

Obsah

Slovo úvodem.....	5
1 Epistemologická východiska speciální gerontopedagogiky.....	7
1.1 Filozofická a historiografická východiska	7
1.2 Teoretická a terminologická východiska.....	9
1.3 Metodologická východiska	12
1.4 Shrnutí	14
2 Stáří jako společenský fenomén.....	16
2.1 Vymezení pojmu stáří.....	18
2.2 Charakteristika procesu stárnutí	22
2.3 Farmakoterapie ve stáří.....	26
2.4 Teorie stárnutí	27
2.5 Stáří z hlediska demografie	30
2.6 Koncept úspěšného stárnutí	33
2.7 Chorobné procesy ovlivňující stáří	34
2.8 Shrnutí.....	37
3 Syndrom demence.....	40
3.1 Diagnostika demencí.....	41
3.2 Stav podobné syndromu demence	45
3.3 Epidemiologie syndromu demence.....	50
3.4 Klasifikace demencí.....	51
3.5 Stadia demence	52
3.6 Atroficko-degenerativní demence	55
3.7 Vaskulární demence	61
3.8 Symptomatické (sekundární) demence	63
3.9 Shrnutí.....	71
4 Senioři z pohledu sociální patologie	73
4.1 Starý člověk jako oběť trestné činnosti.....	73
4.2 Starý člověk jako pachatel trestné činnosti	74
4.3 Týrání a zanedbávání starých lidí	74
4.4 Starý člověk a bezpečnost silniční dopravy	81
4.5 Úrazy a pády ve stáří.....	84
4.6 Teplotní poškození	85
4.7 Shrnutí.....	86

5 Ústavní péče jako forma socioedukativní pomoci.....	88
5.1 Vývoj ústavní péče.....	88
5.2 Charakteristika ústavní péče.....	99
5.3 Ústavy z hlediska životní dráhy jedince.....	101
5.4 Rizika ústavní péče.....	103
5.5 Typologie ošetřovatelských intervencí u seniorů.....	104
5.6 Hospicová péče.....	106
5.7 Aktuální problémy ústavní péče v České republice.....	107
5.8 Současný stav v ústavech pro seniory v České republice.....	109
5.9 Shrnutí.....	118
6 Vzdělávání seniorů jako forma socioedukativní intervence	120
6.1 Filozofická východiska Vzdělávání světa.....	120
6.2 Učící se společnost jako sociální nutnost.....	124
6.3 Celoživotního vzdělávání v mezinárodních dokumentech.....	125
6.4 Andragogika – věda o vzdělávání a výchově dospělých.....	127
6.5 Koncepce integrální andragogiky.....	130
6.6 Vzdělávání v postproduktivním věku.....	132
6.7 Význam vzdělávacích aktivit v postproduktivním věku.....	137
6.8 Formy vzdělávání v postproduktivním věku.....	139
6.9 Univerzity třetího věku.....	140
6.10 Shrnutí.....	144
7 Tabu v seniorské populaci	145
7.1 Senioři v kontaktu s institucí.....	145
7.2 Senioři jako oběť domácího násilí.....	148
7.3 Psychologický dopad katastrofických událostí u seniorů.....	153
7.4 Syndrom závislosti u seniorů.....	156
7.5 Sexuální život ve stáří a jeho poruchy.....	161
7.7 Umírání a smrt.....	169
7.8 Shrnutí.....	172
Slovo závěrem.....	173
Shrnutí	174
Summary.....	182
Jmenný rejstřík.....	189
Věcný rejstřík	192
Literatura	198

Slovo úvodem...

Medicína, alchymie, filozofie i náboženství hledaly od počátku vzniku lidstva příčiny stárnutí člověka a snažily se tuto etapu života usnadnit, ulehčit, přinejmenším odsunout ji v čase.

Stárnutí, stáří, umírání a smrt byla témata, která ve všech epochách znepokojovala nejen lidstvo samo, ale i odborníky různých oborů.

Stárnutí není záležitostí moderní doby, avšak až v posledním století se stalo běžnou zkušeností. Existují hypotézy, podle nichž se v prehistorických dobách stáří nedožival nikdo, a až do sedmnáctého století překročilo 65. rok života pravděpodobně jen jedno procento populace. Do devatenáctého století se toto číslo zvýšilo přibližně na čtyři procenta.

Lidský věk se prodlužuje, populace stárne. V České republice je v současné době jedna pětina populace starší 60 roků a v roce 2030 to bude celá jedna třetina populace. Hrozí socioekonomický a generační kolaps společnosti, nejen naší.

Stárnutí lidstva je problémem téměř celosvětovým. Na významném nárůstu počtu stárnoucích osob se podílejí zejména vyspělé země Evropy a Severní Ameriky a Japonska.

Počátek tisíciletí je období, kterého ze doposud příliš generací nedožilo, jedinečné období, kdy lidstvo bilancuje svoje úspěchy a stanovuje vize do kratší či delší budoucnosti. V ní budou senioři hrát významnou roli. Právě na rozhraní druhého a třetího tisíciletí opouští pedagogika koncepci vyhraněného zaměření na dětskou populaci a orientuje se rovněž na populaci dospělých v produktivním období života a na populaci seniorů. Rozvíjí se andragogika a gerontopedagogika, subdisciplíny pedagogiky, které si svoje místo v systému společenských věd teprve hledají. Nechť k tomuto hledání přispěje i tato monografie.

Každý člověk na své životní dráze potkáva řadu nezapomenutelných osobností, které ho ovlivní, osloví, motivují, posilují a sdílejí s ním dobré i zlé. Měl jsem to obrovské štěstí, že jsem dosud poznal tolik fenomenálních osobností (bez rozdílu pohlaví, věku, vzdělání, národnosti, společenského postavení), že jejich výčet by byl samostatnou kapitolou této práce a přesto bych na někoho s určitostí zapomněl. Jim patří moje poděkování za to, že jsou a že jsou taková jací jsou.

autor

1 Epistemologická východiska speciální gerontopedagogiky

1.1 Filozofická a historiografická východiska

Stáří byla věnována v průběhu vývoje lidstva pozornost především filozofická, v neposlední řadě také lékařská. Gerontopedagogika jako nedílná součást gerontologie se vymezila jako subdisciplína teprve v nedávné době (konec 20. století), a tudíž historické počátky této subdisciplíny jsou identické s počátky gerontologie. Gerontologie je však přírodní věda, věda, která se zabývá problematikou stárnutí a stáří. Je to věda interdisciplinární, integrovaná a komplexní. Vychází z biopsychosociální podstaty člověka a procesů stárnutí. Zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí a vypracovává vědecké podklady pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči o staré občany. Rozsah problémů zahrnuje mimo jiné biologické, lékařské, sociální a demografické aspekty procesu stárnutí a v posledních desetiletích i aspekty pedagogické, andragogické a speciálně pedagogické v podobě nově koncipované gerontopedagogiky.

Počátky gerontologie by nepochybně bylo možno nalézt již na úsvitu civilizace. Předchůdci lékařů si při provozování svého řemesla jistě uvědomovali souvislosti mezi stářím, nemocemi a smrtí. Stárnutí je sice problém daný stavbou a funkcí organismu, byla to však civilizace, která udělala ze stárnutí hrozbu a problém. Tvorové žijící v drsných přírodních podmínkách umírají většinou dříve, než se stárnutí začne projevovat. To ovšem neznamená, že stárnutí u divoce žijících živočichů nemá svoji fylogenetickou funkci: stárnutí patří do systému mechanismů, které určují rychlost výměny generací a udržení optimální věkové struktury populace.

U lidského druhu ovšem došlo s nástupem civilizace ke změně situace. Existenční podmínky se začaly zlepšovat a život se stával bezpečnějším. Více lidí se dožívalo vyššího věku, měnila se věková struktura populace a více jedinců se dožívalo věku, kdy se stáří již zřetelně projevovalo svými nepříjemnými důsledky. Tehdy se pravděpodobně poprvé začali lidé zajímat o příčiny stárnutí. Motivací byla a je zvědavost a přirozený strach ze smrti. Dokladem toho je touha po *věčném mládí*, kterou známe z nejstarších bájí a mýtů.

O elixír mládí usilovali alchymisté, a také oni se odvolávali na starší prameny, na knihy, o nichž se domnívali, že mají původ již ve starém Egyptě. Již v Bibli, v První knize Mojžíšově, je tomuto tématu věnována pozornost. Mimochodem závěr nezní příliš povzbudivě. Známý příběh o vyhánění z ráje, o Adamovi a Evě a o stromu poznání končí krátkým monologem Hospodina, který si jasně nepřaje, aby lidé byli nesmrtelní. Dokonce se toho obává (Ďoubal a kol., 1997).

I mezi antickými filozofy nacházíme řadu zajímavých myšlenek. Aristoteles považoval stárnutí za důsledek ztráty tepla, Hippokrates za důsledek ztráty vlhka. Pravděpodobně nejobsáhleji se v antickém období věnoval stáří Řek působící v Římě Galénos z Pergamu, považovaný ještě po celý středověk za vrcholnou lékařskou autoritu. Ve spise *O udržení zdraví* chápe stáří jako stav mezi zdravím a nemocí navozený výměnou tělních šťáv a úbytkem krve, vlhka a tepla. Stárnutí považoval za ovlivnitelné životospřávou, a zvláště dietou. Zavedl pojem *gerocomic*a (hygiena a životspráva). V metodách léčení popsal i zvláštnosti ošetřování starců.

Platon chválí stáří, protože vede člověka k lepší životní harmonii, k opatrnosti a prohlubuje jeho moudrost. Starý člověk dovede lépe hodnotit kvality života, lépe jej umí prožít, má zdravý úsudek.

Sokrates se naopak obává prodloužení života, neboť má strach, že bude muset zaplatit daň stáří, oslepne, ohluchne, nebude schopen se učit a bude rychle zapomínat.

Cicero upozorňuje na to, že starý člověk musí prohloubit svoji sebekontrolu, aby nezkresleně vnímal změny, které ho ve stáří čekají jak v jeho individualitě, tak v okolní společnosti.

Terentius vyslovuje příkrý, negativní výrok na stáří: *Senectus ipse est morbus* (samo stáří je nemoc) a Seneca tento výrok ještě prohlubuje: *Stáří je nevyhléditelná nemoc*.

Středověk pohlížel na stáří negativně, a proto v té době panoval strach ze stárnutí a stáří. Bádání o stáří a úvahy o něm byly potlačeny na okraj zájmu společnosti.

Po více než 1500 let se objevovala jen sporadicky díla, převážně rekapitulující a modifikující zásady životsprávy a diety (Galenova východiska) k prodloužení života a ke zlepšení zdravotního stavu ve stáří.

V 17. století publikovali své názory na stáří např. Francis Bacon či Jan Amos Komenský. F. Bacon sepsal dílo *Hlavní požadavky pro zdravý a dlouhý život*, v nichž v duchu antické tradice doporučoval střídmost, prevenci předčasného opotřebování organismu. J. A. Komenský formuloval *Školu stáří* jako součást *Vševýchovy* a vydal eticko-filozofický spis *Metuzalem, to jest o daru dlouhověkosti*.

Až osvícenství s rozvojem lékařských věd rozšiřuje další poznatky na poslední věkovou etapu. Díla významných autorů mají medicínský charakter a medicínská dimenze u seniorské populace převládala až do 20. století. Koncem 19. století se formuje geriatric, která se rychle rozvíjí až ve druhé polovině 20. století. V tomto období se také mohutně rozvíjí gerontologie, jejíž počátky jako samostatné vědní disciplíny lze spatřovat na počátku minulého století. Pedagogický, resp. andragogický pohled na seniorskou populaci se do popředí zájmu dostává až v 90. letech 20. století.

Koncepce celoživotního učení a celoživotního vzdělávání rozšiřují obzor gerontopedagogiky, která má charakter spíše didaktizující (např. Pöggeler). Aktuálnějším vymezením gerontopedagogiky je koncepce zaměřená na péči, pomoc a podporu je-

dinců v seniorské populaci v souvislosti se zvyšujícím se počtem seniorů a narůstajícím počtu nemocí mající epidemiologický charakter, dává podklad pro prosazování terapeuticky orientované intervence (např. Hanselmann).

1.2 Teoretická a terminologická východiska

Seniorská populace vykazuje některé charakteristické rysy. Je velmi heterogenní, a to i v rámci jemnějšího chronologického členění a určitého regionu. Je to dáno především:

- obecně platnou jedinečností vloh a osobnostních rysů, které se s věkem neztrácejí,
- různou mírou rozvoje těchto vloh během mládí a středního věku,
- interindividuální variabilitou involučních biologických dějů,
- různou mírou chorobných změn,
- událostmi dlouhého života, zkušenostmi a návyky včetně vzdělání a profesní kariéry, životním způsobem,
- hodnotovým systémem, životním názorem, aspirací, očekávání,
- různým sociálně ekonomickým zázemím včetně majetku, bytových podmínek a bytové situace (osamělost, ovdovění, počet dětí a vztahy s nimi).

Senioři, přestože mají mnohé rysy společné, se tak navzájem velmi liší jak ve své zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých potřebách a nárocích.

Rizika seniorské populace

K projevům a rizikům ohrožení patří např.:

- pauperizace, ekonomické zbídačování znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti,
- věková diskriminace, ageismus,
- segregace, vytěsňování, nedobrovolný život vně společnosti,
- generační intolerance (pracovní příležitosti, vedoucí pozice, bydlení),
- předsudky, např. přeceňování nemocnosti a poklesu funkční zdatnosti ve stáří, apriorní podezírání z přítomnosti diskreditujících postižení (demence),
- podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží i potřeby věkové modifikace zdravotnických i jiných služeb,
- maladaptace na stáří a s ním spojenou změnu sociálních rolí (penzionování),
- osamělost, zvláště v souvislosti s ovdověním (např. ve skandinávských zemích žije osaměle 40 % osob starších 60 let),
- rychlý vývoj společnosti, zastarávání technologických znalostí, ztráta konkurenceschopnosti na trhu práce, zhoršení orientace ve společenském dění i mezigenerační komunikaci (nové aktivity, nová terminologie),

- vyšší nemocnost a při kombinaci a atypickém průběhu chorob ve stáří i vyšší riziko omylu,
- zvýšené riziko ztráty soběstačnosti,
- pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže,
- manipulování, ztráta rozhodovacích možností (zvláště v souvislosti se zdravotnickými a sociálními službami),
- zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců.

Pro seniorskou populaci je typická převaha žen. V evropských zemích je mezi seniory staršími 60 let 12–17 % vdovců, ale 37–51 % vdov. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti.

Ze všech zmíněných důvodů nabývají na významu následující disciplíny:

- gerontologie,
- geriatric,
- gerontopedagogika v užším slova smyslu,
- gerontopedagogika v širším slova smyslu.

Stárnutím a stářím se z dílčích aspektů zabývá řada oborů a vědních disciplín. K účinnějšímu přenášení jejich poznatků do života je však potřebná větší integrace znalostí, jejich zobecňování, formulování obecných zákonitostí života ve stáří v celé jeho komplexnosti. Takový integrovaný komplexní pohled ztěžuje výrazně interdisciplinární, multidimenzionální charakter zkoumané a zpracovávané problematiky. Existenci obecné vědy o stáří brání metodologická roztržitost i širší záběr, která vylučuje jeho zvládnutí jedním člověkem do žádoucí hloubky. I do budoucna půjde o týmovou spolupráci různě zaměřených odborníků. Úkolem obecné vědy o stáří je především vytvářet předpoklady pro týmovou komunikaci, sjednocovat terminologii, definovat pojmy, identifikovat klíčové problémy a zpřístupňovat poznatky a pohledy každého dílčího oboru všem ostatním.

Gerontologie

není samostatná vědní disciplína, nýbrž multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří. Mohutným impulsem pro rozvoj gerontologie jako typicky komplexní, multidisciplinární a multidimenzionální oblasti je kromě demografického vývoje tzv. nové paradigma věd.

Gerontologie se člení do tří hlavních proudů:

- **gerontologie experimentální (biologická)** – zabývá se otázkami, proč a jak živé organizmy stárnou. Dnes především na celulární a subcelulární úrovni,
- **gerontologie sociální** – zabývá se vzájemným vztahem starého člověka a společnosti, tím, co staří lidé od společnosti potřebují, i tím, jak stárnutí populace

ovlivňuje společnost a její rozvoj. Jde o širokou problematiku zahrnující demografii, sociologii, psychologii, ekonomii, politologii, právní vědy, urbanistiku, architekturu, pedagogiku (resp. andragogiku) i další oblasti,

- **gerontologie klinická** (geriatrie v širším slova smyslu) se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří, specifickými aspekty jejich výskytu, klinického obrazu, průběhu, vyšetřování, léčení i sociálních souvislostí.

Geriatric

V širším slova smyslu klinická gerontologie, pojem etymologicky odvozen z řeckých slov gerón (stařec) a iatró (lčím), analogicky pojmu pediatrie.

V užším slova smyslu je v některých státech (např. Česká republika, Slovensko, Španělsko, Velká Británie, Irsko) samostatným specializačním lékařským oborem vycházejícím z vnitřního lékařství a zabývajícím se kromě všeobecně interní problematiky i problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a propojením s primární péčí (praktický lékař, domácí ošetrovatelská péče) i sociálními službami. Jádrem oboru není dlouhodobé ošetrovatelství, nýbrž zachování a obnova soběstačnosti a rozvoj specifického geriatrického režimu.

Gerontopedagogika v užším slova smyslu

je chápána jako pedagogická disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním seniorů. Jedná se o vzdělávání ve stáří a ke stáří. Představa, že výchova a vzdělávání člověka jsou omezeny na období jeho dětství a mládí, je už dávno překonaná. Výchova a v jejím rámci i vzdělávání jsou dnes chápány jako proces celoživotní. Definujeme-li pedagogiku jako obecnou vědu o výchově a vzdělávání, pak pedagogika se zabývá dětmi a mládeží, andragogika dospělými a gerontopedagogika seniory. Pro všechny tři pedagogické subsystémy lze použít zastřešující pojem antropopedagogika. Takto profilované pojetí pedagogiky seniorů je v tomto smyslu překonané. Lze v určitých momentech uvažovat o výchovném působení na staré lidi, o sebevýchově a sebevzdělávání, o celoživotním vzdělávání, o učícím se jedinci, o vzdělávaném jedinci v průběhu celého života, tedy v dimenzích andragogiky, jejíž součástí gerontopedagogika je, nelze však výchovně vzdělávací aktivity (různého druhu) vyčleňovat z kontextu širšího pojetí.

Gerontopedagogika v širším slova smyslu

je prezentována jako teoreticko empirická disciplína zabezpečující komplexní péči, pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb (mezi něž patří i ony vzdělávací potřeby) v nemedicínské dimenzi, ale paralelně s ní. Lze ji však chápat jako multioborovou disciplínu, ve které se prolínají poznatky především ze sociální práce, lékařství, psychologie, sociologie, andragogiky a práva.

Ukončením pracovní činnosti ztrácí jedinec svou profesní roli a tím i svou *funkční identitu*. Má roli, která má charakter ne-role, což ho často demoralizuje a sni-

žuje jeho vlastní hodnotu, to se projevuje v celkovém fyzickém i duševním stavu jedince.

Výzkumy potvrzují, že vzdělávací aktivity v postproduktivním věku přispívají k pocitu důstojnosti a životního uspokojení, k začlenění do společnosti i k fyzickému a duševnímu zdraví. Mohou také zlepšit orientaci v nových životních situacích a schopnost samostatně se rozhodovat.

Současný životní styl a komplexní péče o seniory (zdravotní, sociální, pedagogická) způsobují prodlužování lidského věku a tím i fáze tzv. čtvrtého věku – věku závislosti, kde specializovaná intervence mající charakter péče, pomoci a podpory bude nezbytně nutná.

1.3 Metodologická východiska

Ústředním problémem vědy je pochopení světa, včetně nás samotných a našeho poznávání jako součásti světa. Převládá názor, podle kterého nejvýznamnějším způsobem poznávání je poznávání vědecké. Tyto otázky jsou předmětem především epistemologie.

Co je však věda a co je vědecké? Vycházíme z přesvědčení, že vědecké poznání a vědecké objevy nejsou možné bez myšlenek spekulativní povahy, občas i bez počátečních mlhavých představ, které se samotnou vědou mají pramálo společného. Navzdory tomu věda bez nich pravděpodobně nemůže vzniknout, existovat a rozvíjet se. Pro rozvoj vědy a vědeckého poznání jsou však nevyhnutná specifická pravidla, metody a teorie těchto metod – metodologie.

Empirici se domnívají, že věda má svoje místo pouze tam, kde se může oprít o fakta našeho smyslového poznání. Wittgenstein byl přesvědčený o tom, že svět je celkem faktů, a ne věcí. Pozitivisty jsou ochotni připustit jako vědecké pouze ty pojmy, které jsou odvozené ze skutečnosti a jsou zredukovatelné na prvky smyslové zkušenosti. Neopozitivisty však připouštějí, že věda není systémem pojmů, ale spíše systémem tvrzení. Proto připouštějí jako legitimně vědecká pouze ta tvrzení, která jsou redukovatelná pouze na elementární, tzv. atomická zkušenostní tvrzení, na percepční soudy anebo na tzv. protokolární vědy. Všechna ostatní tvrzení jsou *smysluprázdná* a *nesmyslná*. Takové jsou i tzv. ne-empirické vědy, které jsou sofistickou a sebeklamem (Ondrejko, 1998).

Otázkou zůstává, zda nás množství experimentů nebo pozorování opravňuje k tvrzení o pravdivosti hypotézy nebo o její univerzální platnosti. Tezi o tom, že pravdivost něčeho je známa ze zkušenosti, tzn. že princip indukce rozhoduje o pravdivosti vědeckých teorií, zpochybnil K. Popper (1997), když konstatoval, že i samotný princip indukce by měl být univerzálním tvrzením. Z tohoto problému se pokoušejí uniknout neopozitivisté novým přístupem, podle kterého už nejde o pravdivost anebo nepravdivost tvrzení, ale o pravděpodobnost, resp. stupeň jejich pravděpodobnosti. Narozdíl od empiriků a pozitivistů je Popper zastáncem deduk-

tivní metody jako metody vědeckého poznání, přičemž současně odmítá induktivní logiku. Podle Poppera se věda může pouze přibližovat k pravdě, ale bezpečné a jisté vědění nám není dopřáno. Popper nabádá k intelektuální skromnosti, za vědecký přijímá nějaký systém pouze tehdy, pokud může být testovaný zkušeností, přičemž kritériem dělící čáry mezi vědou a ne-vědou (demarkací) není verifikovatelnost, ale falzifikovatelnost. Empirický vědecký systém musí dovolovat svoje vlastní vyvrácení zkušeností. Empirická vědecká tvrzení nemohou být rozhodnuta s konečnou platností.

Ve společenských vědách, možná z obavy, že budou označené za ne-vědecké, se setkáváme od dob Augusta Comta s velmi silným příklonem k pozitivizmu. Pozitivizmus, který má doposud velmi široké zázemí, se opírá především o vědění založeném na faktech, přesnosti, užitečnosti, reálnosti a na úsilí o co největší objektivitu. Sociální jevy jsou často vnímány jako sociální fakta, která existují mimo individuální vědomí a disponují takovou silou, že dokáží vykonávat na jednotlivce dokonce nátlak. Proto je nevyhnutelné zaměřit se na metodologické otázky získávání (poznávání) sociálních faktů (E. Durkheim). S pozitivizmem souvisí i empirizmus s důrazem na empirický výzkum, na fakty a smyslové údaje a na snaze o převzetí poznatků přírodních věd. Pozitivizmus a empirizmus kladou důraz především na kvantitativní výzkum ve společenských vědách.

Vývoj v oblasti metodologie věd v oblasti společenských a humanitních věd dospěl ke konstatování, podle kterého se čistě kvantitativní myšlení stalo neúnosným. Máme na mysli postupy, které si kladou za cíl přiblížit se k lidem, jevům a věcem tím, že se pokouší je testovat, experimentovat s nimi, prověřovat jejich statistickou reprezentativnost a signifikantnost bez toho, aby se snažily jim nejdříve porozumět a uvědomit si jejich existenci jako kvalitu. I když kvantita ve společenských vědách od samého počátku neznamena jen tvrzení o měřitelnosti (věcí, jevů, procesů apod.), přece se zřetelně ukázala zásadní hranice, tzv. demarkační čára kvantifikujícího přístupu. Povaha každého společenského jevu, procesu, vztahu, útvaru apod., která je zvláštní, vždy jiná a neopakovatelná, znamená víc, než o ní lze vypovědět prostřednictvím takového poznání, které se orientuje na její pochopení jen jako matematicky zjištělné veličiny. Kvality jednotlivých společenských jevů, procesů, útvarů, vztahů apod. není totiž možné zredukovat jen na jejich jedinou – měřitelnost. Filozofickým základem umožňujícím řešení těchto problémů je orientace společenskovědních výzkumů na metody, které mají svůj původ v symbolickém interakcionismu (Alijevová, 1985) jako interpretativním paradigmatu (Wilson, 1982), jakož i ve fenomenologii, a zvláště v hermeneutice (Ondrejko, 1998).

Nebylo by správné, kdybychom hermeneutiku a její rozvoj považovali za následovnici pozitivizmu a empirismu ve společenských vědách. Její vývoj z doby Spinozy přes Herdera až k Schleiermacherově hermeneutice jako *Kunstlehre des Verstehens* (učení umění porozumění) (Schleiermacher, 1959), přes Wilhelma Diltheya až k hermeneutice 20. století (Heidegger, Gadamer, Habermas aj.) tvoří kontinuální linii vývoje. Heideggerovo konstatování, že pravdy je možné dosáhnout jen cestou

chápaní, otevřelo prostor pro nové poznatky a nové projekty poznávání. Gadamerovy požadavky, aby výzkumník (chápaní) vnášel do procesu chápaní svoje vlastní předpoklady postavilo do ostrého protikladu požadavky pozitivistů. Už u Gadamera (1975) dochází k univerzalizaci hermeneutického přístupu, k dokazování toho, že chápaní je základní, nevyhnutelná syntetická činnost.

Při metodologickém vymezení prezentované problematiky se lze opírat o teorii tzv. kvalitativního myšlení (Mayring, 1989). Tuto změnu orientace do oblasti kvalitativních výzkumů vnímáme jako reakci na převažující empiricko-quantitativní směr ve společenskovědním výzkumu. Tento zvrát nepřišel náhle a neočekávaně. Jeho kořeny sahají do doby Maxe Webera. Pozoruhodný přínos k rozvoji kvalitativních metod zaznamenáváme od doby Garfinkela (1967), Cicourela (1970) a Zimmermanna (1978), zakladatelů etnometodologie. Kuchler (1983) vyjadřuje názor, podle kterého je ve výzkumu ve společenských vědách kvalitativní postup *královskou cestou*. Základní postuláty, kterých bylo použito při tvorbě monografie, tvoří obecně východiska kvalitativních metod jako alternativy metodologického paradigmatu. Jsou jimi:

- postulat orientace na subjekt (předmětem výzkumu jsou vždy lidé (subjekty), člověk a lidé – výzkumnými metodami zasáhnuté subjekty – musí být východiskem i cílem výzkumu),
- postulat pečlivé deskripce (na počátku každé analýzy musí být přesná a obsáhlá deskripce – popis oblasti, která je předmětem zájmu),
- postulat interpretace a předporozumění, interakce výzkumu a jeho předmětu, považování výzkumu za proces permanentní komunikace. (Předmět výzkumu v humanitních vědách není nikdy zcela vyčerpávající, uzavírá se prostřednictvím interpretace. Introspekce a zkušenosti s předmětem výzkumu jsou legitimním prostředkem poznání.),
- postulat, kterým se legitimizuje skutečnost, že předmět výzkumu humanitních věd je třeba zkoumat vždy v jeho přirozeném každodenním prostředí,
- postulat postupného zevšeobecnování prostřednictvím indukce a formulování pravidla (možnosti zevšeobecnění výsledků výzkumu v humanitních vědách nevznikají automaticky, v důsledku použití jiných postupů (metod). Jakékoliv zevšeobecnování musí být v každém jednotlivém případě zdůvodněné prostřednictvím jednotlivých postupových kroků.).

1.4 Shrnutí

Mezi epistemologická východiska lze zařadit filozofická a historiografická východiska, východiska teoretická a terminologická a východiska metodologická.

Filozofie i historie se v průběhu vývoje lidstva o stáří intenzivně zajímaly. V dílech slavných filozofů nacházíme myšlenky, které se věnují otázkám stárnutí, pří-

činám stárnutí, okolnostem stárnutí a v neposlední řadě také problematice umírání a smrti jako konečné fáze ontogenetického vývoje člověka.

Z pohledu teorie a terminologie gerontopedagogiky lze konstatovat, že se jedná o novou, teprve se vyvíjející disciplínu a terminologická vyjasnění jsou ve vývoji, postupně se ustalují a zavádí se do teorie i praxe oboru. Problematika seniorů je problematikou multidisciplinární. Vedle pedagogických koncepcí se již mnohem dříve ujaly koncepce medicínské. Lékařství se problematikou stárnutí zabývá od antiky po dnešek s různou intenzitou. V posledních letech se problematika seniorů jeví nejen jako problém medicínský a andragogický, ale také jako problém sociální, ekonomický, právní a v neposlední řadě jako problém sociálně pedagogický a speciálně pedagogický.

V rámci metodologie věd je ve společenských vědách patrný posun od koncepcí dominantně kvantitativních ke koncepcím kvalitativním, gerontopedagogiku v tomto trendu nevyjímaje. Zájem výzkumníků se již neorientuje na kvantitativní ukazatele, ale zajímá je spíše kvalita sociálního jevu, v tomto případě kvalita spojená s cílovou skupinou seniorů.

2 Stáří jako společenský fenomén

Stáří je multidimenzionální fenomén. Přírodovědné a antropocentrické paradigma 19. a 20. století se s tímto fenoménem nevyrovnalo.

Dramatický demografický vývoj, vrcholící v hospodářsky vyspělých státech na přelomu 20. a 21. století relativním i absolutním stárnutím populací, učinil ze stáří dlouhou realitu, která významně ovlivňuje kvalitu a vyznění života každého jedince i rozvoj společnosti. Stáří se svou problematikou překročilo rámeček osobní a rodinné události a stalo se závažnou společenskou výzvou.

Takzvané nové paradigma věd, prosazující se v kontextu civilizační krize na konci 20. století, vytvářelo lepší předpoklady pro pochopení stáří, role a potřeb starých lidí. Je to dáno cílevědomým důrazem na komplexnost, celistvost, vzájemnou propojenost, interdisciplinárnost, individualizaci, etiku i na hledání smyslu života.

Tyto skutečnosti vyžadují zformulování nových přístupů, nových struktur i nového vzdělávání pro oblast stáří, jejichž nedílnou součástí je důsledné týmové pojetí. To vyžaduje alespoň základní multidisciplinární orientaci jako východisko k efektivní týmové komunikaci a k vytváření ucelených komplexních programů, které musí respektovat jak celostní pojetí jedince (intraindividuální komplexnost), tak heterogenitu populace (interindividuální variabilita).

Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno, a ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí. Zdravotní a funkční stav seniorů se historicky, generačně zlepšuje a je účelné a smysluplné aktivně usilovat nejen o zabezpečení nemocných a závislých starých osob, ale především o další zlepšování zdravotního a funkčního stavu ve stáří a o prevenci závislosti.

V duchu výzev světových organizací a jejich programů je reálné usilovat o to, aby byl přidáván život létům, nikoliv léta životu. Prodloužení aktivního období života vyžaduje další nabídku smysluplných aktivit.

Společenský přístup ke stáří má dva aspekty:

- prvním jsou potřeby a zájmy stále zvyšujícího se počtu seniorů, otázky smysluplnosti, kvality a zabezpečení jejich života,
- druhým jsou sociálně ekonomické důsledky stárnutí populace včetně ovlivnění hospodářského rozvoje a sociálního smíru.

Společenská opatření vůči seniorské populaci by měla být komplexní, koordinovaná, individualizovaně cílená, vycházející z potřeb a přání seniorů, resp. dílčích cílových skupin a zpět na tyto konkrétní subjekty účelně orientovaná za jejich aktivní spoluúčasti a cílevědomé ochrany jejich práv. Zdravotně sociální problematika je pouze částí těchto komplexních opatření.

K mezinárodním prioritám patří především:

- důsledná integrace seniorů do společnosti, prevence segregace,
- mezigenerační tolerance s vyloučením ageismu, věkové diskriminace (ageismus od anglického age = věk),
- důraz na kvalitu života ve stáří,
- maximální účelnost všech forem péče, služeb a čerpání nákladů, včetně restrukturalizace a geriatrické modifikace služeb historicky vzniklých v mladé společnosti,
- pomoc rozvojovým zemím ve zvládnutí očekávaného rychlého přibývání seniorů, kteří dosud tvoří jen kolem 3 % místní populace (Kalvach a kol., 1997, s. 10).

Mezinárodní akční plán k problematice stárnutí, přijatý v roce 1982 Světovým shromážděním OSN o stárnutí, např. konstatuje a požaduje:

- K dosažení plynulého rozvoje je zapotřebí zachovávat odpovídající rovnováhu mezi sociálními, ekonomickými, ekologickými faktory a změnami v růstu rozložení a struktuře obyvatel. Aby byl zajištěn optimální rozvoj jednotlivých zemí, musí si vlády uvědomovat demografické tendence a změny ve struktuře svého obyvatelstva a přihlížet k nim.
- Delší život umožňuje člověku provést retrospektivní analýzu svého života, napravit některé své chyby, více se přiblížit pravdě a dosáhnout jiného porozumění smyslu a hodnotě svých činů. To je snad nejvýznamnější přínos seniorů lidskému společenství. Zvláště v současnosti, následkem změn nemajících obdoby a dotýkajících se všech fází lidského života, by nám staří lidé mohli přehodnocením svého života pomoci dosáhnout naléhavě potřebné reorientace dějinného vývoje.
- Spirituální, kulturní a sociálně ekonomický přínos stárnutí je pro společnost cenný a jako takový by měl být rozpoznán a dále chráněn. Náklady do problematiky stárnutí by měly být pokládány za trvalou investici. Důležitou podmínkou sociálně ekonomického rozvoje je věkově integrovaná společnost, ve které je eliminována věková diskriminace i nedobrovolná segregace a naopak je posilována solidarita a vzájemná podpora mezi generacemi. Stárnutí je celoživotní proces a jako takové by mělo být chápáno. Příprava celé populace na pozdější stádia života by měla být nedílnou součástí sociální politiky a měla by zahrnovat faktory tělesné, duševní, kulturní, náboženské, spirituální, ekonomické či zdravotní. Seniori by měli být aktivními účastníky tvorby a realizace politických opatření, včetně těch, která se jich zvláště dotýkají.
- Rodina, v různosti svých forem a struktur, je základní jednotkou společnosti, spojnicí generací, a měla by být zachována, posilována a chráněna v souladu s tradicemi a zvyky každé země.
- Vlády a především místní orgány, nevládní organizace, dobrovolníci a dobrovolnické organizace včetně seniorských sdružení mohou mimořádně přispět

k úspěšnosti podpory a péče, kterých se dostává starým lidem v rodinách a komunitě. Vlády by měly podporovat a povzbuzovat dobrovolné aktivity tohoto druhu.

- Vlády, nevládní organizace a všichni, kdo jsou v této problematice angažováni, mají zvláštní zodpovědnost za mimořádně zranitelné seniory, především za chudé, mezi nimiž jsou často ženy a obyvatelé venkovských oblastí.
- Člověk jako biologický druh je charakterizován dlouhým dětstvím a dlouhým stářím. To po celé dějiny umožňovalo starším lidem vzdělávat mládež a předávat jí své hodnoty. Tato role zajistila lidstvu přežívání a pokrok. Přítomnost starých lidí v rodinách, v sousedském okolí a ve všech formách společenského života je stále nenahraditelnou výukou humanity. Nejen svým životem, ale dokonce i svou smrtí nás staří lidé učí. Zármutkem přicházejí ti, kdo žijí dále, k poznání, že mrtví se dále podílejí na lidském společenství – výsledky své práce, svými díly a zvyklostmi, které za sebou zanechali, vzpomínkami na jejich slova a činy. To nás může povzbuzovat k tomu, abychom hleděli na svou vlastní smrt s větší vyrovnaností a postupně si plně uvědomili odpovědnost k příštím generacím.
- Otázky humanitního charakteru se vztahují ke konkrétním potřebám stárnoucího obyvatelstva. I když existuje množství problémů a potřeb, které jsou společné jak starším osobám, tak všem ostatním obyvatelům, v některých z nich se odráží zvláštní charakter a potřeby starších osob. To zvláště zahrnuje zdravotnictví a výživu, podmínky bydlení a životní prostředí, rodinu, sociální péči, zajištěný příjem a zaměstnanost a rovněž vzdělávání.
- Otázky rozvoje se týkají sociálně ekonomických důsledků stárnutí obyvatelstva, tedy zvyšování podílu seniorů na celkovém počtu obyvatel. Sem patří zejména vliv stárnutí populace na výrobu, spotřebu, akumulaci, investice, stejně jako na celkové sociálně ekonomické podmínky, zvláště pokud závislost na péči u seniorů s věkem narůstá.

2.1 Vymezení pojmu stáří

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

Stárnutí je celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decenia, a to v závislosti na náročnosti prostředí.

Biologické stáří

Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza). Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařily a stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se nevyužívá. Stále tak chybí objektivizace zjevné skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatnosti.

Příčiny stárnutí a stáří nejsou stále uspokojivě vysvětleny. Bylo vysloveno množství hypotéz více či méně originálních, které se vzájemně prolínají a jejichž popularita osciluje. Velmi zjednodušeně můžeme rozlišovat především tyto okruhy:

1. Epidemiologický přístup

- stárnutí a umírání jsou děje především nahodilé – vykazují výraznou variabilitu a jsou podmíněny především vnějšími a chorobnými vlivy (interakce s prostředím, choroby, úrazy),
- přirozená *smrt stárím* zřejmě neexistuje, pouze *smrt jako nehoda*,
- v optimálních podmínkách může být život velmi dlouhý.

2. Gerontologický přístup

- stárnutí a umírání jsou procesy svou povahou zákonité,
- vykazují druhovou specifičnost a blízkost u dvojčat,
- jsou kódovány genetickou informací,
- přirozená *smrt stárím* existuje,
- ani v optimálních podmínkách se život neprodlouží nad jistou hranici, k níž se již blížíme, nedojde-li k ovlivnění genetické informace (Kalvach, 1997, s. 19).

Sociální stáří

Sociální stáří je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – nejčastěji penzionování, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. **Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění.** Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost.

V souvislosti se sociálním stářím lze hovořit o sociální periodizaci života, která zjednodušeně člení lidský život do 3, event. 4 velkých období, tzv. věků. Toto pojetí, které se objevilo i v některých vžitých označeních (např. *Univerzita třetího věku*), má však svá závažná úskalí.

- **První věk** je označován jako předproduktivní – období dětství a mládí, charakterizované růstem, vývojem, vzděláváním, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí.

- **Druhý věk** je produktivní – období dospělosti, životní produktivity biologické (založení rodiny), sociální a především pracovní.
- **Třetí věk** je postproduktivní, což implikuje představu stáří nejen jako období poklesu zdatnosti a odpočinku, ale především jako představu fáze za zenitem a bez produktivní přínosnosti. To je však nebezpečné východisko k podceňování, diskriminování, minimalizaci potřeb, pauperizaci. Takové pojetí třetího věku příliš akcentuje pracovní, kolektivně výrobní roli jedince a potlačuje hledisko osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu trvajících až do smrti v nejvyšším stáří.
- **Čtvrtý věk** bývá někdy používán k označení fáze závislosti. Toto označení je nevhodné, vzniká totiž dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí. To odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné.

Kalendářní (chronologické) stáří

Je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Uplatňuje se rovněž demografické hledisko – čím více seniorů ve společnosti (čím starší populace), tím vyšší hranice stáří. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace.

V 60. letech minulého století se komise expertů Světové zdravotnické organizace ve svém doporučení přidržela patnáctileté periodizace lidského života a jako hranici stáří označila věk 60 let. Ten byl rovněž akceptován OSN v roce 1980.

V hospodářsky vyspělých státech se v souvislosti se stárnutím populace, prodlužováním života ve stáří, poklesem kardiovaskulární morbidity ve středním věku a zlepšováním funkční zdatnosti seniorů posouvá hranice stáří k věku 65 let.

Tak jak se jeví problematické vymezení počátku stáří, je obdobně problematická i periodizace kalendářního stáří. Vždy jde jen o rámcové, schematické naznačení věkových gradientů, jemuž se konkrétní jedinci mohou významně vymykat. Ve své jednoduché podobě, která ovšem jako jediná může být prakticky využitelná, periodizace rovněž nepřihlíží k jinak významným ontogenetickým rozdílům mezi muži a ženami. Význam periodizace tkví v orientačním odhadu potřeb, rizik a nároků vůči společnosti u osob určitého věku.

Patnáctileté členění dospělosti, odpovídající doporučení komise expertů Světové zdravotnické organizace, uvádí v české literatuře Příhoda (1974, s. 62) – uvedena jsou i alternativní označení jednotlivých období:

15–29	postpubescence a mecitma
30–44	adultium
45–59	interevium, střední věk

60–74	senescence, počínající, časná stáří
75–89	kmetství, senium, vlastní stáří
90 a více	patriarchium, dlouhověkost

V poslední době se stále častěji uplatňuje následující členění:

65–74	mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace),
75–84	staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob),
85 a více	velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení).

Je zjevné, že opakovaně se objevuje jako uzlový ontogenetický bod, kritická perioda, věk kolem 75 let.

Dlouhověkost

Dlouhověkost je označení pokročilého věku, obvykle nad 90 let (někdy nad 85 let). Dlouhověcí tvoří jen nepatrný zlomek populace, ale jejich počet stoupá (zvyšování životní úrovně, snižování nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost, medicínský pokrok).

Jako index dlouhověkosti je označován poměr dlouhověkých ke všem osobám ve věku 60 a více let v dané populaci (90+ / 60+).

V souvislosti s dlouhověkostí lze uvažovat i o maximální délce života. Ta je druhově specifická a geneticky, polygenním způsobem determinovaná (ať přímým naprogramováním, nebo odolností tělesných struktur, spolehlivostí funkcí, dokonalostí obranných a reparačních mechanismů). Změkčování životních podmínek a medicínský pokrok poněkud zvyšují naději na dosažení extrémního věku i jeho délku, ale trvale jde o zcela ojedinělé (a vždy poněkud sporné) případy. V současné době se předpokládá maximální (a dosud hodnověrně nedosažená) délka lidského života asi 125 let.

Opakovaně se vynořují úvahy o možnosti dosáhnout různými mechanismy, v současnosti např. genetickým inženýrstvím, hypotetického věku 150–200 let. Dožívání 150 let předpokládal již počátkem minulého století jeden ze zakladatelů gerontologie, držitel Nobelovy ceny I. I. Mečnikov, podobné názory se objevují i u některých autorů v 70. letech 20. století. Dostupné (publikované) výsledky výzkumů však tyto prognózy pro blízkou budoucnost nepotvrzují.

2.2 Charakteristika procesu stárnutí

Stárnutí (také gerontogeneze) je zákonitý, druhově specifický celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřejmější ve 4. deceniu, event. na přelomu 4. a 5. decenia.

Je to proces individuální, který probíhá se značnou interindividuální variabilitou (každý člověk stárne do určité míry svým tempem) danou nejen různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním stylem.

Současně jde o proces asynchronní (heterochronní), postihující nerovnoměrně různé struktury a funkce organismu, opět zčásti v souvislosti s jejich zatěžováním a stimulováním (aktivitou) či poškozováním (chorobnými procesy).

Průběh stárnutí může být modulován také pozdními důsledky zásahů (vlivů) v tzv. kritických vývojových periodách, vyznačujících se mimořádnou vnímavostí a ovlivnitelností organismu.

Při sledování přirozeného vymírání věkových kohort (vrstevnických skupin) byly určité matematické zákonitosti potvrzeny už v 19. století. Ty byly v roce 1825 formulovány Benjaminem Gompertzem: od časně dospělosti je riziko smrti přímo úměrné věku, a to bez ohledu na příčinu (odstranění jedné umožní uplatnění ostatních). Proto např. naprostá vyléčitelnost zhoubných nádorů by zdaleka nevedla k dožívání *metuzalemského věku*. Podle prognostiků by prodloužila střední délku života (pozn. autorů: synonymum: pravděpodobná doba dožití, tento ukazatel vyjadřuje věk, kterého by se dožilo živě narozené dítě, kdyby byly úmrtnostní poměry stejné jako v době konstrukce úmrtnostní tabulky. Střední délka života nesouvisí s průměrným věkem žijící populace.) zřejmě jen přibližně o pět let. Od 30 let věku se pravděpodobnost úmrtí zhruba zdvojnásobuje každých 8 let.

Biologická involuce

Zákonitá biologická involuce vychází z individuálních genetických dispozic, t. č. není spolehlivě ovlivnitelná s výjimkou experimentální celoživotní restriktce příjmu potravy.

Léky, které mají příznivě ovlivňovat stav organismu ve stáří, se označují jako *geriatrika*. Používaná jsou však pouze tzv. geriatrika nepravá, která pozitivně ovlivňují organismus, aniž by postihovala vlastní involuční procesy a mechanismy. Působí především substitučně – dodávají látky, které u daného člověka či obecně často u seniorů chybějí (vitamíny, minerály, stopové prvky, hormony). Časté jsou multivitaminové preparáty s minerály, specifickou záležitostí je substituce estrogenu v klimakteriu. Druhý efekt nepravých geriatrik je symptomatický – ovlivňují např. průtokové vlastnosti krve, prokrvení, činnost vegetativního nervového systému a trofiku tkání. Do této skupiny patří např. procain se svými me-

tabolity, fytofarmaka (rostlinné výtažky) především ze ženšenu a jinanu dvojlaločného, ev. včelí produkty. Někdy se mezi nepravá geriatrika řadí i látky ovlivňující mozkovou činnost stimulačně (psychostimulancia) či zefektivnění metabolismu (nootropika). Časté je směřování geriatrik s preparáty ovlivňujícími sexuální potenci. Žádné pravé geriatrikum, ovlivňují přímo biologický mechanismus stárnutí, není známo.

Tělesná involuce

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

V různých orgánech ubývá funkčních tkání, zčásti je nahrazuje vazivo – pouhá výplň, oči bývají přecitlivělé k silnému světlu, přibývá očních chorob vedoucích ke zhoršení zraku i k úplné slepotě. Sluch se zhoršuje plynule po celé období stáří, po sedmdesátém roku věku klesá citlivost pro vysoké tóny, častá je nedoslýchavost. Se stoupajícím věkem stoupá počet gerontů, kteří jsou ve svých denních činnostech omezeni srdečními chorobami, chronickým zánětem kloubů, vysokým krevním tlakem, nemocemi páteře a nohou. Po sedmdesátce je častá tzv. polymorbidita, tj. současný výskyt více než jedné chronické nemoci. Častou příčinou nemoci a smrti je ve stáří úraz. Zlomeniny se těžko hojí. U člověka po osmdesátce se už nezhojí. Tělo je méně odolné k infekcím a ke zhoubnému bujení.

Lze konstatovat, že **stárnutí je kontinuální proces**, součást celoživotního vývoje organismu. Jeho průběh je pro každý živočišný druh specificky určen rámcovou genetickou informací, která se však uplatňuje s výraznou interindividuální i intraindividuální variabilitou. **Stárnutí je proto individuální a asynchronní** – i jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně.

Stupeň změn ve stáří je dán nejen vlastní involucí, ale také výchozí hodnotou daného parametru, životním způsobem a chorobnými změnami.

Stárnutí lze hodnotit i univerzální metodou spolehlivosti, postihující výskyt chyb a omylů (včetně úmrtí) jako funkci stárnutí a opotřebování.

Některé významnější somatické změny a jejich důsledky:

Složení organismu:

- atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku,
- úbytek tzv. lean body mass (netučné tělesné hmoty),
- zvýšení obsahu tělesného tuku (až o 25 %) s posunem výškováhových indexů,
- ztížená mobilizace tuku (rezistence k lipolytickým podnětům),

- zmenšení objemu celkové tělesné vody (souvisí s přírůstkem tuku) s větší závažností nedostatečného příjmu tekutin,
- ukládání vápníku v tkáních, jeho průnik do membrán a buněk.

Řízení organismu:

- oslabení a zpomalení regulačních mechanismů,
- úbytek funkčních rezerv,
- zhoršení adaptačních schopností a odolnosti vůči zátěži,
- oploštění variability periodických dějů.

Pohybový aparát:

- pokles svalové síly, úbytek kostní density,
- stárnutí chrupavky odlišné od osteoartrotických změn,
- zhoršení hlubokého cití a pohybové koordinace (poruchy stereotypu chůze).

