ap. U žen je markantní spojitost s rolí matky a jejím uskutečněním, a posléze uvolněním z pod tíhy rodinných a pracovních povinností.

Mezi pozitivní věci, které dotázaným přineslo stáří řadí ženy klid, pohodu, čas na vnoučata, výlety a spánek, svobodu a slevu na MHD. Muži pak volný čas, čas na koníčky, osvobození od pracovního stresu, velké plány do budoucna, slevy a to „že mě někdo pustí sednout“. I zde můžeme pozorovat posun v tom, na co klademe důraz. Mladí by totiž jistě odpověděli na otázku, co jim přineslo mládí zcela jinak. Staří již podobné ambice nemají, jelikož už dosáhli toho, co v mládí chtěli a to co tenkrát viděli jako důležité a pozitivní, to nyní vidí s jistým odstupem a životní moudrostí.

Poměrně zajímavá byla část věnovaná činnostem, kterým se dotázaní senioři (důchodci) věnují. Svědčí o tom, že velká část seniorů žije poměrně pestrým životem se širokým záběrem volnočasových aktivit.

Činnost:	Ano – často	Ano – někdy	Ne – vůbec
Sport, cvičení	Ž 1 M 2	Ž 3 M 1	Ž 1 M 2
Kuřičství, ruční práce	Ž 2 M 1	Ž 1 M 3	Ž 2 M 1
Zahradničení	Ž 3 M 0	Ž 0 M 2	Ž 2 M 3
Vaření	Ž 5 M 1	Ž 0 M 4	Ž 0 M 0
Turistika – výlety, sběr hub a plodin	Ž 4 M 1	Ž 1 M 3	Ž 0 M 1
Rízení auta či motocyklu	Ž 0 M 1	Ž 1 M 1	Ž 4 M 3
Sledování televize, poslech rádia	Ž 4 M 2	Ž 1 M 3	Ž 0 M 0
Poslech hudby na CD, sledování filmů na DVD	Ž 3 M 2	Ž 1 M 1	Ž 1 M 2
Návštěvy kulturních akcí - divadlo, koncert, kino, výstavy	Ž 1 M 4	Ž 4 M 0	Ž 0 M 1
Výtvarná činnost - kreslení, atd.	Ž 0 M 0	Ž 0 M 0	Ž 5 M 5
Fotografování, používání kamery	Ž 0 M 1	Ž 3 M 1	Ž 2 M 3
Používání mobilního telefonu	Ž 3 M 0	Ž 1 M 3	Ž 1 M 2
Práce na počítači	Ž 1 M 0	Ž 0 M 0	Ž 4 M 5
Používání a práce na internetu	Ž 1 M 0	Ž 0 M 0	Ž 4 M 5
Četba knih, časopisů	Ž 2 M 2	Ž 3 M 2	Ž 0 M 1
Literární činnost - psaní	Ž 0 M 0	Ž 0 M 1	Ž 5 M 4
Vzdělávání - studium, kurzy	Ž 1 M 0	Ž 1 M 1	Ž 3 M 4
Členství a činnosti ve spolcích a společenských organizacích	Ž 0 M 1	Ž 1 M 2	Ž 4 M 2
Zdravotní péče - lázně, atd.	Ž 0 M 2	Ž 1 M 1	Ž 4 M 2
Duchovní aktivity - návštěvy bohoslužeb, modlitba	Ž 3 M 1	Ž 0 M 2	Ž 2 M 2
Hra na hudební nástroj	Ž 0 M 0	Ž 0 M 2	Ž 5 M 3
Návštěvy, kontakty s dětmi, s rodinou	Ž 4 M 4	Ž 1 M 1	Ž 0 M 0
Návštěvy, kontakty s přáteli a ostatními	Ž 4 M 4	Ž 1 M 1	Ž 0 M 0
Další činnosti (můžete osobně vypsát): jízda na kole	Ž 3 M 0	Ž 0 M 0	Ž 0 M 0
práce	Ž 0 M 0	Ž 1 M 0	Ž 0 M 0

(Ž = ženy, M = muži, číslice značí četnost odpovědí).

Z této tabulky vyplývá, že se senioři zabývají vybranými činnostmi (obzvláště koníčky) v omezené míře. Přesto je však výčet poměrně obsáhlý a pestrý. Je hodně podmíněn faktory jako je věk, zdravotní stav a finanční situace.