Nervový systém:

- zpomalení nervového vedení a prodloužení reakční doby,
- poruchy spánku,
- atrofie mozku s lehkým zhoršením vstřípivosti i výbavnosti.

Metabolismus:

- ztížení vstupu glukózy do buněk s 30% výskytem porušené glukózové tolerance (ovlivnitelné pohybovou aktivitou),
- snížení maximální spotřeby kyslíku bez ohledu na výkonnost kardiovaskulárního systému, snížení bazálního metabolismu (až o 20%) a zhoršení vytrvalosti.

Endokrinní systém:

- rezistence tkání na hormonální stimulaci,
- snížení produkce růstového hormonu,
- snížení thyroxinové clearance a tím snížení potřeby substitučních látek.

Oběhový systém:

- snížení průtoku krve všemi orgány,
- zvětšování světlosti tepen s jejich elongací a vinutým průběhem,
- snížení elasticity tepen s poruchou pružníku (zvětšování systolicko-diastolické amplitudy) a zatížením levé komory srdeční,
- snížení poddajnosti levé komory srdeční se sklonem k diastolickému typu srdečního selhávání bez hrubší poruchy systolické funkce (zvláště při dalším zhoršení jejího plnění v důsledku fibrilace síní),
- menší urychlování tepové frekvence,
- zánik buněk převodního systému s poruchami tvorby vzruchů a oplošťování variability tepové frekvence,
- hemodynamicky nevýznamné degenerativní změny chlopní.

Respirační systém:

- zvýšení dechové práce,
- zvětšení mrtvého prostoru a pokles vitální kapacity plic,
- snížení citlivosti dechového centra ke změnám krevních plynů a snížení aktivity řasinkového epitelu.

Vylučovací systém:

- úbytek renálních glomerulů s poklesem glomerulární filtrace i očišťovací schopnosti ledvin asi o 50 % v 80 letech,
- pokles maximální koncentrační schopnosti ledvin (v 70 letech asi o 25 %),
- poruchy funkce močového měchýře.

Trávicí systém:

- opotřebování a ztráta chrupu (ve vyspělých státech je normou zachování většiny zubů do 65 let),
- poruchy motility trávicí trubice,
- snížení acidity žaludeční.

Imunitní systém:

- horší efekt imunizace ve stáří,
- zvýšená tvorba autoprotilátek.

Ostatní:

- atrofie kůže s poklesem pružnosti a úbytkem potních žláz s poruchou termoregulace (pocení),
- snížená vitalita tkání a zpomalené hojení,
- zhoršení smyslového vnímání (presbyopie, zhoršení adaptace na šero i osvit, presbyakusis, zhoršení sluchové ostrosti pro vysoké tóny, oslabení chuti i čichu, zhoršení propriocepce, snížení tepelné rozlišovací schopnosti).

Duševní involuce

Podobně jako u tělesného stárnutí i v duševním vývoji těžko odlišujeme přirozené involuční změny dané věkem od změn, jež jsou součástí nebo následkem duševní poruchy. V duševním stárnutí se prolínají vlivy biologického věku mozku i celého těla s vlivem zkrácené životní perspektivy, změněného vzhledu a dalších společenských faktorů, které s sebou věk nese, a které determinují duševní involuci.

Duševní činnost starých lidí je zpomalena, geront je ke své činnosti méně motivován a je na ní méně zainteresován, je zvýšeně opatrný. Přesnost je pro něj důležitější než rychlost. Dokazují to klasické situace, např. přecházení vozovky, přepočítání peněz při nákupu, záznam telefonického vzkazu apod. Zajímavé vysvětlení tohoto jevu podala Neugartenová (1968, s. 112). Hovoří o kohortovém efektu – jestliže jsou

dnešní geronti v mnoha věcech pomalejší než dnešní lidé středního věku, může být příčina v tom, že byli jinak vychováni a vůbec se jinak psychicky vyvíjeli, přijali jinou představu o stáří než dnešní lidé středního věku.

Obecně uznávaným rysem stáří je špatné snášení změny. Čím je člověk starší, tím větším traumatem je pro něj stěhování či jiná větší životní změna.

V některých složkách inteligence se výkon ve stáří značně zhoršuje. Americký psycholog Riegel (1972, s. 306) provedl tento zajímavý výzkum. Změřil inteligenci většího počtu gerontů – a pak čekal, kdy kteří z nich zemřou. Zjistil, že ti, které v době testování čekala během pěti let smrt, měli horší výkony než ti, které čekal delší život.

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

2.3 Farmakoterapie ve stáří

Pro starší jedince dosud nebyly vyvinuty žádné speciálně farmakodynamické účinné látky. Četnost onemocnění se výrazně zvyšuje s přibývajícím věkem, proto jsou léčiva v tomto životním období používána častěji než v jiných věkových skupinách. Pro starší nemocné je typická polymorbidita a nutnost současného užívání více léků. Z praktického hlediska je proto důležitá otázka, zda pro ně platí zvláštní pravidla pro předepisování léčiv. Involuční a degenerační procesy mohou modifikovat osud léčiv na různých místech v organismu ve srovnání s reakcemi probíhajícími u mladých lidí. Může být ovlivněna každá funkce podílející se na interakci léčiva s organismem, takže žádoucí působení může být změněno kvantitativně, a často i kvalitativně. Tyto těžkosti lze všeobecně očekávat při medikamentózní léčbě starších osob. Náléhavým požadavkem farmakoterapie ve stáří je používání pouze takových látek, jejichž účinky jsou předepisujícímu lékaři dobře známy.

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

- absorpce – snížená absorpční schopnost žaludku a střev,
- distribuce – s přibývajícím věkem se mění absolutní a relativní podíl plazmatických bílkovin, tyto změny ovlivňují distribuci léčiv,
- účinek na receptoru – ve stáří je nutno počítat u různých pacientů s velmi rozdílným účinkem i při stejném dávkování, často lze pozorovat zcela odlišné reakce na hypnotika a psychofarmaka,

- metabolismus a vylučování – výzkumy stále četněji dokazují, že se ve stáří snižuje biotransformační aktivita jaterních enzymů, významnou roli hrají i faktory kouření a snížená renální funkce, eliminace léčiv je značně závislá na věku, se zvyšujícím se věkem se zvláště snižuje funkční schopnost eliminace toxických látek. Od čtvrtého desetiletí se snižuje hmotnost ledvin. V osmdesáti letech přesahuje počet glomerulů pouze mírně polovinu výchozí hodnoty. S přibývajícím věkem se snižuje glomerulární filtrace a v devadesáti letech klesá na 50 % hodnoty dosahované ve dvaceti letech.

2.4 Teorie stárnutí

Stárnutí je obecně biologickým jevem. Nelze nalézt příklad živého organismu či struktury, které by nepodléhaly procesu stárnutí. Když si člověk uvědomil, že lidský život je konečný, začaly se objevovat snahy tuto skutečnost nějak zvrátit – získat nesmrtelnost, nebo alespoň dobu svého bytí nějak prodloužit. Nesmrtelnost byla kýženým nesplnitelným cílem, a proto byla připisována bohům, stala se vlastností pohádkových bytostí.

V celém snažení lze nalézt dva základní trendy:

- snahu o prodloužení života,
- snahu o prodloužení věku, kdy je člověk aktivní, a o zmírnění příznaků stáří.

Stáří je z populačního hlediska specificky lidská záležitost, jelikož málo zvířat žijících v přirozeném prostředí se dožije věku, kdy začínají vážně trpět problémy způsobenými stářím. U řady biologických druhů nacházíme příklady rychlého *vypnutí* organismu a smrti po splnění poslání, které jim určil vývoj druhu. Spektakulární ilustrací tohoto jevu je např. osud lososů po vytření. Jsou spuštěny geny navozující srůst čelistí, takže jedinci na vrcholu svých sil nemohou přijímat potravu a umírají.

Stárnutí se uskutečňuje v postreprodukčním věku, a tudíž mimo oblast působení mechanismů přirozeného výběru. Tedy zejména delší střední délka života u žen než u mužů není důsledkem evoluční výhodnosti.

Mechanismy zodpovědné za rozvoj stárnutí nejsou známy. Existuje jen řada hypotéz a teorií:

- **Teorie rychlosti života** – tato teorie, kterou vyslovil roku 1928 R. Pearl, postuluje, že délka života závisí na rychlosti, s jakou organismy vydávají energii. Tato teorie je podpořena zjištěním, že délka přezimujících živočichů je dána dobou, kterou prožijí v zimním spánku, kdy mají snížený metabolismus. Zajímavá měření podnikl v nedávné době R. Sohal, který sledoval fyzickou aktivitu populací much radarem a prokázal, že jedinci vykazující vyšší pohyblivost (vydávající větší množství energie) žijí kratší dobu než jejich méně aktivní kolegové (Kalvach, 1997, s. 27).
- **Lipofuscinová teorie** – v roce 1977 navrhl B. Strehler čtyři kritéria, na jejichž základě se může posoudit, zda sledované jevy jsou primární příčinou stárnutí.

Jsou jimi universálnost, škodlivost, progresivnost a vnitřnost: vzhledem k tomu, že stárnou i jednotlivé buňky (např. prvoci), je třeba hledat příčiny stárnutí na molekulární úrovni. Při hledání molekulárních procesů určujících průběh stárnutí si musíme všimnout jevů, které se vyskytují univerzálně, neboť stárnou všechny organismy, které známe. Dále musí sledovaný jev přispívat ke snížení pravděpodobnosti přežití, tzn. musí být škodlivý. Primární události při stárnutí musí být také progresivní povahy – jejich účinek se musí kumulovat v průběhu dlouhého časového úseku. A konečně, primární jev způsobující stárnutí musí být vnitřní, tj. nezávislý na proměnných faktorech prostředí. Tato kritéria splňuje **lipofuscin**, tzv. pigment stáří. Lipofuscin byl zjištěn u všech dosud vyšetřených živočišných druhů a jeho obdoba byla prokázána i u rostlin (které také stárnou). Progresivní kumulace lipofuscinu s přibývajícím věkem byla prokázána v řadě tkání, včetně srdce a mozku. Nárůst koncentrace v těchto tkáních je lineární s věkem, a i když rychlost akumulace lipofuscinu může být ovlivněna různými faktory, nebyly dosud nalezeny experimentální metody, které by úspěšně bránily kumulaci lipofuscinu v průběhu stárnutí. Dokladem toho, že lipofuscin poškozuje buňky, je zlepšení stavu pacientů trpících senilní demencí po podání léků, které snižují obsah lipofuscinu v mozku. Z předešlého vyplývá, že lipofuscin by mohl představovat příčinu stárnutí na buněčné úrovni. Naše představy o mechanismu stárnutí by byly úplnější, kdybychom věděli, co to vlastně lipofuscin je. Lipofuscin je znám už více než 250 let (od roku 1742), ale naše vědomosti o něm mají do úplnosti daleko. Nebyla dosud provedena úplná analýza lipofuscinu, není úplně jasný ani mechanismus jeho vzniku (Kalvach, 1997, s. 28).

- **Teorie účinku reaktivních sloučenin kyslíku** – od 50. let minulého století vypracovával D. Harman ve Spojených státech teorii stárnutí založenou na primárním účinku reaktivních sloučenin kyslíku. Kyslík se užívá k oxidacím substrátů, kyslík se přitom redukuje na vodu, která je koncovým článkem respirace. K redukcii kyslíku na vodu jsou zapotřebí čtyři elektrony. Únik elektronů z reakčního řetězce nekontrolovatelnými reakcemi pak může mít za následek tvorbu reaktivních kyslíkových sloučenin. Na základě různých měření se odhaduje, že asi 5 % z celkového spotřebovaného kyslíku uniká a objevuje se ve formě reaktivních sloučenin kyslíku. Je to relativně malý, ale trvalý zdroj možného oxidačního poškození buňky. Jeho význam vzroste, uvědomíme-li si, že absolutní spotřeba kyslíku prudce vzrůstá při zvýšené tělesné námaze, přičemž roste i absolutní množství produkovaných reaktivních sloučenin kyslíku. Nejnebezpečnějším členem této skupiny jsou hydroxylové radikály, jejichž doba života se měří v nanosekundách, to znamená, že reagují prakticky se vším, co se nachází v místě jejich vzniku. Vystala tak otázka možnosti dalšího prodloužení života snížením hladiny reaktivních sloučenin kyslíku na nižší hodnoty, než jsou přirozené, podáváním antioxidantů (což jsou umělé sloučeniny schopné eliminovat reaktivní sloučeniny kyslíku). Ukázalo se však, že tento postup nevedl k žádoucím cílům, neboť po zvýšení hladiny exogenních anti-

oxidantů následovalo snížení koncentrace antioxidačních systémů endogenních. Zdá se, že existuje homeostatický mechanismus, který udržuje celkovou hladinu antioxidantů stálou (Kalvach, 1997, s. 31).

Faktory, které ovlivňují délku života populací:

- Do souvislosti s dlouhověkostí bývá dáván **život ve vysokohorských podmínkách**. Z různých statistik vyplývá, že v populaci lidí, kteří žijí v nadmořské výšce 700 m, se věku 90 let dožívá 13 lidí z 10 000, v nadmořské výšce 1 000 m je to již 18 lidí a v nadmořské výšce 2 000 m se dožívá tohoto věku 24 lidí z 10 000. Tvrdí se, že v Jerevanu žije desetkrát více stoletých než kdekoliv na světě. Problém však je, že interpretace takových šetření je velice obtížná. Sledované populace obyvatel vysokých hor jsou příliš malé. Významnou roli hraje i odlišný způsob života lidí žijících ve vysokých horách ve srovnání s populací velkých měst. Je tedy možné, že střední délka života je o málo vyšší. Je však málo pravděpodobné, že pobyt na horách prodlužuje maximální dobu života.
- Důležitým faktorem, který bývá dáván do souvislosti s dlouhověkostí, je **strava**. Bylo dokázáno, že myši, které dostávaly potravu, které měla pouhých 66 % energetické potřeby kontrolních zvířat, žily dvakrát déle. Nadváha jistě ovlivňuje střední dobu života. Pojišťovny ve Spojených státech provedly velmi rozsáhlé šetření, které ukázalo, že nadváha o 25 % zkracuje délku života průměrně o 3,5 roku, nadváha o 67 % vede průměrně ke zkrácení života o 15,1 let. Složení potravy se nezdá být faktorem délky života určujícím. Procesy, se kterými se tu setkáváme, jsou opět velmi komplexní. Samotné hladovění totiž navozuje peroxidaci lipidů a vede k vyšší akumulaci lipofuscinu.
- Často ve vztahu k dlouhověkosti bývá diskutován **tělesný pohyb**. Statistická šetření však neukázala souvislost mezi délkou života a tělesnou aktivitou. Blahodárný účinek pohybové aktivity na stárnutí lze spíše spatřovat v prodloužení aktivní části života než v prodloužení délky života samotné.
- **Průběh onemocnění ve stáří**. Pro vysoký věk jsou typické mnohočetné poruchy. Mohou působit odmaskování dosud kompenzovaného systémového selhání. Např. anemie vzniklá ve stáří může odmaskovat kompenzované srdeční onemocnění. Pro vysoký věk je typická převaha tzv. degenerativních onemocnění. Průběh onemocnění je komplikován špatnou kompenzační schopností organismu, atrofii buněk, změnou mechanických vlastností tkání, odlišnou distribucí tělesných tekutin. Význam mají i snížené možnosti termoregulace. Je snížená funkční orgánová rezerva. Je menší možnost variability minutového objemu srdečního, glomerulární filtrace, koncentrační schopnosti ledvin. Tak se může spustit celý řetězec různě na sebe vázaných orgánových dekompenzací. Situaci komplikují i neobvyklé příznaky onemocnění. Staří lidé reagují na bolest s menší intenzitou. Terapii onemocnění ve stáří komplikuje odlišná reaktivita na léky, která je způsobena odlišnou metabolickou aktivitou zejména jaterní tkáně i odlišným vylučováním léků.

2.5 Stáří z hlediska demografie

Jedním z globálních problémů lidstva je **populační růst**. V roce 1850 žila na Zemi asi 1 miliarda obyvatel, v roce 1930 2 miliardy, v současnosti 5,7 miliardy a prognózy pro rok 2025 hovoří o více než 8 miliardách.

Tento vývoj je regionálně velmi nerovnoměrný, prudký přírůstek se očekává především v rozvojových zemích jižní Asie, Afriky, Latinské Ameriky, méně již ve východní Asii, která uplatňuje tvrdá opatření ke kontrole porodnosti. V hospodářsky vyspělých státech bude populace stagnovat či klesat.

V hospodářsky vyspělých státech se podle uznávaných prognóz počet obyvatel do roku 2025 prakticky nezmění (1,2 až 1,3 miliardy), zatímco v rozvojových státech dále prudce poroste ze 4,5 miliard na 7 miliard.

Tento vývoj může souviset s fázovým posunem – rozvojové země procházejí ve 20. a 21. století změnami reprodukčních charakteristik, kterými hospodářsky vyspělé země prošly ve stoletích 18. až 20. Děje se tak ovšem za vývojově odlišných podmínek jiné vědeckotechnické úrovně, globalizace světa, hustší osídlenosti, ekologických problémů a při zjevné omezenosti přírodních zdrojů.

Demografická revoluce

Změna reprodukčních zvyklostí, která zhruba koreluje s civilizačním urychlením a vzrůstem životní úrovně od průmyslové revoluce, byla v roce 1934 označena francouzským sociologem Landrym **demografická revoluce**. Její podstatou jsou pokles úmrtnosti (mortality) postupně převážený poklesem porodnosti (natality). Původní stav byl charakterizován vysokou porodností, rodinami s mnoha dětmi, z nichž se mnohdy většina nedožila dospělosti, vysokou úmrtností celkovou, v mladém věku, v dětství i kojeneckou a nízkou očekávanou dobou dožití (střední délkou života). Pro výsledný stav je příznačná nízká porodnost, rodiny často s jedním dítětem nebo bezdětné, nízká úmrtnost a dlouhá střední délka života. Celý proces je popisován ve čtyřech fázích:

- **Fáze I** – vyrovnaný počet obyvatel za vysoké porodnosti i úmrtnosti (střední délka života 20–30 let, žádná kontrola porodnosti, 6–8 dětí v rodině),
- **Fáze II** – klesá mortalita zvláště v mladém věku, natalita zůstává vysoká, počet dětí stoupá, obyvatelstva přibývá, populace mládně,
- **Fáze III A** – pokles mortality se zpomaluje, natalita klesá, obyvatelstva ještě přibývá, ale populace začíná stárnout v důsledku klesající porodnosti (relativní stárnutí),
- **Fáze III B** – natalita ještě klesá, ale pro stárnutí populace je rozhodující pokles mortality ve vyšším věku,
- **Fáze IV** – vyrovnaný počet obyvatel za nízké úmrtnosti i porodnosti (střední délka života vysoká, kolem 80 let, event. výhledově 85 let, nízký počet dětí v rodině, obvykle 1–2).

Zatímco vyspělé státy vstoupily do čtvrté fáze, země rozvojové vstupují do fáze druhé.

Tento vývoj zásadně mění věkovou strukturu populace, v níž mizí klasická *věková pyramida*. Děti do 15 let netvoří již nejpčetnější *základnu* populace, a na přelomu 80. a 90. let 20. století byly v některých státech (Švédsko, SRN) dokonce méně početnou skupinou než senioři starší 65 let. Tzv. *vymírání* věkových kohort se koncentruje do relativně krátkého pozdního ontogenetického období (staří lidé umírají *rychle* v pozdním věku).

Takto nastíněné věková skladba obyvatelstva je v současnosti modifikována především migrací a populačními vlnami zvýšené porodnosti. Populační vlny se v nedávné minulosti objevily nejprve v prvních letech po skončení 2. světové války, kolem roku 1950 (*poválečné děti*), a následně počátkem 70. let (předchozí populační vlna vstoupila do fertillního období – *děti poválečných dětí* a takto logický vzestup porodnosti byl dále stimulován propopulační vládní politikou). Stárnutí populačních vln, jejich posun po věkové ose způsobuje postupně nedostatečnou kapacitu porodnic – předškolních zařízení – škol – bytů – prostředků na vyplácení důchodů – ošetrovatelských zařízení. Hrozbou pro náš průběžně financovaný systém důchodového zabezpečení je tak především penzionování populačně silných ročníků poválečných dětí.

Součástí demografické revoluce je stárnutí populací. Ve společnosti přibývá seniorů

- relativně (poklesem natality),
- absolutně (prodlužováním střední délky života),
- v pokročilém stáří (prodlužováním života ve stáří).

Koncem 60. let minulého století bylo doporučeno, aby za starou populaci byla považována společenství, v nichž senioři ve věku 65 a více let tvoří alespoň 7 %. Této hranice dosahovala (a vesměs ji výrazně překračovala) v polovině 90. let většina evropských zemí (kromě Albánie, Bosny a Hercegoviny, Makedonie, Turecka) a dále Japonsko, USA, Kanada, Argentina, Uruguay, Austrálie, Nový Zéland. Hranici se blíží Čína (6,6 % s velkou regionální nerovnoměrností), naopak v důsledku masového přistěhovalectví pod tuto hranici *omládlo* obyvatelstvo Izraele (6,2 %).

Ve více než deseti státech tvoří dnes lidé starší 65 let více než 14 % obyvatel a v některých z nich (Švédsko, Norsko, Německo, V. Británie) dosáhlo hranice 7 % již obyvatelstvo ve věku 75 a více let.

Kolem roku 2050 by měly např. v Německu či Japonsku tvořit senioři starší 65 let přes 30 % populace, a to při významném snížení počtu obyvatel.

V roce 1990 žilo na Zemi přibližně 330 milionů osob ve věku 65 a více let. Šlo o 6 % celosvětové populace, o ale 12,1 % obyvatel států hospodářsky vyspělých a pouze 4,4 % států rozvojových.

V rozvojových státech je očekáváno přibývání seniorů, pro něž nejsou dosud zavedeny adekvátní zdravotně sociální služby. Přitom prognózy odhadují pro období 1980–2020 zvýšení počtu seniorů např. v Indii o 100 milionů, v Indii a Brazílii o 20 milionů.

Očekávaná doba dožití

Očekávaná doba dožití (life expectancy, střední délka života) je demograficky významný ukazatel. Je konstruována z úmrtnostních tabulek a udává, kolik let života s největší pravděpodobností zbývá v dané populaci jedinci určitého věku a pohlaví, pokud se úmrtnostní poměry významně nezmění. Pro potřebu obecného, a zvláště gerontologického porovnávání různých populací je očekávaná doba dožití nejčastěji stanovována při narození a při dosažení 65 let věku.

Střední délka života je odlišná pro muže a ženy. V 19. století se v Evropě projevovala značná nadúmrtost žen způsobená nepřiměřenou zátěží, vyčerpáním, nedostatečnou výživou, opakovanými těhotenstvími, porody bez hrazení krevních ztrát, infekcemi, vysokou mateřskou úmrtností. Po eliminaci těchto faktorů je v současnosti střední délka života žen vesměs delší než u mužů, což je chápáno jako důsledek ochranného působení estrogenů (kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby), zřejmě v souvislosti s významem ženy pro biologické zachování rodu. Některé faktory působí proti této rozdílnosti („mužský“ životní způsob včetně kouření), jiné ji mohou pravděpodobně ještě zvýraznit (dlouhodobá substituční léčba estrogeny v klimakteriu). Střední délka života větší pro muže než pro ženy či minimální rozdíly mezi muži a ženami se vyskytují především v některých muslimských státech (Afghánistán, Pákistán, Bangladéš, Jemen, Írán, Alžírsko, Kuvajt), v Indii, Ugandě, Malawi.

Je zřejmé, že střední délka života je funkcí životní úrovně (včetně dostupnosti potřebné zdravotní péče) a životního způsobu (stravovací a pohybové návyky). V některých zemích se negativně uplatňuje sociální role žen. Převážně, ale nikoliv výlučně, jde o státy islámské oblasti, ovšem ne ve všech islámských zemích se nadúmrtost projevuje.

Celosvětový průměr střední délky života při narození činil v roce 1992 pro muže 64 let a pro ženy 68 let (v antických dobách byl v Římě podle odhadů zhruba 25 let).

Důsledkem pohlavní odlišnosti střední délky života je, že v hospodářsky vyspělých zemích většina mužů ve stáří žije a umírá v manželství. Naopak s prohlubujícím se stářím přibývá osamělých žen, které mezi stoletými tvoří již 80 %. Osamělé staré ženy jsou specifickým jevem staré populace. V zemích Evropské unie bylo počátkem 90. let ve věku nad 60 let 12–17 % vdovců, ale 37–51 % vdov.

Střední délka života v Českých zemích dramaticky stoupala od konce 19. století až do roku 1960, po němž následovala v Evropě neobvyklá třicetiletá stagnace (rok 1990: muži 68 let, ženy 76 let, rok 1994: muži 69,5 let, žena 76,6 let, prognóza pro rok 2020: muži 76,9 let, ženy 80,6 let).

Česká republika zaostává za evropskými trendy. Hlavní příčinou je především vysoká mortalita na kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby, související s vysokým výskytem rizikových faktorů aterosklerozy (nevhodná strava s nadbytkem živočišných tuků a energie, nedostatek tělesného pohybu a relaxace, obezita, nikotinismus, nekontrolovaná arteriální hypertenze) s mimořádnou nadúmrtostí

především mužů ve středním a vyšším věku. Oficiální prognózy demografického vývoje v ČR předpokládají v důsledku snižování kardiovaskulární mortality především u mužů ve věku 45–74 let vzestup střední délky života při narození v ČR (viz prognóza pro rok 2020).

Jak konstatuje Rabušic (1995, s. 118), existují dnes v zásadě tři skupiny prognostických představ o pravděpodobném vývoji střední délky života v příštích desetiletích. Tyto představy se navíc kombinují se závažnými úvahami o zdravotní a funkční kvalitě tohoto prodlouženého života. Zjednodušeně lze shrnout:

- Tradicionalisté (např. J. Fries) zdůrazňují rektangulaci křivky přežívání v souvislosti s dominantním podílem poklesu mortality v mladém a středním věku na prodloužení střední délky života. Tu považují za významně biologicky (geneticky) determinovaný ukazatel (gerontologická teorie), jehož hodnota pravděpodobně nepřesáhne 85 let. Optimisté mezi nimi soudí, že s prodloužováním střední délky života dojde současně ke kompresi nemocnosti, tedy ke zlepšení zdravotního a funkčního stavu, k posunutí vzestupu poruch soběstačnosti do vyššího věku, a to o více než činí přírůstek očekávané doby dožití, takže dojde ke zkrácování chorobné, nezdatné, závislé fáze života (problematicky někdy nazývané *4. věk*). Z těchto představ vychází koncept úspěšného stárnutí.
- Empirikové (např. Manton, Vaupel) předpokládají, že úmrtnost je dána především chorobami, její pokles může ještě dlouho pokračovat v intencích dosavadního empirického poklesu o 2 % ročně (*epidemiologická teorie*), což by vedlo k prodloužení očekávané doby dožití do věku kolem 100 let. Nemocnost se buď bez zkrácení chorobného, závislého života posune do vyššího věku, nebo dojde k jejímu prodloužení, k expanzi nemocnosti se všemi ekonomickými i etickými problémy souvisejícími s nízkou kvalitou života a dystanazií (bolestným samoučelným zdržováním smrti).
- Vizionáři především v 70. letech formulovali své vize (science fiction) života do věku kolem 150 či ještě více let.

2.6 Koncept úspěšného stárnutí

Jednou ze základních gerontologických otázek je, zda je zdravotní a funkční stav ve stáří pozitivně ovlivnitelný. Pokud by ovlivnitelný nebyl, musí zákonitě s prodloužováním střední délky života a obecným dožíváním vysokého věku ve společnosti dramaticky přibývat závislých osob, musí se zvyšovat počet let závislého života a musí se šířit obraz *senectus molesta* (bolestného stáří) s nízkou kvalitou života a s vysokou potřebou zdravotně sociální péče. Jde o variantu **expanze nemocnosti** v souvislosti s prodloužováním střední délky života o období závislého, nemocného života.

Proti této představě stojí varianta **oddálení nemocnosti** či dokonce komprese nemocnosti, která předpokládá nejen prodloužení, ale především zkvalitňování života ve stáří, de facto prodloužování středního věku.

Vznikl tak především v USA **koncept úspěšného stárnutí**, který zdůrazňuje, že dominantní pozornost nemá být věnována zvyšování kapacit pro zvládání dramaticky přibývajících nesoběstačných osob, nýbrž zlepšování zdravotního a funkčního stavu osob stárnoucích s maximální prevencí vzniku závislosti.

Nejen pouhé oddálení nemocnosti, ale dokonce její komprese nemohou zabránit nárůstu potřeby dlouhodobé zdravotně sociální péče v souvislosti s absolutním přibýváním seniorů ve společnosti. Mohou však tento nárůst významně redukovat a především mohou uchránit kvalitu života a soběstačnost velkého počtu seniorů.

Stárnutí podle těchto představ může být:

- **Obvyklé, normální** – zdravotní a funkční stav seniora, jeho sociální role, míra zdravotních obtíží a funkčních limitací odpovídá jeho vrstevníkům, současně normě v dané společnosti, vhodněji mezinárodnímu standardu.
- **Úspěšné** – zdravotní a funkční stav seniora je lepší než současný průměr, umožňuje nejen plnou soběstačnost, ale žádoucí tělesnou, psychickou i sociální aktivitu zhruba do 9. decenia. Na populační úrovni jsou vytvářeny předpoklady pro zvyšování střední délky života bez přibývání roků závislého života.
- **Neúspěšné, patologické** – zdravotní a funkční stav je horší než u vrstevníků, než odpovídá současné normě. Rozvíjí se závislost, choroby vyššího věku, jejich projevy a důsledky jsou neobvykle výrazně vyjádřeny a nastupují neobvykle brzy, „předčasně“, jejich průběh je urychlený. Dominuje závislost či dojem vyššího biologického než kalendářního věku, tedy progerie (předčasné stárnutí).

Základním postulátem konceptu úspěšného stárnutí je skutečnost, že stav organismu ve stáří (zdravotní a funkční) je dán několika okruhy faktorů, z nichž některé jsou významně ovlivnitelné. Hlavními faktory jsou:

- zákonitá biologická involuce,
- chorobné procesy,
- životní způsob (především aktivita či pasivita),
- životní podmínky,
- subjektivní hodnocení a prožívání.

2.7 Chorobné procesy ovlivňující stáří

Funkční stav organismu a celkový dojem z každého člověka je významně ovlivněn zdravotním stavem. Geriatrii a gerontologii zvláště zajímají onemocnění, která vedou k dlouhodobým poruchám soběstačnosti. Je důležité tyto procesy identifikovat a zaměřit se nejen na zvládání jejich důsledků, ale především na jejich odvrácení či oddálení, což předpokládá zásahy především ve středním a mladém věku.

Příklady omezení závažných a častých příčin funkční nezdatnosti a závislosti ve stáří je z dávnější i zcela nedávné minulosti celá řada a tento proces bude jistě

pokračovat i vůči dále uváděným současným *metlám stáří*. K velkým úspěchům minulosti patří např.:

- Omezení výskytu hemodynamicky významných chlopenních vad jejich operační korekcí a zvláště prevencí důsledků streptokokových infekcí (tzv. revmatická horečka).
- Zlepšení prognózy diabetické retinopatie (poškození oční sítnice u cukrovky) laserovou léčbou a účinné operování katarakty (šedého zákalu oční čočky) do nejvyššího věku – obě onemocnění byla častou příčinou těžké poruchy zraku, až slepoty ve stáří.
- Zlepšení prognózy a funkčních důsledků zlomenin horní části stehenní kosti (tzv. krčku stehenní kosti) progresivními operačními technikami (náhrada kloubní hlavice či celého kloubu).
- Odstranění důsledků dysplazie (poruchy vývinu) kyčelního kloubu časnými zásahy v kojeneckém věku.
- Prevence deformit kostry v důsledku rachitis (křivice, nedostatek vitamínu D v dětském věku) a tuberkulózy páteře.
- Prevence kretenismu (mentální retardace, duševního zaostávání v důsledku nedostatečné funkce štítné žlázy v raném dětství).
- Korekce některých případů těžké nedoslýchavosti naslouchadly.
- Kontrola vysokého krevního tlaku, která není ještě na patřičné úrovni (v Japonsku – na rozdíl od ČR – se kontrolou vysokého krevního tlaku podařilo dramaticky snížit výskyt a důsledky cévních mozkových příhod, v nichž bylo Japonsko v 60. letech na prvním místě na světě, zatímco dnes je tam výskyt nižší než v ČR).

Podle Kalvacha (1997, s. 53) lze identifikovat zhruba 7 hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu u současných seniorů:

- **Ateroskleróza** (kornatění tepen) a její orgánové projevy:
 - A) **Ischemická choroba srdeční** (nejen akutní infarkt myokardu, ale také chronické těžké poruchy mechanické srdeční činnosti se závažnou dušností a nevykonností).
 - B) **Postižení mozkových tepen** (nejen smrtící mozkové cévní příhody mozkové mrtvice, ale také nezvratná ochrnutí, obvykle hemiparéza či hemiplegie, u mnohých přežívajících. A také cévně podmíněné závratě či poruchy svalového napětí projevující se ztuhlostí či třesem, tzv. parkinsonský syndrom, který je na rozdíl od Parkinsonovy choroby způsoben nikoliv nedostatkem přenašečového působku (dopaminu) v mozku, ale chyběním cílových struktur. A konečně jedna ze dvou nejčastějších příčin chorobného úpadku duševních schopností (demence) ve stáří – tzv. multiinfarktová demence (MID), neboli *mozková skleróza*).

- C) **Postižení tepen dolních končetin**, které může vést k invalidizujícím bolestem, ale také k amputaci (nesprávně laicky označováno jako tzv. Bürgerova choroba).

V současné době lze účinně ovlivňovat rizikové faktory aterosklerózy a tím odhalovat či eliminovat její projevy. Kromě samotného věku jsou hlavními rizikovými faktory poruchy metabolismu tuků (především vysoká hladina krevního cholesterolu), poruchy metabolismu cukrů (diabetes mellitus), vysoký krevní tlak (hypertenze), kouření, obezita, nedostatek tělesného pohybu.

- **Obstrukční choroba bronchopulmonální** (laicky rozedma plicní) – vede k dušnosti, obvykle s vykašláváním hlenu, modrofialovým zbarvením pokožky a sliznic (cyanoza) a s otoky zvláště dolních končetin. Příčinou je nejčastěji chronický zánět průdušek, obvykle jako důsledek kouření. Prevencí je omezení kouření, zlepšení životního prostředí (omezit pasivní kouření, ekologicky významné exhalace) a omezení opakovaných zánětů dýchacích cest hrozící alergií, zvláště u dětí.
- **Osteoartróza** – degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti, které je odlišné od procesu stárnutí chrupavky. Příčinou bývá vrozená dispozice (nižší odolnost chrupavky), ale především přetěžování a drobná poranění kloubů. Závažná jsou zvláště postižení kloubů na dolních končetinách – kyčlí (coxartroza), kolen (gonartroza) i drobných kloubů nohou. Prevencí je nepřetěžování kloubů, korekce ortopedických abnormalit (např. běžné drobné asymetrie končetin zvládnutelné i důslednou úpravou obuvi), optimalizace obuvi (kompenzace zcela nepřirozené chůze po civilizačně uměle tvrdém povrchu – beton, asfalt, dlažba, když je člověk, jako každý tvor, uzpůsoben k chůzi po převážně měkkém, hlinitém a písčitém podkladu).
- **Osteoporóza** – vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hutnosti (density) a zvýšením rizika zlomenin. Vede k typické změně postavy (snížení výšky, nahrbený postoj), bolesti v zádech, kompresím obratlů a obávanému zvýšenému výskytu zlomenin při pádech (tzv. *krček* stehenní kosti, předloktí). Častá je především u žen v klimakteriu. Prevencí je dosažení optimální hutnosti kosti v dětství a dospívání. Rizikem je deficitní strava, „podvýživa“, nejen z nedostatku, ale i v rámci účelových diet – balet, gymnastika apod., kouření, nadměrná konzumace kávy či drastické dlouhodobé redukční diety ve středním věku (zvláště u žen) a předčasné vyhasnutí funkce vaječnicků (ochranný hormonální vliv estrogenů na kost). Účinnou prevencí je u indikovaných, rizikových žen dlouhodobá substituce estrogenů po klimakteriu, ve vlastním stáří pak dostatečný příjem vápníku a vitamínu D a především dostatek tělesného pohybu (stimulace buněčné novotvorby svalových úponů).
- **Alzheimerova nemoc** – je spolu s multiinfarktovou demencí cévního, aterosklerotického původu nejčastější příčinou demence (úpadek psychických, intelektu-

vých schopností) ve stáří. Její podstatou je vystupňovaná, často předčasná atrofie mozku se zánikem mozkových buněk (neuronů). Účinná prevence této obávané choroby ani její léčba nejsou dosud dostatečně propracovány (viz. kapitola 3. – Syndrom demence).

- **Poruchy zraku** vedoucí až ke slepotě (amaurosa) – jak bylo uvedeno, podařilo se úspěšně ovlivnit postižení sítnice u cukrovky (diabetická retinopatie) a zvláště šedý oční zákal (katarakta). Kromě jiných chorob (např. zeleného zákalu – glaukomu) tak ohrožuje seniory především degenerativní postižení žluté skvrny, místa nejostřejšího vidění. Z rozvoje těchto změn jsou na tkáňové úrovni podezírány velmi reaktivní chemické látky – volné radikály. Prevence postižení není známa.
- **Poruchy sluchu** – zvláště pokud nejsou ovlivnitelné naslouchadly. Je obava, že příští generace seniorů mohou mít závažnější problémy s nedoslýchavostí až hluchotou než dnešní senioři v důsledku nadměrné expozice hluku ve středním věku a v mládí (doprava, výroba, hudební produkce apod.).

2.8 Shrnutí

Seniorská populace vykazuje některé charakteristické rysy. Je velmi heterogenní, a to i v rámci jemnějšího chronologického členění a určitého regionu. Je to dáno především:

- obecně platnou jedinečností vloh a osobnostních rysů, které se s věkem neztrácejí,
- různou mírou rozvoje těchto vloh během mládí a středního věku,
- interindividuální variabilitou involučních biologických dějů,
- různou mírou chorobných změn,
- událostmi dlouhého života, zkušenostmi a návyky, včetně vzdělání a profesní kariéry, životním způsobem,
- hodnotovým systémem, životním názorem, aspirací, expektací,
- různým sociálně ekonomickým zázemím včetně majetku, bytových podmínek a bytové situace (osamělost, ovdovění, počet dětí a vztahy s nimi).

Senioři, přestože mají mnohé rysy společné, se tak velmi liší jak ve své zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých potřebách a nárocích. Přes oprávněnost specifického zájmu o seniory jako věkovou skupinu a přes existenci specifických problémů a potřeb seniorského věku vyžadujících specifické seniorské programy, jsou jednotliví senioři až do nejzazšího věku především sami sebou, a pak teprve starými lidmi. Z toho plyne jak nezbytnost plurality a variability zmíněných programů, tak nepřijatelnost simplifikovaného přístupu, schematismu, odosobňování či minimalizace a uniformnosti potřeb stáří. Nezbytný je důsledně individuální přístup respektující a ctící v každém člověku až do nejvyššího věku jeho neopakovatelnou jedinečnost.

Seniorská populace je proměnlivá a vyvíjí se. Právě tím, že i ve stáří převažuje ono individuální nad oním obecně stařeckým, přinášejí si nové generace seniorů do stáří své generační zkušenosti, znalosti, návyky, potřeby i nároky. Nynější generace seniorů, které prožily své produktivní období po 2. světové válce, mají vyšší vzdělanostní strukturu, jsou aktivnější, přiměřeně náročnější a zvláště ženy jsou emancipovanější, než byly generace narozené v 19. století či počátkem století dvacátého. Jde o tzv. mezigenerační mobilitu. Současně se mění i sociální okolnosti (např. rodinné uspořádání), image stáří i sociální role seniorů, fenomén stárnutí kohort.

Seniorská populace je **ohrožená**. K projevům a rizikům ohrožení patří např.

- pauperizace, ekonomické zbídačování, znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti,
- věková diskriminace, ageismus,
- segregace, vytěsňování, nedobrovolný život vně společnosti,
- generační intolerance (pracovní příležitosti, vedoucí pozice, bydlení),
- předsudky, např. přeceňování nemocnosti a poklesu funkční zdatnosti ve stáří, apriorní podezírání z přítomnosti *diskreditujících* postižení (demence),
- podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží i potřeby věkové modifikace zdravotnických i jiných služeb,
- maladaptace na stáří a s ním spojenou změnu sociálních rolí (penzionování),
- osamělost, zvláště v souvislosti s ovdověním (např. ve skandinávských zemích žije osaměle 40 % osob starších 60 let),
- rychlý vývoj společnosti, zastarávání technologických znalostí, ztráta konkurenceschopnosti na trhu práce, zhoršení orientace ve společenském dění i mezigenerační komunikace (nové aktivity, nová terminologie),
- vyšší nemocnost a při kombinaci a atypickém průběhu chorob ve stáří i vyšší riziko omylu,
- zvýšené riziko ztráty soběstačnosti,
- pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže,
- manipulování, ztráta rozhodovacích možností (zvláště v souvislosti se zdravotnickými a sociálními službami),
- zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců.

Pro seniorskou populaci je typická převaha žen se závažnou problematikou osamělých starých žen. Jak již bylo uvedeno, je v evropských zemích mezi seniory staršími 60 let 12–17 % vdovců, ale 37–51 % vdov. Dlouhodobě se rodí více chlapců než děvčat, ve středním věku se počet vyrovnává, ve věku nad 85 let je poměr 2,2–3,0 : 1 a mezi stoletými 8 : 2. Ve většině hospodářsky vyspělých zemí převažují ženy od věku 55–60 let, ale např. v ČR či Řecku již od 45 let, na Slovensku, Polsku, ale také v USA či Španělsku od 40 let, což svědčí pro nadúmrtost mužů ve středním věku. Naopak v některých islámských státech (Afghanistan, Kuvajt, Írán) je trvalá převaha mužů ve všech věkových skupinách.

Některá opatření, např. hormonální substituce estrogenu v období klimakteria, dnes obvykle v délce 10 až 15 let (zaváděná především k prevenci osteoporózy, atrofie kostí s rizikem zlomenin), mohou významně prodloužit střední délku života žen a tím dále zvyšovat jejich ovdovělost.

Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží, které se vyskytují mnohočetně (multimorbidita), ve vzájemné kombinaci a se sklonem k chronicitě. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti.

3 Syndrom demence

V předchozím textu bylo naznačeno, že populace stárne. Úměrně tomu roste počet lidí stížených demencí natolik, že se mluví o tiché epidemii. Falešná pozitivní diagnóza demence starého člověka, jev nikterak vzácný, může v praxi znamenat předčasnou smrt nejen postiženého jedince, ale i jeho partnera (partnerky). Demence není onemocnění jednoho člověka. Lze se domnívat, že v některých aspektech více než jiné choroby postihuje kromě pacientů rodiny, skupiny lidí a klade značné a stále rostoucí nároky na společnost.

O syndromu demence hovoříme proto, že jej tvoří jednotlivé symptomy. Ty se podle vyvolávající příčiny nemusí objevovat všechny, a pokud se objeví všechny, nemusí to být současně. Kromě toho se symptomy mohou vyvíjet velmi různou rychlostí do velmi proměnlivé hloubky. O syndromu demence je nutné uvažovat při kombinaci poruchy paměti, poznávání, řeči a jazyka, praxie, emotivity a sociální adaptace.

Demence je choroba, u níž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných tzv. poznávacích (kognitivních) funkcí od jejich původní úrovně a k druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí. Demence vzniká kdykoliv po vytvoření základů poznávacích funkcí, po 2.–4. roce života. Výskyt demencí výrazně stoupá s věkem (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998, str. 8).

Demence je popisný pojem odvozený od latinského kořene *de mens*, který označuje pokles úrovně duševní činnosti. Pojem demence se vyvíjí asi stopadesát let. Již ve třicátých letech minulého století byl zřejmý vztah demence ke stáří. Možnost výskytu demence ve střední dospělosti byla rozlišena ve stejné době. Diagnóza syndromu demence je osudové rozhodnutí, které současně znamená přesné rozlišení, co syndrom demence není.

Nejjednodušší orientační test, který zabere jen několik minut času:

1. Pacienta se zeptáme na časoprostorovou orientaci (místo, rok, den, měsíc).
2. Po vysvětlení, co a proč se bude dít, pacientovi sdělíme názvy tří jednoduchých předmětů (např. míč, dům, auto), na které se po pěti minutách zeptáme znovu.
3. Mezi tím pacienta necháme odečítat sedmičky od padesátky.

Tento zcela orientační test opakujeme s odstupem čtyř týdnů (Koukolík, Jirák, 1999, str. 11).

Podezření na syndrom demence nebo jeho vývoj budí jakákoli porucha časoprostorové orientace, neschopnost vybavit si po pěti minutách alespoň dva ze tří jmenovaných předmětů a neschopnost určit správný výsledek alespoň jednoho nebo dvou odečítání. Jestliže je stav po zvládnutí případných dalších onemocnění, úpravě farmakoterapie, zavodnění a úpravě sociálních kontaktů po dalších čtyřech týdnech stejný nebo horší, začne se pravděpodobnost syndromu demence nebo jeho vývoje blížit k 90%. Diagnostika onemocnění patří výlučně do oblasti medicínské,

diagnostika symptomů do široké oblasti nápomocných disciplín, kde by příslušní profesionálové iniciovali zavedení odborné léčby.

Právě při podezření na vývoj demence, které může vyplynout z uvedeného jednoduchého, zcela orientačního testu, je nutné vyšetřovat podrobněji.

V medicíně platí zásada, že diagnózy se nedokazují, ale vylučují (zamítají).

Toto se týká diagnostiky obecně, nikoli jen diagnostiky syndromu demence. Uvedené pravidlo plyne z obecného postupu, jímž se ověřují hypotézy a teorie. Diagnózu je možné za hypotézu, popř. teorii považovat už proto, že z ní plynou předpovědi. Jakýkoli počet důkazů svědčících ve prospěch nějaké teorie tuto teorii nedokazuje, zatímco zamítnout (vyloučit) ji může jediný důkaz.

Nehledejme tedy doklady, co ve prospěch diagnózy syndromu demence svědčí. Jakýkoli počet dokladů zvyšuje jen pravděpodobnost správnosti diagnózy syndromu demence, diagnostickou jistotu však neposkytuje. Hledejme alespoň jeden klíčový důkaz, který svědčí proti diagnóze tohoto syndromu. Teprve tehdy, nenajdeme-li při dostatečně jasném, přesném, určitém, věcném, hlubokém, širokém a logickém hledání žádný důkaz, který by svědčil proti diagnóze syndromu demence, považujeme tuto diagnózu za vysoce pravděpodobnou.

Demence jsou velmi časté choroby, především vyššího věku. V první řadě postihují tzv. kognitivní (poznávací) funkce – paměť, intelekt, pozornost, motivaci. Nejnápadnější projevy pro okolí bývají zpočátku poruchy paměti. Postupně se přidávají i poruchy dalších funkcí. Bývá postižena emotivita – afekty a nálady, v průběhu demence se mohou vyskytnout např. depresivní stavy. Někdy dochází k poruchám vnímání – halucinacím a iluzím. Mohou se také, většinou přechodně, objevit rovněž závažné poruchy myšlení – bludy. Vždy se objevují poruchy osobnosti, úměrné stupni a druhu demence.

V průběhu demence dochází k těžké degradaci osobnosti. S tím souvisí i postupně snižování až zánik schopnosti péče o sebe sama, neschopnost provádět úkony běžné denní rutiny. Může se vyskytnout celá široká plejáda dalších, nekonstantních příznaků a potíží.

3.1 Diagnostika demencí

V zásadě lze konstatovat, že pokud se vyskytují níže uvedené příznaky alespoň 6 měsíců, lze spolehlivě diagnostikovat demenci:

- úbytek paměti, především ztížené zapamatování si nových paměťových obsahů, ale také zpomalené a nepřesné vybavování si starších a starých vzpomínek, úbytek paměti se dá objektivně posoudit pomocí psychologických testů,
- pokles úsudku, myšlení, orientace v prostoru, logického uvažování, představitivosti,
- při demenci je dobře zachováno vědomí, i když přechodné kvalitativní poruchy vědomí – deliria – mohou demenci komplikovat,

- vyskytují se poruchy emocí, hlavně emoční kontroly, poruchy motivace, změny sociálního chování, projevuje se emoční labilita, podrážděnost, apatie, hrubost ve společenském vystupování.

Dobrou, poměrně jednoduchou pomůckou, která je dostatečně citlivá k určení střední a těžké demence zejména při Alzheimerově nemoci, je mezinárodně široce užívaný **Folsteinův MMSE** (Mini-Mental State Examination), mini-vyšetření duševního stavu. V podstatě jde o rozšířenou a formalizovanou verzi orientačního testu uvedeného výše.

Test MMSE vyšetřuje některé základní neuropsychologické funkce poškozované syndromem demence – paměť, časoprostorovou orientaci, orientaci osobou, řeč a jazyk. Odpovědi na jednotlivé otázky nebo řešení zadaných problémů se bodují. V testu je možné dosáhnout nejvýše třicet bodů. Hranicí, která odděluje lidi nede mentní od lidí dementních, je počet 23 bodů.

Konkrétně vypadá uvedený MMSE test následovně:

■ **Orientace**

- 5 bodů: Jaký je rok? Roční doba? Měsíc? Den v týdnu? Sdělte dnešní datum.
- 5 bodů: Kde jste? V jakém státě? Městě? Nemocnici, event. ulici? Patře?

■ **Rozsah pozornosti**

- 3 body: Vyšetřující pojmenuje tři objekty, jeden za sekundu, pacient pojmenování opakuje. Podle potřeby vyšetřující pojmenování opakuje, tolikrát, než nemocný správně předměty pojmenuje. Za každý správný předmět jeden bod. Počet opakování se registruje.

■ **Pozornost a počítání**

- 5 bodů: $100 - 7 = a$ dále... Za každý správný výsledek 1 bod. Po pěti odpovědích testování končí.

■ **Paměť**

- 3 body: Vyšetřující se zeptá na tři dříve jmenované objekty. Za každou správnou odpověď je 1 bod.

■ **Řeč**

- 9 bodů: Pojmenovat tužku a náramkové hodinky. Za každou odpověď 1 bod. Opakujte: *Žádné kdyby nebo ale...* nebo: *Ale avšak a přece...*
Za správné opakování 1 bod.

Tříčlenná instrukce: proveďte po sobě tyto úkony:

Do pravé ruky uchopte list papíru. Přeložte jej uprostřed. Položte jej na stůl.

Za každý správný krok 1 bod.

Udělejte, co je napsáno – přečtete a proved'te následující příkaz (nemocný dostane lístek s následující výzvou):

Zavřete oči. Napište větu obsahující podmět a přísudek. Nakreslete dva pětiúhelníky, které se částečně překrývají.

Za každý správný úkon 1 bod.

Celkový počet bodů: 30.

MMSE je poměrně jednoduchý test, dobře využitelný jak v sociální, tak v pedagogické praxi. Spolehlivě určuje střední a těžkou demenci, nikoli demenci počínající a lehkou. Počet bodů nižší než 23 s vysokou pravděpodobností určí střední až těžkou Alzheimerovu nemoc. Jiné podoby demence s touto jistotou nepostihuje (Folstein, Folstein, 1975, str.189).

Protože test MMSE je zaměřen spíše na diagnostiku Alzheimerovy nemoci (asi 60 % všech případů demence), může být vhodné doplnit jej testem zaměřeným na vyhledávání vaskulárních demencí, který se označuje jako Hachinskeho skóre.

Pro diagnózu vaskulární demence, která tvoří 20–30 % demencí (viz klasifikace demencí v kap. 3.2), je spolehlivější modifikované skóre Hachinskeho, které prezentujeme v následujícím textu:

- 2 body: náhlý začátek
- 1 bod: stupňovité zhoršování
- 2 body: kolísavý průběh
- 1 bod: noční zmatenost
- 1 bod: zachovaná osobnost
- 1 bod: deprese
- 1 bod: somatické obtíže
- 1 bod: emoční inkontinence
- 1 bod: hypertenze
- 2 body: ikty v anamnéze
- 1 bod: doprovodná arterioskleróza
- 2 body: fokální neurologické příznaky subjektivně
- 2 body: fokální neurologické příznaky objektivně

Maximální počet bodů: 18

Počet bodů nad 7 svědčí ve prospěch diagnózy multiinfarktové demence, počet bodů pod 4 ve prospěch diagnózy atroficko-degenerativní demence (Koukolík, Jiráček, 1999, str. 14).

Jestliže vyšší nervové funkce – mezinárodní literatura přesněji hovoří o funkcích kognitivních (jejich příkladem jsou paměť, poznávání, řeč a jazyk, složité naučené

pohyby) – postiženy nejsou, o syndrom demence nejde. Jestliže kognitivní funkce postiženy jsou, pak:

1. může jít o syndrom demence,
2. může však jít také o delirium anebo o depresi.

Diagnóza deprese bývá u starých lidí někdy velmi obtížná. Prokáže-li se (ve spolupráci s psychiatrem), že jde o delirium nebo depresi, začneme v tomto směru vedle léčby prováděné lékařem i adekvátní intervence odpovídající stavu depresivního klienta či jedince s deliriem.

Prokáže-li se, že nejde o delirium či depresi, je podezření na syndrom demence posíleno. Nutno pak v časovém odstupu opakovat testy i odborná vyšetření.

Problematikou diagnostiky demencí se zabýváme v tomto textu velmi podrobně (nad rámec speciálně pedagogické problematiky). Autora vede k tomuto přístupu skutečnost, že při tvorbě textu se v praxi setkal s celou řadou klientů, u nichž byla mylně diagnostikována deprese. Ve skutečnosti šlo o různé stupně a hloubky syndromu demence.

Demence (F00-F03) je podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů definována jako:

...syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.

Čtvrté vydání Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti (DMS IV) uvádí následující obecná kritéria diagnózy demence:

A. Rozvoj poruch poznávacích funkcí, které se projevují:

A1: poškozením paměti (poškozením schopnosti naučit se nové informace nebo vybavit si informace dříve naučené),

A2: jednou (nebo větším počtem) následujících kognitivních poruch:

- afází
- apraxií
- agnózií
- poruchou exekutivních neboli výkonnostních funkcí (plánování, organizování, sekvencování, abstrahování).

B. Defekty poznávacích funkcí uvedené jak v kritériu A1, tak v kritériu A2, jsou příčinou významného poškození funkce v zaměštnání nebo ve společnosti, a v porovnání s předchozí úrovní představují významný pokles.

Jestliže v průběhu dostatečně dlouhé doby úroveň duševního výkonu neklesá, je nutné opakované vyšetření. Do jeho výsledku (popř. třetího a dalších vyšetření v průběhu následných měsíců, protože vývoj syndromu demence může být v některých případech velmi pomalý) nadále uvažujeme jen o podezření na syndrom demence.

Lékař – specialista má, na rozdíl od odborníků ne-lékařů, možnost využít laboratorní vyšetření. Je nutné však mít na mysli, že diagnóza syndromu demence je klinická diagnóza a jednotlivé výsledky mají jen pomocný význam. V rámci laboratorních vyšetření se realizují běžná biochemická vyšetření, sérologická a hematologická. Často se využívají i zobrazovací metody.

Kombinací uvedených vyšetření se dospěje k potvrzení či zamítnutí diagnózy demence a k určení její pravděpodobné příčiny.

3.2 Stavy podobné syndromu demence

Úvodem lze shrnout klíčové kroky při diagnóze demence takto:

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

Přitom je nutné mít na mysli, že podle Levyho a McLouhglina (1996, str. 92–100) se jako demence mylně diagnostikuje 5 skupin změn pacientova stavu:

1. Normální stárnutí

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

2. Psychiatrické syndromy

- a) reverzibilní demence (*pseudodemence*)
- b) schizofrenie
- c) pozdní parafrenie
- d) Ganserův syndrom

3. Delirium

4. Amnestický syndrom

5. Onemocnění, u nichž je přechod do demence nejistý

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

Normální stárnutí

Mezi třetím a desátým decenniem ztrácí mozek přibližně pětinu hmotnosti. V devíti z deseti případů se nacházejí v mozcích lidí, kteří se dožijí desátého decennia, stejné histologické změny, jaké se najdou při Alzheimerově nemoci.

V dlouhé debatě odborníků o tom, zda demence a stárnutí tvoří kontinuum, anebo zda jde o dva jevy, které se velmi často vyskytují společně, nicméně je kauzálně odlišné, začíná převažovat druhý názor.

Názor, podle kterého je demence nutným důsledkem stárnutí, vyplynul z exponenciálního růstu četnosti demence s věkem. Podrobnější studie, které se zabývaly výskytem demence v 9. a 10. decenniu, však ukazují, že v tomto decenniu se výskyt nových případů demence zpomaluje. Pokud se četnost demence ve vztahu k věku zakreslí v podobě křivky, připomíná tvar křivky oploštěné písmeno S. Třebaže je počet v tomto ohledu dobře vyšetřených jedinců starších 85 let zatím celosvětově nízký, zdá se, že prevalence demence v desátém decenniu skutečně neroste. Ustaluje se kolem 40 %. Z toho při současném poznání plyne, že demence není kauzálním důsledkem stárnutí. Opačně řečeno – stárnutí nemusí nutně vést k demenci.

Benigní a maligní stařecká zapomnětlivost, porucha paměti a poruchy dalších kognitivních funkcí ve vztahu k věku jsou předmětem probíhajícího výzkumu na řadě pracovištích a neuzavřené odborné diskuse.

Běžná zkušenost říká, že si starší lidé již po padesátém roce věku stěžují na poruchy paměti. Výzkum doložil, že těchto lidí je v populaci asi pětina. Kral, kanadský badatel, rozdělil tuto stařeckou zapomnětlivost u průměrně osmdesátiletých obyvatel domova důchodců do dvou podob:

- benigní
- maligní

U benigní stařecké zapomnětlivosti objektivní vyšetření poruchu paměti nenalezlo. Úmrtnost lidí byla s touto podobou zapomnětlivosti byla v dalších čtyřech letech života 38 %. Nelišila se od úmrtnosti kontrolní skupiny lidí, kteří si na paměťové poruchy nestěžovali. Maligní stařecká zapomnětlivost měla při objektivním testování znaky vyvíjející se demence. Úmrtnost lidí s tímto postižením byla v dalších čtyřech letech 62 %.

Pojmy benigní a maligní stařecká zapomnětlivost jsou v odborné literatuře občas nahrazovány termínem *poškození paměti ve vztahu k věku*.

Paměťová porucha je jedním z nejranějších příznaků Alzheimerovy nemoci. Objevuje se v době, kdy ještě ostatní příznaky choroby nejsou klinicky vyvinuty. Je tedy zřejmé, že *poškození paměti ve vztahu k věku* nelze od raného stupně vývoje Alzheimerovy nemoci odlišit.

Nově byla vymezena *porucha kognitivních funkcí ve vztahu k věku*. Jde o postupný pokles úrovně výkonu, jenž postižené poškozuje v každodenním životě. Pokles trvá nejméně šest měsíců. Týká se kterékoli z pěti kognitivních funkcí: paměti a učení, pozornosti a soustředění, myšlení, jazyka a vizuospeciálních funkcí (tj. schopnosti řešit prostorové úlohy ve zrkové doméně). Věková hranice 50 let padla, syndrom se tedy týká i mladších lidí. Vztah této nově vymezované poruchy k vývoji demence není znám. Rovněž není známo, jak poruchu ovlivňují genetické, pohlavní, rodinné a kulturní vlivy. Vztah této poruchy k anatomickým změnám v mozku rovněž není znám.

Psychiatrické syndromy

Jak už v předcházejícím textu bylo naznačeno, problematika depresí ve vztahu k demencím je velmi závažnou otázkou. Pro lékaře platí pravidlo: mylná diagnóza může být rozsudkem smrti. Pro nelékařské odborníky to znamená zásadní změnu v přístupu ke klientovi (deprese × demence). Deprese simulující demenci se vyskytuje ve velkých souborech dementních lidí s četností přibližně 4–7 % případů (Koukolík, Jirák, 1999, str. 22).

Deprese je po zubním kazu druhým nejčastějším lidským onemocněním. Deprese se diagnostikují nedostatečně, nebo se nediodagnostikují. Zvláště u starých lidí je nutná diagnostická ostražitost. Americká společnost pro otázky deprese (NDMDA) v roce 1996 konstatovala, že alespoň jednou v životě depresí onemocní 15 % mužů a 24 % žen. Věk, v němž se objevuje první epizoda deprese, v porovnání s minulostí klesá. Zjistilo se, že v průběhu osmdesátých let nejméně třetina pacientů stížených velkou depresí lékaře vůbec nenavštívila. V souladu s moderním poznáním byla léčena pouze desetina nemocných.

Část nemocných vůbec nerozliší, že trpí depresí. Svě obtíže považují za onemocnění jiného druhu, např. za onemocnění trávicího ústrojí, nebo jen za přechodnou únavu či bolest hlavy.

Na epizodu deprese je nutné myslet, jestliže postižený, popř. jeho blízcí uvedou, že v průběhu alespoň dvou týdnů se současně vyskytovalo pět nebo více níže uvedených příznaků, jestliže tyto příznaky znamenají změnu vůči předchozímu dlouhodobému stavu a jestliže přinejmenším jedním z nich je buď depresivní nálada nebo ztráta zájmu či radosti ze života. Mezi příznaky patří:

- Denně, nebo téměř denně se projevuje smutná nálada, o níž vypráví buď nemocný (cítím se smutný, prázdňý) nebo jeho doprovod (pozoruje plačtivost).

- Výrazné snížení zájmu nebo snížení pocitu radosti z jakékoli denní činnosti, o němž opět mluví postižený nebo jeho blízcí.
- Pokles nebo naopak vzestup chuti k jídlu (nebo pokles hmotnosti, aniž by pacient držel dietu, nebo její vzrůst, počítá se změna 5 % vůči výchozí hodnotě).
- Nespavost nebo naopak nápadná spavost.
- Psychomotorický neklid nebo naopak útlum, který pozorují klientovi blízcí. Subjektivní pocit neklidu nestačí.
- Únava nebo pocit ztráty energie.
- Pocit bezcennosti nebo nepřiměřený či krajní pocit viny.
- Pokles schopnosti soustředit se nebo schopnosti myslet, nerozhodnost.
- Opakující se myšlenky na smrt, opakované sebevražedné myšlenky, bez konkrétního plánu, jak sebevraždu spáchat. Sebevražedný pokus nebo konkrétní plán, jak sebevraždu provést.

Uvedené příznaky jsou příčinou klientova značného utrpení, nebo ho poškozují společensky, v zaměstnání či v jiné oblasti činnosti.

Problematiku depresí rozebíráme v tomto textu podrobněji, než by bylo vhodné vzhledem k tématu. Domníváme se však, že se jedná o problémy, které lze užít i ve speciálně pedagogické praxi (v práci s postiženými jedinci) a v pedagogické oblasti vůbec (učitel jako primární *diagnostik* problémů). Vraťme se nyní k naší problematice demencí.

Z výčtu charakteristik deprese je zřejmé, jak obtížné může být rozlišení deprese, demence a popř. hypotyreózy. Vztah demence a deprese je mnohočetný, neboť existuje:

- velká deprese bez demence,
- deprese doprovázená příznaky demence (*depressivní demence*)
- degenerativní demence bez deprese
- degenerativní demence doprovázená příznaky deprese
- náhodný společný výskyt degenerativní demence a deprese

Odborná literatura užívá ještě termínu *depressivní pseudodemence*. Užívá se v případě, kdy se u pacienta stíženého depresí začnou výsledky měření kognitivních funkcí pohybovat v pásmu demence.

Delirium

Delirium je akutní, přechodnou, celkovou poruchou poznávacích funkcí a pozornosti. Demence se liší tím, že je chronická a progresivní.

Delirium se u starých lidí vyskytuje často. Společný výskyt deliria a demence je rovněž častý.

Diagnostická a statistická příručka Americké psychiatrické společnosti (DSM IV), jejíž kritéria se ve světové literatuře užívají více než kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), definuje delirium takto:

...poruchu vědomí doprovázenou změnou poznávacích funkcí, kterou nelze lépe vysvětlit preexistující demencí nebo vývojem demence. Porucha se vyvíjí rychle, obvykle během hodin a dnů. V průběhu dne je její hloubka kolísavá. Z anamnézy, fyzikálního a laboratorního vyšetření vyplývá, že stav je přímým funkčním důsledkem celkového postižení organismu nějakou (tělesnou) chorobou, intoxikace drogou, odnětí látky, na které je klient chemicky závislý, vlivu léčiv, toxinů nebo kombinace těchto vlivů.

V následujícím přehledu uvedeme faktory rozlišení demence od deliria (adaptováno podle Hama, 1997):

Delirium:

- Náhlý přesně vymežitelný nástup, stanovitelný k přesnému datu.
- Akutní onemocnění, obvykle trvající dny až týdny, zřídka déle než 1 měsíc.
- Časná dezorientace.
- Proměny každým okamžikem, hodinu od hodiny, v průběhu jednoho dne.
- Výrazné fyziologické změny.
- Zastřené a narušené vědomí, jehož úroveň kolísá.
- Nápadně krátký interval pozornosti.
- Narušení cyklu spánku a bdění, měnící se hodinu od hodiny.
- Výrazné psychomotorické změny (hyperaktivní nebo hypoaktivní).

Demence:

- Postupný nástup, jehož začátek nelze datovat.
- Chronická nemoc s charakteristickou progresí během let.
- Dezorientace později v průběhu nemoci, často po měsících až letech.
- Mnohem větší stabilita v řádu dní (pokud se nepřidá delirium).
- Méně významné fyziologické změny.
- S výjimkou terminálního stádia vědomí nezkalené.
- Udržení pozornosti není charakteristicky redukováno.
- Narušení cyklu spánku a bdění, s převrácením dne a noci.
- Psychomotorické změny charakteristicky pozdní (pokud se nevyvine deprese).

Amnestický syndrom

Amnestický syndrom se s demencí rovněž často zaměňuje. V naší zemi bývá příznakem Wernickeho-Korsakovovy encefalopatie. Ta je důsledkem chronické závislosti na alkoholu, nicméně odborníci konstatují, že častěji jde o důsledek hypovitaminózy B1.

Ostatní onemocnění

Rovněž ostatní onemocnění, u nichž je přechod do demence nejistý, jejichž příkladem je progresivní prozopagnozie, progresivní apraxie, progresivní agnozie a progresivní afázie a Diogenův syndrom, charakterizuje nápadný pokles úrovně chování a sociální úrovně starého člověka, jenž se do té doby choval zcela přiměřeně. Velmi nápadné bývá zanedbávání péče o vlastní osobu, špína a bídný vzhled. Přibližně polovina těchto lidí trpí demencí, chronickým alkoholismem nebo schizofrenií, u druhé poloviny se však psychiatrický důvod pro tento stav nenalezne. Někteří autoři mají zato, že může jít o vyústění předcházející poruchy osobnosti. Soudí se, že někteří staří lidé tímto způsobem mohou odpovědět na psychosociální stres podmíněný hmotnou bídou.

3.3 Epidemiologie syndromu demence

Syndrom demence je jedním z nejčastějších onemocnění vůbec. Alzheimerova nemoc, která je v průmyslově rozvinutých zemích jeho nejčastější příčinou, se v těchto zemích považuje za čtvrté až páté nejčastější základní onemocnění vedoucí ke smrti. Následuje za chorobami srdečními a cévními, zhoubnými nádory, úrazy a otravami.

Základní epidemiologické údaje o demencích souhrnně i o jejich jednotlivých příčinách se stejně jako u jiných epidemiologicky sledovaných chorob popisují v pojmech incidence a prevalence. Incidence se definuje jako počet nových případů onemocnění zjištěných v nějakém časovém období v populaci, u níž existuje riziko, že choroba propukne. Prevalence je počet případů nemoci v celé zkoumané populaci.

Epidemiologické studie zkoumající incidenci a prevalenci syndromu demence jsou dosud z valné části metodicky zatížené. Často syndrom demence etiologicky nerozlišují nebo rozlišují *primární degenerativní demenci* (obvykle Alzheimerovu nemoc) a demence cévní. Jindy se sice specializují na epidemiologii jednotlivých onemocnění, která demenci způsobí, např. na Alzheimerovu nemoc, nicméně podíl histologicky ověřených případů je nevelký. Je nutné mít na mysli, že bez histologického ověření je ve všech souborech vyšetřovaných před nedávným zavedením standardizovaných mezinárodně doporučených diagnostických kritérií dosti výrazný podíl falešně pozitivních a falešně negativních diagnóz. Mnohé studie rovněž nerozlišují hloubku demence.

Incidence syndromu demence v různých prospektivně sledovaných souborech lidí starších 65 a více let kolísá kolem přibližně 10 případů na 1 000 lidí za rok. V souborech lidí starých 75 a více let je u žen přibližně 20 případů na 1 000 žen za rok, u mužů přibližně 12 případů na 1000 mužů za rok. V souborech lidí starých 85

a více let se pohybuje incidence syndromu demence kolem 90 případů na 1 000 lidí za rok (muži asi 60/1 000/rok, ženy asi 100/1 000/rok).

Prevalence demencí, jak dokázala metaanalýza velkého počtu studií provedených v letech 1945–1985, se počínaje 62,5 rokem věku, kdy je 0,7 % každých pět let zdvojuje – o pět let později je tedy dementních 1,4 % populace, o deset let později 2,8 %, o patnáct let později 5,6 % a ve věku kolem 82,5 let přibližně 11 % populace, ve věku kolem 88 let asi 20 %, po devadesátém roce věku více než 40 % populace.

Těmto výsledkům odpovídá zjištění nedávné Rotterdamské studie. V jejím průběhu bylo vyšetřeno 7 528 lidí ve věku 55–106 let. Celková prevalence demencí byla zjištěna ve výši 6,3 %. Prudce rostla s věkem od 0,4 % ve věkové skupině 55–59 let, do 43,2 % ve věkové skupině 95 a více roků (Koukolík, 1998, str. 52–53).

3.4 Klasifikace demencí

V odborné literatuře lze najít několik klasifikačních schémat. V Evropě je rozšířené schéma Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10. revize), která se používá převážně v medicínské praxi.

Častěji než schéma Mezinárodní klasifikace nemocí se však v odborné literatuře užívá schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti (DMS IV.)

Pro potřeby ne-lékařské odborné komunity je velmi praktické užívat Švédské schéma (Swedish Consensus on Dementia and Dementia diseases). Do třídění demencí totiž vnáší topografické, patofyziologické a neuropsychiatrické hledisko.

Demence lze podle tohoto třídění rozdělit dle příčiny do 3 základních skupin:

1. **Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence**

- Alzheimerova choroba (nejčastější demence vůbec).
- Korová nemoc s Lewyho tělísky (je pokládána za variantu Alzheimerovy choroby).
- Demence při Parkinsonově chorobě.
- Huntingtonova chorea (geneticky podmíněné onemocnění, projevující se kromě demence také neurologickými příznaky).
- Pickova choroba.
- Další vzácně se vyskytující demence.

- #### 2. **Ischemicko-vaskulární demence**, které jsou způsobeny kombinací faktorů, které vedou k nedostatečnému prokrvení a okysličení mozkové tkáně a ke snížení mozkové látkové přeměny. Mezi tyto faktory náleží především cévní poruchy – uzávěry mozkových tepen způsobené cévními trombózami, které pak

vedou k mozkovým infarktům, nebo zvýšená srážlivost krve. Do této skupina demencí řadíme:

- Multiinfarktová demence (vzniká na podkladě mnohočetných infarktů mozkové kůry).
 - Vaskulární demence s náhlým začátkem (vzniká na podkladě infarktu mozku v mozkových oblastech strategicky významných pro paměť), jinak má stejný obraz a další průběh jako multiinfarktová demence.
 - Binswangerova choroba (jsou postiženy hlavně podkorové mozkové oblasti – vzniká především na podkladě vysokého krevního tlaku).
 - Další vzácné typy vaskulárních demencí.
3. **Symptomatické (sekundární) demence**, které jsou způsobeny řadou různých nemocí, úrazů, intoxikací a lze sem zařadit následující demence:
- Demence infekčního původu (např. progresivní paralýza vznikající na podkladě luetického onemocnění nebo demence při AIDS).
 - Demence působené nekonvenčními infekčními činiteli – priony (Creutzfeldtova-Jakobova choroba a další, také bovinní spongiformní encefalopatie – nemoc šílených krav).
 - Poúrazové demence.
 - Demence při mozkových nádorech.
 - Tzv. paraneoplastické demence, vznikající při nádorových onemocněních i mimo oblast mozku.
 - Demence na podkladě intoxikací, většinou chronických (alkoholová demence, demence při chronickém zneužívání drog apod.).
 - Metabolicky podmíněné demence (demence při selhávání jater nebo ledvin).
 - Demence při poruchách žláz s vnitřní sekrecí.
 - Demence při nedostatku některých vitamínů (např. pelagra, vznikající při nedostatku niacinu).
 - Demence na podkladě hydrocefalu s normálním tlakem mozkomíšního moku (vznikají např. na primárním podkladě úrazů mozku nebo mozkových zánětů).
 - Některé další vzácné demence (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998, str. 10–12).

3.5 Stadia demence

K určení hloubky demence byla vypracována řada stupnic. Dostatečně podrobná, reprodukovatelná a přesná je sedmičlenná stupnice Reisbergovy skupiny z roku 1982.

1. Bez postižení kognitivních funkcí (žádné stížnosti na paměť, v průběhu rozhovoru nejsou zřejmé paměťové poruchy).

2. Počínající postižení kognitivních funkcí – klient si stěžuje na poruchy paměti zejména v následujících směrech:
 - zapomíná, kam odložil běžně užívané předměty,
 - zapomíná jména lidí, které znal.

V průběhu pohovoru nejsou zřejmé poruchy paměti. V osobním ani v profesionálním životě nejsou nápadné poruchy.
3. Lehké postižení kognitivních funkcí – objeví se funkční poruchy, a to ve více než v jedné z následujících domén:
 - jakmile se postižený nalézá v místě, které neznal, bývá zmatený,
 - spolupracovníci si všimají poklesu výkonu,
 - okolí klienta si všimne poruchy paměti pro jména a obtíží při hledání slov,
 - z předneseného textu nebo knihy si pamatuje velmi málo podrobností,
 - klient si špatně pamatuje jména lidí, s nimiž se poprvé setkal,
 - ztrácí cenné předměty, popř. zapomíná, kam je uložil,
 - v průběhu klinického testování je zřejmá porucha soustředění.
4. Středně těžké postižení kognitivních funkcí – jsou zřejmé jasné poruchy v těchto oblastech:
 - povědomí o současném a minulém dění se zužuje,
 - v anamnestickém vyprávění se objevují paměťové poruchy,
 - poruchy soustředění při počítání z hlavy (při odečítání),
 - objevují se poruchy orientace v čase,
 - poruchy znovupoznávání známých lidí,
 - dezorientace ve známém prostředí,
 - poruchy v každodenní péči o sebe sama.
5. Pokročilé postižení kognitivních funkcí – bez jistého stupně pomoci není pacient schopen samostatného života, dochází k dezorientaci v čase. Pamatuje si své jméno, jméno životního partnera, svých dětí. Při jídle nepotřebuje pomoc, zvládne cestu na toaletu.
6. Těžké postižení kognitivních funkcí – klient si nevybavuje jména nejbližších osob, o důležitých okamžicích svého života neví skoro nic. Při každodenní péči potřebuje pomoc, může být inkontinentní. Objevuje se úzkost, bludy, neklid, útočné chování proti cizím lidem, abulie apod.
7. Velmi těžké postižení kognitivních funkcí – vyhasnou všechny řečové funkce, pacient vydává pouze zvuky, je inkontinentní, není schopen chůze.

Vedle výše prezentované stupnice sestavil v roce 1982 Hughes a kol. mezinárodně používanou stupnici snad ještě rozsáhleji používanou než je stupnice Reisbergerova.

Je založena na vyšetření paměti, orientace, úsudku a řešení problémů, zvládání společenských záležitostí. Zkoumá také osobní zájmy, koníčky a úroveň osobní péče. Hughesova stupnice je pětistupňová:

Stupeň 0 – zdraví:

Paměť není porušena nebo jsou malé nekonstantní výpadky. Klient je plně orientován, dobře řeší každodenní problémy, je sociálně nezávislý, plně schopen o sebe pečovat, osobní život beze změn.

Stupeň 0,5 – podezření na demenci:

Objevuje se trvalá lehká zapomnětlivost, pacient plně orientován, vyskytují se první problémy spjaté s rozhodnutím o rozdílech a podobnostech. Pacient o sebe plně pečuje. Osobní život lehce dotčen.

Stupeň 1 – lehká demence:

Postižený zapomíná čerstvé události, objevují se poruchy orientace v čase, projeví se obtíže s řešením složitějších problémů, sociální úsudek je zachovalý, péče o sebe oslabená, vyžaduje povzbuzení.

Stupeň 2 – střední demence:

Nové informace zapomíná postižený velmi rychle, je dezorientován v čase i místě, není schopen samostatné činnosti mimo domov, zachovává si jednoduché (velmi omezené) zájmy, potřebuje pomoc s oblékáním a hygienou.

Stupeň 3 – těžká demence:

Z paměti zůstávají jen fragmenty, nemocný není schopen řešit žádné problémy, usuzovat ani pobývat mimo domov. Potřebuje pomáhat s oblékáním, kontrolovat osobní hygienu, častá je inkontinence.

Zjednodušená prezentace stádií demence je rovněž podávána v odborné literatuře. Ta demence podle symptomatologie rozděluje do tří stádií:

■ Mírná demence

Je patrný pokles paměti, který je na obtíž při běžných denních činnostech, ale je možný soběstačný život. Postižení si hůře zapamatovávají nové paměťové obsahy, ztrácejí věci.

■ Středně těžká demence

Paměť je porušena natolik, že to interferuje se schopností soběstačnosti. Postižení nejsou schopni vykonávat smysluplnou činnost, paměť je porušena ve všech složkách.

■ Těžká demence

Postižení jsou plně odkázáni na péči okolí, nejsou schopni ani základní denní rutiny. Mají velmi těžké poruchy paměti ve všech složkách.

3.6 Atroficko-degenerativní demence

Alzheimerova choroba

Vývoj pojmu Alzheimerova choroba byl dlouhý, složitý a stále pokračuje. Senilní demenci dobře poznávali odborníci již v první polovině minulého století. Alois Alzheimer, mnichovský neuropatolog, v r. 1907 popsal histologický nález v mozku paní Auguste D., která zemřela s diagnózou těžké demence po čtyřletém průběhu nemoci ve věku 51 roků. Spíše než Alzheimer sám považovali jeho spolupracovníci histologický nález za natolik odlišný od běžné senilní demence, že prosadili pojem Alzheimerovy nemoci. Přibližně od poloviny sedmdesátých let se začal prosazovat pojem **Alzheimerova nemoc** pro obě její tehdy rozlišené podoby – **presenilní i senilní**.

Onemocnění se vyvíjí plíživě, rozlišení prvních příznaků onemocnění není jednoduché. Není totiž jasné, jak dlouho se vyvíjí preklinické stadium nemoci. Histologické studie nasvědčují možnosti, že je to nejméně několik let, může to být ale i několik desítek let.

Prvním příznakem, který zpočátku rozlišuje pacient nebo jeho okolí, bývá porucha paměti. Projevuje se zapomínáním běžných každodenních událostí. Pacient si nevybaví, co měl k obědu, kam chtěl jít, co chtěl nakoupit, kde byl na nákupu, koho potkal, co četl v novinách, zda je měl vůbec v ruce.

Přidává se porucha jazyka. Řeč je sice plynulá, nicméně je obsahově prázdná, význam slovních spojení je nutno hledat, klient sám často hledá slova. Objevují se factické poruchy – afázie, např. sensorická afázie = neschopnost porozumět slyšenému při dobře zachovalém sluchu. Motorická (expresivní) afázie = neschopnost tvorby srozumitelné řeči při neporušených mluvidlech. Lehčí formy afázie se označují jako parafázie, projevují se např. komolením slov nebo nesprávnou větnou skladbou.

Obdobně vznikají různé druhy apraxie (neschopnost provádět naučené úkony, např. odemkat a zamykat klíčem), alexie (neschopnost porozumět čtenému textu), agrafie (neschopnost psát), akalkulie (neschopnost počítat), astereognózie (neschopnost rozeznat pravou a levou stranu) a další.

Poměrně často dochází také k poruchám sexuálních funkcí. Obvyklý je výrazný pokles potence i libida (zájmu o sexuální život), avšak někdy může dojít naopak ke zvýšenému, až nežádoucímu zájmu o sexualitu. Výjimečně se mohou objevit i projevy sexuálně deviantního jednání u člověka, který se dříve nikdy deviantně nechoval, např. postižený začne sexuálně obtěžovat malá děvčátka.

Chování nemocných je na rozdíl od jiných typů demence sociálně dobře únosné. Mluví se o dobré sociální fasádě. Postupem doby začnou nemocní bloudit, nenalézají cestu domů, zapomínají, jak se jde do míst, která navštěvovali desítky let, např. na poštu, do obchodu. V průběhu dalšího vývoje přibývají u většiny nemocných poruchy chování projevující se neklidem a blouděním a přidávají se paranoidní bludy a halucinace.

Alzheimerova nemoc obvykle **probíhá 3 až 8 let**. Muži na tuto chorobu umírají dříve než ženy. Věk, v němž choroba propukne, její průběh podle některých autorů neovlivňuje, existuje však i opačný názor. Rychlejší vývoj demence a častější úmrtí se zaznamenává u lidí stížených těžšími stupni afázie. Část pacientů v průběhu choroby hubne (ztráta hmotnosti souvisí se změnami v hypotalamu). V pokročilé fázi onemocnění klesá schopnost pacientů komunikovat s okolím. Nemocní bývají apatičtí, přestávají poznávat přátele i příbuzné. Nakonec přijdou i o schopnost udržet oční kontakt s lidmi, kteří o ně pečují. Nejsou s to udržet se vsedě, jsou inkontinentní a němí. Musí být krmeni. Přestávají postupně poznávat i své nejbližší osoby.

Pacienti trpící Alzheimerovou chorobou umírají nejčastěji na nějaké tzv. interkurentní (zároveň se vyskytující, komplikující) onemocnění, jako jsou např. plicní záněty nebo následky úrazů. Stejně staří lidé, netrpící Alzheimerovou chorobou, by většinou těmto chorobám nepodlehli. Alzheimerova choroba výrazně snižuje obratnost, autosanační procesy, adaptivitu.

Diagnóza Alzheimerovy nemoci vychází z uvedených klinických příznaků a vývoje onemocnění. Zakládá se na mezinárodně doporučených a užívaných kritériích, které rozlišují diagnózu pravděpodobné, možné a jisté Alzheimerovy nemoci. Definitivní **diagnóza Alzheimerovy nemoci je diagnóza histologická**, pravděpodobná diagnóza se uvádí u onemocnění s typickými klinickými příznaky a možná diagnóza Alzheimerovy nemoci se uvádí v případech s atypickými příznaky nebo v případech kombinovaných dalšími současně probíhajícími systémovými chorobami.

Alzheimerova choroba se také někdy vyskytuje familiárně – nemocí trpí několik blízkých pokrevních příbuzných. Tento výskyt, kde se choroba manifestuje zpravidla dosti časně, je však vzácný.

Neustále jsou hledány tzv. **rizikové faktory výskytu Alzheimerovy nemoci**. Mezi ně patří výskyt Alzheimerovy nemoci u blízkých pokrevních příbuzných, **výskyt Downova syndromu, vyšší věk matky při narození dítěte a genetické faktory**.

Mechanismus vzniku Alzheimerovy choroby

V průběhu klinicky normálního stárnutí klesá jak hmotnost, tak objem mozku. Pokles se projevuje zvláště po pětapadesátém roce věku. Ve věku 77–100 let je hmotnost mozku v průměru o 18 % nižší než je jeho hmotnost ve věku 20–49 let.

Rovněž u Alzheimerovy choroby zjišťujeme mozkovou atrofií, tj. úbytek mozkové tkáně, který se může projevit tím, že je mozková kůra ztenčená, je rozšířen dutý systém mozku (mozkové komory). Zánik mozkových buněk je selektivní, nejvíce postihuje nervové buňky tzv. cholinergního systému – tento systém je velmi důležitý mj. pro mechanismus paměti.

U pacientů s Alzheimerovou nemocí lze mikroskopicky zjistit v mozcích uloženiny tzv. beta-amyloidu. Tato bílkovina tvoří krystalická jádra tzv. Alzheimerovských plaků – ložisek v mozkové kůře, kde dochází k odumírání nervových buněk. V nervových buňkách dochází k další závažné změně – dochází k přeměně bílkoviny, která se nazývá TAU protein, a vznikají tzv. tangles – neuronální uzlíčky. Takto postižené nervové buňky pak zanikají.

Kromě těchto změn je popsána celá řada poruch a degenerativních dějů v mozku, které většinou nejsou specifické pouze pro Alzheimerovu chorobu. Tak např.:

- Dochází ke snížení látkové přeměny, především oxidace glukózy v různých oblastech mozku.
- Na neurodegenerativních dějích se významně podílejí tzv. volné kyslíkové radikály, které u této choroby vznikají ve větším množství, než je organismus schopen zlikvidovat.
- Je nedostatek tzv. nervových růstových faktorů, mozkových hormonů, které ovlivňují mozkové reparační procesy.
- Dochází ke vzniku sterilních zánětlivých změn, kdy se nadměrně uvolňují látky cytokiny, které pak poškozují nervové buňky.
- Dochází ke zvýšenému otvírání tzv. kalciových kanálů, ke zvýšenému vstupu kalcia do nervových buněk a jejich následnému působení tzv. excitačních aminokyselin – glutamátu a aspartátu, které jinak fungují jako neurotransmitery – přenašeče nervového vzruchu.

Genetika Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je heterogenní onemocnění. Rozlišují se dvě základní podoby: rané formy a forma pozdní. Rané formy začínají ve věku do 60 let a probíhají šest až osm let. Forma pozdní začíná ve věku nad 60 let a její průběh je obvykle delší, často více než deset let.

Rané formy Alzheimerovy nemoci jsou podmíněny mutacemi na chromozomu 21, chromozomu 14 a chromozomu 1.

Pozdní forma nemoci má souvislost s genem na 19. chromozomu. Nově byla zjištěna pravděpodobná souvislost pozdní formy nemoci a aberace na chromozomu 12.

Vznikne-li aberace na 21. chromozomu (výskyt tří místo dvou chromozomů), hovoříme o trizomii chromozomu 21 a stav se označuje jako Downův syndrom. Tato trizomie chromozomu 21 je důsledkem poškození redukčního dělení při vzniku mateřského vajíčka. Prakticky všichni jedinci s Downovým syndromem, kteří se

dožijí více než 35 let, mají v mozku změny charakterizující Alzheimerovu nemoc. Neuropatologické změny typické pro Alzheimerovu chorobu jsou v mozcích starších jedinců s Downovým syndromem stejné jako při Alzheimerově nemoci bez Downova syndromu.

Zbývá však množství pacientů, u kterých uvedené genetické změny nebyly zjištěny. Uvažuje se o polygenním podmínění (různé složky jsou zakódovány na různých genech) umožnění penetrační schopnosti projevení se zakódovaných změn (četnost Alzheimerovy choroby roste s věkem). Uvažuje se např. o působení opakovaného stresu, alumina, různých infekcí a řadě dalších faktorů, avšak zde se někdy pohybujeme v oblasti hypotéz (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998, str. 20).

Demence s Lewyho tělísky

Demence s Lewyho tělísky je prozatímní označení, které má řadu synonym:

korová nemoc s Lewyho tělísky, varianta Alzheimerovy nemoci s Lewyho tělísky, senilní demence s Lewyho tělísky, senilní demence Lewyho typu apod.

Jedná se o typ demence, kdy se v mozku nalézají jak Lewyho tělíčka, tak senilní plaky a neuronální klubka.

V průmyslově vyspělých zemích jde o druhou nejčastější příčinu vzniku demence po Alzheimerově nemoci. Výskyt Lewyho tělísek je příčinou 15–25 % všech demencí.

Demence s Lewyho tělísky je progresivní onemocnění, které postihuje obě poloviny ve vyšším věku. Nejnápadnějším příznakem je kolísající postižení kognitivních funkcí, které zasahuje obvykle paměť, ale i jazyk a řeč, praxi a usuzování. Kolísání klinického obrazu je nápadné. Období zmatenosti bývají střídána obdobími, kdy jsou postižení orientovaní, pak může následovat delirantní stav. Kolísání úrovně kognitivních funkcí se projevuje jak v každodenním životě, tak v průběhu testování.

Demence s Lewyho tělísky se diagnostikuje tehdy, když ke kolísavému poklesu kognitivní úrovně pacienta přibude nejméně jeden z následujících příznaků:

- zrakové nebo sluchové halucinace (mohou se vyskytovat společně), doprovázené paranoidními bludy,
- mírné extrapyramidové příznaky, např. ztuhlost nebo třes, nápadná a někdy nebezpečná negativní reakce na obvyklé dávky léčiv,
- opakované a nevysvětlitelné pády nebo přechodné zastření či ztráta vědomí.

Na rozdíl od deliria přitom klinické příznaky, bez ohledu na délku trvání, přetrvávají dlouhodobě, to znamená někdy i měsíce. Onemocnění graduje často rychle do stadia hluboké demence.

Histologický nález v mozku je typický: **Lewyho tělíčka v neuronech**. Počet senilních plaků a neuronálních klubek je poněkud menší než u typické Alzheimerovy nemoci (Koukolík, Jirák, 1999, str. 65–67).

Demence při Parkinsonově chorobě

Výskyt demence v průběhu idiopatické Parkinsonovy nemoci (IPN) je odhadován různě. Nejčastější a nejpodloženější odhady mluví o deseti procentech nemocných. Jestliže se příznaky IPN objevují po sedmdesátém roce věku, je riziko vývoje demence až trojnásobně vyšší, než objeví-li se u pacientů mladších. Z toho plyne, že i u IPN roste výskyt demence s věkem.

Výskyt deprese se v různých souborech nemocných s IPN uvádí od 10 % do 90 % nemocných. Nejčastěji se udává, že deprese postihuje přibližně třetinu pacientů s IPN.

Demence při IPN je méně výrazná a méně hluboká než při Alzheimerově nemoci. Na rozdíl od Alzheimerovy nemoci součástí demence při IPN nejsou poruchy řeči, nepočítáme-li dysartrii, ani větší porucha jazyka. Klienti jsou většinou zapomnětliví, než aby šlo o vyslovenou amnézii neboli úplný výpadek paměti. Jejich poznávání je spíš poškozené a zpomalené než zničené, jako je tomu při Alzheimerově nemoci. Pacienti jsou *zpomalení*, hůře řeší problémy a jsou apatičtí.

Příčina demence při IPN není dobře známa. Pravděpodobně jde o syndrom. U některých nemocných se IPN kombinuje s Alzheimerovou nemocí, u dalších s vaskulární demencí. U některých autorů sílí přesvědčení, že případy dosud diagnostikované jako IPN s demencí jsou ve skutečnosti korovou nemocí s Lewyho tělísky (Aarsland, Tandberg, Larsen, Cummings, 1996, str. 540).

Demence při IPN má znaky **subkortikální demence**. Na jejím vzniku se podílejí víc subkortikální struktury než mozková kůra. Tento pojem je dobrý pro odlišení **kortikální demence**, jejímž představitelem je Alzheimerova nemoc. Jedná se však o nepřesné odborné označení, neboť v obou případech jsou postiženy funkční systémy mozku, které mají jak korové, tak podkorové složky.

Demence při Huntingtonově nemoci

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

Demence se při Huntingtonově nemoci vyskytuje v průběhu onemocnění, která začínají ve vyšším věku. Má klasické rysy demence subkortikální. Diagnostika, poradenství a terapie Huntingtonovy nemoci jsou úkolem specializovaných středisek (Koukolík, Jirák, 1999, str. 77).

Frontotemporální demence

Frontotemporální demence (FTD) jsou skupinou chorob, které se objevují nejčastěji v šestém decenniu. Začátek je plíživý, vývoj je pomalý. Nejtypičtějšími skupinami klinických příznaků jsou poruchy chování, afektivity a řeči.

V raném stadiu choroby začnou pacienti zanedbávat osobní hygienu. K tomu přibudou poruchy sociálního chování – nemocní začnou být beztaktní, hrubí, někdy se dopouští drobných krádeží. Jindy se v jejich chování projeví násilné prvky nebo netlumená sexualita. Mohou nepřiměřeně vtípkovat. Bývají neklidní pohybově. Přecházejí sem tam, své pohyby opakují. Někdy začnou hromadit předměty. Postupně přibývá duševní rigidita, nejsou schopni změnit jakýkoliv mechanický návyk. Někteří z nich se začnou přejídat, jiní nadměrně kouřit nebo pít alkohol. Protože k tomu zkoumají předměty ústy, mluví se o **hyperorálním chování**. Přitom jsou snadno rozptýlitelní a impulzivní. Nejsou schopni u něčeho vydržet. Náhled na skutečnost, že jsou nemocní, brzy ztrácejí.

S poruchami chování se druzí poruchy afektivity. Pacienti bývají depresivní. Někdy jsou nápadně sentimentální. Mohou se vyskytnout myšlenky na sebevraždu. Popisují se prchavé bludy. Někdy jsou postižení nápadně hypochondričtí. Charakteristická bývá citová lhostejnost a chlad. Jestliže byli schopni empatie nebo sympatie, pak o tuto schopnost přicházejí. Poměrně často se objevuje inkontinence, později se omezují pohyby až k akinezii, pacienti zhubnou, může se objevit třes. Ve prospěch FTD svědčí pozitivní rodinná anamnéza. Stejně onemocnění se často vyskytuje u pacientových příbuzných, kteří s ním byli v prvním stupni příbuzenství, dále začátek před 65. rokem věku, diagnózu rovněž podporují příznaky poškození motorického neuronu – například svalová slabost.

Proti diagnóze FTD svědčí náhlý začátek souvisící s akutní cévní mozkovou příhodou, poranění hlavy, které má časovou souvislost, časná těžká amnézie a prostorová dezorientace (která svědčí ve prospěch Alzheimerovy choroby), časná těžká apraxie. Jestliže je v anamnéze chronický alkoholismus, pak je pravděpodobnější, že se jedná o alkoholickou demenci než o FTD.

Podkladem FTD jsou tři druhy chorob:

- Nespecifická degenerace čelního mozkového laloku.
- Pickova choroba.
- Poškození čelního mozkového laloku.

Pickově nemoci a nespecifické degeneraci čelního laloku je do jisté míry klinicky i neurohistologicky blízké vzácné neurologické, pravděpodobně rovněž heterogenní onemocnění, pojmenované kortikobazální degenerace. Nápadným klinickým příznakem této choroby bývá **syndrom odcizené ruky**. Paže a ruka těchto nemocných se vymknou volní kontrole, hmatají po předmětech, ruší pacienta v činnosti. Dalšími příznaky bývají akinezie, rigidita.

Někteří autoři jsou přesvědčeni, že FTD, Pickova nemoc a kortikobazální degenerace jsou částmi jednoho kontinua, jiní s tímto názorem nesouhlasí (Kertesz, 1997, str. 1 427–1 429, Neary, 1997, str. 1 425–1 427).

Progresivní supranukleární obrna

Progresivní supranukleární obrna (PSO) je poměrně vzácné, u nás téměř nedia-
gnostikované onemocnění (výskyt asi 1,4 případů na 100 tisíc lidí).

Choroba začíná obvykle po čtyřicátém roce věku. Její průběh je progresivní. Fa-
miliární výskyt je vzácný, ale existuje. Pacienti jsou bradykinetičtí (zpomalení) jak
pohybově, tak v oblasti kognitivních funkcí. Typickým příznakem je supranukleární
obrna, která se projevuje tím, že klient není schopen volně stočit oční bulby při po-
hledu dolů o více než 15 stupňů od střední osy.

Tento příznak se musí kombinovat alespoň se třemi z následujících změn: **poru-
cha artikulace, porucha polykání, ztuhlost osového svalstva trupu**, která je větší
než ztuhlost svalstva končetin, třes chybí nebo je jen nepatrný, šíje je v extenzi. V ra-
ném vývojovém stadiu choroby se objevují poruchy chůze nebo časté pády, mohou
být přítomny pyramidové příznaky.

Nemocní přežívají od prvních příznaků průměrně šest let, rozptyl délky přežití
je však velký. Nemoc se obvykle považuje za atypickou Parkinsonovu chorobu. De-
mence u PSO, pokud se vyskytuje, má známky subkortikální demence.

Proti diagnóze svědčí časně mozečkové příznaky, nevysvětlitelná polyneuropatie,
poruchy vegetativního nervstva.

Histologický obraz je proměnlivý. PSO od Parkinsonovy choroby odlišuje insta-
bilní chůze a nepřítomnost tremoru. Supranukleární obrna pohledu, porucha chůze
a nepřítomnost bludů a halucinací odlišují toto onemocnění od korové demence
s Lewyho tělísky.