Nejméně vykonávanými činnostmi je práce s počítačem, práce s internetem a používání mobilního telefonu, což souvisí s tím, co daný respondent dělal celý život, a jaké měl zájmy a také s jeho věkem.

Přílišné oblibě se také netěší hra na hudební nástroj, literární činnost a vzdělávání.

V jádru jsou jen malé rozdíly při rozdělení četnosti odpovědí podle pohlaví respondenta. Jelikož je můj průzkum pouze informativní, mohou průzkumy sociologických agentur vykazovat i odlišné výsledky. Avšak ve srovnání s dostupnou literaturou o stáří a činnostech, které vykonávají senioři, můj průzkum v jádru potvrzuje tvrzení z této odborné literatury.

12. Závěr

Období stárnutí je jednoznačně obdobím velkých změn. A to jak pozitivních, tak negativních. Jak je ten který senior přijme, záleží z velké části na jeho povaze a postoji k životu jako takovému. Pokud chápe život jako cestu, která neodvratitelně směřuje k smrti, pak bude mít jistě tendenci vidět všechny události (i ty veskrze pozitivní) negativně. Pokud ale bere život jako šanci učit se něčemu novému a hledá ve všem to pozitivní, pak pro něj bude stáří dalším výzvou a nadějí. Většina z nás se celý život pohybuje mezi těmito póly.

V naší zemi, jak vyplývá z mnohým průzkumů, je naštěstí ještě dostatek seniorů, kteří se snaží ve stáří hledat jeho pozitivní stránky a nové možnosti. Stejně tak i ostatní společnost stále ještě vnímá staré lidi jako zdroj životní moudrosti, jako kus své historie, kus sama sebe, jako dar a mnohdy i jako pomoc v jejich životě. Naštěstí se ještě nenechala zcela ovlivnit „štvavou“ kampaní, která se snaží vnutit lidem v produktivním věku myšlenku, že staří jsou pouze ekonomickou zátěží do příštích let. Do jisté míry to může člověku vnucovat myšlenku, že je třeba se „této zátěže“ zbavit. Naštěstí v nás ještě zůstalo dost zdravého rozumu.

Jak se tedy stavět ke stáří někoho blízkého nebo svému vlastnímu? Pro zdárné a klidné stárnutí je dobré mít stále na mysli, že každý člověk je originál. Je užitečný i ve věcech, ve kterých by sám možná svou užitečnost nehledal. Může být darem pro své okolí, zdrojem poučení, radosti a láskyplného dávání. Může být vzorem a vzpruhou.

Především je tedy třeba zaměřit se na to pozitivní co s sebou stáří může přinést, i v negativních věcech hledat pozitivní momenty, snažit se žít zdravě (po fyzické i psychické stránce). Ale hlavně neskládat ruce do klína a nečekat rezignovaně na to až přijde náš konec.

Na závěr bych rád ocitoval, jeden velmi pěkný příběh, ve kterém se skrývá mnoho moudrosti a vystihuje mnohé z toho, o čem jsem mluvil v této práci.

Jedno taoistické vyprávění popisuje rozhovor o mistru tesaři a jeho učni, který uviděl starý sukovitý dub. Tesař se učedníka zeptal, zda ví, proč je strom tak mohutný a tak starý? Mladík nevěděl, a tak mu to mistr vysvětlil: „ Je to proto, že je zdánlivě neužitečný. Kdyby byl užitečný, dávno by ho porazili, rozřezali a nadělali z něho stoly a postele. Ale že je tak starý, nechávají ho růst dál a my si v jeho stínu můžeme odpočinout.“

Stáří je tedy darem, který mají docenit jak jeho nositelé, tak i jejich okolí – ti druzí svým pochopením, taktem a úctou.⁸⁹

⁸⁹ <http://www.noviny-mpsv.cz/clanek.php?id=467>, Stáří je dar, 13.12.2004

Seznam použité literatury:

- Rosenfeld, I.**, *Žijte nyní, stárněte později*, Praha: Pragma, 2001, ISBN 80-7205-761-8
- Vidovicová, L., Rabušic, L.**, *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti*, VÚPSV Praha, 2003
- Kalvach, Z., a kol.**, *Úvod do gerontologie a geriatrie*, Praha : Karolinum – nakladatelství UK, 1997, ISBN 80-7184-366-0
- Závěrečná zpráva z výzkumu Agentury FOCUS „Senioři a média“**
- Tošnerová, T.**, *Ageismus – průvodce stereotypy a mýty o stáří*, Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002, ISBN 80-238-9506-0
- Pichaud, C., Thareauová, I.**, *Soužití se staršími lidmi*, Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-184-3
- Hayflick, L.**, *Jak a proč stárneme*, Praha: Columbus, 1997, ISBN 80-7176-536-8
- Tošnerová, T.**, *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*, Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002, ISBN 80-238-9505-2
- Vágnerová, M.**, *Vývojová psychologie*, Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-308-0
- Jeřábek, H. a kolektiv**, *Rodinná péče o staré lidi*, Praha: CESES FSV UK, 2005
- Olbrich, E., Otterstedt, C.**, *Menschen brauchen Tiere*, Stuttgart: Kosmos, 2003, ISBN 3-440-09474-X
- Sýkorová, D. , Chytil O. ,** *Autonomie ve stáří, Strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2004, ISBN 80-7326-0226-3
- Tošnerová, T.**, *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*, Ambulance poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3.LF UK, Praha: 2001, ISBN 80-238-8001-2
- Withalm, H.**, *Altwerden in Menschenwürde*, Styria, ISBN 3-222-11438-2

časopis *Medicína, odborné aktuality*

časopis *Elánplus*, říjen 2006, Vydavatelství Šestařicítka

časopis *Senior revue*, 5/2006, Praha: Vydavatelství a nakladatelství Altera Media

<http://www.eamos.cz>

<http://www.noviny-mpsv.cz>

<http://www.stari.cz>

<http://www.halka.cz>

<http://www.pfizer.cz>

<http://www.lexum.cz>

<http://www.ordinace.cz>

<http://natura.baf.cz>

<http://www.zdravi.medicentrum.com>

<http://www.deprese.com>

<http://www.zdrava-rodina.cz>

Abstrakt

RUDOLF, J., Sociálně – psychologické aspekty stáří. České Budějovice 2007.

Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta.

Katedra psychologie, Vedoucí práce: J. Polivka

.

Klíčové pojmy: stáří/stárnutí, potřeby, nemoci ve stáří, volný čas, péče o seniory, rodina, přátelé, násilí na starých lidech

Práce se zabývá sociálně-psychologickými aspekty stáří. Teoretická část charakterizuje základní pojmy, jakými jsou stáří, potřeby ve stáří a druhy péče o seniory. V části „Nemoci ve stáří“ se věnuje nejznámějším nemocem a jejich působení na sociálně – psychologický život seniora. Popisuje jednotlivé pohledy společnosti na stáří a vliv nemocí na seniora. Poukazuje na násilí na seniorech a na potřebu dobrého sociálního zázemí seniora (rodina, přátelé). Věnuje se i způsobu využití volného času ve stáří.

Další částí jsou příběhy některých seniorů, které vypovídají o jejich životě, radostech a problémech .

Praktická část obsahuje malý výzkum, kterým jsem se pokusil nahlédnout do běžného života seniorů, se kterými se dnes můžeme setkat. Zjišťoval problémy a pozitiva, které s sebou přináší stáří. Srovnávám zde rozložení volnočasové aktivity u mužů a žen.

RUDOLF, J., Social - psychological aspects of old age.

Key terms: old age/ageing process, affliction of old, leisure time, senior care, family, friends, violence on elderly people

The work deals with the social-psychological aspects of old age. The first part characterises these basic terms : old age, the needs of elderly people and different types of senior care. In the part „ Illnesses of elderly people“ it deals with the most common illnesses and their effects on the social – psychological life of elderly people. It describes the separate views of society on old age and the influence of illnesses on elderly people. It goes on to describe the violence committed against senior citizens and the need they have good social relationships (family, friends). It also suggests different leisure time activities and ways for the elderly to utilize their time.

In the next part there are different examples from various senior citizens in which they tell the story of their life, about their joys and problems.

The practical part includes the research about the common life of elderly, which we can see every day. I have seen both positive and negative things, which come with old age. There I compare the leisure time activities of elderly men and elderly women.