3.7 Vaskulární demence

Lze předpokládat, že všichni čtenáři se setkali s pojmy mozková skleróza, skleróza
mozkových tepen, arterioskleróza mozkových tepen, sklerotický pacient a podobně.
Všechny tyto pojmy mají vyjádřit přesvědčení, že pacientovy kognitivní a popř.
další poruchy jsou důsledkem cévního poškození mozku. Vaskulární demence,
demence z cévních důvodů jsou druhou nejčastěji se vyskytující skupinou demencí
v průmyslově rozvinutých zemích. Protože jsou vaskulární demence časté, mohou
se kombinovat s obvykle ještě častější Alzheimerovou nemocí. Pak se mluví o smí-
šené demenci.

Rovněž vaskulární demence se rozlišují podobně jako diagnóza Alzheimerovy
nemoci podle stupně jistoty na diagnózu pravděpodobnou, možnou a jistou neboli
definitivní.

Binswangerova nemoc

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

Počátky onemocnění se obvykle kladou do druhé poloviny šestého decennia, v naprosté většině choroba začíná mezi 50.–70. rokem. Střední doba trvání nemoci je kolem pěti let, ale také jen několik měsíců, i dvě desetiletí. Obě pohlaví jsou postižena se stejnou četností. Choroba se sama nezastavuje, postupuje krok za krokem. Nemocní často umírají na druhotné komplikace, např. na bronchopneumonii.

Uvádí se, že přibližně u dvou třetin je začátek plíživý, u zbytku náhlý, protože rozvoj nemoci naváže na akutní cévní mozkovou příhodu.

Vedoucím příznakem je vývoj demence, pokles inteligenčního kvocientu se zjišťuje na počátku vývoje choroby u plných dvou třetin nemocných. Podobně časté jsou poruchy paměti. Nápadné bývá kolísání nálady, která je někdy depresivní, jindy nepřiměřeně rozjařená.

Přibližně polovinu nemocných postihuje nápadná porucha chůze, která je šouravá, malými krůčky. Každého druhého až čtvrtého pacienta postihne kromě toho močová inkontinence.

K popsané symptomatologii přibývají ložiskové příznaky cévního poškození mozku: hemiparéza, akineze, ztuhlost, změny v reflexech, řečové poruchy.

Multiinfarktová demence

Multiinfarktová demence (MID) je pojem, který v roce 1974 vytvořili Hachinsky, Lassenn a Marshall (1974, str. 207–210). Za příčinu vaskulární demence považovali mnoho malých a velkých mozkových infarktů. Předpokládali, že demence vznikne při infarzaci 100 ml mozkové tkáně, byli si však vědomi, že kognitivní poruchy mohou začít i při infarzaci 50 ml mozkové tkáně. Teprve další práce objasnily, že k těžkým kognitivním poruchám může dojít i při infarzaci podstatně menšího objemu tehdy, jestliže je strategicky umístěná – např. postihuje-li dolní část temenního laloku.

V etiologii a patogenezi multiinfarktové demence se asi u dvou třetin nemocných objevuje hypertenze, u poloviny pacientů srdeční onemocnění, které je zdrojem drobné embolizace do mozku, dále kouření cigaret, cukrovka, vysoká hladina krevních lipidů. U pětiny pacientů se v anamnéze najde nadměrné pití alkoholu.

3.8 Symptomatické (sekundární) demence

Mezi symptomatické demence řadíme některé infekční demence (prionová onemocnění, demence při AIDS a další infekční demence) a reverzibilní demence, které označují skupinu demencí, jejichž vývoj je možné zastavit, popřípadě i zvrátit a skupinu demencí, jejichž vzniku lze preventivními opatřeními předejít.

Prionová onemocnění

Prionovým onemocněním neboli přenosným spongiformním encefalopatiím by bylo možné pro jejich vzácnost věnovat jen krátký odstavec, pokud by nepřetrvávala nejistota, zda se jedno z nich, nová varianta Creutzfeldtova-Jakobovy nemoci (CJN), může nebo nemůže šířit epidemicky. Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, jejich představitel, postihuje jednoho člověka z milionu.

Prion je agens přenosných spongiformních encefalopatií. Pojem je odvozen z anglického *proteinaceous infectious particle*. S ohledem na velký počet nejasností spojených s otázkami, jak se priony přenášejí, jak se množí, jakým způsobem poškozují, jak překonávají mezidruhové bariéry, znamená pojem prion po dohodě odborníků v současnosti pouze tu skutečnost, že jeho základní součástí je protein.

Priony způsobují u lidí Creutzfeldtovu-Jakobovu nemoc, která má několik podob, dále velmi vzácný Gerstmannův-Sträusslerův-Scheinkerův syndrom, podobně velmi vzácnou fatální familiární insomnií a kuru, což je prionové onemocnění novoguinejského národa Fore, které je dnes již na ústupu.

Objevuje se i nová varianta CJN, u níž jsou dobré důvody pro teorii, podle níž priony překonaly mezidruhovou bariéru mezi hovězími dobyt看em a lidmi. Právě u této podoby CJN existuje základní nejistota, zda se začne či nezačne projevovat epidemicky, a pokud začne, kolik bude postižených. Nová varianta CJN je s vysokou pravděpodobností bovinní spongiformní encefalopatie, která se přenesla na lidi.

Zvířecí přenosné spongiformní encefalopatie jsou:

- Scrapie ovcí a koz, která je známa již z 18. století a postihuje geneticky vnímavá zvířata.
- Bovinní spongiformní encefalopatie, známější pod novinářským označením „nemoc šílených krav“, jež se stala tragédií pro anglický dobytkařský průmysl. Epidemii způsobila infekce krmivem kontaminovaným priony, které se do něj dostaly užitím složek z nuceně poražených ovcí nemocných scrapii.
- Kromě toho priony postihují norky a některá exotická zvířata v anglických zoologických zahradách, kde se rovněž předpokládá přenos prionů z kontaminovaného krmiva, a některé druhy spárkaté zvěře v amerických lesích, kde je přenos neznámý (Koukolík, 1998, str. 228).

Sporadická CJN je neuropsychiatrické onemocnění, které nejčastěji začíná mezi 50.–70. rokem života. Uvádí se, že postihuje asi jednoho člověka z milionu, ve

městech se vyskytuje častěji než na venkově, nicméně s ohledem na diagnostické obtíže může být její skutečný výskyt podstatně vyšší. Onemocnění se vyvíjí plíživě, je progresivní, u většiny nemocných skončí v průběhu jednoho roku od prvních příznaků smrtí. Klasickou diagnostickou příznakovou triádu tvoří demence, myoklonus a charakteristické změny EEG záznamu. Absentují-li dva posledně uváděné příznaky, je diagnóza CJN nepravděpodobná. Ve prospěch diagnózy CJN svědčí kromě uvedených příznaků rychlost průběhu nemoci a rané zrakové poruchy.

Nová varianta CJN se od klasické sporadické varianty odlišuje klinicky i anatomicky. Onemocnění postihuje podstatně mladší lidi, v průměrném věku 29 let (zatím v rozmezí 16–41 let). Raným příznakem bývají poruchy chování, pro které se nemocní dostanou k psychiatrovi. Progresivní demence se vyvíjí až později. EEG záznam je abnormální, ale nemá charakteristické znaky záznamu klasické CJN. Nová varianta CJN trvá v průměru o něco déle než sporadická CJN. Neurohistologický nález se do značné míry podobá nálezu v mozcích novoguinejských domorodců, kteří zemřeli na kuru, a nálezu v mozcích ovcí stížených scrapii. Je možné, že nová varianta CJN postihuje jen geneticky vnímavé jedince.

V současnosti vykládají přenos prionových infekcí dvě základní teorie:

- Zatím převládající směr tvrdí, že onemocnění podmiňuje prostorová proměna, neboli konformace, která z molekuly normálního benigního prionu vytvoří prion maligní, který blíže neznámým kaskádovým mechanismem promění místní normální priony na priony patologické. Čemu slouží priony fyziologicky, není známo.
- Zatím menšinový směr dokazuje, že jde o infekci blíže neznámým atypickým virem (Collinge ed al., 1996, str. 687).

Demence při AIDS

Infekce virem lidské imunodeficiency a následné onemocnění AIDS se staly pandemií.

Podle zpráv Světové zdravotnické organizace virus HIV denně infikuje 16 tisíc lidí ve světě. 90 % jich žije v rozvojovém světě. Předpokládá se, že na celém světě je několik desítek milionů infikovaných lidí. Onemocnění AIDS se stalo nejčastější příčinou demence ve středním věku.

Počet prostitujících obojího pohlaví i narkomanů sdílející společné injekční jehly je v naší zemi vysoký. Způsob, jakým se v ČR provádí hygienický a protiepidemický dohled nad uvedenou chorobou, je nedostatečný. Bez souhlasu pacienta nelze odebrat krev na vyšetření HIV. Jsou chráněna jeho práva. I z toho důvodu je nutné počítat s možností vývoje epidemie i na našem území.

Současná kritéria diagnózy demence vázané na infekci HIV vypracovala Světová zdravotnická organizace. Kritéria říkají, že pacient je demenční ve vztahu k uvedené infekci, jestliže:

- A. Jeho stav naplňuje obecná kritéria demence podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. decenální revize, přičemž:
- Porucha paměti nemusí být natolik závažná, aby poškozovala každodenní aktivity.
 - Součástí onemocnění je poškození motoriky, které se ověřuje klinickým vyšetřením (abnormální chůze, zpomalení rychlých pohybů, porucha koordinace pohybů končetin, hyperreflexie, svalová hypertonie nebo slabost).
 - Příznaky trvají nejméně jeden měsíc.
 - Afázie, agnozie a apraxie jsou vzácné.
- B. Laboratorně se prokáže infekce HIV.
- C. Z anamnézy, laboratorního či klinického vyšetření nesmí vyplynout jiný důvod příznaků.

Infekci HIV nemusí doprovázet zřejmá demence, ale soubor méně význačných příznaků. Světová zdravotnická organizace jej pojmenovala **menší poruchy kognitivních funkcí a motoriky vázané na infekci HIV**. Diagnostikují se, jestliže:

- A. Existuje důkaz přinejmenším jednoho příznaku subjektivní poruchy kognitivních funkcí přetrvávající více než jeden měsíc:
- Porucha paměti.
 - Porucha soustředění.
 - Mentální zpomalení.
 - Apatie.
- B. Existují poruchy zjištěné při vyšetření (zpomalení jemné motoriky, abnormální reflexy, testování pozornosti, rychlosti zpracování informace, motorické rychlosti).
- C. Klient je schopen výkonu všech činností v zaměstnání nebo denních aktivit s výjimkou těch nejnáročnějších. Sociální aktivita je lehce porušena, lehce narušen pracovní výkon, jedinec v zaměstnání zůstává. Klient je schopen běžných sociálních kontaktů, dochází pouze k příležitostným poruchám.
- D. Laboratorní průkaz HIV.
- E. Příznaky se nedají vyložit jinými důvody, je nutné vyloučit depresi, příznaky nemají mít vztah k intravenóznímu užívání drog.

Přibližně 10 % případů AIDS postihuje lidi starší 50 a více let. Infekce bývá důsledkem transfuze infikované krve nebo jejich derivátů a homosexuálního a heterosexuálního kontaktu (WHO, 1990, WHO, 1993).

Další infekční demence

Do kategorie dalších infekčních demencí lze zařadit syfilis. Na nový nárůst tohoto onemocnění upozorňují jak polské, tak naše výzkumné práce. Výskyt souvisí se stejnými jevy, které byly uvedeny v kapitole o AIDS. Uvádí se, že syfilis v průběhu AIDS nabývá zvláště maligní formu.

Některá maligní nádorová onemocnění (plicní karcinom) může doprovázet postižení mozku. Příkladem je limbická encefalitida, která se může projevit již v době, kdy je nádor malý a bez generalizace. V průběhu onemocnění se objevují poruchy paměti, podrážděnost, neklid, poruchy spánku, nejistota chůze, dezorientace, poruchy pozornosti, zpomalení, změny nálady a afektu i změny osobnosti.

Reverzibilní demence

Odhady prevalence reverzibilních demencí kolísají. Nejčastěji se pohybují kolem 10%, častý údaj je však i 30%. Na opačném konci rozptylu stojí údaj 1%. Míra rozptylu je dána především šířkou obecné definice reverzibilních demencí. Reverzibilní demence jsou širokou a pestrou skupinou stavů a chorob. Každý odborník v této oblasti by na ně měl pomýšlet v každé situaci. Jejich znalost může znamenat zlepšení stavu klienta, jejich neznalost mívá opačné vyústění.

Nejčastější skupiny demencí, jejichž vzniku se dá do jisté míry zabránit nebo jsou v nějakém stupni reverzibilní, jsou dle velmi přibližného pořadí výskytu a závažnosti uvedeny níže. V praxi se tyto příčiny zejména u starších lidí zcela běžně kombinují.

Běžné příčiny reverzibilní demence, jejichž první tři až čtyři skupiny se více či méně často kombinují, jsou:

- Deprese.
- Poruchy látkové výměny a vnitřního prostředí (opakované hypoglykemie, poruchy metabolismu vody a minerálů, selhání jater, dialyzační encefalopatie, hyperlipidemie).
- Exogenní intoxikace (léky, alkohol, drogy, průmyslové jedy).
- Cévní postižení (infekční vaskulitidy, arteriosklerotické poruchy).
- Encefalitidy (infekční a ostatní).
- Nitrolební expanze.
- Hydrocefalus.
- Poruchy žláz s vnitřní sekrecí (štítná žláza, příštítná tělíska, nadledvinky).
- Chronická hypoxemie.
- Nedostatek vitaminů B12, B1, B6, vitaminu E.
- Epilepsie.

Z přehledu plyne, že s některými druhy těchto demencí se čtenář již výše setkal (např. s cévními demencemi, nebo demencemi při AIDS a syfilis).

1. Demence při poruchách látkové výměny

Opakované hypoglykemické stavy u neukázněných, špatně léčených nebo dekompenzovaných diabetiků způsobují ložiskové poškození zejména mozkové kůry. Vzniká nekróza a výsledkem je různě složitý a různě těžký syndrom včetně těžké demence. Pacienti a občas i lékaři podceňují význam opakovaných hypoglykemických stavů.

Těžká demence může být důsledkem i několikaminutové anoxemie podmíněné srdeční zástavou z jakéhokoli důvodu.

Poruchy metabolismu vody a minerálů jsou snad nejčastější příčinou přechodných poruch kognitivních funkcí, zejména u starších nemocných.

Hepatální encefalopatie je důsledkem jaterního selhání. Laboratorní vyšetření prokáže zvýšenou hladinu amoniaku a nemocní trpí různě hlubokou poruchou vědomí.

Hyperlipidemie může při dlouhodobém průběhu také být vzácnou příčinou demence.

2. Léky a jedy, které mohou způsobit syndrom demence

Jestliže se všem lidem doporučuje, aby si pečlivě přečetli doprovodný letáček k lékům, má to svůj důvod. Počet různých druhů léků, které mohou způsobit poruchu kognitivních funkcí, je nepřehledný. Totéž platí i o průmyslových jedech. Jejich vzájemné účinky se mohou vzájemně potencovat při kombinacích zejména u lidí dehydratovaných, pacientů se špatným stavem výživy, diabetiků nebo alkoholiků. Staří lidé odpovídají na stejné dávky léků jinak než lidé mladší.

Níže uvedený přehled není vyčerpávající. Jeho smyslem je upozornění:

- Léky: analgetika, antihypertenziva, atropin a příbuzné látky, barbituráty, léky obsahující rtuť, lithium, haloperidol, orální antidiabetika, steroidy, antidepresiva, léky obsahující vizmut.
- Průmyslové jedy a kovy: anorganická rtuť, arzén, cín, etalenglykol, hliník, mangan, metanol, olovo, oxid uhelnatý, insekticidy, sirouhlík, perchloretylen, tetrachlor, thalium, toluen, trichloretylen, zlato.

3. Demence a alkohol

Závislost na alkoholu může vést ke čtyřem odlišným onemocněním mozku:

Wernickeho-Korsakovově syndromu, vzácné nemoci Marchiafovova-Bignamiho, málo a přitom často mylně diagnostikované pelagrové encefalopatii a k druhotné hepatocerebrální encefalopatii.

- Wernickeho-Korsakovův syndrom je důsledkem nedostatku vitamínu B1, thiaminu. U alkoholiků je tedy sekundárním onemocněním, protože jen někteří alkoholici trpí nedostatkem tohoto vitamínu. Na druhé straně poměrně běžně tento syndrom v klinické a subklinické podobě postihuje pacienty, kteří závislí na alkoholu nejsou, např. nemocné s generalizovanými nádory. U postižených je typická hluboká dezorientace, lhostejnost, nepozornost, amnézie doprovázená konfabulacemi. Syndrom v přibližně 80 % případů doprovází ataxie chůze. Jestliže akutní nástup syndromu doprovází jen kóma, hypotenze a hypotermie, nemoc končí smrtí, aniž by se stanovila diagnóza.
- Vzácná Marchiafiovova-Bignamiho nemoc byla původně popsána u italských pijáků červeného vína. Výzkumy v této oblasti však dokládají, že jde o stav postihující v mnoha dalších zemích pijáky, kteří požívají jiné druhy alkoholických nápojů. Nemoc se projevuje zmateností, astazií, abazií, mutismem a zvýšeným napětím končetinových svalů, které není doprovázeno křečemi.
- U alkoholiků se často nediagnostikuje sekundární pelagra, podmíněná nedostatkem niacinu. Při plně vyvinuté pelagře se příznaky popisují jako známá 3D: demence, diarea, dermatitida.
- Druhotná hepatocerebrální encefalopatie je dána poškozením mozku při chronickém selhávání jater.

Náhlé poškození kognitivních funkcí u lidí chronicky závislých na alkoholu může být příznakem mnoha velmi odlišných stavů. Kromě postižení mozku alkoholem je nutné uvažovat vždy infekci nebo tlak subdurálního hematomu.

Z uvedeného plyne, že na diagnózu alkoholové demence – bez ohledu na to, že toto onemocnění je zřejmě syndromem souvisle navazujícím na jiné druhy poškození mozku alkoholem, je možné pomýšlet tehdy, jsou-li naplněna obecná kritéria diagnózy demence, prokáže-li se příčinná souvislost s nadměrným užíváním alkoholu a jsou-li vyloučeny jiné příznaky demence.

4. Encefalitidy

Vzácnou, avšak závažnou příčinou poruchy kognitivních funkcí může být chronický mozkový absces.

Nehnisavé encefalitidy se v České republice vyskytují téměř všechny. Příčinou těžké smíšené poruchy kognitivních funkcí až demence bývá herpetická encefalitida. Je nekrotizující. Závažné neuropsychiatrické onemocnění někdy zanechává klíšřová encefalitida. Demence může být důsledkem maligně probíhající roztroušené mozkomíšni sklerózy (sklerosis multiplex), která je u nás onemocněním častým. Poruchy kognitivních funkcí mohou doprovázet terciární vývojovou fázi lymeské boreliózy.

5. Nitrolební expanze

Poruchu kognitivních funkcí může způsobit jakýkoli proces, který zmenšuje nitrolební prostor.

Meningeomy se projevují psychopatologickými příznaky asi ve 40 % případů. Demence je hlavním příznakem přibližně u čtvrtiny těchto pacientů. Objevuje se zejména tam, kde meningeom přímo nebo nepřímo stlačuje čelní mozkové laloky. Ani po úspěšné operaci nemusí být příznaky demence reverzibilní.

Mozkové nádory primární i metastatické mohou způsobovat vedle ložiskových neurologických příznaků demenci opět hlavně při postižení čelních a spánkových mozkových laloků. Demence je hlavním a primárním příznakem přibližně u sedmiiny mozkových nádorů.

Velmi záladnou příčinou plíživě, často nezvratně se vyvíjejících kognitivních poruch a demence, je v každém věku chronický subdurální hematom. U všech lidí s kognitivními poruchami ve všech věkových skupinách je nutné pátrat po úrazu hlavy a mozku v anamnéze vzdálené i mnoho měsíců.

6. Hydrocefalus

Poměrně častou, přibližně v polovině případů dobře léčitelnou příčinou demence je normotenzní hydrocefalus (Adamsův syndrom).

Protože je příčinou léčitelnou a úspěšný zásah může znamenat návrat kognitivních funkcí k normě, je nutné na toto onemocnění myslet a věnovat mu velkou pozornost.

Klasickou příznakovou trojicí tohoto onemocnění je demence s psychomotorickým zpomalením, poruchy chůze a inkontinence moči. Choroba začíná plíživě. Normotenzní hydrocefalus je syndrom. Může následovat po kraniocerebrálním poranění, krvácení, intrakraniálním chirurgickém zákroku, po meningoencefalitidě, cystě. U části nemocných se tato postižení neprokáží.

Syndrom VEGAS (ventricular enlargement with gait apraxia, zvětšení mozkových komor doprovázené apraxií chůze) je formou normotenzního hydrocefalu, který začíná poruchou chůze. Rizikovými faktory pro tuto formu jsou hypertenze, ischemická choroba srdeční a diabetes melitus.

Normotenzní hydrocefalus postihuje lidi v preseniu. V šestém a sedmém decenniu se však běžně vyskytuje také. Včasná operace znamená dobrou prognózu. Odhaduje se, že přibližně polovinu případů normotenzního hydrocefalu doprovází Binswangerova nemoc. V těchto případech bývá operace bez účinku.

7. Demence při avitaminózách

Projevy nedostatku vitamínu B1 a B6 jsme již zmínili v části o alkoholové demenci. Příznaky nedostatku vitamínu B12 jsou vysoce proměnlivé. Patří mezi ně

neuropatie, myelopatie, deprese a demence. V případě čerstvého, počínajícího výskytu kognitivních změn je nutné zjistit hladinu vitamínu B12 a neváhat s podáním i v případě zjištění hraniční hodnoty (medicínská záležitost).

Poruchy kognitivních funkcí může vzácně společně s neurologickými a dalšími příznaky způsobit nedostatečné množství kyseliny listové a vitamínu E.

8. Demence při poruchách činnosti žláz s vnitřní sekrecí

Hypotyreóza je časté a v nedostatečně vyvinutých podobách špatně diagnostikované onemocnění. Klasickými příznaky jsou apatie, psychomotorické zpomalení, zimomřivost, padání vlasů. Dlouhodobá hypofunkce může být příčinou plíživě vyvíjející se demence.

Hypertyreóza může mít u starých lidí atypickou podobu, kterou doprovází apatie. Úzkost, klidový třes, tachykardie a neklid chybí, objevuje se psychomotorické zpomalení až letargie.

Hypoparatyreóza se projevuje tetanií, epileptiformními stavy, bolestmi hlavy, městnáním na očním pozadí, svalovou slabostí. Jedním z příznaků může být demence.

Hyperparatyreóza může rovněž doprovázet demence. Při úpravě hladiny kalcia její příznaky zmizí.

Cushingovu nemoc někdy provázejí poruchy senzorických funkcí i poruchy funkcí kognitivních, ale demence, která by byla jejím důsledkem, známa není.

Addisonovu nemoc rovněž provázejí poruchy kognitivních funkcí.

9. Chronická hypoxemie

Častou příčinou poruch kognitivních funkcí je chronická hypoxemie a hyperkapnie, které doprovázejí těžší chronická plicní onemocnění a syndrom spánkové apnoe. Mohou se projevit příznaky nitrolební hypertenze, městnavými papilami na očním pozadí, třesem končetin.

Předmětem trvajících diskuse je otázka kardiální demence. Podle některých autorů je výskyt demence u lidí stížených chronickým srdečním selháváním vyšší než u lidí, kteří tímto onemocněním netrpí. Problém je, že lidé s chronickým srdečním selháváním častěji trpí drobnými a většími mozkovými embolizacemi. Lze tedy předpokládat, že se u nich vyskytuje některá podoba vaskulární demence.

10. Epilepsie a demence

V minulosti bývala demence u neléčených, špatně léčených nebo neléčitelných epileptiků nepřímým důsledkem opakovaných záchvatů. Patofyziologickým i anatomickým podkladem byla mozková anoxie, která vyústila do nezvratného poškození stejných oblastí, které poškozuje jakákoli anoxemie nebo hypoglykemie. Demenci

může předstírat hodiny i dny trvající kupení *petit-mal záchvatů* u dospívajících i dospělých lidí. Demence může být vzácnou komplikací dlouhodobé léčby epilepsie některými léky (Koukolík, Jirák, 1999, str. 87–98).

3.9 Shrnutí

Demence jsou choroby, u nichž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných tzv. poznávacích (kognitivních) funkcí od jejich původní úrovně a k druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí. Demence vznikají kdykoli po vytvoření základů poznávacích funkcí, tj. po 2.–4. roce života. Výskyt demence výrazně stoupá s věkem.

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

Mezi základní diagnostická kritéria patří:

- úbytek paměti, především ztížené zapamatování si nových paměťových obsahů, ale také zpomalené a nepřesné vybavování si starších a starých vzpomínek,
- pokles úsudku, myšlení, orientace v prostoru, logického uvažování, představitivosti,
- při demenci je dobře zachováno vědomí, i když přechodné kvalitativní poruchy vědomí – deliria mohou demenci komplikovat,
- vyskytují se poruchy emocí, hlavně emoční kontroly, poruchy motivace, změny sociálního chování, projevuje se emoční labilita, podrážděnost, apatie, hrubost ve společenském vystupování,
- uvedené příznaky se mají vyskytovat alespoň 6 měsíců, aby se mohla demence spolehlivě diagnostikovat.

Demence lze zhruba rozdělit do tří základních skupin:

- primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence,
- ischemicko-vaskulární demence,
- další symptomatické demence (infekční choroby, reverzibilní demence).

Existují některé choroby či poruchy, které mohou být s demencemi zaměněny, nebo alespoň na kratší dobu mohou demenci připomínat, a proto demence musí být od nich odlišeny:

- těžké deprese (někdy se hovoří o depresivní pseudodemenci),
- některé tzv. disociační – hysterické poruchy (v naší populaci vzácné),
- deliria – poruchy vědomí (deliria nejsou součástí demence, doprovázejí ji),
- mentální retardace (celoživotní poruchy intelektu a poznávacích funkcí).

Dle klinické symptomatologie jsou demence obvykle rozdělovány do 3 stádií:

- mírná demence (je patrný pokles paměti, který je na obtíž při běžných denních činnostech, ale je možný soběstačný život, postižení si hůře zapamatovávají nové paměťové obsahy, ztrácejí věci),
- středně těžká demence (paměť je porušena natolik, že to interferuje se schopností soběstačnosti, postižení nejsou schopni samostatně vykonávat smysluplnou činnost, paměť je porušena ve všech složkách),
- těžká demence (postižení jsou plně odkázáni na péči okolí, nejsou schopni ani základní denní rutiny, mají velmi těžké poruchy paměti ve všech složkách).

Alzheimerova choroba je nejčastěji se vyskytující demence vůbec. Představuje asi 50–60 % všech demencí. Ve věku 65 let trpí asi 5 % populace středním až těžkým stupněm demence. Alzheimerova choroba je čtvrtá až pátá nejčastější příčina všech úmrtí. Alzheimerova choroba velmi podstatně snižuje kvalitu života postižených. Mezi základní klinické rysy patří:

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

Časné zjištění nemocných s Alzheimerovou chorobou je důležité z několika důvodů:

- chrání klienty před nebezpečím, jež jim hrozí při běžné denní aktivitě (problémy při řízení motorového vozidla a pohybu venku, které mohou vzniknout na základě vizuálně-prostorových obtíží),
- poskytne rodině důvod, proč se nemocný chová abnormálně,
- umožní plánovat léčbu pacienta a budoucnost rodiny,
- umožní podání dostupné léčby nemocným s mírnou až středně závažnou Alzheimerovou chorobou,
- umožní zavedení vhodných socioedukativních opatření, které poskytnou podporu, péči a pomoc postiženým klientům.

4 Senioři z pohledu sociální patologie

Staří lidé jsou v mnoha ohledech ohroženi a znevýhodněni oproti mladším spoluobčanům. Ohroženost je vesměs nepřímou úměrná zdravotnímu a funkčnímu stavu, přímo úměrná osamělosti, resp. sociální izolaci, společenské necitlivosti a rozháranosti (anomický stav společnosti s nízkou mírou kontroly, relativizací hodnot, nízkou autoritou policejních orgánů).

Významnou oblastí zvýšené ohroženosti je osobní bezpečnost. Senioři jsou ohroženi jak neúmyslnými nehodami a úrazy (např. v dopravě či při pádech), tak úmyslnou násilnou a jinou trestnou činností.

Mezinárodní statistiky v řadě zemí naznačují zvyšující se počet zločinů páchaných na starých lidech. To činí oběťmi nejen bezprostředně postižené, ale mnohé starší občany, kteří se za takové situace obávají opouštět své domovy. Je třeba vynakládat úsilí, aby si bezpečnostní orgány i staří lidé byli více vědomi rozsahu a dopadu trestných činů páchaných na seniorech.

4.1 Starý člověk jako oběť trestné činnosti

Staří lidé, zvláště ve špatném zdravotním a funkčním stavu, jsou relativně snadnou obětí trestné činnosti, a to úměrně své osamělosti a společenské nevšímavosti.

Motivem může být majetkový prospěch (vzbuzovaný pověstmi o bohatých starých lidech shromažďujících majetek) či pouhá agresivita anomálních či deviantních pachatelů-agresorů. Zvláštním případem je sexuální agrese vůči starým ženám, která může být i projevem deviantního zaměření – gerontofilie.

Hodnocením obětí trestné činnosti, tím, jak ovlivnily spáchání a výsledek trestného činu a možnostmi jejich rehabilitace, se zabývá viktimologie.

Viktimnost je míra rizika konkrétního člověka či určité sociální skupiny, že se stane obětí trestné činnosti, resp. konkrétního trestného činu.

Viktimnost seniorů je dána především jejich menší schopností úniku i obrany, osamělosti, někdy odchýlným způsobem chování. Např. paranoidní rysy vystupňované podezíravostí či lakoty mohou vzbuzovat představy velkého majetku, bloudění a neobvyklé chování nemocných s těžší demencí mohou vyprovokovat agresora. Závažná je důvěřivost zvláště mnohých žen. Relativní bezbrannost je důvodem, proč se někteří senioři, stejně jako mladší invalidní osoby, stávají obětmi v počátečních fázích vývoje agresora – agrese často směřuje nejprve proti neživým objektům, pak proti zvířatům, slabším jedincům – dětem, seniorům, invalidním osobám – a teprve pak proti dospělým zdatným osobám. Bezbrannost je také důvodem, proč se trestné činnosti vůči určité části seniorů dopouštějí nejen pachatelé antisociální (trestná činnost bez ohledu na vhodnou příležitost), ale také asociální (cílevědomé využívání vhodných příležitostí)

a disociální (nahodilé využívání vhodných příležitostí, např. na návod party). Na druhé straně je strach seniorů z kriminality větší než odpovídá realitě.

Index viktimnosti je nepřesný, neboť nezahrnuje tzv. latentní (skrytou) kriminalitu, včetně různých forem rodinného násilí. Jde o činy, které oběť z různých důvodů neohlásí. Samostatným problémem je dlouhodobé, opakované týrání starých lidí.

Viktimizace je proces, jímž se z potencionální oběti stává skutečná oběť a také mechanismus, jímž vzniká oběti újma. K viktimizaci přispívají proměnné kriminogenní situace, např. místní a časové, také viktimnost oběti.

K prevenci trestné činnosti vůči starým lidem patří:

- Obecně navození mravné, občansky odpovědné atmosféry a společenské kontroly citlivé k problematice seniorů a jejich ohrožení.
- Osvěta, přiměřená popularizace rizika trestné činnosti vůči seniorům bez nadměrného vyvolávání neklidu (nepřiměřeného omezování sociálních aktivit, nevycházení z domu) a bez inspirování potenciálních pachatelů.
- Pozornost geriatrických terénních profesionálních služeb (sociálních i zdravotnických) i dobrovolnických aktivit věnovaných nejen sociálnímu zaopatření, ale také osobní bezpečnosti ohrožených osob (ve Velké Británii např. sousedské hlídky).
- Konkrétní poradenství (např. o signalizačních zařízeních, zabezpečení bytu apod.), které se může rozvíjet např. v rámci seniorských klubů a center.
- Situační prevence ovlivňující kriminogenní situace.

Seniorská problematika by měla být rovněž rozvíjena v rámci úsilí o pomoc obětem trestné činnosti (poradenství, překonání psychologických následků). Těmito aktivitami se zabývá v ČR např. Bílý kruh bezpečí.

4.2 Starý člověk jako pachatel trestné činnosti

Kriminální aktivita s věkem klesá, a to výrazněji u mužů než u žen. Zatímco u mužů ve věku nad 60 let klesá kriminální aktivita proti *průměrné hladině* 5–7x na 15–20 %, u žen 3–4x na 25–30 %. Kriminalita žen je podstatně nižší (dlouhodobě kolem 10 % známých pachatelů), ale udržuje se do vyššího věku, což je dáno i její povahou, odlišnou od kriminality mužské (Novotný, Zapletal, 1995, str. 34).

4.3 Týrání a zanedbávání starých lidí

V roce 1962 v návaznosti na Chartu práv dítěte OSN (OSN, 1959) byl v USA identifikován *syndrom týraného dítěte* pro obvykle mnohočetné projevy hrubého, zjevného poškození organismu a jeho funkcí, u nichž je třeba předpokládat nenáhodný,

záměrný vznik. Postupně byl zájem rozšířen z násilných činů na jakoukoli formu poškozování dětí a zaveden pojem *týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte*.

Problematika týrání či zanedbávání ve vztahu k seniorům vzbudily pozornost o více než 10 let později a jsou rozpracovány podstatně méně, i když jejich výskyt není nijak raritní. Např. v USA, Kanadě či Velké Británii je nevhodné zacházení předpokládáno minimálně u 3–6 % seniorů, odhad však pochopitelně závisí na vymezení pojmu. Přesto se této problematice věnuje 10x méně publikací, než témuž problému u dětí. I proto Rada Evropy doporučila toto téma jako prioritní pro výzkumné projekty. Údaje z české populace neexistují a české písemnictví je v této oblasti velmi chudé. Na rozdíl od dětské problematiky neexistují speciální konvence a není ani obecné shody o názvu: dosud nejčastějším označením je v angličtině *elder abuse* či *abuse of the elderly*, ojediněle *battered elder syndrome*. Je však obdobně dětské problematice patrné rozšiřování zájmu od problému aktivního týrání také na problém pasivního zanedbávání – *abuse and neglect of the elderly*.

Pojem *zanedbávání péče* je ještě problematičtější než v případech nezletilých dětí, majících vždy rodiče či jejich zákonné zástupce. Rozsah zodpovědnosti dětí vůči seniorům není jednoznačně stanoven (i když první náznaky jsou dány v Zákoně o rodině z roku 1998). Proto bývá někdy pro osamělé, nesoběstačné a nezabezpečené dospělé osoby užíván problematický termín *self-neglect* ve smyslu *zanedbání péče o sebe sama*.

Toto tápání je i projevem dvojakosti problému. Jde jednak o vyjádření vědomě či nevědomě škodlivého a (nebo) nedostatečného působení týrajících či zanedbávajících osob na seniora (tedy jakési hledisko viníka), jednak o identifikování vědomě či nevědomě poškozovaného, týraného, zanedbávaného seniora (hledisko oběti).

Je zjevné, že týrání, zneužívání a zanedbávání se obecně může týkat všech jedinců v závislém postavení. Nejen dětí a seniorů, ale i žen, osob duševně nemocných, invalidních, či mimořádně závislých z důvodů ekonomických, etnických i jiných, a to s pravděpodobností úměrnou jejich bezbrannosti, neschopnosti si stěžovat, izolovanosti a veřejné nechráněnosti (např. imigranti bez povolení k pobytu a k práci). Závažným rizikem jsou uzavřené komunity s vlastními zákony (sekty, etnické skupiny). Vesměs jde o projevy jednostranné, asymetrické agrese.

Formy týrání a zanedbávání starých lidí

Z hlediska trestního se týráním svěřené osoby, tedy osoby svěřené péči či výchově, zabývá ustanovení paragrafu 215 tr. zákona. Pachatelé je možno uložit trest odnětí svobody od šesti měsíců do tří let, za určitých okolností (brutalita, opakování, více postižených) od dvou do osmi let. Týráním je v soudní praxi rozuměno především *zlé nakládání se svěřenou osobou, vyznačující se vyšším stupněm hrubosti a bezcitnosti a určitou trvalostí, které poškozovaná osoba pocítí uje jako těžké příkoří*. Na roveň je postaveno opomenutí povinné péče.

1. **Tělesné týrání** je chápáno jako záměrné působení bolesti, záměrné zraňování, nebo záměrné odpírání základních životních potřeb. Jde nejen o bití, kopání, škracení, srážení k zemi inspirované sníženou stabilitou či o jiné agresivní výpady, ale také o rafinovanější vystavování chladu, zlovolné odpírání jídla, léků, ošetření apod. Časté může být i vědomé nezabránění hrozícímu poranění (vstup na náledí či jinou kluzkou plochu, na rozbité schodiště apod.), záměrné neodstranění těchto rizik (zimní posyp), neposkytnutí pomoci, tzv. pasivní agrese. Úmyslem může i nemusí být poranění či smrt týraného. Tělesné týrání vede k mnohočetným a opakovaným poraněním, podlitinám, oděrkám, zlomeninám, popáleninám, k podvýživě a k jiným zjevným obvykle neošetřeným poraněním různého stáří. Může jít o kriminální účelové jednání i o opakované důsledky afektu či přesunutě agrese (oběť je *potrestána* místo někoho jiného).
2. **Citové a psychické týrání** zahrnuje verbální (slovní) agresi, urážky, hrozby, zastrašování (např. záměrné volné pobíhání psů), ponižování, omezování autonomního rozhodování o sobě samém, snižování sebevědomí a sebeúcty. Ke specifickým projevům odmítání a zavrňování patří schvalování či prosazování věkově diskriminačních (ageistických) a segregáčnických tendencí, zdůrazňování involučních a chorobných změn, *nepotřebnosti, nadbytečnosti a obtížnosti* seniorů. Časté je vyhrožování přestěhováním, vystěhováním, a zvláště umístěním v zařízení ústavní péče. Jinou formou citového týrání může být likvidování či poškozování předmětů s emočním významem (památek), agrese proti zvířatům či rostlinám, omezování sociálních kontaktů, ale také opakované zlovolné bránění ve sledování oblíbených televizních či rozhlasových pořadů, nebo omezování pohybu (zákaz vycházení z vykázané místnosti). Mnohé účinné formy psychického týrání mohou být zálučně propracovány do sociálně přijatelných, a proto obtížně detekovatelných i postižitelných forem (socializovaná agrese).
3. **Sexuální zneužívání** je oproti pohlavnímu zneužívání v rámci dětského syndromu CAN záležitost podstatně méně častá, byť u žen nikoliv raritní (znásilnění, gerontofilní deviace).
4. **Finanční a majetkové zneužívání** je naopak neobvyklé v dětství, kdy přichází v úvahu jako zneužívání poručnických práv. U seniorů však zahrnuje časté případy vynucování změn závěti a jiných právních dokumentů, nevýhodné převody majetku včetně bytů, omezování vlastnických a uživatelských práv, vymáhání nepřiměřených plateb za služby (včetně vynucování úplatků za běžné úkony v rámci ústavní či zdravotní péče), neoprávněné nakládání s finančními prostředky včetně známého přisvojování si důchodu osob v dlouhodobé nemocniční péči apod.
5. **Zanedbání (opomenutí) péče** můžeme chápat jako selhání osoby zodpovědné za bezpečnost a za uspokojování přiměřených potřeb závislé osoby. U zletilých osob však bývá problémem, kdo je zodpovědnou osobou a v jakém rozsahu. U části případů lze formulovat, že zanedbání nastává, jestliže nesoběstačný člověk zůstává nezabezpečený, i když bylo možno oprávněně předpokládat, že

jeho přiměřené životní potřeby jsou zajišťovány osobami, s nimiž je v pravidelném kontaktu, především při bydlení ve společné domácnosti, nebo které se k péči smluvně zavázaly (různé formy domácí a ústavní ošetrovatelské péče či sociálních služeb, ale i ústní sousedské smlouvy). Pochopitelně čím závislejší je ošetřovaná osoba, tím menší opomenutí může vést k poškození. Důsledky a projevy zanedbání péče jsou totožné s nezabezpečeností osamělého nesoběstačného člověka (self-neglect). Tato nezabezpečenost a zanedbanost se manifestuje důsledky nevládnutí aktivit denního života. K typickým projevům patří poruchy výživy a hydratace (zavodnění), prochlazení, hrubé nedostatky v osobní hygieně a v oblečení, poranění z pádů, hnisavé kožní choroby, hnisající rány, dekubity (proleženiny), zavšivení či výrazná zanedbanost oděvu a příbytku. Obvyklá je sociální izolace, komunikační deprivace, úzkost, apatie a další psychopatologie.

6. **Systémové ponižování** (druhotné týrání, také sekundární viktimizace) je chápáno jako utrpení působené společenskými normami, institucemi, postupy a často přímo systémem, který byl založen na pomoc a ochranu postižených. U dětí jsou jako příklady uváděny neoprávněné oddělení od rodičů, špatná péče ve školách, denních zařízeních, domovech apod., upírání práva na informace či slyšení, trauma způsobené necitlivými a zbytečnými lékařskými prohlídkami či soudním systémem, nedostatečné úsilí, aby dítě mohlo žít ve své rodině apod. Jak patrně, mnohé situace jsou snadno aplikovatelné do života seniorů. Jde např. o upírání práva být slyšen a podílet se na rozhodování o sobě samém (autoritativní rozhodování pečovatелů zvláště v ústavní péči), rozhodování o podstatných záležitostech nejen bez souhlasu, ale často i bez přiměřeného informování seniorů (postupy v rámci zdravotnických služeb, přemísťování v rámci ústavní péče), nerespektování rozhodnutí pacientů (např. o rozsahu péče), nerozvinutí mechanismů usilujících o ochranu zájmů a práv dementních osob. Jinou formou je i nedostupnost či špatná kvalita služeb umožňujících osobám s poruchami soběstačnosti pobyt v obvyklém domácím prostředí či vytváření nepřirozeného prostředí v ústavech dlouhodobé péče. Běžným zdrojem ponižování se může stát nedůstojný mechanismus prokazování potřeby sociální pomoci zvláště při testovacím způsobu vyplácení dávek, uplatňovaném ve schématech tzv. reziduálního typu sociálního státu.
7. **Některé nežádoucí formy ošetřování** nezapadají do žádné z uvedených skupin (např. nevhodné či nadměrné podávání tlumivých psychofarmak). To podporuje návrhy na zavedení obecného souhrnného označení – nevhodné zacházení. Nevhodným zacházením jsou i všechny formy nepřiměřené profesionální péče. Nepřiměřenost je často systémová a může jí být např. jak nežádoucí *medicinalizace* péče (zanedbávání holistických principů, psychosociálních aspektů kvality života), tak nežádoucí *demedicinalizace* péče (upírání patientské role ošetrovatelsky náročným dlouhodobým pacientům). Jinou formou je zbavování se závislých členů rodin jejich *odkládáním* do nemocnic či odmítáním a komplikováním převzetí zpět do domácí péče.

Okolnosti týrání a zanedbávání starých lidí

Kromě skutkové podstaty je pro týrání a zanedbávání příznačná opakovanost, dlouhodobost, v případě druhotného ponižování systémovost daného jednání – z hlediska trestního však nemusí jít o soustavnost. Proto se o týrání a zanedbávání hovoří jako o chronické nemoci s jejími exacerbacemi a remisemi. Dlouhodobost je umožněna neschopností či neochotou postiženého dovolat se pomoci, nebo neúčinností nápravných opatření a ochranných společenských mechanismů.

Rizikové faktory týrání a zanedbávání se týkají jak oběti, tak průvodce. Jde o kriminogenní proměnné zvyšující viktimitnost – pravděpodobnost, že se daná osoba opravdu stane objektem týrání. Jejich přítomnost by měla u lékaře i ostatních zainteresovaných odborníků zvýšit úsilí o zachycení i jen frustrujících projevů týrání a zanedbávání, k nimž dochází nejčastěji v rodině (latentní kriminalita). Pozornost nesmí být soustředěna pouze na identifikování potenciálních agresorů, nýbrž především na ovlivnitelnost nebezpečných (kriminogenních) situací a poměrů, v nichž se rizikovní senioři nacházejí.

Mezi faktory zvyšující ohroženost týráním lze zařadit:

- Špatný funkční stav, ztráta soběstačnosti.
- Těžší porucha kognitivních, symbolických a komunikačních funkcí (syndrom demence, afázie).
- Celkově špatný zdravotní stav.
- Sociální izolace (osamělost, sekty, etnické komunity).
- Soužití s agresorem a závislost na něm.

Faktory zvyšující pravděpodobnost nežádoucího jednání jsou:

- Psychopatologie a psychopatie.
- Alkoholismus a drogová závislost.
- Nízká intelektová úroveň.
- Předchozí agresivní, asociální jednání.
- Materiální či bytová závislost na možné oběti.
- Diskriminační (ageistické) nálady ve společnosti.
- Nízká úroveň společenské kontroly nežádoucího jednání včetně ochrany práv a důstojnosti klientů dlouhodobé ústavní péče.
- Přetíženi a existenční problémy rodiny s poklesem její ochoty i jejích možností zajišťovat kvalitní péči.
- Nízká úroveň rozvoje terénních ošetrovatelských a sociálních služeb a jiných forem účinné pomoci rodině.
- Frustrace z povolání (syndrom *vyhoření*) u ošetrovatelského personálu.

Týrání, šikanování, zneužívání a zanedbávání osob nesoběstačných, obecně závislých, zranitelnějších, méně schopných obrany je patologií jak společenskou, tak

individuální. Její řešení je záležitostí interdisciplinární a multidisciplinární. Cílem jsou systémová, především preventivní opatření.

Diagnostika týrání a zanedbávání seniorů je nedostatečná a podceňovaná.

Podle zahraničních zkušeností jsou lékaři méně aktivní a identifikují méně případů než sociální pracovníci a jiní odborníci. Jedním z důvodů je netradičnost chápání těchto jevů jako medicínského problému. Z toho pramení netrénovanost a nezaměřenost na problematiku. Jiným důvodem je nechuť zaplétat se do choulostivých záležitostí, sporných obviňování a následných úředních jednání.

Anamnéza by se u osob zvýšeně ohrožených týráním a zanedbáváním neměla omezovat na pouhé zaznamenávání aktivních stesků pacienta a na základní všeobecné otázky v rámci sociální anamnézy. U rizikových osob a zvláště při konkrétním podezření je doporučováno, aby šetrným způsobem a v přijatelném rozsahu byly položeny i cílené otázky týkající se možného týrání a úrovně domácího zabezpečení. Doporučovány jsou např. otázky: Cítíte se doma bezpečně? Neublížíje vám někdo? Máte časté neshody se svými příbuznými či sousedy? Co se při takových neshodách děje? Můžete při neshodách vycházet ze svého pokoje? Nemusíte pak dlouho čekat na jídlo či na léky? Jak přesně došlo k těmto poraněním?

Otázky by měly být kladeny v soukromí, bez přítomnosti jiných osob. V případě podezřelých poranění by měl být na jejich původ dotázán pokud možno i předpokládaný původce, resp. člověk, s nímž postižený žije ve společné domácnosti. Rozpory při uvádění mechanismu úrazu posilují podezření na úmyslné poranění.

Objektivní nález je velmi důležitý i proto, že poruchy paměti a event. paranooidní rysy (stihomam) mohou výrazně ovlivnit údaje. Často se stává, že skutečné oběti týrání zapírají, disimulují, bojí se či stydí přiznat skutečnost. Naopak u mnohých aktivních stěžovatelů může jít o poranooidní projevy, účelové jednání apod.

Podezření na týrání a zanedbávání by měly vzbudit zvláště skutečnosti uvedené v následujícím přehledu (především pokud se vyskytují opakovaně či v kombinaci):

- Malnutrie (podvýživa), dehydratace, hypotermie.
- Mnohočetná poranění různého stáří a původu.
- Dlouhý interval mezi zhoršením zdravotního stavu a ošetřením.
- Časné rehospitalizace s dobrým efektem standardní léčby.
- Neochota rodiny převzít nemocného z nemocniční do domácí péče.
- Převoz nesoběstatečného pacienta k ošetření či hospitalizaci bez doprovodu.
- Podezření na podávání neindikovaných léků (např. na útlum navozených psychofarmaky).
- Úzkost, deprese, apatie.
- Kožní záněty, neošetřené defekty a rány, dekubity (proleženiny).
- Syndrom degradace, nízká osobní hygiena.
- Neudržované oblečení, zanedbaný, v zimě nevytápěný byt.

Při podezření na týrání či zanedbávání je nezbytné sociální šetření v místě bydliště, které však může dobře zastoupit důvěrná znalost prostředí z návštěvní služby praktického (rodinného) lékaře.

Týrání a zanedbávání v ústavní péči

Samostatným problémem je nebezpečný jev týrání v ústavní péči, zvláště dlouhodobé. V extrémních případech může docházet až k usmrcení pacientů či klientů (např. několikanásobná vražda v zařízení dlouhodobé péče před několika lety v Rakousku). Osamělí, závislí, často nepohybliví a demenční lidé jsou mimořádně bezbranní proti všem formám týrání a zanedbávání. Nejčastější projevy špatného zacházení v ústavech včetně nemocnic lze shrnout takto:

- Hrubé zacházení včetně bití a trestů za ošetrovatelské prohřešky (inkontinence – pomočování).
- Vystavování chladu, mytí studenou vodou.
- Násilně prováděná aktivizace.
- Nedostatečný příjem potravy a tekutin, jejich nízká kvalita.
- Nedostatečná ošetrovatelská péče, nepřiměřený rozvoj imobilizačního syndromu (důsledků upoutání na lůžku).
- Odpojování signalizačních zařízení.
- Nadměrné používání omezovacích pomůcek, močových katetrů, psychofarmak.
- Urážlivé jednání a ponižování.
- Nepřiměřené porušování soukromí, *kasárenský* režim.
- Nepřiměřené omezení rozhodovacích práv a autonomie.
- Nadměrné přemísťování.
- Zneužívání finančních prostředků a vymáhání neoprávněných plateb.
- Omezování sociálních kontaktů, sociální deprivace.
- Omezování duchovního života, nedostupnost církevních úkonů.
- Nadměrná institucionalizace umírání.

Jako zvláštní forma utrpení se v ústavech může vyskytovat i sociální deprivace v rámci izolované skupiny, vystupňovaná až do podoby ostrakismu: určitý jedinec je komunitou (v tomto případě spolupacienty, personálem) vyobcován (např. pro ošetrovatelské problémy, zlovyky, asocíální jednání), aniž by měl možnost odejít a navázat jiné kontakty. To vede k apatii, chátrání, tupému hledění do prázdna (*příznak dlouhého pohledu*).

Podle malé a ojedinělé studie z USA se 10 % personálu setkalo během posledního roku alespoň s jedním případem fyzického a 40 % alespoň s jedním případem psychického týrání pacientů. Na ochranu před těmito jevy byla v ošetrovatelských zařízeních USA ustavena v roce 1976 funkce *ombudsmana*, nezávislého ochránce práv, a v roce 1987 byla zavedena standardizace kvality péče v těchto zařízeních.

Možnosti řešení

Řešení případů týrání, a tím spíše zanedbávání je složitým problémem a úkolem pro multidisciplinární tým. V případě kriminálních činů je postup stanoven legislativně. V případě bezprostředního ohrožení seniora je nezbytné jeho okamžitě přemístění z rizikového prostředí. V takovém případě může být týrání a těžké zanedbání chápáno i jako indikace k akutnímu přijetí do nemocniční péče. Špatné zacházení v ústavní péči může být řešeno vedením ústavu či jeho kontrolními orgány. V ostatních případech je za základní krok považováno upřesnění, zda si postižený vůbec přeje změnu, a v záporném případě to, zda je schopen přiměřeného mentálního zhodnocení situace. Pokud postižený nabízenou pomoc akceptuje, mohou být učiněna např. následující opatření:

- Poučení postiženého o jeho právech, možnostech řešení a pomocných institucích.
- Zprostředkování kontaktu s těmito institucemi.
- Pomoc rodině včetně ošetrovatelského poradenství.
- Psychoterapie postiženého.
- Aktivizace sociální pomoci a místních úřadů.
- Aktivizace ošetrovatelských a sociálních služeb.
- Aktivizace občanských, především seniorských iniciativ.
- Dočasné přemístění týraného z rizikového prostředí.
- Zajištění dlouhodobé ústavní péče či změna jejího typu.

Kromě konkrétního řešení jednotlivých případů jsou nezbytná i systémová opatření k prevenci a nápravě týrání a zanedbávání seniorů ve společnosti včetně důsledné prevence systémového ponižování.

4.4 Starý člověk a bezpečnost silniční dopravy

Podle zásad a doporučení Mezinárodního plánu aktivit se staří lidé potýkají s mnohými problémy souvisejícími se silničním provozem a dopravou. Zvláště staří chodci se musí vypořádat s objektivním či subjektivně pocíťovaným ohrožením, které omezuje a limituje volnost jejich pobytu i aspirace na účast v životě společnosti. Dopravní poměry by měly být uzpůsobeny starým lidem, nikoliv naopak. Opatření by měla zahrnovat dopravní výchovu, omezení rychlosti, zvláště v obcích, dopravně bezpečné prostředí, bydlení i bezpečnou veřejnou dopravu.

Dopravní problematika je pro seniory významná z několika aspektů:

- Dostupnost různých aktivit, soběstačnost při zařizování osobních záležitostí a účast na životě společnosti (bezproblémové užívání veřejné dopravy, především s ohledem na seniory, dostatečná dopravní obslužnost, bezpečnost cestujících).

- Řízení motorového vozidla, mnohdy jako subjektivní potvrzení zdatnosti a svébytnosti.
- Bezpečnost pohybu seniorů – chodců (event. cyklistů) na veřejných komunikacích.

Zvláštní význam má dopravní nehodovost.

Senioři patří k nejzranitelnějším a nejrizikovějším účastníkům silničního provozu, a to ať se v dopravním prostředí pohybují jako chodci, cyklisté, jako řidiči motorových vozidel nebo cestující ve veřejných dopravních prostředcích.

I mezi řidiči stoupá zhruba po 65. roce věku riziko účasti na dopravní nehodě – i když nehodu sám nezpůsobí, nedokáže jí řidič-senior ani zabránit (pomalejší reakce, horší adaptace na oslnění, celkové chování v krizové situaci). Zanedbatelné není ani zapříčinění kolizní situace přehnaně opatrnou jízdou, bránící plynulosti a bezpečnosti provozu.

K zásadám bezpečného řízení ve vyšším věku patří např.:

- dostatečný odpočinek, přerušování delších jízd,
- vyhnout se jízdám za ztížených podmínek (snížená viditelnost, jízda v dopravních špičkách, jízda v koloně),
- pomalejší rychlost a větší odstup úměrně zpomalení reakční doby,
- kritičnost ke klesající schopnosti řízení vozidla.

Přes relativně nízký podíl řidičů vyššího věku na dopravních nehodách zůstává závažným problémem **adekvátní kontrola způsobilosti k řízení** motorových vozidel ve stáří. Stávající systém více méně formálních lékařských potvrzení (spíše než kontrol) je nedostatečný, eliminuje pouze extrémní projevy nezpůsobilosti.

Je varovné, že ve Velké Británii koncem 80. let prokázali, že aktivně řídí i lidé se středním stupněm demence, kteří občas či pravidelně bloudí. Z vyšetřovaného, byť malého souboru několika desítek nemocných se syndromem demence asi 80 % přestalo řídit průměrně 2,3 roku po manifestaci intelektových a paměťových změn a 20 % v době výzkumu dosud řídilo, průměrně 4,5 roku od manifestace choroby. Z tohoto souboru 15 % nemocných havarovalo.

Řešením by mohly být psychologické (spíše než lékařské) povinné prohlídky, což je však otázka kapacit, nákladů, tvrdé restrikce řidičů, kteří neuspějí náhodně či kteří reálně nejezdí, ale řidičské oprávnění zůstává součástí jejich image. Jde také o reálnou efektivnost. Situace se může v budoucnu změnit např. se zaváděním rychlejších vozů.

Adaptabilita řidičů-seniorů na technické novinky je závažný problém. Telematika, nové vybavení vozidel (navigační systémy, zařízení udržující bezpečný odstup mezi vozidly či upozorňující na chyby v technice jízdy) ulehčují řidiči práci, kladou

minimální nároky na technické znalosti při obsluze, ale generačně předstihují zkušenosti většiny seniorů. Mohou tak vyvolat strach z techniky i zmatené, konfliktní chování řidiče.

Britské studie uvádějí, že chodci ve věku 60–69 let mají 2x větší riziko usmrcení při dopravní nehodě než ve středním věku, v 8. deceniu je riziko vyšší 3x a po 80. roce života 4x.

V českých podmínkách bylo prokázáno, že lidé starší 60 let jsou na křižovatkách iniciátory vyššího počtu konfliktních situací než děti a lidé středního věku, a to zvláště tam, kde signální program křižovatky počítá s vyšší rychlostí chodce při přechodu a tam, kde je provozována tramvajová doprava (absolutně špatný odhad rychlosti, vzdálenosti a provozních možností, navíc horší pohyblivost).

Chování starých lidí v dopravním prostředí je negativně ovlivňováno především poruchami pohyblivosti, stability, smyslového vnímání a prodloužením reakční doby. Porušování dopravních předpisů bývá naopak méně časté než v mladším věku. K nejčastějším chybám patří:

- špatné vyhodnocení vzdálenosti a rychlosti přijíždějícího vozidla ve vztahu k vlastní pohyblivosti, podcenění rychlosti nových vozů,
- přecenění brzdných a manévrovacích možností řidičů, jejich pozornosti i ohleduplnosti (spoléhání se na *on mě vidí*),
- soustředěnost na překonávání bariéry při vstupu do vozovky (např. obrubník) bez registrování změny dopravní situace,
- pád či zavrácení při přecházení,
- podcenění tzv. mrtvého prostoru těsně před dopravním prostředkem (autobus, elektrická dráha), kam řidič nevidí,
- přehlédnutí vozidla při přecházení.

Dopravní prostředí nebývá přizpůsobeno potřebám seniorů, a to ani v místech, kde se frekventovaně pohybují (nemocnice, hřbitovy, veřejné instituce). K základním nedostatkům patří:

- vysoké obrubníky pro přecházení,
- příliš krátká doba pro přecházení křižovatky na světelnou signalizaci,
- vysoké rychlostní limity v rizikových zónách,
- agresivita a bezohlednost řidičů,
- konstrukce vozidel ve vztahu ke starším řidičům,
- častá poranění seniorů v prostředcích hromadné dopravy (pády ve vozidle, při nástupu a výstupu).

K řešení těchto problémů mohou přispívat i seniorská sdružení, bezbariérová dostupnost hromadné dopravy. Cyklisté senioři by měli preferovat stabilnější trojkolku. (Kalvach, 1997, str. 154–158).

4.5 Úrazy a pády ve stáří

Úrazy jsou častým a závažným postižením osob vyššího věku, především seniorů s poruchami mobility (pohyblivosti). Náhodné pády jsou nejčastější příčinou úrazů, včetně smrtelných. Na druhém místě jsou u smrtelných úrazů dopravní nehody chodců.

K pádům seniorů dochází především v prostorách, v nichž se nejděle zdržují, tedy v ústavním prostředí (nemocnice, domovy důchodců, penziony), a v domácnostech. Méně na ulici. Vzhledem k tomu, že častou příčinou opakovaných pádů je závravnost, že z úrazů, k nimž vedou, jsou nejčastější zlomeniny a ty jsou podmíněny poklesem kostní density (hutnosti), tzv. osteoporosou, hovoří se o **komplexním problému závratě – pády – zlomeniny – osteoporosa**.

Pády jsou specifickým a velmi závažným problémem stáří i geriatrické medicíny. Příčiny pádů jsou vnější, vnitřní a situační.

1. Vnější příčiny jsou závažné nejen svou frekvencí, ale také značnou odstranitelností. Patří k nim především:

- nevhodná, nestabilní obuv,
- kluzká podlaha (linolea, mokrá podlaha v koupelně, vana, námraza),
- prahy, malé koberečky, rohožky,
- přípojné elektrické kabely,
- neosvětlená schodiště, úzké schody.

Preventivní opatření:

- bezpečná, pevná, dobře nazutá obuv,
- protiskluzové podložky v koupelně, ve vaně,
- bezbariérové úpravy s odstraněním prahů,
- celoplošné koberce ode zdi ke zdi,
- úklid bez leštění podlah,
- dobré osvětlení, zvláště na schodištích,
- používání hole či jiných pomůcek pro nestabilní osoby,
- snadná aktivizace donáškové služby v období námraz a podobných kalamit.

2. Vnitřní příčiny jsou dány funkčním a zdravotním stavem. K hlavním patří:

- účinky léků (psychofarmaka, léky na spaní, léky snižující krevní tlak),
- alkohol,
- involuční porucha hlubokého čítí (propriocepce) včetně vnímání došlapu, svalového napětí apod.,
- poruchy mozkového prokrvení se závratěmi,
- poklesy krevního tlaku (zvláště v horizontální poloze – tzv. ortostatická hypotenze)
- poruchy krční páteře vedoucí k závratím,
- ochrnutí či těžké poruchy kloubů,

- poruchy zraku včetně prostorového vidění,
- stavy zmatenosti a neklidu,
- parkinsonismus (poruchy svalového napětí, třes, hypomimie),
- polyneuropatie.

Ovlivnění:

- nácvik postupného vstávání s vyčkáním vyrovnání krevního tlaku po postavení,
- omezení rizikových léků,
- některé odborné medicínské výkony,
- usnadnění chůze (opora, madla, bariéry).

3. K situačním příčinám můžeme přiřadit časté neopatrné provádění nepřiměřeně riskantních činností – práce ve výškách (úklid, česání ovoce) či vycházení při náledí u osob s porušenou stabilitou a mobilitou či se zvýšeným rizikem zlomenin. Důsledky pádů, zvláště opakovaných, jsou závažné:

- poranění – zlomeniny (horní část stehenní kosti, tzv. krček, předloktí, obratle),
- otřes mozku, nitrolební krvácení (subdurální hematom),
- opařeniny a popáleniny,
- nemožnost vstát (vstávání, zvláště z podlahy) s rizikem prochlazení,
- deprese, úzkost, omezování aktivit,
- ztráta soběstačnosti, mnohdy doživotní ústavní péče.

Možnosti snížení závažnosti pádů:

- chrániče na hýžděovou oblast u osob s opakovanými pády,
- instalace madel k usnadnění chůze i vstávání,
- signalizační zařízení k přivolání pomoci.

Není-li příčina závrativosti a pádů příčinně léčitelná a odstranitelná, je nejdůležitějším opatřením (kromě úpravy bytu a dalších uvedených postupů) pohybová rehabilitace stimulující vnitřní adaptační mechanismy udržující rovnováhu.

4.6 Teplotní poškození

Ve stáří dochází k poruchám regulace tělesné teploty (termoregulace). To zvyšuje riziko poškození organismu změnami zevní teploty.

Horká období (tropické letní dny) jsou provázena zvýšením úmrtnosti seniorů až o 50 %. Příčinou je především přestavba krevního oběhu s manifestací cévních chorob, případně dehydratace (odvodnění) při nedostatečném příjmu tekutin a další poruchy vnitřního prostředí.

Prevencí je nejen dostatečný příjem tekutin (neurčí-li lékař jinak, pak s podílem minerálních vod), ale také přiměřená ventilace v místnostech, kde se senioři zdržují.

Chladná období ohrožují zvláště seniory podchlazením (hypotermie). V zimním období zjišťují ve Velké Británii výskyt podchlazení (teplota v konečniku pod 36 stupňů Celsia) u 4 % osob ve věku nad 65 let přijímaných do nemocnic. V USA každoročně zemře na podchlazení několik set osob, především seniorského věku. Rizikové bývají nejen mrazivé dny, ale také počátek zimy, kdy někteří lidé na pokles teplot adekvátně nereagují. Ohroženi jsou především rizikovní senioři:

- ve špatném funkčním a zdravotním stavu,
- nesoběstační,
- s opakovanými pády,
- u nichž již dříve došlo k podchlazení,
- žijící osaměle, v nuzných poměrech, bezdomovci, nezabezpečení,
- s těžší formou syndromu demence,
- alkoholicí.

Klinický obraz není nápadný, pacienti nevnímají chlad, obvyklá je apatie. Hypotermie je závažným geriatrickým rizikem a přiměřené teplotě v obydlích by měla být důrazně věnována aktivní pozornost.

4.7 Shrnutí

Sociálně patologické projevy jsou nedílnou součástí každé společnosti a každé society. Vyskytují se ve všech společnostech a ve všech věkových skupinách stratifikované společnosti. Společenský zájem se stále více věnuje trestné činnosti dětí a mladistvých, jakož i trestné činnosti na dětech a mladistvých páchané. Skupina seniorů je stále opomíjena, ale i zde se tyto sociálně patologické jevy vyskytují.

Starší lidé se výrazně častěji stávají obětí trestných činů na nich páchaných. Viktimnost seniorů je dána především jejich menší schopností úniku i obrany, osamělostí, někdy odchylným způsobem chování. Index viktimnosti je nepřesný, neboť nezahrnuje tzv. latentní kriminalitu, včetně různých forem rodinného násilí. Jde o činy, které oběť z různých důvodů neohlásí.

Mezi nejčastější trestné činy páchané na seniorech patří: kapesní krádeže, krádeže vloupáním do bytů, domů, sklepů, rekreačních objektů, automobilů. Dále loupeže, podvody, vydírání a úmyslné ublížení na zdraví.

Specifickým problémem zůstává násilí páchané na starých lidech. Podíl vícegeneračních rodin s prodlužujícím se průměrným lidským věkem roste. Roste i počet mezigeneračních konfliktů v těchto rodinách. Obětí násilí se stále častěji stávají právě senioři. V takových rodinách vznikají konflikty, jejichž počet a intenzita rostou. Pokud nejsou problémy mezi členy rodiny řešeny v otevřeném rozhovoru, narůstá napětí ve vzájemných vztazích, které může přerůst v násilí. Počet konfliktů stoupá, stoupá i četnost ataků agresora. Roztáčí se kruh, ze kterého oběť nemá úniku a při-

jímá roli oběti. Násilník bývá posedlý hledáním chyb a nedostatků v chování oběti. Vědomě či podvědomě sám vytváří stále více situací, ve kterých nachází oprávněnost pro nové násilí. Většina obětí násilí v rodině volí takové způsoby chování, aby se násilí vyhnula (může být diagnostické kritérium). Především se snaží minimalizovat možnost, aby vzbudila hněv druhé strany, pobývá v jiné místnosti, jde ven, snaží se zajistit, aby v kritické chvíli byly přítomny v domácnosti i jiné osoby. Je důležité, aby oběť získala sebedůvěru a sílu k tomu, aby se na základě informací odborníků dokázala sama rozhodnout a svoji situaci za pomoci odborníků řešit. Čím dříve oběť násilí vyhledá odborníka, tím větší je naděje, že problém bude vyřešen ve stadiu poradenské pomoci.

Za optimální řešení prevence násilí na seniorech a v rodinách vůbec považujeme výchovu ke zdravému sebevědomí, zodpovědnosti za své chování, volbě vhodného partnera, samostatnosti a toleranci, a to již od dětství.

5 Ústavní péče jako forma socioedukativní pomoci

Ústavní péče o nemocné a sociálně handicapované má pohnutou historii. V jednotlivých etapách společenského vývoje se internace lidí odehrávala v úzkém sepětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní konkrétní doby.

5.1 Vývoj ústavní péče

Prvobytně pospolná společnost neznala žádnou z forem institucionální péče. Ve společnosti s abstraktním náboženským názorem vznikalo u lidí magické myšlení, jehož dominantou byl afekt strachu před nadpřirozenými silami, kterým bylo přisuzováno vyvolání nemoci. Jediným etiopatogenickým činitelem pro vznik onemocnění byla víra v posedlost člověka zlým duchem. Tento názor přetrvával do pozdního středověku a stal se dlouho udržovaným mýtem v lidské společnosti, neboť se přímo dotýká existenční podstaty lidského jedince. Zdravotnická péče spočívala na magických ochranných symbolech, exorcismus byl chápán jako způsob léčby.

Postupně se vyvíjí lidové léčitelství jako kulturní symbol společnosti, ke kterému i dnes obrací člověk svou pozornost a preferuje je jako alternativu vědecké medicíny. Prvními prostředky lidového léčitelství byly rostliny a jejich části, později se objevovaly látky živočišného původu. Objevují se i první léčitelé, šamani, kteří se díky svému privilegovanému postavení stali náčelníky rodů.

Období prvních civilizací

Chrámy se zřejmě stal první internační institucí jak léčebnou, tak trestní, přestože trest odnětí svobody nebyl znám. Aplikovaly se následující tresty: trest smrti, zmrazení těla a vyhnanství. Tyto druhy trestů nevyžadovaly vytvoření objektu trvale sloužícího pro výkon trestu. Internace v chrámech měla funkci ostraha po dobu soudu. Pál (1985) konstatuje, že v těchto kulturách měl chrám dvojí funkci: bylo to ústřední místo náboženských obřadů, sloužící i jako místo realizace soudních procesů a mezi jeho funkce patřila i ostraha zadržených.

Vytvářela se postupně třídní společnost a vrstva ekonomicky silnějších jedinců. Důsledkem těchto socioekonomických změn byl i nárůst patologických jedinců.

Z dostupných historických pramenů lze usoudit, že na abnormality zdravotní a osobnostní nebylo nahlíženo jiným způsobem, byly nedílnou součástí společnosti, byly její integrovanou součástí. S postiženými bylo zacházeno jako s právoplatnými členy společnosti, léčba měla balneologický charakter a prováděli ji kněží (Pinel, 1808).

U národů tzv. starého Orientu převládalo polyteistické náboženství. Naopak Židé jsou vyznavači monoteismu, přesto vývoj zdravotnické péče a s tím i vývoj ústavní péče nedoznal podstatných změn. Lékařství zůstalo i nadále v rukou privilegované třídy kněží – jen s tím rozdílem, že Židé uctívali pouze jediného boha. Kvalitativně byla zahájena u obou náboženských kultur mystická koncepce viny, božího trestu a božího odpuštění.

Antická společnost

Třídní struktura antické společnosti předurčuje i odlišné chápání péče o příslušníky jednotlivých tříd. Pešková (1997) konstatuje, že v řecké kultuře byla rozvinuta a zdůvodněna nejen myšlenka nutnosti a oprávněnosti otroctví, ale i myšlenka rovnosti všech lidí. Antická forma otroctví je něčím výjimečným, geograficky na Středomoří omezeným jevem.

Platón poskytování zdravotní péče chápe jednoznačně: vědecká péče a ošetření patří bohatým a svobodným občanům, neodborné ošetření patří otrokům, ti jsou duševně nedokonalí, mohou být léčeni nevědeckým zaříkáváním. Platón se vyjadřuje k duševně nemocným takto:

Duševně choří, kteří jsou zuřiví a nevléčitelně nemocní, se mají zahubit, je tomu tak lépe pro ně samotné, tak pro stát. Klidní duševně postižení nemají být ponecháni sami sobě a bez dozoru. Mají být svěřeni příbuzným, kteří jsou povinni je hlídat a opatrovat, v případě nedbalosti zaplatí příbuzní pokutu.

Platón také zmiňuje jeden z rozšířených způsobů léčení v antice, individuální lékařskou péči. Vedle ní ostře kontrastuje rituál vyobcování jedince ze společnosti, který znamenal jistou smrt.

Duševní, ale i jiná postižení byla v antice prezentována demonologickou etiologií a byla spíše tvořivým aktem, jak říká Sokrates, na rozdíl od budoucí středověké koncepce, která se projevovala jasně negativně a destruktivně (Vencovský, 1996).

V Řecku jsou nejstaršími ústavními institucemi léčebné ústavy, označované **asklépia** podle stejnojmenného boha. Asklepios přešel natrvalo do tradice starořeckého lékařství. Lékaři-kněží šířili jeho kult. Asklépia vznikala v příznivých klimatických oblastech mimo řecké polis. Chrámové léčení spočívalo v sugestivním působení na nemocné. Nemocný, který na chrámovou léčbu nereagoval, byl vykázán z chrámu jako prokletý a nevhodný pro tento typ léčení. Instituce vyobcování se stala prevencí opakovaných neúspěchů.

Úspěšní lékaři začali ve svých domech zakládat soukromé kliniky. Přenesli péči o nemocné do teritoria polis, které bylo do té doby chápáno jako centrum poznání. Tento kulturně civilizační útvar je společenství svobodných lidí, kteří v podstatě žijí tak, aby v tomto společenství byli jako svobodní uznáni, tzn. společenství takových lidí, kteří si nekladou za cíl svého života pouze ten život sám, nýbrž něco jiného, něco dalšího, něco víc... (Pešková, 1997).

V těchto tzv. **iatreích** lékaři na krátkou dobu hospitalizovali nemocné a pečovali o ně spolu se svými pomocníky. Později přešla tato zařízení pod správu městského státu.

Starořecké lékařství vrcholilo vystoupením Hippokrata, který svou koncepcí popřel mystické, náboženské a nevědecké představy o člověku ve zdraví a nemoci a příčinou chorob nehledal v nadpřirozených silách, nýbrž ve vnitřních, humorálních podmínkách lidského života, ve vlivu vnějšího prostředí a zevních podmínek člověka. Toto funkcionální pojetí se svojí progresivitou nepřineslo významné změny ve vztahu k vývoji institucionalizované péče.

Antické vězení, modifikace institucionalizované péče, vzniklo ve 4. století př. n. l. v Římě a bylo nazýváno **robur**. Později se z tohoto typu stavby vyvinuly vlastní budovy vězení. Středověk se zřejmě nechal inspirovat tímto typem staveb, když budoval tzv. věže bláznů, neboť původní robur měl tvar věže, zřídka i sklepní podobu. Římská architektura chápe prostor jako primární předmět architektury, jako substanci, jež měla být tvarována a artikulována. Římské prostory na rozdíl od řeckých vykazují velkou rozmanitost forem. Politické pozadí Římské republiky mělo příznivý vliv na realizaci staveb internačního charakteru. Tato římská vězení měla za cíl vykonávat trest odnětí svobody, trest smrti a internovat ty, kteří porušovali veřejný pořádek. Dominující byla ochrana společnosti, historie připouští i zneužívání internace mocenskou vrstvou.

Matoušek (1995) v rozporu s konstatováním Pála (1985) uvádí, že vězení v období antiky mělo podobu vazby po dobu vyšetřování trestného činu. Autor připomíná, že právo mělo diferenciální charakter, netrestalo každého stejnou měrou. Dále již v souladu s Pálem Matoušek vypočítává druhy trestů, a to trest smrti, tělesný a peněžitý trest. V trestní oblasti se uplatňoval princip pomsty.

Zakládání zvláštních útulků pro handicapované jedince a děti bez rodin se objevuje až s příchodem křesťanství. Až do novověku je církev významnější institucí než stát, je to ona, kdo propůjčuje státu legitimitu. Nastupuje ideologie založená na ideálu křesťanské lásky k bližnímu, která přejímá úlohu novodobého státu, který nutnost vzájemné pomoci odvozuje z ideálu solidarity. Dlouhou dobu vedle sebe existovala hierarchie moci světské a moci církevní, světská moc nabyla vrchu až v několika posledních stoletích.

Středověké pojetí ústavní péče

Úpadek a zánik Římské říše je fenomén, na kterém se podílela řada faktorů. Sama rozloha se stala osudovou, rozklad otrokářského zřízení, vyčerpání a degenerace etnika, řada nemocí, epidemií, ztráta životaschopnosti institucí, rozkládá se antické vědomí, antické ctnosti. Dochází k morální krizi, rozkladu morálky, rodiny. Na zánik Říma působí křesťanství které později vítězí jako církev a teologie (Pešková, Ševčík, 1997).

Křesťanství – to je nová konfese s osobním vztahem k Bohu, nový duch, nové umění, nová entita. Hluboká křesťanská religiozita je u vzniku nových kulturně civilizačních forem rozhodující silou.

Vzrůstající moc římského papeže se odráží v bohatství klášterů a chrámů. Klášter se stal střediskem nejen duchovním, ale také institucí vzdělávací a ekono-

mickou. V období raného středověku vznikaly při jednotlivých křesťanských kláštřech nemocniční zařízení, tzv. **hospitaly**. Poskytují azylovou a nemocniční péči nikoli z hlediska medicínského, nýbrž sociálně charitativního, jako projev nutnosti chránit společnost. Etiologie duševních chorob začala být vykládána demonologicky. Ackerknecht (1966) v této souvislosti připomíná, že se jednalo o filosoficky neakceptovatelný pokus člověka vyložit pochopitelnými obrazy patologické, abnormální rozměry svého bytí. Ackerknecht se dopouští některých nesrovnalostí a zjednodušování. Volí zcela jasný pozitivismus, a kde nemůže argumentovat historickým faktem, tam se dopouští fantasijských konstatování.

Na rozdíl od antiky přináší křesťanství kvalitativní sociální změnu. Palouš (1991) konstatuje, že zásadní obrat představuje odvrácení od běžné situace k nadsituačnímu. Křesťanství tak probouzí antické individuum k vyššímu stupni subjektivity, ale vede ho současně tak, že zabraňuje propadání do excesů a deviací, které lidé pozdní antiky a sklonku Říma znali neméně dobře, než lidé doby pozdně moderní.

Kvalitativní sociální změna v internační problematice středověku k zakládání specializovaných xenodochiálních místností. Původní **xenodochium** z prvního století křesťanství byl útulek, forma pomoci, pohostinství, které klášter nebo chrám poskytoval pocestným, poutníkům, žebrákům, starcům, sirotkům, vdovám a lidem pronásledovaným, ale také nemocným, choromyslným a bláznům. Xenodochia se v raném feudálním řádu vyvinula z prvotních diakonií, útulků první doby křesťanství, která byla pokračováním takových zařízení starořeckých a židovských, zvaných **agapy**. Vznikala potřeba profesionálních ošetrovatelů. Tuto funkci vykonávali vlastní duchovní, řádoví bratři, mniši, jeptišky.

Od prvních století křesťanství se také rozšiřují středověké věznice, které byly církevní (klášterní a věznice inkvizice), hradní, vojenské. Pozdní středověk praktikoval pracovní internaci zvanou galeje. Podstatou internace byl strach. Všudypřítomné *Memento mori* ovlivňovalo všechny vrstvy společnosti. Ovládaní byli stále více ovládaní, ovládající ovládali. Konec člověka byl spojován s morem a s válkou.

Koncem středověku mizí ze západního světa lepra. Na krajích obcí, před branami měst zejí jakési veliké planiny, které sice přízrak zla již opustil, ale zanechal je pusté a nadlouho neobyvatelné. Zůstanou nelidské po celá století. Od 14. do 17. století budou čekat a dožadovat se podivnými zařikáváním nového vtělení zla, nového šklebu strachu, nové magie očisty a vypuzení (Foucault, 1994).

Lepra zanikla, malomocný vymizel, ale struktury zůstávají. Roli malomocných převzali chudí, tuláci, provinilci. Stále zůstává ona dělicí čára, jež společensky vyobcovává.

Přechod od tématu smrti k tématu šílenství neznamená zlom, ale spíše určité pootočení v téže nejistotě. Společnost prezentuje šílenství jako konec, samo o sobě jím není.

Z šilenců se snadno stávali tuláci. Městské úřady ve snaze zajistit pořádek a klid ve městě vyháněly tyto osoby za hradby města a nechaly je volně bezcílne putovat

krajinou. Tato lykantropie dosáhla ve své době pouze lokálních, nevýznamných rozměrů.

Středověká společnost měla jediné intelektuální centrum – církev, jejíž mluvčí byli kněží a mniši, kteří představovali jedinou vrstvu inteligence. Mocenské postavení církve mohlo být otřeseno výroky a činy duševně nemocných osob, a proto duševně nemocní byli postaveni mimo rámec tehdejšího lékařství, nebyli pokládáni za nemocné a nepotřebovali proto ani léčení, ani jakoukoli jinou zdravotnickou péči. Šílenství bylo neklamným projevem vtělení a posedlosti ďáblů. Démonologie představovala jediné možnou a scholasticky přijatelnou koncepci o vzniku duševních chorob.

Scholastika je velkolepým, přes staletí jdoucím úsilím o křesťanský výklad světa, které co do trvání, organizačního a institucionálního zázemí nemá obdoby. Scholastika je prostor, kde se pečovalo o tradici, kde se střetávají rozdílné tematizace problémů, ale nakonec dominuje kontinuita vývoje, konstatují Pešková a Ševčík (1997).

Ve středověké Evropě se o sociálně nepřizpůsobivé jedince starala, pokud nedocházelo k ohrožení na životech bližních, rodina a širší komunita postiženého. Lidé bez příbuzenských vztahů se ocitli v pozici vyhnanců. **Ze společenské potřeby internovat sociálně nevhodná individua vznikly instituce veřejných a všeobecných špitálů.**

Středověk prostoupený křesťanskou religiozitou interpretoval duševní nemoc v rámci náboženských konceptů. Neuvažovalo se o nemoci, ale o posedlosti. Posedlost zlými duchy se dala ovlivnit pouze **exorcismem**.

Šílenství jako projev animality, existenci něčeho živočišně nízkého, duševní nemoc, bylo nutno uvěznit. Šílenství jako zvláštní lidský pobyt v kleci bylo vysvětlováno zvířecostí chorého. Blázen byl člověk, který selhal v sociálních rolích příslušné společnosti a ztratil to jedinečné, čím se člověk od zvířat odlišuje, rozum.

Po vzniku evropských univerzit byl rozvoj lékařství příčinou veřejné kritiky nevědeckého církevního lékařství. Dogmata církve oslabovala. Nové pokrokové myšlenky bylo nutno umlčet. Kdo oponoval církevním dogmatům, byl nařčen z čarodějnictví a z posedlosti satany a démony a fyzicky zlikvidován.

Renesance

Dogmatismus, autoritářství a scholasticko-abstraktní myšlení byly charakteristickými předrenesančními ideologickými prvky. Typickými znaky renesančního myšlení bylo hledání pravdy ve vědách na podkladě empirie.

Renesance bojovala proti pověrám, čarodějnictví a démonologii. Mohutný rozvoj měst v 15. století, jak konstatuje Vencovský (1996), přispěl k tomu, že se v otázce péče o duševně choré projevil **nový, sociální aspekt**. V té době se setkáváme poprvé s pravidly a předpisy pro zacházení s duševně chorými, které nebyly motivovány zájmem o zdravotní stav postižených, nýbrž tím, aby nebyli společností na obtíž. I tak byl tento sociální aspekt pokrokem a výrazem humanistického způsobu myšlení.

Renesance byla obdobím protikladů, pokrokové názory měšťanstva byly v opozici vůči církevním dogmatům.

Foucault (1994) vychází z mohutného sociokulturního záběru a aplikuje strukturální metodu na poznání jednotlivých epistém, vzorců poznání a vědění, které určují diagnostiku i terapii duševních nemocí.

Černoušek(1994) se shoduje s Foucaultem, že vždy existovala tichá dohoda, zamlčená společenská smlouva o tom, že lidé chudí duchem, lidé podivní a lidé blázniví nejsou nebezpeční, že naopak mohou někdy pobavit, proto existovala intuitivní komunální péče o abnormální jedince. Korporativní středověká struktura je nenechala umírat na následky lhostejného nezájmu.

Historický přechod mezi středověkým postojem k duševní nemoci a novověkým zrodem azylu představovala **Lod' bláznů**. Byla to primitivní, ale přitom soběstačná instituce, zabezpečující jakousi detenční a izolující společenskou funkci.

Renesance objevuje **Lod' bláznů**, podivný koráb. Má reálný podklad, který nabývá institucionalizované podoby. Takové lodě naložené bláznů skutečně existovaly, k tomuto závěru dochází Foucault (1994). Na jejich palubách putovali pomatení a šílení lidé od města k městu. Tím byl garantován jejich specifický způsob existence, zcela zvláštní modus bytí: poutnictví. Foucault se opírá nejen o literární památky, ale také o svědectví různých kronik. Norimberská kronika dokládá, že blázni a šílení byli zpravidla vyobcováni na **Lodi bláznů** za městské hradby.

Právě to je zřejmě vysvětlením onoho podivného hromadného a tak oblíbeného nalodování šílenců. Byla to praxe velmi účinná. Svěřit blázna námořníkům znamenalo jistotu, že už nebude donekonečna bloumat kolem městských hradeb, že zmizí někam daleko, odkud se nebude moci vrátit. Ale navíc tu byla temná masa vody, která k tomu přidávala své vlastní hodnoty: voda odnáší pryč, ale také očišťuje, krom toho znamená nejistou budoucnost, každý je na ní vydán svému osudu, každé nalodění může být tím posledním.

Osvícenství

Velké špitály, internační budovy, církevní i veřejné podpůrné a trestní instituce, charity a vládní dobročinná zařízení jsou dílem osvícenství: mají stejně univerzální povahu jako ono a rodí se takřka současně s nimi.

17. století je stoletím vzniku velkých internačních budov. Blázni byli uvěznění v kobkách věznic spolu s trestanci nebo ve velkých sálech nemocnic spolu s nemocnými. Všeobecný špitál založený v polovině 17. století nebyl typickou lékařskou institucí, měl polosoudní strukturu. Byl označován za třetí kategorii represe mezi policií a soudnictvím. Byla to instituce pořádková, monarchistická, měšťanská. Postupně se síť špitálů rozšiřuje. Byla to záležitost měšťanstva a královské moci, církev stála stranou.

Samotná internace je záležitostí policie. Policie vede a nutí lidi k práci. Než internace nabyla léčebného smyslu, sledovala zcela něco jiného – práci jako projev odsouzení zahálky. Tyto instituce si od počátku kladly za úkol bránit žebrotě a zahál-

ce. Bylo to vlastně poslední z velkých opatření, jimiž už renesance chtěla skoncovat s povalečstvím a žebrotou. Vyobcování byla nahrazeno internací. Internace je reakce na ekonomickou krizi. Internační instituce se vždy přeplní v době krizí.

Ale v dobách nekrizových dostává internace smysl jiný. Její represivní funkce se uplatňuje ještě dalším způsobem. Už nejde o to zavírat nepracující, ale donutit zavřené k práci, aby sloužili všeobecnému prospěchu. Systém střídání je jasný: v dobách plné zaměstnanosti a vysokých mezd laciná pracovní síla, a v období nezaměstnanosti vstřebání zahalečů a ochrana společnosti před neklidem a bouřemi (Foucault, 1994).

Osvícenství užívá internace dvojakým způsobem a přiděluje jí dvojí roli: vstřebávat nezaměstnanost, nebo alespoň zastírat její nejviditelnější důsledky a regulovat počty, když hrozí příliš vystoupit. Internační domy vstřebávaly nezaměstnané hlavně proto, aby maskovaly jejich bídu a bránily sociálně a politicky nepokojům.

Odsouzení zahálky zahrnovalo i blázny. Pravidlo nucené práce platí i pro ně a právě tento uniformní tlak ukázal jejich jinakost. Odlišují se neschopností pracovat a podřídit se kolektivu. **Nutnost zvláštního režimu pro pomatené vznikla právě v rámci všeobecné pracovní povinnosti.** Šílenci byli zavíráni už dřív, ale až 17. století je začíná cíleně internovat.

Špitál jako dominantní instituce mezi vznikajícími internačními domy nemá povahu útulku pro ty, kdo kvůli stáří, invaliditě nebo nemoci nemohou pracovat. Statut špitálu je etický, ale je to také mravní instituce, jejímž úkolem je trestat, postihovat to, co nepatří před soud. **Motiv internace je náprava, mravní nátlak a pak práce.**

Tento vynález nátlakového místa, kde se administrativním příkazem vyrábí morálka, je významný jev.

Správce špitálů používají ryze středověkých trestů, pranýřů a kůlů dle svého uvážení, proti němuž není odvolání. Absolutní svrchovanost, soud bez odvolání, výkonné právo, nad nímž neexistuje nic vyššího, to jsou mocenské atributy správců. Správce jsou pověřeni mravním úkolem a dostávají k tomu i veškeré hmotné represivní prostředky. Každý prohřešek se řeší alternativně, odebráním stravy, přidáním práce, vězením.

Správce mají veškerou moc rozhodovací, řídicí, správní, policejní, soudní, nápravnou i trestní. Ke splnění toho úkolu mohou použít kůly, pranýře, vězení a podzemní žaláře.

Internace je instituční vynález 17. století. Šíře, jaké okamžitě nabyla, se vůbec nedá srovnávat s vězením, jak je praktikoval středověk. Jako ekonomické opatření a sociální pojistka má hodnotu objevu. V dějinách ne-rozumu je to však událost zcela rozhodujícího významu: moment, kdy je na šílenství poprvé nahlédnuto sociálně, z perspektivy chudoby, neschopnosti pracovat, nemožnosti zapojit se do společnosti, kdy se propojuje s problémy obce.

Blázni, jak je Foucault (1994) označuje, mají ve světě internace přece jen určité zvláštní postavení. V internačních domech se s nimi zachází jako s vězni. Společnost na ně nahlíží obecně jako na pomatené, choromyslné, blázny, dementní.

Společnost prezentuje postižení jako skandál. Vyhnout se skandálnosti znamenalo internovat. Internace znamenala zapomnění. Tím přestává být ohrožena čest rodiny a náboženství. Až ve stáří, či vážné nemoci, v době, kdy nemohli postižení ohrožovat, byli z internace propuštěni. Postupem doby se šilenství stává veřejným skandálem, přesto jsou zuřiví šilenci vystavováni na odiv za poplatek.

Osvícenství tvrdí, že šilenc nemocný není, blázen vydrží všechno. Této teze se drželi strážci postižených, kteří dokázali internované přimět bitím k vyšším výkonům. V internaci se objevuje záměrné a dlouhodobé násilí. Již NE napravovat, NE pokání, nýbrž ANO animalitě a ANO šilenství, které má zvířecí masku. Zvířecí dravost šilenství chrání člověka před nemocemi, dodává mu nezranitelnost. Pomatený rozum skrze animalitu navrácí šilence k přírodě. Svobodná animalita je zvládána drezúrou, smyslem není pozvednout postiženého k lidství, ale srazit ho do čiré animality. Internace vyznává animalitu šilenství a zároveň hledí umlčet skandální amorálnost ne-rozumného.

Inkviziční metody přežívají v sublimované formě, mírnější, jakoby vědecky, společensky zdůvodněné, nadále. Nahánění strachu z týrání a bití, vyloučení z kolektivu občanů a společenská izolace v lidsky nedůstojných podzemních kobkách, určených pro „hospitalizaci“, spolu s jejich ukazováním a předváděním – to vše nadále trvá, třebaže v poněkud lidštější formě.

Osvícenství nerozlišovalo léčbu fyzickou od léčby duševní. Toto rozlišení se stalo aktuální v okamžiku, kdy se problematika šilenství zaměřila k otázce odpovědnosti subjektu. K rozlišení na fyzické a mravní nepřivedla lékaře ani Descarterova definice dvou substancí, rozprostraněné a myslící. V jeho *Pojednáních o vášních* se potvrzuje, že duše (substance myslící) a tělo (substance rozprostraněná) jsou přísně různorodé a vytvářejí se tedy korelace psychofyziologické: dualismus nebrání vzájemnému působení jedné složky člověka na druhou, i když, jak Descartes sám přiznává, jsou způsoby tohoto působení těžko pochopitelné. Další jeho dílo *O vášních duše* zaměřilo tehdejší pozornost lékařů především na prozkoumání dialektiky, pohybu vášně. Descartes hodnotí projevy vášně jako principiální příčinu šilenství. Vášně pokládá za místo, kde se duše setkává s tělem, za bod vzájemné niterné komunikace psyché a somy, za svorník psychosomatické jednoty organismu. Vášně je hnací síla bytosti, a proto způsobuje i různá hnutí tělesných kapalin a narušuje tak rovnováhu organismu, která se někdy projevuje těžkými psychopatologickými příznaky.

Osvícenská medicína, ať karteziánská nebo ne, Descartův metafyzický dualismus nikdy nepřenesla na antropologii. Objevuje se nové výsadní postavení viny. Dělicí čára mezi tělesnou a duševní léčbou narýsovala metoda sankce. Čistě psychologická medicína mohla vzniknout teprve poté, když bylo šilenství vykázáno do oblasti provinění.

Foucault (1994) polemizuje s Descartem o jedné z forem obléhání ne-rozumu, probouzení. Protože blud je sen bdících, je třeba takové osoby z jejich kvazi-spánku probudit. Takovému absolutní probuzení sledoval Descartes na začátku svých *Meditací* a nalézal je paradoxně právě ve vědomí snu, ve vědomí šíleného vědomí.

Pomateného musí však z jeho snu probudit medicína, a to tak, že karteziánskou odvážnou samotou nahradí autoritativním zásahem bdícího, jistého si svým bděním, do iluze bdícího snivce: dogmatická zkratka napříč dlouhou cestou Descartovou. K čemu Descartes dospívá rozhodným úsilím a zdvojením vědomí, jež se však nikdy neoddělí od sebe sama a nerozdvojí, to vnucuje medicína zvenčí, a to v rozštěpení na lékaře a nemocného. Lékařův vztah k pomatenému je Descartovo Cogito, reprodukován ve vztahu ke snu, iluzi a šílenství (Foucault, 1994).

Koncem 17. a počátkem 18. století začínají být duševně nemocní vylučováni ze společnosti, jsou pro ně zřizovány velké ústavy, ve kterých jsou spolu s nimi drženi i mentálně retardovaní, kriminální osoby, chudí, vojáci. Všechny tyto osoby jsou internovány společností nového typu, kterou začínají ohrožovat tím, že nedbají základního příkazu pracovat.

Na počátku novověku se objevuje a postupně prosazuje kvalitativně nový princip v péči o lidi sociálně handicapované, tzv. **domovské právo**.

V našich zemích bylo vydáno v roce 1552 a poprvé se v něm ukládá obci pečovat o své chudé. Obec je definována jako přirozené zázemí pro své příslušníky. Obec se tak vedle církve stává dalším zřizovatelem ústavů pro asociály, kteří postrádají rodinné zázemí nebo prostředky pro udržení vlastního života v mezích požadovaných společností.

Novověk

Strukturalistický trend v historiografii psychiatrie sleduje Foucault (1994). Sleduje v něm především sociologické dimenze nazírání na duševní nemoci v závislosti na historických proměnách, a to i když pátrá po neměnných invariantách šílenství jako projevu ne-rozumu.

Šílenství jako projev ne-rozumu není chápáno úzce jen v plánech fyziologických, organických, biologických, psychologických, ale také v rozměru sociální percepcce racionální společnosti, která se neustále honosí svým pokrokem, a přitom svými represivními akty vyčleňuje ze svého středu nekonformní jedince, a dává tak vlastně vzniknout psychiatrii jako oboru medicíny. Foucaultovo dílo obohacuje dějiny psychiatrie nebývalými pohledy a hloubkou filozofických interpretací.

Společenská reakce na projevy pomatenosti, lunatismu, šílenství, ne-rozumu spočívá v tom, že příslušná instituce rozhodne a udělí příslušnou nálepku duševní nemoci, čímž se rozhodne o tom, kdo duševně nemocný je, a kdo duševně nemocný není. Společnost rozhoduje podivuhodným aparátem rozlišovací schopnosti, některé jedince za blázny prohlašuje, a jiné nikoliv, a to i v případech, kdy je tomu zcela naopak.

Pod vlivem nástupu francouzské materialistické filozofie dochází ke kvalitativním změnám ve všech tehdejších sociálních subsystémech společnosti, které se postupně přenesly do celé Evropy.

Radikální změna v nazírání na zdravotnickou péči je nerozlučně spjata se jménem Philipa Pinela. Jeho vystoupení namířené proti zdravotnickému pseudo-

humanismu v lékařství a snažící se o reformu zdravotnické péče v rámci veřejné péče o zdraví občanů, není jen mezníkem, ale významnou skutečností ve vývoji ústavnictví.

Pinel otevřel cestu k morální léčbě, také on podlehl masivní revolučně-osvícenské ideologii, že svoboda musí být administrativně organizována, řízena úřadem a že má mobilizovat mravní impulzy nově vznikající buržoazie. Byla to idealistická představa – vrcholu lidskosti dosáhneme, když nařídíme úředním výnosem žít ve svobodě, když je svoboda zakotvena v zákoně.

Dobré a sociálně prospěšné hodnoty musí v terapii zvítězit nad destruktivním pudem. V nově vznikajících psychiatrických léčebnách byl nemocný člověk – nikoliv již šílenec – nucen do přísné morální akce. Jestliže přijal tlumočené hodnoty řádu, kázně, rozumu, mohl být pokládán za vyléčeného, za morálního.

Ne-rozum se zařadil do patologie, lze ho léčit návratem k bezprostřednosti, jen pokud je ta bezprostřednost předem připravená.

Internace se lidé báli, bojí se jí dodnes. Internace se stává sama zlem a šíří ho kolem sebe. Z internačních domů se ohlašuje strach a úzkost. **Princip strachu byl ve špitálech a různých detenčních zařízeních uplatňován již v minulosti.** Důležitý byl nový kvalitativní posun, který se vznikem azylu, psychiatrické léčebny, objevil. Zatímco teror předcházejícího uvěznění šílenců obklopoval nemocné zevně, byl v psychiatrické léčebně pocit strachu navozován v hlubší, psychologické rovině. Strach působil zevnitř, ze samotného provozu. Strach byl garantován personálem, charakterem stavby léčebny, stylem života, rituály léčení.

Internační domy ke své sociální roli segregace a očisty připojily zcela opačnou funkci kulturní. Primárně na hladině společnosti dělily rozum od nerozumu, sekundárně v hlubinách uchovávaly obrazy, které vyústily veřejně jako sadismus.

Na počátku 19. století se ostře kritizuje polyfunkčnost internačních zařízení. Do té doby byli pomatení zavíráni do věznic spolu s trestanci. Dochází však k zásadnímu oddělování nevinnosti ne-rozumu a provinění zločinnosti. Snahy oddělit bláznů od trestanců se objevovaly od roku 1720 do Velké revoluce. Nebyly však příliš významné, ale hlavně byly pomalé.

19. století je stoletím specializace ústavních zařízení. Začíná se používat i nových označení pro tyto nově profilované internační domy: nemocnice, trestnice, polepšovna, starobinec... Velké ústavy nového typu zakládá stát, který alternuje církevní středověké instituce.

Nově se budují i věznice, které původně měly charakter pevnosti. Pevnosti ztratily díky novému vedení války význam. Podmínky života vězňů zkracovaly život vězněným na dva až dvacet měsíců života od nástupu trestu. I vězeňství si staví nové cíle. Kolem roku 1800 se ve Francii a Anglii objevuje myšlenka, že zločince je třeba disciplinovat vnitřně, omezuje se vzájemná komunikace, budují se samostatné malé cely. V polovině 19. století navrhuje J. Bentham Panopticon, vězení, které nebylo nikdy postaveno, ale jehož princip byl využit v některých nově budovaných věznicích. Jedná se o takové umístění cel, které jsou centrálně kontrolovatelné.

Experimenty s oddělováním vězňů byly vystřídány tzv. **tichým systémem**: vězni sice pracovali společně, ale vynucovalo se ticho při práci. Stejně jako u systému oddělovacího se spoléhalo na to, že absence komunikace mezi vězni umožní autoritářské postavení dozorců nebo kněží a zamezí se kriminální nákaze.

Kolem roku 1840 byl v Austrálii zaveden známkový systém, který určoval délku pobytu vězně podle jeho chování. Řada současných převýchovných a léčebných institucí tento systém využívá (Černíková, 1996).

Přítomnost bláznů mezi vězni není žádná skandální krajnost. Sami vězni začali upozorňovat na skutečnost, že mezi nimi jsou lidé jiné povahy. Od nich vycházejí první a také nejostřejší protesty. V takovém duchu se nesla politická kritika internace. Nejistotu zaznamenává i zákonodárná moc, která neví, jaký sociální prostor má šilenství vyhradit, zda vězení, špitál, či péči v rodině.

Novověká společnost se naučila šilenství rozpoznávat a začíná s ním zacházet podle pravdy, k níž byli všichni tak dlouho slepí. **Vzniká útulek – Azyl.**

Azyl má mravně a nábožensky segregovat. V Azylu je náboženství součástí pohybu, který naznačuje, že v šilenství je nicméně rozum stále přítomný, a směřuje od pomatenosti zpět ke zdraví. Strach je stále považován při léčbě šilenců za velice důležitý.

Charakteristickými prvky pro útulek 19. století jsou dohled a soud. Rodí se zcela něco nového, co už není represí: **autorita**. Celá organizace Azylu má za cíl pomatené co nejvíce minorizovat.

Vzniká tak imaginární rodina. Liberální ekonomika svěřovala péči o chudé a nemocné rodině, společenskou odpovědnost přebírala rodina. Šilenc je příliš cizí a nelidský, nelze ho svěřit rodině.

Podle Pinelova pojetí je útulek náboženská oblast bez náboženství. Útulek je proto třeba od náboženství osvobodit.

Interniční zařízení jako sociální prostor převzalo takřka absolutně dědicství leproserie: byla to cizí země. Nyní by měl být útulek výrazem kontinuity společenské morálky. Panují v něm hodnoty rodiny a práce, veškeré uznávané ctnosti.

Útulek je soudní instance, která vedle sebe neuznává žádnou jinou. Soudí okamžitě a bez odvolání. Má své vlastní nástroje trestu a po libosti jich užívá. Někdejší internace probíhala mimo běžné právní normy, napodobovala způsoby trestání odsouzců.

Současnost

Konec 19. a počátek 20. století přináší změnu. Ústavy sloužící k vylučování lidí ze společnosti se **orientují na potřeby klientů**. Tento trend vede ke **koncepcování ústavní péče jako ochrany klientů před nároky vnějšího světa**. Vzniká tak svět ve světě, kde platí normy, hodnoty a pravidla odlišná od reálného venkovního světa. Dochází tak k tzv. skrytému vylučování. Patologičtí jedinci jsou internováni, jsou jim poskytnuty veškeré materiální potřeby jejich existence, jsou však

vyloučeni ze společnosti, a nemůže jim být nikde lépe než ve společnosti jedinců stejného postižení, ať už se jedná o psychický, fyzický, či sociálně patologický handicap.

Většina dnešních ústavů byla založena v době poválečné. V té době byl vytvořen organizační systém ústavní péče, který jednoznačně stanovil kritéria k zařazení jednotlivce do ústavu zdravotního, sociálního či výchovného charakteru.

Změny po roce 1989 ve společnosti přinesly zcela odlišnou ideologii, instituce jako taková však zůstává.

V souladu s konstatováním Matouška (1995) se pokusíme o následující analyticky pohled na sociální funkčnost ústavů.

5.2 Charakteristika ústavní péče

Ústav je světem pro sebe, ostrov soběstačného řádu, v němž je život omezený a předvídatelný vůči okolnímu sociálnímu prostředí. Ústav je spjat se třemi archaickými lidskými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyobcování. Zkušeností obce a zkušeností rodiny je společný zážitek domova. Každý má původní domov, rodný kraj. Být někde doma znamená být v prostředí, které cítíme jako svoje, jako pravé, normální, i když ostatním se toto prostředí jeví jako cizí, zvláštní. Ústav je vždy pokusem o umělý domov, azyl. Má být sférou jistoty, a to i v těch případech, kdy byl vybudován proto, aby chránil společnost, nikoliv ty, kteří v něm přebývají.

Třetí, archaickou zkušeností, protichůdnou, je vyobcování. Tato zkušenost je negativem předchozích dvou. Právo patřit do obce a do rodiny může člověk ztratit a může být vyhnán do sféry neznáma, do chaosu. Tam může se stejně postiženými vytvořit miniaturní komunitu, která s původní obcí komunikuje minimálně.

V ústavech podle Matouška (1995), stejně jako v jiných organizacích, existuje hierarchie společenských pozic, formální nadřazenost se nemusí krýt s nadřazeností neformální. Stejně jako rodiny a státy udržují ústavy svůj vnitřní řád, soubory pozitivních a negativních sankcí. Ústavy mají svůj folklór, mají svůj slovník, svoji atmosféru. Vůči vnějšímu světu jsou uzavřené, vstup i výstup je kontrolovaný. Mezi klienty a personálem existuje hranice, jejíž obdobou je mezigenerační hranice rodinná.

Funkce ústavů můžeme nahlížet z perspektivy zájmů společnosti nebo z hlediska individua. V některých případech se oba zájmy shodují, jindy se různí. Různí-li se, obvykle je to zájem společnosti, která dostává přednost, a klientovy možnosti volby se zužují. Z hlediska individua je nejpodstatnějším parametrem ústavu respekt k osobní svobodě rozhodování. Ústav přijme klienty buď na základě jejich uvědomělého souhlasu, nebo je vstup klienta nedobrovolný. Rozhodnutí o nedobrovolném vstupu pak přísluší lékařům, soudním nebo státním orgánům.

Ústavy v nestejně míře omezují klientovo soukromí. Čím důraznější výchovný aspekt ústavu, tím menší prostor pro uplatnění osobních přání je ponechán individu. Čím sociálnější aspekt (ve smyslu zabezpečovacím), tím je tomu naopak vzhledem k jedinci.

Matoušek (1995) rozlišuje následující hlavní funkce ústavů:

1) Podpora a péče.

Tato funkce je v popředí zařízení poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu (kojenecké ústavy, dětské domovy), v ústavech pro svobodné matky s dětmi, v zařízeních pro těžce mentálně nebo fyzicky handicapované, v domovech pro bezdomovce, domovech důchodců, v utečeneckých táborech. V takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Neexistence takových ústavů by znamenala nízkou kvalitu života klientů, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.

2) Léčba, výchova a resocializace.

Tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež, v postpenitenciárních zařízeních. Společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu. Předpokládá se, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém do něj přišel.

3) Omezení, vyloučení, represe.

Tato funkce převažuje ve věznicích, v psychiatrických zařízeních s nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky. Společnost je chráněna před kriminálními osobami, uprchlíky, psychotiky.

V souladu s autorem je možné uvažovat ještě o funkci **rekreační**. Pobytová zařízení, ve kterých převažuje tato funkce, nejsou v centru našeho zájmu (ozdravovny, lázně). Nicméně i v ústavu si člověk může odpočinout od náročných podmínek, v nichž by byl nucen žít. Uvedený přehled funkcí nelze chápat tak, že každý ústav je pouze jednofunkční, každý je nositelem všech vyjmenovaných funkcí, rozdílného rozvrhu.

Většina lidských rituálů má povahu udržovací, má jimi být zachován, potvrzen a zabezpečen stávající stav. Jen některé rituály jsou transformační, ty mají usnadňovat změnu. Právě transformační funkce je v ústavnictví zdůrazňována. Tak jako jedinec, který je sám se sebou nespokojen je přitahován myšlenkou, že existuje způsob, jak by mohl změnit stávající stav, tak také společnost negativně hodnotící určité chování podpoří instituci, která negativní chování změní v žádoucí. Represivní funkce ústavů je v moderních společnostech maskována. Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Personál má vždycky moc, moc je snadno zneužitelná. Čím méně sociálně zdatní jedinci, tím větší pokušení zneužití

moci. I přes toto riziko ústavní péče konstatují, že ústavní péče je institucí umožňující důstojnou existenci vybraným skupinám lidí.

Názory, které převládají v humanitních disciplínách, že přiměřená péče by měla být realizována klientovi na míru, jsou pojaty s akcentem moderním, ale nedomyšlí omezující důsledky ústavní péče, ke které se staví skepticky. Ústavní péče vždy zůstane alternativní možností sociální péče. Neuvážené rušení ústavů, prováděné pod vlivem deinstitutionalizační doktríny, není vhodné ani pro klienty, ani neřeší společenskou potřebu.

Je nutné počítat s tím, že moderní rodina je stále méně ochotna a méně schopna pečovat o své handicapované členy a moderní společnost je stále náročnější, pokud jde o vzdělání, pracovní výkon a sociální chování. Počet lidí, kteří jsou v některém ohledu nedostačiví, proto přibývá a ubývá tradičních zdrojů společenské opory. V ústavnictví se opouští péče organizovaná tradičním, byrokratickým způsobem, a prosazují se ústavy odvozující svůj režim z individuálních potřeb klienta.

Ústavních forem dnes ubývá ve prospěch forem neústavních. Sociální práce má větší tendenci jít za klientem do jeho prostředí než pro něj vytvářet nové umělé prostředí ústavní. Hranice mezi ambulanti a ústavní péčí není již tak ostrá, vznikají zařízení v individuálním rozsahu schopná poskytnout podle potřeby obojí – docházku i pobyt. Do sféry ústavní péče vstupuje vysokoškolsky vzdělaný profesionál a nahrazuje pracovníky z bezprostředního okolí ústavu, kteří práci vykonávali právě pro bezprostřední blízkost pracoviště, ve velké míře nekvalifikovaně.

Vznikají alternativní zařízení, která se liší od tradičních ústavů. Ústavy se otvírají vůči okolní komunitě. Distance mezi profesionály a klienty se zmenšuje. Dominantou stále zůstává profesionalizace profese. Profesionálové pracují s velkým osobním nasazením, se zájmem. Profesionál má možnost chovat se vůči klientovi velmi spontánně, aniž však překročí meze profesionality.

5.3 Ústavy z hlediska životní dráhy jedince

Ústavní pobyt je vždy vážným zásahem do klientova osudu. Jednotlivé životní etapy mají svá specifika, jimž by měly být ústavní režimy přizpůsobeny. Ústavní péče má zanedbatelná rizika pro klienty, tato rizika se liší podle toho, v kterém věku a v jaké životní situaci se klient do ústavní péče dostal.

Člověk začíná svou životní dráhu krátkodobým pobytem v ústavní péči jako novorozenec v porodnici. Pro některé děti je pobyt v porodnici začátkem série ústavních pobytů, pokračující kojeneckým ústavem (do tří let věku dítěte) a dětským domovem. Tradiční ústavní péče o děti, které nemají rodiče, má riziko dobře známé a dobře pojmenované: **deprivační syndrom**. Deprivované ústavní děti se při srovnání se svými vrstevníky vychovávanými v rodinách jeví jako méně nadané, pomalejší, úzkostné a bojácné, zatížené mnoha druhy zlovyků. Tyto následky ústavní

výchovy nazývané deprivačním syndromem jsou tím vážnější a tím hůře odstranitelné, čím dříve se dítě do ústavní péče dostalo a čím déle v ní bylo.

Moderní ústavní zařízení pro děti se chtějí co nejvíce podobat přirozené rodině, vznikají tzv. SOS vesničky, které náhradní rodinné klima vytvářejí.

Nejlepší alternativou k ústavní péči o děti jsou bezpochyby adoptce a pěstounská péče. I při volbě této varianty se nelze obejít bez delšího pobytu dítěte v ústavu, který předchází následné formě péče.

Děti s velmi vážným tělesným, duševním či smyslovým postižením a děti tělesně či duševně nemocné se bez intenzivní profesionálně specializované péče neobejdou.

Společensky závažné chování dospívajících napomáhají řešit diagnostické ústavy pro mládež, výchovné ústavy pro mládež a vězení pro mladistvé. V těchto zařízeních se nápadně často objevují mladí lidé, kteří prošli kojeneckými ústavu a dětskými domovy.

Tito mladiství jsou velice dobře adaptováni na podmínky ústavního života a není vyloučeno, že záměrně vyhledávají ústavní péči i za cenu záměrného překročení společensky uznávaných norem chování.

Věznění mladistvých se dnes jeví jako nejméně vhodná forma prevence jejich kriminality.

Ústavem, s nímž se nejčastěji setká jedinec neporušující uznávané normy soužití, je nemocnice. Lze i zde polemizovat nad otázkou dodržování či nedodržování norem. Zásady správné životosprávy, životní styl a přístup k životu jsou také normami. Relativnost norem je patrná.

Alternativou k nemocniční léčbě je léčba v domácím prostředí. Tak jako se ustupuje od ústavní péče, tak se ustupuje od hospitalizace nejen pro ekonomickou náročnost, ale i pro svůj nežádoucí psychologický důsledek. Zvláštní hospitalizační kategorií jsou psychiatrické léčebny, které stále internují jedince, kteří nejsou schopni zvládnout stále se zvyšující nároky moderní společnosti.

Alternativa ústavní péče u psychicky nemocných je směřována do klubových aktivit, chráněných dílen a na nově vznikající rodinnou péči.

Reflexe nežádoucích důsledků internace vězněním podněcovala odborníky hledat jiná řešení společnosti jako její odpovědi na trestnou činnost pachatelů. V současné době je nastolen okruh problémů alternativního řešení trestné činnosti pachatelů ve fázi trestního řízení a výkonu trestu, nevytváří problémy izolace jedince od společnosti a naopak akcentuje, podněcuje a dále rozvíjí sociální dovednosti provinilce.

Mezi ne příliš rozšířené formy ústavní péče patří domovy pro svobodné matky, azylové domy pro bezdomovce.

Mezi pobytová zařízení pro staré lidi patří domovy důchodců a penziony, kde vedle bydlení jsou poskytovány různé doplňkové (sociální, zdravotní, pečovatelské) služby.

Tak jako rané dětství, tak pozdní stáří je charakteristické ztrátou úzkých vazeb na prostředí a rodinu. Alternativou péče o staré lidi je pečovatelská služba a domácí ošetřovatelská péče.

5.4 Rizika ústavní péče

Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. **hospitalismus**, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, doprovázený snižující se schopností adaptace na přirozené prostředí. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobyvatel a nepočtelným týmem profesionálů. Pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho okolí. Je pro něho snazší orientovat se v ústavním redukováném světě, než v komplexním, nepřehledném vnějším světě.

Redukce nároků podle Matouška (1995) a omezení podnětů mají dobře známé, mnohokrát popsané následky: ztrácející se zájem o lidi a svět, zhoršení komunikace, návrat do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, spavost, apod.

Ústavy zřízené proto, aby kontrolovaly chování jednotlivců společensky nebezpečných, bývají organizovány tak, že se do nich dostávají lidé stejného pohlaví. Velké, uzavřené a osobnostně homogenní kolektivy nevedou velmi často k žádoucímu korigování individuálního chování.

V uzavřených ústavech snadno vzniká tzv. ponorková nemoc, popisovaná původně u osádek lodí na dalekých plavbách. Stereotyp, z něhož není úniku, zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Lidé se stávají vztahovačnými, agresivními, jsou zvýšeně sugestibilní. Stávají se introverty, klesá jejich otevřenost, vstřícnost. Skupina postižená ponorkovou nemocí může některého svého člena i vyobcovat. Ten je sice fyzicky přítomen, ale ostatními ostenativně ignorován, takže upadá do deprese a pokusy o kontakt postupně vzdává. Prostředím, kde ponorková nemoc vznikne snadno a rychle, jsou vězeňské cely.

Všechny uzavřené instituce s autoritativním režimem jsou živnou půdou pro šikanování. Násilí se může stát pozitivně hodnoceným způsobem uplatnění potřeb a práv jednotlivce. Největší autoritu mají nejagresivnější příslušníci personálu a nejbrutálnější chovanci. Věznice a výchovné ústavy pro mládež mají tendenci vytvářet zvláštní subkulturu, v níž jsou násilné činy posuzovány zcela jinak, než jak je posuzuje občanská společnost a soudy. Osoby jež se dopustily vražd a vážných násilných trestných činů, se v takové subkultuře těší obdivu, na nejnižších sociálních pozicích jsou sexuální devianti, zejména pedofilové.

Termín šikanování se užívá k označení násilného chování vůči klientům. Ve všech dobách a ve všech zemích i personál ústavů zneužíval své moci nad klienty k jejich nepřiměřenému trestání, ponižování. Riziko je nejvyšší v těch ústavech, kde jsou klienty malé děti, lidé mentálně retardovaní, nemocní, staří.

Ztráta soukromí je pravidelnou daní za pobyt v ústavu. Některé instituce omezují soukromí minimálně. Represivní ústavy provádí degradační rituál, kdy se klient podrobí přijímací proceduře, při které je připraven o svoje šaty, osobní věci, je mu přidělen stejnokroj, postel, místnosti, které nemůže užívat ani podle svého přání.

Kombinací právě vypočtených nepříznivých vlivů se ústavní pobyt může stát vážným psychickým traumatem, jež člověka dlouhodobě poznamená. Typickým následkem je pak neochota a neschopnost stýkat se s lidmi, kteří nebyli podobně postiženi. Postižený se cítí dobře jen ve společnosti těch, kteří prošli stejnou zkušeností. I v neústavním světě se tak vytvářejí society ústavního světa bývalých klientů či obyvatel.

5.5 Typologie ošetrovatelských intervencí u seniorů

Péči o staré občany lze rozdělit do 3 úrovní:

- péče o starého občana v rodině;
- sociální péče o starého občana v ambulantních podmínkách;
- ústavní a poloústavní péče o starého člověka.

Nejvíce pomoci se dostává a bude dostávat starému člověku v rodině od jeho dětí při společném bydlení. Starý člověk by ovšem dával přednost bydlení samostatnému, nejraději blízko příbuzných. Oddělené bydlení však ztěžuje širší rodinné péči o své staré členy rodiny. Ukazuje se, že rodiny dospělých dětí zajišťují péči o 82 % starých lidí, o 89 % těch, kteří potřebují větší péči v domácnosti a o 96 % starých, bezmocných a nepohyblivých členů své rodiny. Ve srovnání s touto pomocí zůstává pomoc poskytovaná sociální péčí i přes její několikanásobný vzrůst během posledních dvou desetiletí u nás stále jen okrajová. Bylo zjištěno, že intenzivní péče o starého člověka v rodině se nezvyšuje s počtem dětí. O rodiče pečuje obvykle nejbližší bydlící nebo spolubydlící dcera; ostatní děti se účastní péče o ně jen sporadicky (Schimmerlingová, 1991).

Sociální péče o starého občana v ambulantních podmínkách se přednostně zaměřuje na pomoc osamělým starým lidem bez rodinného zázemí. Jde jednak o dávky sociální péče (zejména důchody), jednak o sociální služby (spočívající zejména v pečovatelské službě). Na tomto úseku sociální péče se podílejí sociální pracovníce a geriatrické sestry, jež např. signalizují potřeby starého člověka.

Ústavní a poloústavní péče o starého člověka je poskytována starým lidem jednak v **domovech důchodců** (s plnou sociální a zdravotní péčí), jednak v **domovech – penziónech**, kde je tato péče poskytována částečně. Variantou domovu důchodců jsou **ústavy sociální péče se zvýšenou psychiatrickou péčí**.

V současné době je v domovech důchodců 30 až 50 % duševně alterovaných, převážně dementních jedinců (Pacovský a Heřmanová, 1981). Pro vysokou psychiatrickou nemocnost v těchto zařízeních svědčí i průzkumy preskripce psychofarmak provedené v některých domovech důchodců.

Přijímání klientů do ústavů sociální péče

Do těchto ústavů mohou být přijati pouze občané, pro něž jsou tyto ústavy určeny. Občané jsou přijímáni na podkladě podané žádosti. Podávají ji občané,

kteří potřebují tento typ péče. Pokud jde o občany zbavené způsobilosti k právním úkonům, podává žádost za ně jejich zákonný zástupce nebo opatrovník. Žádost se podává u okresního (obvodního) úřadu dle místa trvalého bydliště. Pokud žadatel splňuje podmínky pro přijetí do ústavu a ve vhodném ústavu je vhodné místo, rozhodne úřad, který ústav spravuje, o přijetí. Tento úřad sestavuje pořadník čekatelů pro umístění do každého typu ústavu zvlášť; pořadník se sestavuje dle naléhavosti umístění. Má-li být obyvatel (svěřenec) přemístěn do jiného ústavu, toto opatření se s ním (případně s jeho zákonným zástupce či opatrovníkem) předem projedná.

Vedení ústavu může dát na žádost obyvatele (jeho zákonného zástupce či opatrovníka) souhlas k přechodnému pobytu mimo ústav, a to diferencovaně dle ústavu po dobu v příslušné směrnici stanovenou.

Zdravotní postižení vylučující přijetí do ústavů sociální péče

Ve vyhlášce ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb. jsou uvedeny zdravotní kontraindikace pro přijetí do ústavů včetně kontraindikací psychiatrických.

Psychiatrické kontraindikace pro přijetí do ústavů pro tělesně, smyslově nebo mentálně postižené

Jsou to psychózy, psychické poruchy, při nichž nemocný může ohrozit sebe nebo druhé, resp. jeho chování znemožňuje soužití s kolektivem, chronický alkoholismus a drogové závislosti, pokud nedošlo k odeznění závislosti (doba nejméně 5 roků abstinence musí být doložena potvrzením příslušného psychiatra). Stejně kontraindikace platí i pro přijetí do ústavů sociální péče se zvýšenou psychiatrickou péčí.

Psychiatrické kontraindikace přijetí do domovů důchodců a domovů – penzionů jsou tytéž a navíc těžká a hluboká mentální retardace. Ve zdůvodněných případech lze povolit výjimku kontraindikací.

Výhled do budoucna

Do budoucna bude nutné vybudování komplexní sociálně zdravotní služby při vzájemné součinnosti obou resortů. V zásadě budou dvě základní možnosti péče o staré občany.

- Systém komplexní sociálně zdravotní domácí péče.
- Ošetrovatelský dům s denním stacionářem.

Systém komplexní sociálně zdravotní domácí péče

Péče v rámci tohoto systému bude poskytována nemocným staršího věku, kteří mohou být propuštěni z nemocničního ošetrování do domácí péče. Bude pro ně vytvořen systém vhodných sociálně zdravotních podmínek, který pokryje všechny oblasti ošetrovatelské a pečovatelské služby se supervizí sociální pracovnice a geriatrické sestry v příslušném regionu.

Komplexní domácí péče by měla zahrnovat zejména:

Ošetřovatelské a rehabilitační úkony, dietetický dozor, psychosociální pomoc (za účasti dobrovolníků), úklid domácnosti a zajištění kompenzačních pomůcek pro bezpečný pobyt nemocného doma. Tyto služby by měly být hrazeny obcí, zdravotní pojišťovnou a klientem.

Ošetřovatelský dům s denním stacionářem

Ten by poskytoval tyto služby: zdravotní a sociální péči po celý den, pracovní rehabilitační programy, stravování a možnost vyprání prádla, kulturní programy, fyzikální léčbu, sociálně právní poradenství a další služby (např. kadeřnické, chiropraktika, pedikúra a možnost nákupu). Nemocnému by byla poskytnuta i možnost krátkodobého pobytu (včetně přespání) např. při malování nebo havárii bytu a mělo by mu být zajištěno i poskytnutí dalších služeb podle potřeb regionu. Tyto služby budou hrazeny obcí, sociální pojišťovnou a klientem.

Shora uvedené formy péče o staré občany jsou dnes již běžné v mnoha evropských zemích, kde se osvědčují. Jsou především levnější než zřizování kompletních domovů důchodců anebo péče o starého v nemocnici.

Do budoucna budou u nás vznikat další formy nestátní, domácí nebo poloústavní péče pro určité skupiny starých lidí sponzorované nestátními, mj. charitativními organizacemi. Vytvářejí se dobrovolné organizace, jejichž cílem bude jednak materiální pomoc starým občanům, jednak pomoc před sociální izolací, která je nejčastější příčinou dekompenzace zdravotního stavu těchto občanů.

5.6 Hospicová péče

V životě jsme zákonitě konfrontováni se situací, kdy odchod blízkých lidí nám připomíná konečnost vlastního života. Taková situace nás přinutí zabývat se odkládaným tématem a často sami zjišťujeme, že nejsme dostatečně připraveni. Ve velké většině nemáme žádnou nebo jen minimální zkušenost s doprovázením lidí, kterým se již v nedaleké budoucnosti rýsují hranice jejich života. Situace blížící se smrti milovaného člověka je vnímána jako hrozná a těžká životní zkouška. Je tím těžší, čím větší je citový vztah k umírajícímu a čím méně víme o tom, co nás na této cestě čeká.

Téma konce lidského života se opakovaně vrací do celé společnosti. Od počátku devadesátých let minulého století se i v naší republice rozvíjí hospicové hnutí, kteří věří, že život má svou hodnotu bez ohledu na to, kolik ho ještě zbývá. Cílem tohoto hnutí je vytvoření podmínek pro udržení kvality života i na jeho konci.

Současná hospicová péče navazuje na tradice klášterních útulků. Dnešní zdomácnělý název *hospic* pochází z latinského *hospes*, které označovalo hosta (ale i hostinského). Substantivum *hospitale* pak útulek pro nemajetné a chudé nebo nemocnici.

Použití pojmu *hospice* k označení institucí zabývajících se péčí o umírající zavedla poprvé Jeanne Garnier, která založila tyto útulky v roce 1842 v Lyonu ve Francii. Irské charitativní sestry otevřely v Dublinu ženský hospic v roce 1879 a v Londýně útulek sv. Josefa v roce 1905. První moderní hospic, který nese jméno sv. Kryštofa, vznikl opět v Londýně v roce 1969.

V České republice působí několik hospiců a poskytuje se hospicová péče, i když tyto pojmy současná legislativa nezná. Praxe v tomto případě předběhla legislativu. Dle připravovaného zákona o zdravotní péči se hospicovou péčí rozumí komplexní paliativní léčba a péče zohledňující potřeby pacienta v preterminálním nebo terminálním stavu, u něhož byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba s cílem minimalizovat bolest a zmírnit obtíže související se základním onemocněním. Je součástí následné lůžkové péče nebo zvláštní ambulantní péče.

Pro hospicovou péči lze vymezit několik základních charakteristik:

- hospic je většinou nestátním lůžkovým zdravotnickým zařízením, které poskytuje hospicovou péči definovanou v návrhu zákona o zdravotní péči,
- hospic má navázány smlouvy o hrazení poskytnuté péče se zdravotními pojišťovnami,
- péče v hospici je zásadně multidisciplinární a týmová,
- v rámci celodenního programu respektuje hospic specifické potřeby člověka stojícího na konci života,
- standardní součástí vybavení hospice je i vysoký technický standard vybavení i poskytované péče, součástí hospice je např. i kaple a místnost posledního rozloučení,
- při péči o klienta hospic počítá s účastí blízkých osob a poskytuje péči doprovázejícím a pozůstalým,
- při hospici působí sbor dobrovolníků, kteří představují potřebný spojovací článek mezi hospicem a vnější realitou,
- hospic má obvyklou kapacitu cca 25 lůžek a stejný počet lůžek pro doprovázející, kteří se na péči podílejí, ale svůj pobyt si hradí,
- hospic plní funkci edukačního centra hospicové péče v regionu.

5.7 Aktuální problémy ústavní péče v České republice

Ústavní sociální péče se dostala v naší zemi do popředí zájmu po roce 1989. Do této doby byla ústavní sociální péče téměř tabu, zvláště co se týče postižených a starých lidí. Úroveň péče v ústavech byla velmi nízká, a to nejen co do materiálního vybavení, ale též po personální stránce. Neuplatňovala se základní lidská práva pro postižené osoby jako jsou zdraví, bezpečnost, sociální jistota, výchova a vzdělávání, zaměstnávání a pracovní příležitosti, akceptace rodinného života, občanské soužití, vlastní volba, rozhodování, nezávislost.

Před více než třiceti lety prohlásil prezident Spojených států John F. Kennedy, že **měřítkem společnosti je úroveň její péče o nejslabší občany**. Toto krédo přimělo mnoho západních společností ke zkoumání vlastních postojů, zákonů a zvyků při práci zabezpečující lepší život osob s postižením. Dodržování lidských práv je pro seberealizaci a osobní blaho postižených a starých občanů nezbytné. Slova prezidenta Kennedyho naznačují, že takovou inkluzi zvyšujeme humanitu naší společnosti.

Směr vývoje zabezpečování lidských práv pro občany se dodnes mezi národy liší. Západní státy, které mají dlouholetou zkušenost s rozvojem demokratických principů, se nyní plně zabývají uplatňováním lidských práv pro všechny občany bez rozdílu. Země, které teprve nedávno přistoupily k úkolu rozšiřování lidských práv a hodnot, by se stále měly učit ze zkušeností, které jsou pro jiné národy historií.

Stejně jako zdraví patří i nemoc, zdravotní postižení a stáří k životu. Riziko zdravotního postižení v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady existuje u každého z nás a roste s přibývajícím věkem. V České republice je asi 1 200 000 občanů se zdravotním postižením.

Zdravotním postižením se na rozdíl od nemoci rozumí dlouhodobý nebo trvalý stav, který již nelze léčbou zcela odstranit. Jeho negativní důsledky je ovšem možno zmírnit soustavou promyšlených opatření, na nichž se musí podílet celá společnost. Vyspělé státy proto vytvářejí vedle svých systémů zdravotního a sociálního pojištění i systémy pro snížení důsledků zdravotního postižení. Mezi tyto státy patří i Česká republika.

Ústavní péče ve stávající podobě se již přežila, protože velké ústavy jsou nevyhnutelně vždy poněkud *dehumanizující*. Také požadavek na harmonizaci našeho komunitárního práva se zeměmi EU nutně vyústí v postupnou, avšak důslednou deinstitutionalizaci. Cílem pro další období musí být zajistit, aby ústavy navrácené v restitucích nebyly nahrazovány novými velkými ústavami, ale jinými formami sociálních služeb. Zdravotně postižený nebo jeho zákonný zástupce musí mít právo volby, zda se rozhodne pro umístění v některém z nově vytvářených zařízení komunitní péče. Formou normativů na klienta musí být vytvořeny rovné podmínky pro státní i nestátní poskytovatele ústavní péče podobně, jako byly vytvořeny srovnatelné podmínky pro státní a nestátní školy a školská zařízení.

V České republice je více než 600 ústavů sociální péče, mezi nimi i ústavy specializované na zrakově, tělesně a mentálně postižené. Zcela však byly opomenuty potřeby starých neslyšících osob, které komunikují ve znakovém jazyce a pro které je společnost dalších neslyšících zcela optimálním životním prostředím. Neslyšící totiž představují výjimku v požadavku na decentralizaci speciálních škol a ústavů

sociální péče, protože tvoří jazykovou a kulturní menšinu, která dává přednost vzájemnému soužití před integrací do společnosti slyšících. Tento dluh společnosti je třeba splatit a urychleně vytvořit zařízení pro neslyšící seniory.

Mezi zásadní cíle sociální politiky v ČR se řadí zahájení transformace velkých ústavů sociální péče pro těžce zdravotně postižené v modernější formy trvalé péče – zajistit, aby každý těžce zdravotně postižený občan nebo jeho zákonný zástupce měl možnost svobodné volby mezi osobní asistencí, péčí v rodině, komunitní sociální péčí, chráněným bydlením, ústavní sociální péčí a dalšími formami sociálních služeb, vytvořit rovné podmínky pro státní i nestátní poskytovatele sociálních služeb.

K těmto cílům směřují i navrhovaná opatření:

- Vytvořit legislativní předpoklady postupného snižování počtu stávajících státních ÚSP a jejich nahrazování jinými formami sociálních služeb.
- Podporovat investiční výstavbu chráněných a skupinových bytů.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí provede průzkum potřebnosti a v případě kladného výsledku perspektivně přemění některé ze stávajících zařízení na domov pro neslyšící seniory.

5.8 Současný stav v ústavech pro seniory v České republice

Současný stav v ÚSP je odrazem systému péče před rokem 1989. Po změnách, jež po roce 1989 nastaly, můžeme sledovat velký krok směrem kupředu v úrovni zabezpečování služeb v ÚSP. I přes veliký pokrok, který byl v systému sociální péče u nás uskutečněn, problémových oblastí, které lze v této oblasti nalézt, je stále dost. Lze je rozdělit do osmi kategorií, které se přímo či nepřímo podílí na kvalitě života v jednotlivých typech zařízení, jsou jimi: klientela, poskytovatelé, organizace a řízení, finance, budovy, vybavení, zdravotnické a další služby, plánování. Oblasti jsou rozděleny na **vnitřní a vnější**.

Klientela v ústavech pro seniory

Základní vnitřní problémy:

- Ztráta vazeb s rodinou – vzdálenost od domovské obce k ústavu je mnohdy značná, členové rodiny nemají možnost krátkodobého pobytu v zařízení či v jeho těsné blízkosti, a tak kontakt s rodinou je sporadický. Je nutno tedy zřídit alespoň skromné ubytování pro návštěvy, rozvíjet vazby na lokální úrovni.

- Ztráta společenských vazeb – kontakt ústavu se společenským životem obce je minimální. Zařízení žije svým vlastním životem, který je podřízen funkci ústavu. Nutno otevřít instituci obci pomocí oboustranně prospěšné výměny služeb, zapojení klienta do života obce.
- Omezené soukromí – zařízení jsou kapacitně předimenzována, na jednom pokoji je až osm klientů a více, možnost soukromí je prakticky vyloučena. Je potřeba zajistit alespoň nearchitektonické řešení k zachování intimity (např. plenty).
- Dezorientace v novém prostředí – klienti nejsou před zařazením do ústavu připravováni na změnu prostředí, a často je to pro ně psychický šok. Řešení je možno spatřovat v bližší spolupráci se sociálním pracovníkem před umístěním do příslušného zařízení.
- Komunikace mezi příjemcem a poskytovatelem služeb – klienti nemají možnost komunikovat s poskytovatelem služeb, což prohlubuje sociální izolovanost klienta. Pro kvalitnější socializaci by bylo vhodné rozšířit spolurozhodování a spoluzodpovědnost klienta na chodu zařízení.
- Ztráta plnoprávné občanské pozice – klient je chápán jako subjekt péče, jeho rozhodovací práva jsou omezena. Advokátem práv a svobod klienta se stává zařízení, ve kterém je klient umístěn. Klientovi by se tedy měla dát možnost v širší míře uplatňovat spektrum občanských práv, případně částečné omezení práv pouze v nezbytném případě a se souhlasem klienta nebo zákonného zástupce.
- Ztráta motivace a vůle k zachování nezávislosti – klient se smíruje se svou pasivní rolí, která mu byla udělena a přenechává výkon svých práv a svobod ústavu. Cílem by se mělo stát zvyšování spoluzodpovědnosti klienta za kvalitu poskytované péče.

Základní vnější problémy:

- Vyšší závislost na ošetřovatelské péči – s růstem průměrného věku populace závislé na ošetřovatelské péči rostou nároky na ni. Zařízení nejsou na takový nárůst připravena, chybí technické i profesionální zázemí pro poskytování vyšší kvality ošetřovatelské péče.
- Neodpovídající aktuální stav klienta – systém depistáže neumožňuje pravidelné aktualizace stavu uchazeče o umístění do zařízení. Zdravotní stav klienta se během čekací lhůty často podstatně změní, zařízení je nuceno vytvořit pro klienta prostředí pro které nemá odpovídající podmínky.
- Nedostatečná spolupráce obcí se zařízením – pouhý fakt, že občan v zařízení zůstává voličem, je obcí nedoceněn, vypovídá náležitě o stavu věci.
- Absence analýzy potřeb v lokálním i globálním měřítku – není specifikována návaznost jednotlivých funkcí péče, přesah z obce na okres a naopak, vzájemná spolupráce všech subjektů poskytujících péči není definována. Chybí seznámení s celoplošnou analýzou v návaznosti na demografický vývoj.

Poskytovatelé služeb v ústavech pro seniory

Základní vnitřní problémy:

- Nevyváženost zdravotnického a sociálního modelu péče – potřeby dnešního klienta kladou zvyšující se nároky nejen na zdravotnické aspekty péče, ale i na sociální potřeby klienta, poskytovatelé nejsou dostatečně vybaveni nástroji a vědomostmi k plnění sociální funkce. Jako nezbytný krok se jeví systematické vzdělávání všech členů týmu v sociálně-zdravotním modelu péče.
- Práce ve stresu při zajištění péče – chronický nedostatek personálu způsobuje vystavování se stresovým situacím ze strany poskytovatele, což se promítá v psychickém stavu klienta. Řešením je minimalizování zátěže kvalifikovaných pracovníků v přímé péči ve všech oblastech, které nejsou orientovány na klienta a jeho potřeby.
- Absence kontinuálního sociálního vzdělávání – sociální práce je chápána jako doména terénních pracovníků, což je vzhledem k měnící se struktuře již neplatné. Je potřeba interního vzdělávání v této oblasti a propracovaná metodika sociální práce v těchto institucích.
- Malá spolupráce s rodinou – motivace členů rodiny je odrazem individuálního přístupu poskytovatele. Přístup rodiny je často podceňen, prostor pro participaci rodiny je vymezen návštěvní dobou zařízení. Rodina by měla být motivována pro zapojení poskytování péče klientovi.
- Rivalita mezi poskytovateli zdravotnických a sociálních služeb – jednostranný přístup ke klientovi vede ke vzniku rivality mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Je třeba posilovat vědomí služby klientům, prosazovat koncept *člena týmu* se zvláštní kvalifikací.
- Nízká motivace poskytovatelů – poskytovatelé nejsou dostatečně společensky ohodnoceni, což je důsledek postojů, které stavěly postižené občany na okraj společnosti. Nutnost vytváření podpůrných skupin z činitelů politických, společenských a masmediálních.
- Identifikace služby s budovou – poskytovatelé často identifikují službu, kterou zajišťují prostřednictvím budovy, ve které je tato služba umístěna. Tato identifikace znemožňuje objektivní pohled na kvalitu služeb, které zařízení poskytuje, omezení stavební či prostorová jsou chápána jako limity kvality služeb. Třeba si uvědomit, že budova nepředstavuje službu, ale jen nástroj k jejímu poskytování.

Základní problémy vnější:

- Veřejnost nedostatečně rozpoznává důležitost a náročnost péče o osoby se zvláštními potřebami. Na poskytovatele je nahlíženo s malým společenským respektem, služba je mylně považována za okrajovou, což je z hlediska poskytovatele nedostatečně stimulující.

Organizace a řízení ústavů pro seniory

Základní problémy vnitřní:

- Pracovní náplně nereflktují specifika klientely – pracovní náplně nejsou formulovány s ohledem na specifické problémy cílových skupin klientů a jejich zvláštní potřeby. Měly by se tedy definovat potřeby specifických skupin klientů, rozšiřovat úkony sociální a odbornost pečovatелů specializovat.
- Obava z nových přístupů v řízení – ředitel zařízení nese odpovědnost za všechny oblasti funkce zařízení, je tedy těžké aplikovat některé nové postupy řízení. V případě vytvoření kvalitního managementu, týmu pracovníků zabývajících se např. získáváním alternativních zdrojů, stykem s veřejností apod. by ředitel pouze schvaloval navržená řešení a postupy realizace, což by mělo za následek rozšířené možnosti vzdělávání top managementu.
- Nedostatečný týmový přístup – jednotliví odborníci se navzájem neinformují o stavu klientů, o jejich potřebách a provozních možnostech, o tom, jak tyto potřeby uspokojit. Měl by se aplikovat systém krátkých a věcných porad, pro jednotlivé oblasti určovat tým řešitelů.
- Malá spolupráce mezi zařízeními – jednotlivá zařízení neplánují společný přístup při rozvoji pečovatelských – ošetrovatelských služeb pro klienty. Dochází k situaci, v níž na jednom místě či v rámci okresu jsou určité služby realizovány několika subjekty. Ta zařízení, která již služby poskytují, by měla pravidelně vyhodnocovat strukturu potřeb na trhu v dané oblasti, spolu pak oslovit nové subjekty poskytující péči a dohodnout sféry spolupráce tak, aby byla vždy oboustranně úspěšná.
- Absence plánu nábory a práce s dobrovolníky – zařízení nemají propracovanou koncepci nábory a práce s dobrovolníky. Ti mohou hrát pozitivní roli při zajišťování péče. Práce s nimi je sice organizačně náročnější, na druhé straně při vhodném managementu je možné snížit některé náklady na zaměstnance v oblasti aktivit a volného času.

Základní problémy vnější:

- Absence dlouhodobého rozvoje plánu – většina úkolů, které organizace řeší, se týká okamžitých potřeb. Dlouhodobý plán je rozpracován ve formě vize bez konkrétních fází realizace. Základní kritéria dlouhodobého rozvojového plánu by měla být vymezena v souladu s koncepcí na úrovni obce či okresu.
- Direktivní umístování klientů – klienti jsou umístováni na základě volných míst v zařízeních sociální péče. Jen málokdy je možné vyhovět partikulárnímu přání klienta o umístění v konkrétním zařízení. Právo volby není na straně klienta, ale na straně poskytovatele.

Financování ústavů pro seniory

Základní problémy vnitřní:

- Nedostatečná spolupráce s obcí – zařízení jsou izolována od finančních zdrojů obce, která hledí na okresní zařízení jako na organizaci spadající pod okresní úřad, včetně financí. Je třeba neustále sledovat vývoj v obci a flexibilně nabízet oboustranně prospěšnou spolupráci při zajišťování péče o obyvatele obce (zřízení ordinace, lékárny).
- Absence plánu rozvoje alternativních zdrojů – potencionální zájemci o spolupráci a podporu nejsou oslořováni cíleně. Jejich zajištění je vázáno v mnoha případech na osobní iniciativu vedení zařízení či na náhodě. Analyzováním trhu dárců, vytvořením atraktivní podpory péče a prostřednictvím technik získávání alternativních zdrojů (sbírky, benefiční koncerty) lze zvyšovat operační kapitál zařízení.
- Vysoké výdaje na zajištění technického chodu zařízení – vzhledem ke stavu budov, ve kterých se ÚSP často nacházejí, zvyšují se náklady na údržbu neúměrně k nárůstu kvality služeb. Část potřebných prostředků by se měla čerpat právě z fondů alternativních zdrojů.

Základní problémy vnější:

- Nízká flexibilita rozpočtu – možnost práce s kapitálem je velmi omezena, rozpočty organizací jsou fixně rozlišeny, kapitál je v pohybu pouze na úrovni okresu, což znesnadňuje operativnost řízení a postupného navyšování finančních prostředků pro jednotlivá zařízení.

Budovy ústavů pro seniory

Základní problémy vnitřní:

- Prostorové přetížení – původní účel budov neodpovídá současným požadavkům, i v případech tzv. účelových staveb dnešní potřeby překonávají původní záměr, prostory jsou přetíženy, kapacita pokojů předimenzována. Nutností se nyní stává zefektivnění logistiky zařízení, hledání dodavatele na služby, které nejsou spojeny s přímou péčí o klienta (kuchyně, prádelna). Je vhodné umístit do stávajících prostor službu, která napomůže udržet klienta v domácím prostředí.
- Bariéry – budovy nejsou vhodné pro osoby s tělesným postižením. Tyto osoby by se měly umístit v přízemí objektů, v budoucnu hledat řešení spíše technická nežli stavební.
- Absence zvláštního prostoru pro terminální stavy – zařízení tímto prostorem nedisponují a klient nemá možnost užívat alespoň v posledních dnech svého ži-

vota práva na privátnost v kruhu rodiny. Nutno tedy zřizovat pokoj se zvláštním režimem právě pro takové stavy.

Základní problémy vnější:

- Památková ochrana objektů – budovy jsou v mnoha případech památkově chráněny, a to velmi komplikuje možnosti stavebních úprav pro zkvalitnění života klientů.
- Izolace od obce – budovy jsou často umístěny v odlehlých částech obce či okresu. Napojení na služby obce je velmi komplikované a finančně nepříznivé.

Vybavení ústavů pro seniory

Základní problémy vnitřní:

- Nedostatečné vybavení pro imobilní klienty – kompenzační pomůcka pro imobilní klienty je z pohledu finančních možností zařízení velmi náročná, klient bývá často trvale upoutaným na lůžko. Prostřednictvím cílených rehabilitačních programů lze maximálně možně udržovat pohybové schopnosti klienta, informace pravidelně předávat ošetřujícímu personálu tak, aby indikované postupy byly zohledněny i v rámci sebeobsluhy. Cíleně zahájit program získávání alternativních zdrojů.
- Nedostatečné vybavení pro aktivity – zájem o aktivity ve volném čase stoupá, jejich sociální dopad je nesporný, ale zařízení zatím nemají dostatek vybavení pro nabídku těchto aktivit. Programy aktivit by měly reflektovat osobní přání klientů, tyto programy vytvářejí ideální prostor pro dobrovolné pracovníky zařízení a jejich spolupráci s kvalifikovaným personálem.

Základní problémy vnější:

- Sporné a problematické financování některých pomůcek a léků – zařízení jsou z jedné strany považována za instituci poskytující primární péči a ze strany druhé za instituci nahrazující domov. Cíl obou přístupů je zařízení jako takové – klient není dostatečně akcentován.

Zdravotnické a další služby v ústavech pro seniory

Základní problémy vnitřní:

- Absence komplexního přístupu ke klientovi – klient je chápán jako subjekt přijímající zdravotnickou péči. Jeho sociální potřeby nejsou dostatečně akceptovány. Řešení leží v multidisciplinárním přístupu ke klientovi, v ideálním případě jsou

to následující disciplíny, podílející se na péči o klienta: lékařská, zdravotnická a pečovatelská péče, logopedie, aktivity, ergoterapie, fyzioterapie, muzikoterapie, pohybová terapie, psychologie a pastorační práce.

- Řeší se pouze okamžitý stav klienta – není vypracovaný individuální dlouhodobý plán péče, který v maximální míře rozvíjí zbylé schopnosti a dovednosti klienta. Je třeba individuální plán koncipovat na bázi multidisciplinárního přístupu následovně: sociální anamnéza, zdravotní anamnéza, subjektivní potíže, intervence, harmonogram konzultací disciplín.
- Nediiferencované umístění klientů – umístění se řídí volnou kapacitou v zařízení, nebývají dostatečně rozlišeni klienti s geriatrickou a psychogeriatrickou indikací. To vede k problémům se zajištěním péče pro klienty s indikací psychogeriatrickou, kteří v mnohých případech potřebují zvláštní režim.

Základní problémy vnější:

- Neexistuje statut ošetrovatelského domova – i přes poskytování náročných ošetrovatelských úkonů není toto zohledněno.
- Absence minimálního standardu péče – značně ovlivňuje rozhodování klienta při volbě konkrétního zařízení.

Plánování v ústavech pro seniory

Základní problémy vnitřní:

- Obtížná akceptace adaptace na trh – zařízení těžko přijímá fakt, že je to právě klient, který vytváří trh poptávky. Případná *ziskovost* při poskytování péče je chápána na úkor kvality služeb pro klienta. Je třeba cíleně oslovovat ředitele zařízení formou přednášek s hlavním tématem: ***kdo je klient?*** Je třeba si uvědomit, že ziskovost spočívá ve spokojeném klientovi, který se vrací a zařízení doporučuje. Forma vlastnictví je druhořadá.
- Nedostatečný globální přehled o vývoji trhu – zařízení těžko opouští zaběhnutý model funkce, případná zásadní změna je jen těžko akceptovatelná. Zařízení by měla dlouhodobě formulovat své postavení v síti sociálních služeb. Specializace umožní zařízením efektivněji využívat zdroje a zkvalitňovat své služby.

Základní problémy vnější:

- Absence dlouhodobého plánu rozvoje – zařízení nefunguje na základě dlouhodobého plánu rozvoje. Koncepce řeší momentální místní či okresní potřeby.
- Plánování na bázi *rozpočet – opatření – vize – zařízení* odvíjí svoji strategii od rozpočtu, se kterým disponují. Stavba rozpočtu nedává možnost pružně reagovat na měnící se strukturu klientů a jejich potřeb.

Strategie financování ústavů pro seniory

Požadavky na sociální zabezpečení v České republice se blíží modelu, který byl běžný v Západní Evropě v šedesátých a sedmdesátých letech minulého století. Instituce čelí finanční krizi, aby dosáhly srovnání se západoevropskými standardy a splnily rostoucí požadavky stárnoucí populace, musí být připraveny na splnění přemíry požadavků, které nemohou být financovány státem, aniž by byly zvýšeny daně. Kvalita služeb bude muset být vyšší, náročnější a nákladnější. V této souvislosti je také zřejmé, že budovy, v nichž instituce sídlí, jsou naprosto nevhodné, nejen pro svoji velikost, ale i pro obrovské náklady na jejich provoz.

Ředitelé čerpají z rozpočtů na provozní náklady, aby zabezpečili naléhavé opravy chátrajících budov, personál má nízké platy a klienti spí v mnohalůžkových pokojích. Je pociťován tlak nejen na okresní úrovni, kde odpovědné orgány jsou nuceny úzkostlivě omezovat rozpočty institucí, aby je udržely v rámci předepsaných limitů, ale též tlak na politické úrovni, kde existují požadavky z části populace na širší spektrum a lepší kvalitu služeb, a současně odpor k placení vyšších daní z druhé části populace.

Řešení, které bylo v západní Evropě nalezeno, spočívá ve vyhledávání alternativních zdrojů financování a vlastnictví sociálních a zdravotních služeb. Tato řešení se velmi liší od návrhu, aby jednotlivé instituce rozvíjely svoje vlastní přidavné zdroje financování (nadace založené příbuznými klientů). Je tím myšlena přímá privatizace, převedení instituce na soukromou organizaci, ať už dobročinnou nebo soukromou společnost. Konečným efektem bylo podstatné zvýšení množství prostředků, zvýšení počtu zdrojů a připuštění vyšší úrovně volnosti v rozhodování ředitelů, jak budou peněžní prostředky využity. Tento trend v západní Evropě změnil nejenom objem dostupných prostředků a vlastnictví institucí, ale také statut klienta a ředitele instituce.

Rovněž starosti s údržbou velkých budov v západní Evropě neznají, a starají se více o klienty a jejich potřeby. Klient je chápán jako občan, který potřebuje pomoc.

Úloha státu se v tomto procesu vyvíjí. Stát se přeměňuje z úlohy výhradního zabezpečovatele do role posledního útočiště, který péči v krajním případě poskytne, pokud potřeby klienta neuspokojí rodina (Friedmann, 2000).

Návrhy a opatření v oblasti ústavní péče pro seniory

Ze studií, které byly v rámci zpracování tohoto textu analyzovány a vzhledem k předcházejícím kapitolám lze vymezit koncepční závěry, které by mohly významně ovlivnit budoucí postavení a funkci ústavních zařízení pro seniory v České republice:

Pozice klienta:

Služby sociálního zabezpečení musí být orientovány na klienta. Na klienta musí být nahlíženo jako na občana se všemi občanskými právy. Právo na respekt osobnosti, soukromí, svobodu rozhodování při poskytování péče je prioritní. Budovy a zařízení jsou nástrojem poskytované péče.

Vymezení vlastnických vztahů:

Služby sociálního zabezpečení by měly být konstituovány na bázi různých vlastnických vztahů. Konkurence mezi zařízeními by měla být podporována. Stát by měl podporovat proces odstátnění formou pomoci technické, finanční či manažerské. Stát musí zůstat posledním útočištěm, nesmí však blokovat konkurenci.

Úloha ředitele:

Role řídicího pracovníka spočívá ve schopnosti odhadnout a flexibilně uspokojovat měnící se potřeby trhu (klientů), pomocí vzdělávacích programů realizovat proces změn. Měly by být posíleny kompetence ředitele zařízení jako nositele změn s ohledem na jeho kvalifikovanou znalost trhu.

Vazba na místní společenství:

Podporovat názor, že úspěch zařízení je úzce spjat s úspěšnými vztahy k místnímu společenství. Klient je volič a takto musí být též vnímán. Klient by měl mít možnost výběru na základě nabídky různých subjektů poskytujících sociální péči.

Zahraniční experti na základě analýzy stávajícího stavu vymezují tři hlavní fáze vývoje služeb v ČR:

1. Úvodní fázi, při které se mění postoj ke službám a náhled personálu, instituce přijímá filosofii většího soustředění na klienta a zahajuje nové vztahy s okresními a místními orgány.
2. Fázi experimentování a plánování, při které instituce přijímá novou strategii, prozkoumává nové možnosti financování a hledá cesty, jak minimalizovat omezení prostorové a finanční. Nové vztahy jsou vytvářeny v místní oblasti zaváděním externích služeb a zaměřením se na péči v obci.
3. Fázi uvolnění, při které se zařízení uvolňuje ze závislosti na původní budově a začíná provádět program sociální péče založený na službách zabezpečujících multidisciplinární přístup ke klientovi žijícímu ve společenství za podpory rodiny, přátel a specialistů. Zařízení jsou provozována na bázi neziskové organizace řízené ředitelem a správní radou.

5.9 Shrnutí

V jednotlivých etapách společenského vývoje se internace lidí odehrávala v úzkém sepětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní té které doby.

V období prvních civilizací (Egypt, Čína, Mezopotámie, Indie) se první internační institucí jak léčebnou, tak trestní stal chrám. Bylo to místo náboženských obřadů i soudních procesů. Na osobnostní a zdravotní abnormality bylo nahlíženo jako na nedílnou součást společnosti. S postiženými bylo zacházeno jako s právoplatnými členy společnosti.

Antická společnost se vyznačuje stratifikací péče pro jednotlivé skupiny společnosti. Nejstaršími ústavními institucemi v Řecku byla asklépia, která poskytovala léčbu balneologického charakteru střední vrstvě společnosti. Historické prameny zaznamenaly vznik soukromých klinik – iatreí, kde se věnovala péče nejbohatším členům společnosti. Pro ostatní příslušníky polis byla realizována péče v rodinách – extramurální péče a zvláštním druhem jakési „absolutní“ internace bylo vyobcování ze společnosti, které znamenalo jistou smrt, nebo přímá fyzická likvidace. V antice se objevily i první institucionalizované formy péče vězeňské – robury, které se staly základnou pro výstavbu samostatných budov vězení.

Vedle léčebné funkce a výkonu trestu dominovala ochrana společnosti před jedinci psychicky a fyzicky postiženými a sociálně nepřizpůsobivými.

Středověké pojetí internace je multifaktoriálně sociálně podmíněno (rozpad otrokářské společnosti, vyčerpání a degenerace etnika, epidemie, morální krize, rozklad rodiny, morálky, osudovou se stala sama rozloha). V období raného středověku vznikaly při kláštorech tzv. hospitaly, které poskytovaly sociálně charitativní péči. Křesťanství přináší na rozdíl od antiky kvalitativní sociální změnu.

Specializovaná xenodochia znamenají kvalitativní sociální změnu v internační problematice, poskytují specializovanou sociální péči a objevují se první profesionální, ošetřovatelské, kteří se rekrutují z řad mnichů, jeptišek, duchovních.

Problematiku internace výrazně doplňují i středověké věznice, podstatou internace byl strach. Intelektuální centrum středověké společnosti – církve bylo zastánce demonologické koncepce, která představovala jedinou možnou scholasticky přijatelnou koncepci.

Mocenské postavení církve prosazovalo démonickou koncepci vzniku duševní nemoci. Posedlost ďáblem se stala ideologickou zbraní a fyzická likvidace postižených byla jediný možný způsob řešení problému.

Rozvoj lékařství po vzniku evropských univerzit oslaboval dogmata církve a nastupující renesance bojovala proti pověrám, čarodějnictví a demonologii. Mohutný rozvoj měst zapříčinil vznik samostatných objektů pro léčbu a internaci. Vznikly tzv. hospitaly.

Existenčně rozporuplné zůstává konstatování Foucaulta o řádem organizované institucionalizované Lodi bláznů.

Osvícenství přináší do sociálních struktur velké internační budovy, špitály trestní instituce. Tyto instituce měly polosoudní strukturu. Společnost odsuzuje zahálku

a dochází k nucené práci, která diferencuje schopnosti jednotlivých typů postižení. Internace je instituční vynález 17. století. Jako ekonomické opatření a sociální pojistka má hodnotu objevu.

Novověká struktura přejala charakter internačních budov, na počátku 19. století však ostře kritizuje polyfunkčnost těchto zařízení. Devatenácté století je stoletím specializace ústavních zařízení. Velké ústavy nového typu zakládá stát, který alternuje církevní středověké instituce.

Současný charakter ústavní péče je mnohvrstevnatý. Ústavy, které byly primárně orientovány na vylučování lidí ze společnosti, se zaměřují na potřeby klientů. Ústav je spjat se třemi archaickými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyobcování.

V ústavech existuje zvláštní hierarchie společenských pozic, formální nadřizovanost se nemusí krýt s nadřizovaností neformální. Ústavy mají svůj folklór, mají svůj slovník, svoji atmosféru. Mezi hlavní funkce ústavů patří podpora a péče, léčba, výchova a resocializace, omezení, vyloučení, represe. Specifickou je funkce rekreační. Uvedený přehled funkcí ústavu nelze chápat jako prezentaci ústavů s jednofunkčním zaměřením. Každý ústav je nositelem všech vyjmenovaných funkcí.

Transformační funkce ústavů je v souladu s některými lidskými rituály, které jsou založeny na principu transformace.

Represivní funkce je v moderních společnostech maskována. Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Personál má vždy moc, moc je snadno zneužitelná. Čím méně sociálně zdatní jedinci, tím větší pokušení zneužití moci.

Ústavních forem péče dnes ubývá ve prospěch forem neústavních. Ústavní péče vždy zůstane alternativní možností sociální péče. Do sféry ústavní péče vstupuje vysokoškolsky vzdělaný profesionál. Ústavy se otevírají vůči okolní komunitě.

Z hlediska klientovy životní dráhy se ústavní péče dotýká všech životních etap jedince a má svá specifika v jednotlivých obdobích.

Ústavem, s nímž se nejčastěji setká člověka neporušující uznávané normy soužití, je nemocnice. Zvláštní hospitalizační kategorií jsou psychiatrické léčebny, které internují jedince, kteří nejsou schopni zvládnout stále se zvyšující nároky moderní společnosti. Patří sem i léčebny pro alkoholiky a toxikomany. V nich léčba probíhá jak dobrovolně, tak z rozhodnutí soudu jako léčba ochranná. Rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. hospitalismus, stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky se snižující se schopností seberealizace v neústavních podmínkách.

Současná společnost je charakteristická hledáním alternativ. Státem organizovaná ústavní péče s profesionalizovaným či poloprofessionalizovaným personálem je doplňována alternativními způsoby péče o jedince sociálně handicapované, převážně s neprofesionálním týmem. Aktualizovanou otázkou zůstává připravit kvalifikované pracovníky alternativních struktur pro výkon profese, neboť praxe ukazuje, že vůle i citová angažovanost nestačí.

6 Vzdělávání seniorů jako forma socioedukativní intervence

Myšlenky o síle a účinnosti vzdělávání při řešení společenských problémů byly v historii lidstva formulovány již mnohokrát. Od Sokratovského ztotožňování nevědomosti se zlem přes renesanční myslitele formulující utopistické ideje o osvícené vládě a vzdělaném národu, Komenského myšlenky o vzdělávání všech a pro všechny, ideje osvícenců apod. Přichází-li někdo dnes s podobnou myšlenkou, musí si být vědom toho, že se jen řadí k velikému zástupu, který už tu v historii lidstva byl.

6.1 Filozofická východiska *Vzdělávání světa*

Myšlenky *Vzdělávání světa* jsou v různých modifikacích opět formulovány v posledních letech, kdy se lidstvo ztrátou obecných idejí stává bezmocné při řešení globálních problémů, problémů spojených s tempem udržitelného rozvoje, všeobecné devastace mravní, růstu globálních problémů ekologických, etických, kdy diktát komerce prostupuje zcela bezohledně všechny sféry společenského života a zabraňuje v řešení takových problémů, jako je bída a hlad, bezdomovectví, nezaměstnanost, etická nevraživost, lokální války apod.

Podnětem k uvažování o globálním vzdělávání a o vzdělávání jako o jednom z významných nástrojů pro řešení globálních světových problémů byla nejen bezradnost při nalézání jiných řešení, ale i úspěšnost při rozpracovávání koncepce celoživotního učení, která se v posledních dvou desetiletích ustálila jako převládající filozofie v oblasti vzdělávání – především vzdělávání dospělých – a začala nabývat zcela konkrétních forem a různých modifikací, jako jsou *učící se podnik*, *učící se město*, *učící se společnost*. Proč tedy ne *učící se svět*?

Filozofie života jako předpoklad existence

Myšlenka vychází ze skutečnosti, že od počátku své existence žili lidé jako společenští tvorové a předpokladem jejich existence, průběhu života i štěstí bylo jejich začlenění do lidského společenství – do společnosti. Pro začlenění do jakéhokoliv společenství byla a je podmínkou schopnost socializace, tedy schopnost učení a výchovy.

Dnes, v době, kdy je člověk prezentován jako *homo sociologicus*, je v podstatě nemožné prožít plnohodnotný život bez bezproblémového sociálního začlenění, bez akceptování obecných sociálních hodnot a norem, bez přijetí převládající sociální filozofie, bez učení. Základní podmínkou pro obecné přijetí takovéto sociální filozofie a její všeobecné respektování je její odpověď na základní tužby lidstva jako celku;

musí se tedy stát filozofií života. Problémem asi bude formulovat základní tužbu lidstva. Má-li mít takovou míru obecnosti, aby byla přijímána všeobecně, bude asi obsahovat ideu individuální lidské svobody, realizované v kontextu všeobecné humánnosti. Musí být univerzální a přijímat pro všechny stejná pravidla *lidského* bytí (podtržení slova *lidského* je zde významné) jako základní princip existence. Musí hledět dopředu, k lepší budoucnosti pro všechno lidstvo. Pokud se podaří takovouto filozofii nastolit, bude velmi dobře korelovat s konceptem Vzdělávání světa.

Obecná východiska koncepte *Vzdělávání světa*

Lidský druh se liší od ostatních druhů kromě jiného i výhodou lepší komunikativnosti. Její podstatou je nejen jazyk, ale i schopnost myšlení, společenské soužití a v rámci něho možnost lidského souznění, soudržnosti a spolupráce. Jazyk vždy umožňoval člověku komunikovat s člověkem přítomným na stejném místě v ten samý čas. V průběhu času padlo toto omezení jak prostorové, tak i časové. Padly téměř všechny technické komunikační bariéry, a pokud lidé chtějí a jsou ochotni komunikovat, nic jim již nebrání. Komunikační exploze se tak v současnosti – s možnostmi a významem vzdělávání – stává ještě výraznější a může sehrát stále významnější roli v prosazování myšlenek nové koncepte lidství.

Koncept *Vzdělávání světa*, jak již bylo zmíněno, není ideou zcela novou. Humanismus a filozofie *vzdělávání světa* prolínají celé dějiny filozofie od antiky přes renesanci až po současnost. Humanistické ideje a světový optimismus prolínaly veškeré pokrokové myšlení až do druhé světové války. S jejím skončením se opět mluvilo o novém světovém řádu. Z tohoto přesvědčení vyplynulo i založení Spojených národů. Optimismus, s nímž byly zakládány, se brzy ukázal velmi relativním. Záhy se projevila omezenost jejich možností v podmínkách stále se prohlubujících diverzifikovaností světa a vznikající globální společnosti.

V padesátých letech minulého století se dostal do popředí koncept psycho-sociální evoluce, kterou propagoval např. Jilian Sorell Huxley (mj. první generální ředitel UNESCO) nebo Pierre Teilhard de Chardin (se svým spojováním darwinismu a křesťanství). Humanita se pro ně stala základním měřítkem při řešení možnosti sjednocení lidstva. Jejich optimismus vzal za své se studenou válkou. S jejím ukončením se opět očekávala změna – *Nový světový řád*. Ale i tato idea zanikla v lidské nevraživosti a následujících lokálních válkách, bezohledných komerčních zájmech, národnostních a náboženských hysteriích i bojích za lidská práva. Psycho-sociální ideje byly překonány politicko-ekonomickými a nacionálně-náboženskými silami.

Mezi psycho-sociální ideje patřila i idea komunismu, k jejímuž vzniku dal podnět západní výrobní systém. Aniž bychom chtěli význam této ideje přeceňovat, je třeba konstatovat, že šlo o sjednocující morální sílu, která nebyla postavena ani na náboženství, ani na nacionalismu. K deformaci myšlenek komunismu došlo patrně ze dvou důvodů. Tím prvním byl špatný odhad lidské mentality, a tudíž i lidského chování s jeho přirozenou snahou získat výhodu i v podmínkách společného vlastnictví výrobních prostředků. Druhým důvodem byla společenská realizace psycho-

-sociální ideje v Rusku, poznamenaném dlouhou historií despotismu, který se jako společenský fenomén prosadil i v podmínkách realizování nových idejí. Pádem komunismu padla nejen jedna alternativa sjednocující síly lidstva, ale je jím poznamenáno i celé západní filozofické myšlení, které ztratilo protipól pro své ideje, a tím i ideje samotné.

Socio-ekonomické prostředí jako globální problém lidstva

Zmizely sebedůvěra a optimismus. Morální a sociálněpsychologické problémy jsou sice upřednostňovány jako základní pilíře tzv. svobodné společnosti, ale jsou stále nabourávány mocenskými zájmy, drogovou kulturou, zvyšující se kriminalitou, terorismem, úpadkem rodinné struktury, devastací životního prostředí a neustálou nukleární hrozbou. Na druhé straně většina světové populace žijící v tzv. rozvojových zemích (kde i pojem *rozvojové* je důsledkem obrany svědomí bohatých zemí) se snaží o holé přežití pod metlou chudoby, přelidnění a nevědomosti.

Rozdíl mezi chudými a bohatými zeměmi se prohlubuje ze dne na den. V roce 1994 byl podle údajů Světové banky rozdíl v HDP mezi nejbohatšími a nejchudšími zeměmi 1 : 474 (Rwanda 80 dolarů a Švýcarsko 37 230 dolarů). Nikdy v historii lidstva nebyl zaznamenán tak velký rozdíl v bohatství a životní úrovni mezi zeměmi. Vzhledem k prohlubování tohoto rozdílu se prohlubují i šance a možnosti řešení až k prahové možnosti řešení situace vlastními silami.

Hovoříme často o pojmech průmyslové revoluce – první, druhá, třetí apod. Při tomto členění se opět uvažuje pouze v kontextu průmyslových elit. Přitom je zcela evidentní, že k ukončení průmyslové revoluce zdaleka ještě ve světě nedošlo. Pro dvě třetiny lidstva tento proces teprve začíná. Řešení tohoto problému na světové úrovni by se mohlo stát i podnětem k překonání ideologické krize Severu – spojit síly s chudým Jihem ve společném boji za rychlou industrializaci světa. I když je dlužno poznamenat, že toto je myšlenka velmi hypotetická a téměř humorná, kdyby nešlo o fakt přežití.

Pro úspěch koncepce *Vzdělávání světa* je především potřebná globální společensko-sociální filozofie, liberální k většině lidí světa. V podmínkách rozdílného socio-ekonomického prostředí realizována být nemůže. Nemůže ani vzniknout jako konstrukce z logiky samotné; taková filozofie, její síla, musí být odvozena z ducha lidství, který je společným jmenovatelem lidstva a největším zdrojem lidské energie. Tímto duchem lidství se pochopitelně nemíní žádné náboženství nebo ideologie.

Stejně jako průmyslová revoluce také pojem lidská práva je dnes obsahem většiny světových dokumentů a prohlášení. Při analýze obsahu tohoto pojmu je nutno opět konstatovat, že jde zatím pouze o proklamaci. Není možno mluvit o lidských právech, nehovoří-li se i o rovnoprávném postavení a stejných možnostech. Nelze od sebe separovat práva a privilegia.

Všichni chudí na světě se chtějí stát bohatými. Při současném politickém a ekonomickém rozdělení světa je šance zmiňovaných dvou třetin světa nereálná. S rostoucí populací se chudí stávají každým dnem chudšími. Majetek světa je rozdělen

a je osudovou otázkou, zda světové životní prostředí unese exploataci zdrojů dalších. Proto pesimisté hovoří o blížící se osudovém dnu, optimisté vidí budoucnost ve skutečnosti, že lidstvo zatím ve své dlouhé historii již přežilo několik osudových dnů, a přesto existuje.

Globalizace světa jako sociálně etický problém

Je nepochybné, že nastal proces globalizace světa, a to nejen v možnostech komunikačních a v provázanosti ekonomické a finanční, ale především v oblasti životního prostředí a únosnosti jeho dalšího zatěžování. Výsledek této globalizace je zatím stále nejistý, protože není nijak regulován a prosazuje se v podstatě živelně, s převládající rolí samoregulačních tržních mechanismů. Globalizace vytváří nové prostředí pro prosazování skupinových komerčních a politických, popř. etnických či náboženských zájmů. Otázka regulace procesu globalizace je otázkou rovněž osudovou: jak udělat tento proces lidským, jak ho podřídit vytčeným humanizačním cílům? Znamená to neprohlubovat izolaci, ale spojovat všechny pokrokové síly světa k utváření společných záměrů. Takováto spojení mohou sehrát významnou roli v prosazování jednotné světové filozofie, *filozofii vzdělávání světa* nevyjímaje.

Vzdělávání světa jako prostředek k řešení problémů

Vzdělávání světa se v procesu globalizace stává významným prostředkem, který nelze zaměňovat s cílem, který by měl být obsahem již zmiňované filozofie světa. *Vzdělávání světa* může sehrát svoji úlohu jen za předpokladu vytyčení jasných cílů a možnosti i schopnosti organizačního zajištění realizace této myšlenky. Tato záležitost bude asi problémem základním. Vyplývá to např. ze skutečnosti, že v posledních letech se vydává relativně stále méně prostředků na vzdělávání, že vzdělávání nepatří mezi priority při vyjádření potřeb, že vzdělávání není pojímáno jako investice do lidských zdrojů, ale pouze jako nezbytný náklad. Proto by organizační zajištění projektu *Vzdělávání světa* asi bylo problematické.

Případný vznik světového sdružení, které by bylo pověřeno uvedeným posláním, by mohl mít smysl, pokud budou celému světu jasné nejen cíle, ale i jejich reálnost a dosažitelnost. Sebelépe formulované myšlenky dnes již nestačí. V historii lidstva již mnoho osvícených mužů proneslo řadu osvícených myšlenek, ale jejich dosah realitu světa neovlivnil a lidstvo se stále pohybuje po spirálových kruzích. Proto pro realizaci myšlenek a cílů globálního vzdělávání nestačí, budou-li přijaty pouze elitní skupinou. Měly by se stát všeobecným majetkem lidstva. K tomu je potřebná nejen cílevědomost, ale i rozpracování realizačních kroků i snahy všech vlád podřídit své záměry a politické ambice tomuto konceptu. Jen tak by bylo možné uvažovat o jednotném postoji v obecné filozofii, doprovázené rozmanitostí cílů a přístupů k rozmanitým skupinám lidstva bez ohledu na ambice politické. Nalézt a posilovat jednotu mezi rozšířenou rozmanitostí.

Jednou z možných cest je i využívání počítačových sítí a dálnic. Globální světové vzdělání by zde mělo mít své stálé místo, organizované na principu světovém i re-

gionálním, respektujícím národní identitu a lokální vzdělávací potřeby, respektující rozmanitost etnickou, rasovou, zahrnující i všechny menšinové skupiny. V jakékoliv společnosti (národní i nadnárodní) není testem demokracie zajištění práv a privilegií většiny, ale právě v zajištění práv i u všech menšin a pro všechny. Pro filozofii globálního vzdělávání by tento přístup měl být samozřejmostí.

Prvním úkolem při vytváření jakýchkoliv sítí by bylo určení hypotetických cílů pro lidstvo, které by byly dosažitelné v určitém časovém horizontu. Bude třeba nalézt filtr, který umožní sjednotit řadu odchylných názorů, pohledů a idejí, nalezení konsensu při hledání cest k realizaci společných cílů. Úspěch takového projektu by závisel na mnoha neznámých. Bylo by nutné předem analyzovat na různých realizačních stupních vstupní předpoklady, udělat jejich kritickou analýzu a předem vyloučit ty, které mají minimální šanci na úspěch příp. k nim hledat alternativní možnosti.

Primární aktivitou by mohlo být použití satelitního TV kanálu pro šíření idejí *Vzdělávání světa*. V oblasti komerčních reklam v podstatě takovéto světové sjednocení existuje, v oblasti vzdělávání by bylo zřejmě složité takovou akci financovat. Musela by být zřejmě založena nadnárodní společnost. V oblasti komerce již dnes takové společnosti hrají významnou roli v globalizačním procesu, i když ne všechny mají globalizační charakter. Nadnárodní společnost je opravdu globální, když její totální kapitálová investice v některé zemi je menší než polovina její investiční činnosti ve světě. Takovéto společnosti by mohly ideu světového vzdělávání podpořit.

Zároveň s rozvojem světových komunikačních sítí musí *Vzdělávání světa* rozvíjet svoji organizační síť. Lokální centra této sítě by nemusela mít národní základ. Národní identifikace by neměla překrývat přístupnost všem lidem světa, bez ohledu na národnost, rasu, pohlaví, náboženství nebo etnickou příslušnost. Lokální centra vzdělávací sítě by musela tento přístup respektovat jako základní atribut svého poslání. Proto by ustavení světové komunikační sítě mělo být významnější než ustavení regionálních nebo lokálních center. *Vzdělávání světa* by tak pomohlo při řešení problémů, vyplývajících z globalizace i v boji proti nacionalismu, který byl příčinou světových krizí a kolizí v několika posledních staletích. *Vzdělávání světa* by mohlo být významným činitelem v boji za přežití lidstva.

6.2 Učí se společnost jako sociální nutnost

Odborníci v oblasti vzdělávání a zvláště v oblasti celoživotního vzdělávání se shodují v názoru, že existuje formule, která vyjadřuje schopnost společnosti vyrábět národní statek v 21. století. Je to:

$$1/2 - 2 - 3$$

To znamená, že bude potřeba jenom polovina pracovních sil, ale musí být dvakrát schopnější, připravenější, čili vzdělanější, a budou tedy vyrábět třikrát více, než

vyrábí současný stav. To je vzorec, na jehož druhé straně je zisk čili profit. Je to trend, kterým se naše civilizace vydává, je to trend, který vede k prosperitě, k seberealizaci jednotlivců, k seberealizaci celých skupin lidí. Je to jakýsi Damoklův meč nad společnostmi, který říká, že v této chvíli nejdůležitější investicí pro budoucnost je vzdělávání celého společenství, celé společnosti.

Významný odborník na problematiku vzdělávání dospělých prof. Kotásek chápe celoživotní vzdělávání systémově a průřezově, kdy není možno zcela oddělit jednotlivé složky jednotlivé soustavy, protože každá je pouze prvkem nebo subsystémem, který ovlivňuje fungování celku. Ten má svůj vývoj odpovídající společenským podmínkám i úrovni poznání. Úroveň naší vzdělávací soustavy lze dokumentovat řadou konkrétních údajů. Ze sociologických výzkumů je známo, že nejčastěji se dalšího vzdělávání zúčastní lidé s vyšší úrovní vzdělání, a nejméně lidé s nižší úrovní. Projekt OECD *Přechod mezi školou a prací* (School to Work transition) prezentuje potřebu realizace programů pro ty, kteří nemají sklon se dále vzdělávat. Navrhuje, aby tito lidé byli v období školní docházky, případně po ní, k dalšímu vzdělávání vhodnou sociální politikou a politikou zaměstnanosti přitahováni a motivováni. Vzdělání není pouze věcí pedagogů či andragogů, ale věcí celospolečenskou.

Přední rakouský teoretik prof. Werner Lenz nastavuje současně pojímanému *novému Evropanovi* kruté zrcadlo: ...vychází nám jasně ekonomicky determinovaný obraz člověka: *vyžaduje se flexibilní kus lidského potenciálu, polyglotní, ze života se těšící konzument, disponibilní, kvalifikovaná pracovní síla, kterou neruší, daří-li se mnoha bližním špatně, a která s plnou důvěrou spoléhá na svou výkonnost*. A hned říká svůj názor: sympatizuji s takovým chápáním vzdělávání, které v sobě zahrnuje schopnost říci „ne“ a vzepřít se učení (pozn. nového evropanství), a které uznává jako podstatnou lidskou kvalitu kritiku ve smyslu posuzování věcí. Staví se proti (i u nás vzdělavateli kritizované) pragmatizaci a ekonomizaci vzdělávání. Lenz dále konstatuje, že za daných společenských poměrů se nezdá být účelné zdůrazňovat profesní vzdělávání proti vzdělávání všeobecnému, politickému (občanskému). Jde o *záhyby téhož oděvu*. Právě tak nevhodné se zdá oddělování školního, univerzitního a dalšího vzdělávání, označovaného často jako *model tří sloupů*. Vzdělávání jako život doprovázející komponenta lidské existence není žádný segmentovaný trh pro instituce, nýbrž sebeutvářející proces osobnosti.

6.3 Celoživotního vzdělávání v mezinárodních dokumentech

Tři významné mezinárodní dokumenty o celoživotním vzdělávání vyšly v roce 1996, (rok celoživotního vzdělávání). Jsou to: Learning: The treasure within (UNESCO), Lifelong learning for all (OECD) a White Paper on education and

training: Teaching and learning – towards the learning society (European Commission).

Learning: The treasure within – Učení: dosažitelný poklad je zpráva pro UNESCO, Mezinárodní komise pro výchovu a vzdělávání v XXI. století. Tuto komisi expertů z celého světa ustavil Federico Mayor, generální ředitel UNESCO a vedl ji Jacques Delors, bývalý president Evropské komise. Tato zpráva je výsledkem procesu konzultací a analýzy ve světovém měřítku, provedených během tří let, který vyústil do návrhu ustavení celoživotního učení. Jak to již často v případě dokumentů UNESCO bývá, tón této zprávy je převážně filozofický.

Lifelong learning for all – Celoživotní učení pro všechny je referát ze schůze výchovně vzdělávacího výboru na ministerské úrovni z 16.–17. 1. 1996. Obsahuje přehled hlavních politických otázek diskutovaných ministry výchovy, úplný text Communiqué, které ministři vydali na schůzi, jakož i výzkumné podklady připravené OECD pro tuto schůzi. Tento referát, jako většina publikací OECD, je založen na vědecké analýze dostupných faktů o současné situaci a budoucích potřebách na poli výchovy, vzdělávání a učení. Tento dokument má ze všech tří největší váhu, neboť dokumentuje dohodu mezi ministry výchovy OECD o důležitosti a potřebě celoživotního vzdělávání a strategiích pro jeho uskutečnění.

White Paper on education and training – Bílá kniha o vzdělávání – byl připraven z iniciativy Édithy Cressonové, komisařky pro výzkum, výchovu a vzdělávání, Pádraiga Flynna, komisaře pro pracovní a sociální záležitosti a se souhlasem Martina Bangemanna, komisaře pro průmyslové záležitosti, informace a telekomunikační technologie. Tento dokument přináší přehled společenských a ekonomických faktorů v Evropském společenství, které mají vliv na výchovu a vzdělávání. Konstatuje potřebu politického pohybu ke *společnosti, jež se učí*; a přináší vodítka pro akci v členských státech ES.

Není úmyslem zde podat přehled a analýzu těchto dokumentů v jejich úplnosti. Omezujeme se pouze na přehled a analýzu místa a úloh, kterých se v těchto dokumentech dostává vzdělání a učení dospělých v rámci celoživotního vzdělávání. I když všechny tři dokumenty obsahují odkazy na vzdělávání dospělých, důkaz, který je na ně kladen, a jeho rozsah, je od dokumentu k dokumentu rozdílný. Dokument UNESCO Learning: The treasure within se koncentruje převážně na výchovu dětí a dospívajících; odkazy na vzdělávání dospělých se nalézají ve velké míře v kapitole *Učení po celý život*, zatímco v jiných kapitolách se vzdělávání dospělých zmiňuje jenom sporadicky. V dokumentu Evropské komise White Paper lze odkazy na vzdělávání dospělých nalézt v celém textu, kde se rozvádí potřeba celoživotního vzdělávání. Dokument OECD Lifelong learning for all nejdůrazněji podporuje potřebu rozsáhlých možností pro vzdělávání dospělých jako nezbytnou podmínku pro realizaci celoživotního vzdělávání, (což není udivující, vzhledem k dlouhodobé podpoře pojmu *recurrent education* ze strany OECD). Všechny tři dokumenty silně podporují potřebu transformovat všechny společnosti na *společnosti které se učí*.

Společné myšlenky v těchto dokumentech

Na začátku jsme se již zmínili, že se pojmy *celoživotní vzdělávání* a *učící se společnost* používají a rozvádějí ve všech třech dokumentech. Ale je více myšlenek, které lze nalézt ve více než jednom z těchto dokumentů.

Výzva k používání médií a vzdělávací technologie, zejména ve vzdělávání dospělých, je rovněž rozebírána ve všech třech dokumentech. Zaznívá ovšem také varování před určitými problémy v jejich použití.

V otázce nutnosti změn ve financování, zapříčiněných dalekosáhlými hospodářskými změnami v nedávné minulosti, se autoři dokumentů také shodují a navrhují partnerství, které jde za rámec veřejných institucí a financování.

Všechny tři dokumenty analyzují sociální problémy, jimž společnost musí čelit, a vyzdvihují úlohu, kterou výchova a vzdělávání musí sehrát v podněcování sociální soudružnosti.

Školy druhé šance jsou diskutovány jak ve zprávě pro UNESCO, tak ve White Paper Evropské komise. Je ale pozoruhodné, že oba dokumenty věnují v tomto ohledu nejvíce pozornosti potřebám dětí, zatímco dospělí jsou teprve na druhém místě, zejména v základním vzdělávání.

Jak zpráva pro UNESCO, tak White Paper Evropské komise se také překrývají v úvahách o užitečnosti uznávání dovedností a vědomostí nabytých mimo formální školní systém.

Dokument OECD a zpráva pro UNESCO se shodují na nutnosti diskuse o formách oprávnění pro výchovně vzdělávací čas.

Důležitá myšlenka, že jedinci mohou být jak učící se, tak i učitelé, je rozebírána jak ve zprávě pro UNESCO, tak i ve White Paper Evropské komise.

Konečně potřeba dalšího zkvalitnění a rozvinutí poradenství, zejména pro dospělé je diskutována v dokumentu OECD a ve White Paper Evropské komise.

Toto všechno jasně naznačuje rostoucí konvergenci názorů a myšlenek o výchově a vzdělávání dětí, mladistvých nejenom v evropském, ale i světovém měřítku.

6.4 Andragogika – věda o vzdělávání a výchově dospělých

Termín *andragogika* byl vytvořen po vzoru termínu *pedagogika* (*pais, paid-os* = chlapec) obdobným pojmovým rozšířením pojmu *anér*; *andr-os* = muž na dospělé člověk + *agogé* = vedení, výchova (z *agó, agein* = vésti, řídit).

Termín andragogika pochází již z první poloviny 19. století. Poprvé ho použil německý učitel Alexander Knapp v roce 1833, který mluví o andragogice neboli vzdělávání v dospělém věku. Po sto letech termín obnovuje v roce 1924 Rosenstock, který andragogikou chápe všechny školské formy vzdělávání dospělých. Jde tu pravděpodobně o první pokus programově oddělit výchovu dospělých od výchovy mládeže.

Současná andragogika začíná teprve v 50. letech 20. století dílem švýcarského teoretika výchovy dospělých H. Hanselmana a německého klasika andragogiky F. Pöggelera.

Henrich Hanselmann postuluje andragogiku jako disciplínu s výrazným terapeutickým zaměřením pomoci dospělým a se silným, až militantním náboženským (evangelickým) charakterem. Pro takto pojatou práci s dospělými vyžaduje použití metod principiálně se lišících od metod výchovně vzdělávací práce s mládeží, především oproštění se od jakékoli školské formy. Zdůrazňuje individuální výchovu na základě dobrovolnosti a místo dominantní role učitele a vychovatele vyžaduje vzájemné interakční působení obou pólů pedagogického vztahu.

Náboženský základ (tentokrát katolický) má také západoněmecká koncepce andragogiky reprezentovaná Franzem Pöggelerem. Na rozdíl od sociálně andragogického pojetí Hanselmannova jde tu výrazně o pojetí didaktické. V tomto akcentování vzdělávání jako pro dospělé specifické formy výchovy – na rozdíl od péče a formování charakteru, které se podle něho týká pouze dětí a mládeže – spočívá jeden ze základních rozdílů mezi pedagogikou a andragogikou, na jejichž stanovení klade Pöggeler velký důraz. Při jejich stanovení se shoduje v podstatě s Hanselmannem (dobrovolnost, neformálnost, odmítání školských forem a neadekvátních metod aj.). V zásadě shodné je pro oba také odmítání výchovného působení u dospělých: dospělý je *nevychovatelný*, protože výchova a změna osobnosti po ukončení biologického vývoje neexistuje.

Andragogika je novou, dynamicky se rozvíjející disciplínou, a je proto pochopitelné, že je v mnoha směrech předmětem diskusí a že je podrobována kritice. Námitky směřují do řady oblastí:

- zásadní pochybnost o principiální nebo relativní odlišnosti vzdělávání dospělých a vzdělávání dětí a mládeže a oprávněnosti a o potřebě andragogiky jako samostatné disciplíny vůbec,
- zásadní pochybnost nejen na půdě pedagogiky, ale celého liberalistického proudu myšlení (viz např. Hannah Arendtová), až odpor aplikovat pojem *výchova* na dospělé: po zformování osobnosti je dospělý *nevychovatelný* a jakékoliv pokusy v tomto směru jsou nejen nemožné, ale dokonce nepřipustné. Jde tu v zásadě o základní spor mezi Komenského pojetím celoživotní výchovy, a Herbartovým chápáním výchovy jako pomoci v dospívání a odmítáním jakékoli výchovy dospělých (vznikla by všeobecná nedospělost),
- v rámci andragogiky samé se pak vedou spory o zařazení andragogiky do soustavy věd o výchově a o její poměr k pedagogice: jde o dvě zcela samostatné oblasti, které spolu nemají nic společného, nebo dvě větve obecné vědy o výchově a samostatnost je jen relativní?,
- diskuse probíhá také o tom, zda je andragogika teorií, ideologií, nebo souborem pokynů pro praxi vzdělávání dospělých (nebo šířeji vedení dospělých),
- vedou se diskuse o vymezení náplně, zda výhradně didaktické, technologické pojetí omezující andragogiku na teorii a praxi vzdělávání a učení, nebo širší pojetí, zasahující výchovu jako celkové vedení dospělých a jejich ovlivňování.

Bez ohledu na tyto neuzavřené diskuse je vznik andragogiky nesporně odrazem současné etapy vědecké a technologické revoluce druhé poloviny 20. století, především rozvoje vzdělávání dospělých, koncepce permanentního vzdělávání, celoživotního vzdělávání, celoživotního učení, ale také narůstání krizových jevů a růst problémů s postavením člověka a péče o něj v současné civilizaci.

Slovník vzdělávání dospělých definuje andragogiku jako vědu o výchově, péči a vzdělávání dospělých, respektující všestranné zvláštnosti dospělé populace a zabývající se její personalizací, socializací a enkulturací. V oblasti výchovy a vzdělávání se zabývá zvláštnostmi působení pedagogických zákonitostí na dospělou populaci, definuje osobnost dospělého ve výchovném a vzdělávacím procesu, definuje systém výchovy a vzdělávání dospělé populace, jakož i zvláštnosti ve vztahu k ostatním pedagogickým a společenským vědám.

Širší definice výchovy konstatuje, že *výchova je jedna ze základních sociálních funkcí, spočívající v permanentním formování osobnosti člověka jako společenské bytosti a v jeho přípravě pro výkon jeho sociálních rolí, jakož i ve sjednávání podmínek, především sociálních a psychických pro jeho život jako společenské bytosti, výkon sociálních rolí, konzumpci kultury a seberealizaci.*

Andragogické pojetí výchovy pojem *výchova* podstatně rozšiřuje: nejen výchova dětí a mládeže, ale i dospělých, nejen intencionální působení, ale i působení funkcionální, nejen edukace a vzdělávání, ale i péče.

Výchova je jedna ze základních sociálních funkcí a antropin (jí se liší člověk od zvířat). Lze ji chápat jako:

- formování osobnosti – člověka – jako společenské bytosti schopné seberealizace,
- socializaci ve smyslu osvojování sociálních regulativů a přípravu pro výkon sociálních rolí,
- enkulturaci – vpravování člověka jako jednotlivce do kultury, která je znakem lidské společnosti jako takové a základní charakteristikou jednotlivých globálních společností.

Výchova je komplexní proces, mající dva základní typy:

- funkcionální působení – působení sociálního prostředí, nezáměrné, pro formování osobnosti primární,
- intencionální působení – záměrné, výchova v užším slova smyslu, v rozvinuté společnosti vlastní jádro výchovy.

Z hlediska náplně lze výchovu dělit na:

- péči, již rozumíme sjednávání podmínek (především sociálních a psychických) pro výkon a seberealizaci člověka a pro výkon jeho sociálních rolí,
- edukace (výchova v užším slova smyslu) jako osvojování sociálních rolí,
- vzdělávání jako přenos a osvojování znalostí, dovedností a návyků potřebných pro výkon sociálních funkcí.

Andragogiku lze operacionalisticky členit na následující oblasti:

- vzdělávání (andragogika v užším slova smyslu), které lze dále členit na školní (vysokoškolská pedagogika, postgraduální studium, distanční studium), podnikové či resortní (bankovníctví, sektor ministerstva vnitra) a mimoškolní (kursy, přednášky apod.),
- edukace ve smyslu politická výchova, propaganda, zdravotnická výchova, výchova k občanství, tělesná výchova, reedukace delikventů, prevence sociálních patologií, kulturní výchova, vojenská výchova),
- péče (kulturně výchovná péče, knihovnictví, podniková péče o lidi, personalistika, sociální péče včetně gerontologické péče, zábava, rekreace, volný čas a seberealizace),
- funkcionální působení – masové komunikační prostředky, výchovná práce různých organizací a institucí (Jochmann, 1992).

Gerontopedagogika je nová disciplína, která se terminologicky i obsahově vyvíjí. Je součástí andragogiky jako vědy o výchově a vzdělávání dospělých. Jeví se jako nutnost v současné postmoderní době, v době celoživotního vzdělávání a celoživotního učení.

Mezi nejběžnější formy vzdělávání jedinců postproduktivního věku patří Univerzity třetího věku (U3V), Akademie třetího věku, Lidové univerzity. Livečka (1982) prezentuje čtyři funkce vzdělávání v postproduktivním věku. Jsou jimi: funkce preventivní, anticipační, rehabilitační a posilovací.

Význam vzdělávacích aktivit tkví v tom, že naznačují stárnoucím a starým občanům novou životní perspektivu. Vzdělávání pro ně představuje **životní pomoc** v tom, že jim kromě informací a vědění nabízí životní orientaci na rozvoj a osobní růst v etapě života, která byla dříve považována za deficitní. Přehodnocení názorů na úlohu seniorů v současné společnosti dokumentuje názorně i **Charta práv a svobod starších lidí**. Vypracovaly ji Univerzita v Lovani a Centrum celoživotního vzdělávání na Svobodné univerzitě v Bruselu. Je v ní zdůrazněno, že *generace starších není na odpočinku. Spolu s druhými a pro druhé se učí, objevuje, inovuje tak, aby nepředstavovala jenom objekt pro pomoc, ale také zdroje, které lze rozvinout ve službě druhým.*

Pomoci, péči a podpoře jedincům postproduktivního věku přispívá i nově koncipovaná andragogika (péče) a zvláště integrální andragogika, která se koncipuje jako společenská vědní disciplína (lze uvažovat i o technologii pomoci), která reaguje na aktuální potřeby pomoci v různých deficitních oblastech, zvláště v oblasti péče o seniory.

5.5 Koncepce integrální andragogiky

Koncepce integrální andragogiky operuje s premisou, že andragogika není pouze pedagogickou disciplínou zabývající se výchovou a vzděláváním dospělých. Není humanitní vědou **o člověku**, ale **pro člověka**. Tato koncepce se začala rozvíjet na

Univerzitě Palackého v Olomouci pod vedením doc. Jochmanna, nestora české andragogiky 90. let.

Skutečnost, že andragogika se široce zabývá individuálními i sociálními souvislostmi kultury, ekonomiky a politiky, a potřeba odlišit toto široké pojetí od užšího konceptu andragogiky jako teorie vzdělávání dospělých, vede k užívání názvu **integrální andragogika**. Možná by bylo vhodnější užít výrazu **integrující**, protože:

- andragogika integruje pohled řady vědních disciplín na možnosti i problémy uplatnění člověka ve všech oblastech společenského života (v kulturním, ekonomickém i politickém kontextu),
- andragogika integruje všechna období životní dráhy jedince,
- andragogika integruje zkoumání procesů a jevů, kterým je člověk vystaven v prostředí neustálých společenských změn.

Nejobecnější definicí integrální andragogiky je její **pojetí jako aplikované změny o mobilizaci lidského kapitálu v prostředí sociální změny**. Lidský kapitál si lze představit jako určitý stupeň kvality příslušníků určité společnosti. Tato kvalita je dána dvěma hlavními složkami: **kapitálem kulturním** (vlastně kulturní úroveň, v podstatě dovednostmi používat informace získávané nejen vzděláním, ale i působením rodinného prostředí) a **kapitálem sociálním** (sítěmi společenských kontaktů, vazeb, známostí apod.).

Jiným přístupem je definování integrální andragogiky jako **aplikované vědy o orientování člověka v kritických bodech jeho životní dráhy či při problémovém průběhu jeho životní dráhy**. Takto chápaná andragogika se daleko více zajímá o socioterapeutický či psychoterapeutický vztah k člověku, který se nedokáže vlastními silami vypořádat se svými problémy.

Třetí variantou definování integrální andragogiky je možnost vidět ji **jako vědu o animaci dospělého člověka**. Animace, tj. oduševňování, nikdy nekončící humanizace člověka je přitom vztažena na **enkulturaci** (získávání a rozvíjení kulturních kompetencí), **socializaci a resocializaci** (tj. na optimalizaci sociálních pozic a rolí, včetně – a hlavně – rolí socioprofesionálních) a **edukaci** (tj. záměrné a cílevědomé formování člověka, jeho vychovávání a vzdělávání).

Nejperspektivnější by možná mohlo být sociologizující chápání integrální andragogiky jako **vědy o sociálních a individuálních souvislostech změn syntetického statusu**. Vedle **statusu vrozeného** (pohlaví, rasa), **statusu připsaného** (postavení bez vlastního úsilí) a **statusu získaného** (socioekonomická pozice, která vlastně zařazuje člověka v síti sociální struktury společnosti) existuje **status syntetický**, který lze popsat pomocí následujících ukazatelů:

- objektivní charakteristika profese, kterou člověk vykonává (práce manuální, intelektuální, řídicí, jednoduchá, složitá),
- prestiž této profese (jaká vážnost je profesi přisuzována veřejným míněním),
- dosažená kvalifikace, dosažený stupeň vzdělání,
- vliv, moc, kterou člověk disponuje,

- příjmy, kterých dosahuje,
- životní způsob, který vykazuje (jak bydlí, jak tráví volný čas, jaké zájmy má mimo svou profesi apod.), (Šimek, 1997).

6.6 Vzdělávání v postproduktivním věku

Představa, že výchova a vzdělávání člověka jsou omezeny na období jeho dětství a mládí, je už dávno překonaná. Výchova a v jejím rámci i vzdělávání je dnes chápána jako proces celoživotní. Jedním z důležitých požadavků celoživotního vzdělávání je, aby příležitost k němu měli skutečně všichni. Cílem je vytvořit takové podmínky a vzdělávací příležitosti, aby lidé cítili potřebu vzdělávat se a zdokonalovat a také mohli a chtěli tuto svou potřebu uspokojit v průběhu celé své životní dráhy, tedy i v postproduktivním věku.

Že se člověk učí, pokud žije, a že se může a má učit i ve starším věku, je už dávno známo. Jako příklad můžeme uvést Komenského *školu stáří*, v níž se lidé mají učit moudře využívat výsledků své práce a správně prožívat zbytek svého života. Přesto však byly vzdělávací potřeby starších a starých lidí dlouhou dobu ignorovány. Svůj podíl na tomto stavu měla i věda o stárnutí a stáří, gerontologie, která spolu s gerontopsychologií vytvářela negativní obraz stáří. Tato etapa životní cesty byla spojována především s různými omezeními, nemocemi, ztrátami a z nich vyplývající pasivitou starších a starých lidí.

K přehodnocování úlohy stárnoucí a staré populace ve společnosti dochází v 60. letech 20. století. V souvislosti s vědeckotechnickým rozvojem v západoevropských zemích, který přinesl zejména pro starší generaci řadu negativních důsledků, se v oblasti vzdělávání dospělých objevuje nová cílová skupina, na níž je vzdělávání zaměřeno. Jsou jí lidé v postproduktivním věku.

Zájem odborníků o vzdělávání stárnoucích a starých lidí je doprovázen i konstitováním nové hraniční vědní disciplíny, která studuje tyto speciální otázky. Zaměříme se nyní na dvě dílčí otázky, a to na význam vzdělávacího úsilí v postproduktivním věku a na formy vzdělávání v postproduktivním věku.

Příprava na stáří – edukativní pohled

Podle doporučení Mezinárodního plánu aktivit může většina lidí žít mnoho let po dosažení nároku na důchod. Proto nelze přípravu na odchod do důchodu chápat jako přizpůsobení se vzniklým podmínkám na poslední chvíli, ale je třeba ji chápat jako proces probíhající během celého vědomého lidského života. V souvislosti s tím značnou roli, na níž závisí jejich budoucí prospěch, sehrávají jak sami jednotlivci, tak osoby zodpovědné za přijatá rozhodnutí. Mezinárodní plán aktivit doporučuje vládám zemí podnikat nebo podporovat opatření vedoucí ke zmírnění a zabezpečení

přechodu z aktivního života k přerušení pracovní činnosti a pružněji určovat věk, v němž vzniká nárok na důchod. Tato opatření mohou zahrnovat kurzy přípravy na odchod do důchodu a ulehčení práce v posledních letech zaměstnání, např. podporou postupného zkracování pracovní doby.

Příprava na stáří je neprávem podceňovaným programem ovlivňování občanů směrem k úspěšnému stárnutí a aktivnímu stáří. Měla by být chápána jako přirozená součást široce koncipované andragogiky, orientované na osobnostní rozvoj. Předpokladem k ní je vytvoření reálné představy o povaze života ve stáří, jeho délce a ovlivnitelnosti. Zde je velký prostor pro účinnou, neformální vzdělávací a osvětovou činnost především hromadných sdělovacích prostředků.

Příprava zahrnuje zdravý životní styl, podporu zdraví (salutogenezi) ve středním věku s eliminací rizikových faktorů epidemiologicky nejvýznamnějších příčin disability (nezpůsobilosti) ve stáří, podporu aktivit tělesných a duševních s přiměřenou psychohygienou a relaxací, výběr vhodných alternativních aktivit v rámci substituční teorie požadující zaplnění prostoru uvolněného penzionováním, tj. zachovávání zájmových aktivit ve středním věku a jejich racionální upřesnění pro další období ve věku předdůchodovém. Významná je prevence maladaptace na penzionování se ztrátou smyslu života a s projevy degradace.

Významné je též:

- Vytváření přiměřených materiálních předpokladů pro aktivní život ve stáří a včasné řešení bytové situace s úsilím o zajištění kvalitních nenáročných bytových podmínek.
- Ujasnění pracovních možností a průběhu penzionování, nejlépe postupného.
- Posilování dobrých mezilidských vztahů a sounáležitostí, stejně jako pozitivní vztah k sobě i k životu a aktivní, cílevědomě pozitivní ovlivňování svého životního pole. Psychosociální faktory, kultivace osobnosti i komunikace jsou neméně důležité než faktory materiální.

Příprava na stáří bývá rozlišována jako:

- dlouhodobá (celoživotní),
- střednědobá (asi od 45 let),
- krátkodobá (2–3 roky před penzionováním).

Tvůrčí schopnosti ve stáří

Tvůrčí schopnosti zůstávají zachovány do vysokého věku, i když ve vrcholné podobě kulminují obvykle do 45 let věku. Již v základní monografii *Senescence* (G. Hall, 1922) je údaj, že 70% geniálních lidí vytvořilo své objevené dílo do 45 let a 80% do 50 let. Je to dáno nejen tím, že nápady již byly realizovány, ale také tím, že s rostoucím věkem se u jedince jeví úbytek hodin, po které může pracovat, energie, již může vynaložit a rychlosti, s jakou se může zotavit po únavě.

Ve stáří se mění charakter umělecké i vědecké produkce pozdního období, časté jsou i některé korekce předchozích názorů, uplatňuje se iniciační přínos pro mladší spolupracovníky, odhad dalšího rozvoje oboru a jeho priorit, schopnost integrace dílčích poznatků do širších souvislostí a koncepcí.

Příhoda (1974) konstatuje, že vědecká tvořivost je ve stáří omezena nejen psychofyzilogickými změnami, včetně narůstající rigidity, ale také zkušenostmi a shromažďováním informací – upevňují se pracovní a myšlenkové mechanismy a omezuje se fantazie, schopnost vidění věci jinak. Rozlišuje tvůrčí sílu a tvořivou schopnost. Tvůrčí síla vyvěrá ze samé hloubky energické osobnosti, nedbá toho, co bylo a je, neopírá se o vnější autority, ani o dosavadní vlastní zkušenosti. Nese znaky bezprostřednosti a neomezenosti myšlenkového rozmachu. Objevit a vytvořit něco do té doby nepoznaného předpokládá specifické mentální schopnosti, zejména schopnost spojit izolovaný a zdánlivě bezvýznamný fakt s určitou ideou, schopnost vazby ideje s jinou vzdálenou ideou a jiné podobné úkony nejvyšší abstrakce, svrchovanou koncentrací pozornosti, myšlení ryze racionalizované, imaginaci, fantazii a oproštěnost od toho, co bylo a co vládne myšlení. Tento klastr vlastností, jež podmiňují schopnost tvořit, tedy uskutečnit nebo vyjádřit to, co dosud nikdo neuskutečnil nebo nenapsal, vyžaduje intenzivní duševní napětí, kterému se říká energická průbojnost.

Tvorbě vyššího věku tedy nehrozí úbytek dokonalosti, nýbrž únava, úbytek novátorství, převratné objevnosti a také zastarávání technologických dovedností. Ovšem získané automatismy šetří psychickou energii a zvyšují výkonnost v obvyklých situacích – myšlenkové pochody využívají cenných zkušeností a vyznačují se větší plynulostí a jistotou.

Zde je nutno připomenout osobnostní princip. I tvořivá produkce je ve stáří ovlivňována, nejen involučními jevy, ale také zdravotním stavem, sociálními podmínkami, osobnostním vývojem (únava, změna hodnotové hierarchie, ztráta motivace). Při uplatňování kreativních schopností a zkušeností se stejně jako v mladším věku spolupodílejí i další faktory jako sociální inteligence, altruismus, morálně volní vlastnosti atd.

Je otázkou, jak bude tvořivost i tvůrčí produktivita i ve stáří ovlivněna současnou fází vědeckotechnické revoluce s otevíráním počítačových sítí a obrovských databází (Internet) i s počítačovou podporou vlastní kreativní činnosti.

Kreativní myšlení a jeho rozvíjení ve stáří

Už známý citát *Cogito ergo sum* (myslím, tedy jsem) francouzského matematika a filosofa René Descarta zdůrazňuje myšlení jakožto prvořadou schopnost člověka. Tato specifická lidská schopnost se však musí rozvíjet, podporovat, a to by mělo být cílem výchovného a vzdělávacího procesu: ne tedy naučit jen fakta, znalosti, ale naučit tvořivě myslet.

Myšlení lze chápat jako kombinaci logického a intuitivního přístupu. Intuitivní myšlení odpovídá přirozenosti člověka, představuje schopnost bezprostředně reagovat, je to osobitá forma poznávání. Logické myšlení ctí zákonitosti vzniku a vývoje správného, krok za krokem jdoucího usuzování, vytváření závěrů.

U tvořivého myšlení převažuje syntéza, tj. slučování, spojování. Představujeme si, co by mělo existovat (tedy kritika současného stavu), jak by měl vypadat další vývoj (nastínění budoucího stavu), a co udělat, v jakém sledu a jakými prostředky, abychom žádoucího stavu dosáhli.

Podstatou kreativního myšlení jsou následující myšlenkové operace:

- **Poznávání** – chápání jako příjem informací. Poznáváme okolní svět přímo svými smysly nebo zprostředkovaně, prostřednictvím poznatků jiných lidí.
- **Paměť** – představuje operaci ukládání a uchování informací s možností si je znovu vyvolat. Někdy nám to sice činí potíže, ale přesto tam ty informace uloženy jsou.
- **Vytváření nových informací**, tj. vlastní tvořivé produktivní myšlení, které zahrnuje jak vybavování obsahů paměti, tak přicházení na nové poznatky, které formulujeme v nových myšlenkách. Můžeme zde rozlišovat konvergentní a divergentní myšlení. Konvergovat znamená sbíhat se, sblížovat a konvergentní myšlení tedy zahrnuje myšlenkové operace vedoucí k jedinému správnému cíli. Toto řešení plyne z podmínek úlohy a s ní spojených pravidel (např. slovní úlohy v matematice, úlohy v testech inteligence). Divergentní myšlení (divergentní = rozbíhavý) naproti tomu zahrnuje myšlenkové operace s několikerým možným řešením (např. psaní slohové práce na dané téma, malování obrazu, projektování stavby...).
- Čtvrtou myšlenkovou operací v procesu tvořivého myšlení je hodnocení, ověření správnosti nebo reálnosti navrhovaného řešení.

Vlastní podstatou kreativity je myšlení divergentní, kdy přicházíme na nové, originální nápady, záměrně se zbavujeme toho, jak se věci dosud řešily, klademe si např. otázky, proč to neudělat zcela opačně, v jiném pořadí atd.

Zkušenosti posluchačů univerzit třetího věku dokazují, že reagují na řadu úkolů v podstatě správně. Uvádí, že dlouho nosí v sobě nápad, myšlenku, odhodlání, ukazují, jak se jim námět vrací. Probíhá to přesně tak, jak se učí v psychologii kreativity:

- První fáze tvůrčího procesu je fáze přípravná. Může být velmi dlouhá, seznamujeme se s problémem nebo úlohou, kterou máme vyřešit. V duchu si formulujeme, čeho chceme dosáhnout.
- Druhá fáze je tzv. inkubace. Je to pojem dobře známý z lékařství: inkubační čas je doba, která uplyne od nakažení do vypuknutí infekční nemoci. Inkubace

v psychologii je doba, během níž dochází k nevědomé přípravě na tvůrčí proces, na tvůrčí vyřešení problému.

- Třetí – nejkratší fáze – je fáze iluminace. Toto osvětlení přichází náhle, najednou se nám zjeví, „jak dobře do sebe všechno zapadá“. Je to jako *blesk z čistého nebe*. Najednou víme, „jak na to“. Toto osvětlení může přijít i v noci, je to myšlenka, na kterou jsme čekali třeba dlouhé týdny. A pak je tady, je to nápad, který musíme zachytit.

Jak tedy podporovat, stimulovat kreativní myšlení? Podporu kreativity lze shrnout do jakéhosi *desatera*:

1. Udržovat kontakt s tvůrčím člověkem, jevit upřímný zájem o jeho aktivity. Prostě vřelý a vstřícný přístup je povzbuzující.
2. Druhá stimulační zásada zní: Nátlak přizpůsobit cílům. Mnozí tvořiví lidé potřebují cítit tzv. jemné *přitažení uzdy*. Musí mít určitý cíl a zároveň časový limit, který by měl být splněn. To je něco jiného než tlak, který nutí ke spěchu nebo ke stálému soustředění. Tvořivý člověk často nejlépe pracuje v náhlých návalech. I když tomu tak ve skutečnosti není – musí mít vždy prostor pracovat vlastním tempem! Přesto mu pomáhá, má-li vytvořen potřebný pocit naléhavosti.
3. Zhodnocení úsilí. Tvořivý člověk nutně potřebuje pomoc nebo pochvalu, věcnou kritikou. Potřebuje vidět zhodnocení své námahy a ocenění důležitosti své práce, event. znát reakce dalších lidí.
4. Tvůrčí pracovník potřebuje chránit. Někdy je okolí vůči tvůrčím lidem netolerantní, vidí a zdůrazňuje jejich chyby a nedostatky. U lidí zaměstnaných je to třeba pozdní příchod do práce. Ale kreativní člověk mnohdy pracuje o víkendech, o dovolené, do noci a moudrý vedoucí to ví a před ostatními tvůrčího pracovníka obhájí. Mýtus kolem kreativity však nesmí být zneužíván.
5. Je vhodné nechat tvořivého člověka v klidu. Mnohého člověka napadají nejlepší myšlenky v období klidu, který následuje bezprostředně po období intenzivního soustředění. Tehdy se inspirace a nápady přenášejí z jeho podvědomí do vědomí.
6. Poskytnout tvůrčímu člověku jistotu. Žádný člověk nemůže pracovat dobře, je-li příliš nejistý, postrašený, rozptýlený. Sám problém, který chce řešit, v něm už vyvolává dostatek napětí. Proto okolí by v něm mělo vzbuzovat pocit jistoty, klidu a pohody, nikoli další napětí. Týká se to i barev, některé barvy interiéru vyvolávají napětí.
7. Tolerovat neúspěchy. Nelze být vždycky úspěšný. Tvůrčí myšlenky mohou být někdy neskutečné a neuskutečnitelné, ale proto je nemusíme odmítat. K selhání tvůrčího člověka musíme být tolerantnější, jinak bude strach z neúspěchu „svazovat jeho rozlet“.
8. Tvůrčí ovzduší. Sem patří pohodlné a vlnivé prostředí, které danému člověku nejlépe vyhovuje. Někdo pracuje rád při hudbě, jiný dává přednost absolutnímu klidu. Většině tvůrčích lidí pomáhá, mohou-li se ze svého problému vypovídat,

poradit se s někým, kdo dané problematice nerozumí. Už jen tím, že ho vyslechnete, mu pomůžete. On si vlastně formulováním své myšlenky ujasňuje.

9. Tvůrčí myšlenky hodnotit rychle. Nic neodradí více než to, že hodnocení je v ne-dohlednu, že tvůrčí člověk musí měsíce čekat na výsledek.
10. Vytrvalost, houževnatost. Uvědomit si, že nic není zadarmo. Chceme-li něco dokázat, vyžaduje to energii, mnohdy dřinu, ale i odvalu a nadšení. Podporujme tedy tvůrčího pracovníka v jeho vůli, v jeho snaze po dosažení odborných znalostí, jeho úsilí o překonání něčeho vžitého a zastaralého. V tvůrčí činnosti lze uplatnit všechny své kladné vlastnosti, a tak se realizovat.

Königová (1997, str. 140) uvádí příklady mentální rozcvičky před tvůrčí aktivitou:

- napište krátkou povídku ze slov začínajících stejným písmenem (nejvíce slov v češtině začíná písmenem „p“),
- napište básničku na čtyři náhodně vybraná slova (např. váza, květina, škola, pes) v časovém limitu např. 10 minut,
- vymyslete nová, neexistující slova či názvy a vysvětlete, co znamenají,
- vymyslete reklamní slogany na žvýkačky, zahraniční zájezdy, kurzy kreativity ap.,
- vymyslete nové názvy nových knih (např. pro *Babičku – Žena, které kněžna záviděla*).

6.7 Význam vzdělávacích aktivit v postproduktivním věku

Podle odhadu odborníků zabývajících se demografickým vývojem měla v roce 2000 přibližně jedna pětina obyvatel Evropy šedesát a více let. Nejvíce poroste skupina osmdesátiletých občanů a starších, což představuje značné nároky na finanční zdroje z oblasti zdravotní a sociální péče. V naší republice činil koncem roku 2000 podíl obyvatel v důchodovém věku asi jednu pětinu. Z celkového počtu obyvatel šedesátiletých a starších jich je téměř čtvrtina ve věku sedmdesát pět a více let. Tyto změny v populační skladbě se výrazněji projeví až v prvních desetiletích 21. století a je tedy třeba se připravit na řešení problémů souvisejících s kvalitou života v postproduktivním věku.

Kvalita života je kategorie velmi subjektivní a individuální – představuje různé věci pro různé lidi a v různém čase. Je pochopitelné, že individuální tempo stárnutí vede i k větší diferenciaci kvality života v postproduktivním věku. Kromě takových diferenciacních znaků, jako je věk, zdravotní stav a s ním související fyzická a psychická výkonnost se do posuzování kvality života promítají další faktory – pohlaví, rodinná situace, životní úroveň, vzdělanostní úroveň, získaný socioprofesionální status

apod. Subjektivní prožívání kvality života v postproduktivním věku ovlivňují i životní aspirace jedince, hodnotové orientace, zejména pak hodnoty spojené s kultivací osobnosti. Obecně lze konstatovat, že i ve starším věku je nejdůležitějším kritériem kvality života různorodost potřeb a možnost jejich uspokojování, ať už jde o potřeby fyziologické, psychické nebo sociální.

Psychologická teorie aktivního stárnutí předpokládá, že ve stáří jsou v podstatě zachovány potřeby středního dospělého věku – především potřeba být nadále aktivní a mít pocit užitečnosti. Odchod do důchodu a s ním související úbytek sociálních kontaktů znamená omezení aktivity a sníženou možnost komunikace. Ukončením pracovní činnosti ztrácí jedinec svou profesní roli a tím i svou *funkční identitu*. Má roli, která má charakter ne-role, což ho často demoralizuje a snižuje jeho vlastní hodnotu.

Jeden z důležitých kompenzačních mechanismů je spatřován v rozvíjení systému vzdělávání pro starší populaci. Výzkumy potvrzují, že vzdělávací aktivity v postproduktivním věku přispívají k pocitu důstojnosti a životního uspokojení, k začlenění do společnosti i k fyzickému a duševnímu zdraví. Vzdělávání může usnadnit zvládání vývojových úkolů v průběhu života a může pomoci zajistit úspěšný přechod a adaptaci v pozdějších stádiích. Může také zlepšit orientaci v nových životních situacích a schopnost samostatně se rozhodovat. Vzdělávání ve starším věku se tak stává nutnou podmínkou pochopení života ve stále se měnícím světě. Prostřednictvím nových informací poskytuje seniorům možnost volby jak uspořádat svůj vlastní život, jak být psychicky vyrovnanější a spokojenější.

Spolu s Livečkou (1982, str. 297) lze shrnout následující **funkce vzdělávání** v postproduktivním věku:

- preventivní
- anticipační
- rehabilitační
- posilovací

Preventivní funkce je naplňována různými opatřeními, které za předpokladu, že jsou prováděny v určitém předstihu, pozitivně ovlivňují průběh stárnutí a stáří. Anticipační funkce přispívá k pozitivní připravenosti na změny ve stylu života, k nimž dochází zejména ve spojení s odchodem do důchodu. Rehabilitační funkce je spojena se znovuoobnovováním a udržováním fyzických a duševních sil a s přípravou činností pro další existenci jedince. Za nejdůležitější je považována posilovací funkce. Ta přispívá k rozvoji zájmů, potřeb a schopností lidí v postproduktivním věku, k podpoře jejich aktivity, ke kultivaci jejich zájmů a potřeb. Podle charakteru působení bychom tuto funkci měli označovat jako stimulační, příp. kultivační.

6.8 Formy vzdělávání v postproduktivním věku

Občané v postproduktivním věku jsou sociální skupinou, k jejímž znakům patří homogenizace na straně jedné, a diferencovanost na straně druhé. Za homogenizovanou považujeme tuto skupinu proto, že většina jejích členů je vyvázána z pracovního procesu. Diferencovanost této skupiny je dána např. takovými znaky, jako jsou dosažená úroveň vzdělání, původní profese, sociální zařazení v mikroklimatu rodiny, finanční možnosti a osobní celoživotní zkušenosti. Připočteme-li ke zmíněné diferencovanosti velké rozptylové pole podmínek učení, pak pochopíme nezbytnost hledat pro skupinu občanů v postproduktivním věku rozmanité specifické vzdělávací formy různého charakteru. Může jít zejména o Lidové univerzity, Kluby aktivního stáří, Akademie třetího věku a Univerzity třetího věku.

Lidové univerzity představují specifickou podobu vzdělávání v postproduktivním věku, která se osvědčila zejména ve skandinávských a v německy mluvících zemích. Starší člověk, který má zájem o studium, absolvuje vzdělávací program spolu s mladými posluchači. Pozitivní je zde zejména vzájemné ovlivňování a sblížování dvou generací: mladé lidi vede k porozumění problémům pokročilého věku, starší generace pak profituje z toho, že její komunikační pole zůstává ve společnosti, která ji akceptuje.

V našich podmínkách mají poměrně dobrou tradici tzv. **Akademie třetího věku** a **Kluby aktivního stáří**. Obě tyto formy uspokojují vzdělávací potřeby občanů v postproduktivním věku zejména v těch regionech, kde nejsou vysoké školy. Akademie třetího věku jsou organizovány pod záštitou různých organizací (např. Červený kříž) či institucí (Akademie J. A. Komenského, Domy kultury). Vyznačují se přístupností výkladu a přizpůsobováním obsahu místním potřebám a individuálním zájmům občanů postproduktivního věku. Kluby aktivního stáří mají podobné poslání, ale na rozdíl od výše uvedených forem se vyznačují trvalejšími neformálními vztahy, rozvíjením osobních zájmů seniorů a uspokojováním potřeby vzájemného kontaktu.

Nejnáročnějším způsobem vzdělávání pro seniory jsou **Univerzity třetího věku** (dále jen U3V). Jedná se o oficiálně uznané instituce, které umožňují občanům postproduktivního věku studium vysokoškolské úrovně v nejrůznějších oborech. U nás jsou postupně zaváděny podle možností příslušné vysoké školy (fakulty) a podle zájmů zúčastněných seniorů. V České republice se realizuje tento typ studia v rámci celoživotního vzdělávání.

První U3V vznikla v r. 1973 ve Francii na Univerzitě společenských věd v Toulouse. Založil ji profesor práva a ekonomických věd P. Vellase s cílem vytvořit vzdělávací příležitost pro stárnoucí a starou populaci a nabídnout takový program činností, které by odpovídaly podmínkám, potřebám a aspiracím, jež jsou této věkové skupině vlastní. Hnutí U3V se rychle šíří do dalších evropských zemí a posléze i mimo kontinent. Ze zemí střední Evropy se myšlenka U3V ujala nejdříve v Polsku (1975). U nás vznikla první U3V v r. 1986 v Olomouci z iniciativy ČSČK, o rok

později byla založena U3V v Praze na 1. lékařské fakultě UK. V současné době je studium pro seniory organizováno přibližně na 45 vysokých školách či fakultách ČR.

Rostoucí počet U3V a potřeba vzájemné komunikace mezi nimi vedla v roce 1977 k založení Mezinárodního sdružení U3V – AIUTA (Association Internationale des Universités du Troisième Age), které sídlí v Toulouse.

Základní cíle AIUTA jsou následující:

- podporovat zakládání a další růst U3V po celém světě,
- navazovat a udržovat kulturní a vědecké kontakty mezi členy,
- podporovat navazování styků v oblasti regionálních zájmů,
- koordinovat činnost mezi členy, zejména vzdělávání, studium a výzkum,
- poskytovat členům informační služby,
- spolupracovat s organizacemi, jejichž činnost se týká vyššího vzdělávání a životních podmínek starší generace.

V posledních letech vystupuje do popředí především sociálně psychologická funkce, kterou má vzdělávání v rámci U3V plnit. Kromě uchování přiměřené kvality života se klade důraz na prevenci možného sociálního napětí mezi mladou a starší generací (tzv. ageismus). Cílem vzdělávacích aktivit v U3V je pak vytvářet předpoklady pro setkávání generací, nalezení báze pro výměnu zkušeností, pro smysluplný dialog mezi mladšími a staršími lidmi.

Jako příklad takového setkávání lze uvést dánský projekt *Starší lidé na lidových vysokých školách v cizích zemích*. Tento vzdělávací program stimuluje starší i mladé účastníky k tomu, aby získávali poznatky o cizích zemích a aby je využívali při vzdělávacích zájezdech. Ty organizují mladí nezaměstnaní, kteří také seniory na zájezdech doprovázejí. Kromě výše uvedených vzdělávacích forem se ve světě rozvíjejí další. Jsou to např. univerzity volného času, univerzity mezigeneračního sblížení apod. V Kanadě a v USA, kde se neujala evropská koncepce U3V, je významným prostředkem vzdělávání seniorů tzv. Elderhostel (studentský domov pro seniory). Jedná se o dobrovolnou organizaci, která ve spolupráci s univerzitami a kolejemi organizuje letní vzdělávací programy.

6.9 Univerzity třetího věku

Univerzity třetího věku jsou specifickou součástí celoživotního vzdělávání. Jejich základní charakteristikou je, že poskytují seniorům vzdělávání na nejvyšší možné, tedy vysokoškolské (univerzitní) úrovni, čímž se liší od jiných forem osvětové a vzdělávací činnosti, byť také orientované na seniory. Účastníci mají obvykle statut mimořádných studentů dané vysoké školy. Vzdělávání má

výlučně charakter osobnostního rozvoje, nikoli profesní přípravy a nezakládá tak nárok na profesní uplatnění (kromě dobrovolnických aktivit, např. v rámci seniorské populace).

První U3V vznikly ve Francii počátkem 70. let 20. století jako přímá reakce na generační konflikt, který se na vysokých školách vyhroutil v souvislosti se student-skými nepokoji na konci 60. let minulého století. Nabízely nejen vzdělávání posluchačům-seniorům, ale také akademickou aktivitu penzionovaným či z vedoucích míst přeřazeným starším vysokoškolským učitelům.

V průběhu posledního čtvrtstoletí, kdy se hnutí univerzit třetího věku rozvíjelo, krystalizovaly názory na cíle univerzit třetího věku. V první fázi byly uvažovány především tyto cíle:

- seznámit starší občany s vědeckými poznatky,
- prohloubit jejich sebepoznání,
- pomoci jim získat nadhled a tím ulehčit jejich přizpůsobování a orientaci ve stále složitějším a měnícím se prostředí. Potvrzuje se totiž, že vzdělávání a další vzdělávání v průběhu dospělosti i v postproduktivním věku významně ovlivňuje kvalitu života ve stáří.

V posledních letech se v tomto kontextu klade důraz především na sociálněpsychologické aspekty vzdělávání starších lidí v univerzitách třetího věku. Cílem je pak vytvářet předpoklady pro setkávání generací, nalezení báze pro výměnu zkušeností, pro vyvedení starého člověka z jakéhosi gheta (Petřková, 1994, str. 24–32).

Jak vyplývá z řady studií (Svensson 1990, Pearce 1991, Kolland 1993 aj.), jsou vzdělávací aktivity považovány za jeden z nejdůležitějších faktorů udržení kvality života v postproduktivním věku. Vzdělávání v této životní etapě přispívá nejen k mobilizaci intelektuálních a kognitivních funkcí, ale i k upevňování fyzického a duševního zdraví, k posilování sebedůvěry a tím i k životní spokojenosti. A nejen to. Vzdělávací aktivity jsou též důležitým parametrem sociální pozice pro ty seniory, kteří již nepokračují v pracovní činnosti, představují pro ně nové zaměstnání a doplnění role starších.

V souvislosti s hledáním vzdělávacích příležitostí pro občany třetího věku je vhodné připomenout, že jde o skupinu značně diferencovanou. Diferencovanost této skupiny není dána pouze takovými znaky, jako jsou dosažená úroveň vzdělání, původní profese, sociální zařazení v mikroklimatu rodiny či finanční možnosti. K dalším znakům patří zdravotní stav, celoživotní zkušenosti, mentální výkonnost a v neposlední řadě i životní orientace staršího člověka.

Poslání U3V je spatřováno nejen v zabezpečování práva starších na učení a vzdělávání, v realizaci jejich zájmového vzdělávání na současné vědecké úrovni, v udržování a zlepšování jejich fyzické kondice, ale také v aktivitách výzkumných. Analýza realizovaných výzkumných projektů naznačuje, že je věnována dostatečná pozornost přípravě na stáří, tréninkům směřujícím k uchování fyzického zdraví, kognitivní aktivizaci psychických funkcí apod. Poněkud stranou zůstávají moti-

vační a emocionální aspekty života v postproduktivním věku, učení a vzdělávání nevyjímaje.

V problematice U3V se do popředí dostává zaměření, obsahová náplň a účelnost (výstupy) této dnes již plně etablované činnosti. Zvláště v souvislosti se stoupající vzdělávací aktivitou pro seniory v mimouniverzitních institucích.

Existuje několik možných přístupů a úrovní (při všech se uplatňuje aspekt společenské události s navazováním kontaktů a rozšířením komunikačních příležitostí):

- pouhá nabídka programu pro volný čas,
- běžná osvětová a populárně naučná činnost,
- diskusně seminární forma (ve Velké Británii např. malé kroužky expertů, jejichž členové se střídají v přípravě seminářů),
- ucelené cykly přednášek, zaměřené na oblast možných zájmů (astronomie, historie umění apod.),
- ucelené cykly přednášek inovační povahy, usnadňující integraci seniorů do společnosti i spoluúčast při rozhodování tím, že vzdělávají v oblasti nových technologií, nových problémů, měnicího se světa (práce s počítači, ekologická problematika, činnost médií, násilí ve společnosti apod.) – tato inovace znalostí postihuje i mezigenerační komunikaci, včetně významné komunikace prarodičů s vnuky. Tuto náplň lze vhodně kombinovat s programem zaměřeným na životní postoje a životosprávu (relaxační a psychologické postupy, kurzy kreativního myšlení, komunikace, asertivity, adaptace na život ve stáří, tělesná výchova pro seniory včetně jógy apod.). Není zanedbatelné, že takto získané dovednosti a znalosti z oblasti životosprávy i mezilidských vztahů budou senioři uplatňovat i v rámci svých rodin a širší veřejnosti,
- ucelené cykly zaměřené na samosprávnou aktivitu seniorů – např. zakládání a vedení seniorských center, příprava trenérů pro výcvik paměti a kognitivní aktivaci, metodika úpravy bytového prostředí, ochrana zájmů seniorů např. v oblasti dopravní bezpečnosti, kriminality, týrání a zanedbávání apod. Senioři vyškolení v metodice sociologických výzkumů se mohou podílet na sběru dat, pomáhat v dotazníkovém i jiném monitorování situace zvláště mezi svými vrstevníky.

Kombinací zvláště posledních dvou okruhů aktivit může být vytvořeno opravdu ucelené vzdělávání seniorů se společensky významnými výstupy, přesahujícími osobnostní rozvoj či jen ukrácení volného času jednotlivých účastníků. Do programů mohou být se značným efektem zakomponovány hodiny cizojazyčné konverzace a pohybových a relaxačních aktivit včetně jógy.

Významu univerzit třetího věku by měla být přizpůsobena kvalita výuky, její příprava a důsledné dodržování nejen obecně pedagogických, ale specificky gerontagogických postupů.

V propracování gerontagogické metodiky, respektující involuční psychické změny, jsou stále velké rezervy. U3V by měla aspirovat na víc než na přednášky. Je třeba se více zabývat výběrem témat, přípravou pomůcek, tempem přednášky i zpětným

vyhodnocením a pedagogickým auditem. I zde by mělo platit důsledné sledování vytčeného cíle a využívání zpětné vazby.

Právě metodika výuky by měla odlišovat U3V od vzdělávacích aktivit pro mladší jedince, včetně osob předčasně penzionovaných či dlouhodobě nezaměstnaných v předdůchodovém věku. Pro tuto mladší populaci organizované programy jsou někdy označovány jako *univerzita volného času*.

Praxeologie gerontopedagogiky

Gerontopedagogika jako disciplína může nabývat různých podob. Mezi základní lze řadit i přípravu profesionálů pro realizaci výchovně vzdělávacích aktivit se seniory. Tedy patří sem zejména:

- výchova metodiků pro problematiku volného času seniorů, jejich seberealizaci, pro činnost seniorských center, klubů aktivního stáří, akademií třetího věku, ale také pro aktivaci a aktivizaci geriatrických pacientů a klientů v dlouhodobé ústavní péči, včetně tréninků paměti (profiluje se odbornost pedagog volného času s možností specializací na seniorskou problematiku),
- výchova terapeutů pro práci se zvláště handicapovanými geriatrickými pacienty, především s demencí či kombinovaným postižením – zvláště zraku a sluchu (v návaznosti na speciální pedagogiku),
- větev andragogiky, zabývající se nikoliv profesním vzděláváním (specializační a rekvalifikační kurzy, doškolování a inovační kurzy apod.), nýbrž osobnostním rozvojem seniorů, dotažením konceptu celoživotního vzdělávání ve formalizované podobě i do pozdních fází ontogeneze, kultivací komunikace, pozitivního myšlení, adaptace na stáří.

V tomto smyslu je gerontopedagogika na počátku svého vývoje. Je třeba rozvíjet metodiku vzdělávání (včetně metodického poradenství lektorům nejrůznějších vzdělávacích pořadů hojně seniory navštěvovaných, aniž by tomu příprava přednášek obvykle odpovídala), výběr témat, hodnocení efektivnosti výstupů. Zájem seniorů, jak svědčí i naplněné běhy univerzit třetího věku, je velký. Je však třeba dosáhnout stavu, kdy seniorské programy budou charakterizovány metodikou vzdělávání, nikoliv věkem posluchačů.

Zvláštní výzvy staví před gerontopedagogiku šířící se kultura komunikativního vzdělávání a učení, která chápe člověka jako bytost tvořenou komunikací a dialogem, žijícího nejen v pospolitosti osobního života, ale také v *komunitě lidí dobré vůle*. Mají-li se komunikativní kultura a společnost rozvíjet, nemůže se tak dít bez pozitivní účasti seniorů. A jejich výchova musí být uzpůsobena jejich postojům a možnostem. Pokud by seniorské generace z komunikativního (i jiného) vzdělávání společnosti vypadávaly, velmi by se zvyšovalo riziko jejich faktické segregace a generačního neporozumění (Staniček, 2002).

6.10 Shrnutí

Gerontopedagogika je nová disciplína, která se terminologicky i obsahově vyvíjí. Je součástí andragogiky jako vědy o výchově a vzdělávání dospělých. Jeví se jako nutnost v současné postmoderní době, v době celoživotního vzdělávání a celoživotního učení.

Mezi nejběžnější formy vzdělávání jedinců postproduktivního věku patří U3V, Akademie třetího věku, Lidové univerzity. Livečka prezentuje čtyři funkce vzdělávání v postproduktivním věku. Jsou jimi funkce preventivní, anticipační, rehabilitační a posilovací.

Význam vzdělávacích aktivit tkví v tom, že naznačují stárnoucím a starým občanům novou životní perspektivu. Vzdělávání pro ně představuje životní pomoc v tom, že jim kromě informací a vědění nabízí životní orientaci na rozvoj a osobní růst v etapě života, která byla dříve považována za deficitní. Přehodnocení názorů na úlohu seniorů v současné společnosti dokumentuje názorně i Charta práv a svobod starších lidí. Vypracovaly ji Univerzita v Lovani a Centrum celoživotního vzdělávání na Svobodné univerzitě v Bruselu. Je v ní zdůrazněno, že *generace starších není na odpočinku. Spolu s druhými a pro druhé se učí, objevuje, inovuje tak, aby nepředstavovala jenom objekt pro pomoc, ale také zdroje, které lze rozvinout ve službě druhým.*

Pomoci, péči a podpoře jedincům postproduktivního věku přispívá i nově koncipovaná andragogika (péče) a zvláště integrální andragogika, která se koncipuje jako společenská vědní disciplína (lze uvažovat i o technologii pomoci), která reaguje na aktuální potřeby pomoci v různých deficitních oblastech, zvláště v oblasti péče o seniory.

7 Tabu v seniorské populaci

7.1 Senioři v kontaktu s institucí

V seniorském věku se lze setkat s překvapivě velkou rozmanitostí typů a chování. Senioři jsou natolik různorodou a obsáhlou sociální skupinou, že je nelze jednoduše převést do jedné šablony a unifikovat je. Na místo obecných univerzálně platných doporučení pro účinný postup odborníků v komunikaci se seniory je třeba zvolit jinou strategii uvažování. Jako produktivní se v tomto ohledu jeví především pokus zmapovat nejtypičtější obrazy stáří, se kterými se odborníci v reálných situacích mohou setkat. Ty totiž určují i způsob, jakým reagují senioři na vynucený či aktivně zvolený kontakt s profesionály v souvislosti se sociálně patologickým projevem. Soustředíme se dále jen na takové projevy stáří, které mohou být problematické a zakládat vyšší pravděpodobnost navázání obtížného kontaktu.

Důvěřivé stáří

Ve vyšším věku stoupá náš respekt před institucemi a jejich úředníky, svým způsobem roste poslušnost vůči oficiální autoritě. Důvěřivé stáří má této slepé víry příliš moc. Je proto snadným objektem pro podvodné iniciativy. Důvěřivý senior se nechá oklamat uniformou, titulem, důležitě se tvářící vizitkou, slušně vypadajícím zevnějškem a efektně prezentovanými sliby falešných agentů a nepravých obchodních zástupců. Někdy je z pohledu policisty těžké pochopit, jak mohla být oběť tak lehkovážná a nekritická. Není však vhodné vyčítat podvedeným seniorům chybu, kterou již nemohou vzít zpět. Na místě je spíše seniora povzbudit, aby se z události poučil.

Podivínské stáří

Více či méně svérázného seniora, ze kterého přímo čiší určitá povahová nápadnost, už potkal každý z nás v soukromí či profesionálně. Takový starý člověk přivádí své okolí k zoufalství třeba tím, že sbírá neúčelné věci a odmítá vyhodit i evidentně nepotřebné věci. Spořivost až lakota, zvýšená podezíravost, potutelnost, ulpívání na určitých postupech a jejich důsledné vyžadování – to jsou pro stáří celkem běžné povahové nápadnosti. Silně nápadná, dominantní vlastnost bývá téměř neovlivnitelná z vnějšku. Dotyčný neslyší na své okolí, chová se stále po svém. V tom tkví hlavní jádro problému.

Bláznivé stáří

Souvisí úzce s podivínstvím. Hranice mezi nimi je neostrá. I pro odborníky je někdy obtížné určit, zda dotyčná osoba už ztratila kontakt s realitou a žije v jiném a pro nás neskutečném světě, zda hovoří o tom, co skutečně zažila, nebo co se odehrává

jen v její mysli. Bludy a jiné psychotické příznaky (jako např. těžké a nápadné změny nálad) mohou skutečně propuknout až ve stáří. Je však třeba varovat před unáhlenou diagnózou starý člověk = blázen. Taková úvaha není odborně ničím podložena.

Intelektově upadající stáří

Představa, že s nastupujícím stářím automaticky ubývají intelektové schopnosti, je zcela mylná. Existuje sice tzv. *stařecká zblbllost*, ale vždy jde o vážné onemocnění – senilní demenci. Demence má celkem přesné příznaky. Odborníci v kontaktu se seniory by o nich měli být poučení. Pomůže jim k tomu, aby se vyhnuli nepříjemným přehmatům. Tím máme na mysli nesprávné vyhodnocení situace.

Nesnášenlivé stáří

Ve stáří mnohdy klesá tolerance až k bodu nula. Senioři mohou dojít k silnému pocitu nesnášenlivosti. Ruku v ruce s ní si vypěstují zášť zacentrovanou na konkrétní osoby. A protože je nesnášenlivost velmi silně prožívaný cit, zvyšuje i pravděpodobnost emocionálního chování. Jeho prudkost, síla a ničivé důsledky mohou překvapit. Od starého člověka už to naivní okolí nečeká. Pro odborníky je nesnášenlivost ve stáří známým faktem. Vysvětluje totiž některé až kuriózní případy *kriminální energie* seniorů. Dřívější snášenlivost a ústupnost se ve vyšším věku mohou náhle a celkem nečekaně zlomit a vyústit v afektivní kriminální agresi. Jde o nečetné případy, tím více však způsobí rozruch. Senior bez dřívějších prohřešků proti zákonu, který se náhle zhostí role pachatele na první pohled nerozumného útoku, trpí obvykle stařeckou nesnášenlivostí.

Odbřžděné stáří

Odbřžděnost či odborně deliberace sexuálního pudu ve stáří je v literatuře popisována jako spíše okrajový, ale nicméně vyskytující se jev.

Osamělé stáří

I osamělé stáří může být okolností, které je třeba z pohledu specialistů věnovat pozornost. Osamělost jde zpravidla ruku v ruce s pocitem bezmocnosti. Je faktem, že osamělí senioři jsou rizikovější skupinou z hlediska možné viktimizace. Staří občané, kteří žijí jako singlové, se mohou stát obětí vloupání a loupežných přepadení. I když přežijí vlastní kritickou událost bez fyzických zranění, téměř vždy si odnesou hluboké emocionální rány. Policisté by se proto k nim měli chovat zvláště šetrně a do puntíku dodržovat psychologická doporučení pro jednání s oběťmi trestních činů.

Senioři v kontaktu s policií

Na vynucený či aktivně zvolený kontakt s policií reagují senioři výrazně individuálně. Zpravidla se způsob, jakým reagují senioři v kontaktu s policií, zakládá na takových povahových vlastnostech, které právě vlivem stárnutí vystupují více na

povrch a stávají se i pro okolí nápadným. Zatímco dříve byly obroušeny sebekontrolou či situačními tlaky, nyní mají větší prostor pro vyniknutí. Stáří má mnoho podob a tváří. Policisté se proto v živé situaci mohou setkat s velmi rozmanitými, pochopitelnými i méně srozumitelnými reakcemi seniorů. Obecně platí, že apriorní silně odmítavý a konfrontační vztah k policii není pro duševně svěží seniory typický. Určitá obtížnost dobře komunikovat a účinně jednat se seniorem v libovolné úřední situaci plyne spíše z malé obratnosti (a někdy i nezájmu) policistů přizpůsobit se individuálnímu svérázu staré dámy či pána a zvolit správný styl.

Pro postup policie vůči starším občanům neexistují žádné zvláštní předpisy. Tak jako k ostatním občanům mají policisté i k seniorům přistupovat korektně a slušně a dbát obecně závazných instrukcí, ať už jde o jednání na služebně či někde na veřejnosti. Navíc lze doporučit následující kroky.

- V kontaktu se seniory je třeba respektovat obecně platné zásady korektního a slušného vystupování. Nutno si uvědomit, že ve stáří se obvykle zvyšuje důvěra lidí k formálním autoritám, uniformám a úřadům. Z toho ovšem často vzniká i větší nervozita v průběhu oficiálních jednání. Při přímém kontaktu s policistou pak mohou senioři vystupovat na počátku jednání nejistě, přecházejí se nebo si nemohou hned vzpomenout a nalézt správný výraz. Nutno používat uklidňovací formulky, nejlépe uklidníme druhého člověka, když pořádně vysvětlíme situaci. Dopřejme starším osobám čas.
- Při kontaktu se seniory vždy projevujte respekt, úctu ke staré osobě, trpělivost. To by mělo zabrat vždy, ať už je povaha úředního jednání jakákoli.
- Na tomto obecném pozadí přemýšlejte o zvláštnostech konkrétní situace. Nechte se unést prvním dojmem. Nediskvalifikujte seniora jenom kvůli stáří. I ve vysokém věku jsme schopni si zachovat duševní svěžest a spolehlivý úsudek. Pevný smysl života a trénovaná mysl jsou signálem zdraví a životní síly i ve stáří. I velmi stará osoba může být kvalitním partnerem policie.
- Usilujte o navázání dobrého kontaktu. Záleží především na vás. Využijte psychologii i svou intuici. Své chování přizpůsobte stylu vystupování seniora. Zvolte vhodný individuální styl:
 - ještě více trpělivosti, jestliže registrujete špatné formulační schopnosti a vyjadřování,
 - ještě jednodušší otázky a jejich pomalé opakování, jestliže se senior těžko orientuje, váhá, je nejistý,
 - ještě klidnější a přesvědčivější projev, jestliže senior nechce přijmout vaše vysvětlení, pochybuje a nevěří vašim sdělením,
 - ještě více tolerance tam, kde se jen s obtížemi můžete vžít do způsobu uvažování seniora.

I v ryze pracovních situacích je nutné myslet lidsky. To platí dvojnásob při jednání se seniory, kteří se zřejmě ocitli v tísní. Splnění všech policejních povinností (například přijetí trestního oznámení nebo sepsání věci, ve které starý člověk přišel)

nemusí řešit hlavní problém seniora. Přemýšlejte, jak můžete skutečně pomoci, i když jste již své povinnosti splnili. Často pomůže i informace, kam se senior se svým problémem může obrátit. Vyhledejte aktivně informace o místech sociálních služeb a krizových či poradenských centrech v místě svého působení. Nabízejte je aktivně seniorům.

7.2 Seniori jako oběť domácího násilí

Zhruba před dvěma roky se v ČR začalo hovořit o domácím násilí jako o naléhavém, svébytném problému, který je hoden zvláštního zřetele ze strany státu a jeho institucí. Od té doby se ovšem pro oběti ani pachatele příliš nezměnilo. Situace rodin postižených domácím násilím zůstává téměř stejná. Odborníci, politici i úředníci – my všichni setrváváme ve stadiu odborných diskusí a debat o tom, kde a jak složitý problém domácího násilí uchopit. Zaměříme se na dvě otázky: na **klíčové problémy** současného přístupu k domácímu násilí a dále na **zásady**, ze kterých by měla vycházet prevence a intervence v případech domácího násilí.

1. Klíčové problémy současného přístupu k domácímu násilí

V oficiálních postojích je domácí násilí, pokud je formulováno jako abstraktní fenomén, samozřejmě odsuzováno. Citlivost tématu se objeví až v okamžiku, kdy je domácí násilí převedeno do reálných souvislostí, jako je např. otázka, zda a jak má stát v případech domácího násilí **konat** a jak se má vůči pachatelům a obětem domácího násilí **chovat**. **Nutnost změn** v dosavadních přístupech k domácímu násilí plyne podle mého soudu z následujících okolností a argumentů:

• Domácí násilí je specifický problém vyžadující specifická opatření

Většina postupů proti násilí, které garantuje stát, je vyladěna na *násilí mezi cizími lidmi*. Domácí násilí se však odehrává *mezi blízkými lidmi*. Pachatel a oběť jsou citově, sociálně a ekonomicky vzájemně závislé, blízké osoby. Domácí násilí představuje opakované a dlouhodobé týrání partnera, se kterým se dělíme o soukromí! Do intimního svazku tudíž pachatel i oběť kdysi vstoupili dobrovolně a na základě svého privátního rozhodnutí. Na své soukromí mají státem garantované právo. Je-li násilí vůči partnerovi páchané v soukromí bytu ohrožuje nejdřív důstojnost, pak zdraví, a nakonec i život oběti. To už jsou hodnoty, které je stát povinen chránit. *Klíčové je tedy rozhodnutí, že domácí násilí budeme akceptovat jako legitimní důvod pro vstup státu a jeho institucí do privátní sféry rodiny. Tím okamžitě vzniká otázka, podle kterých pravidel bude stát „urovnávat“ soukromé vztahy, které definuje jako nežádoucí domácí násilí. Jakou podporu poskytne oběti a jaká opatření uplatní vůči pachateli? Politika státu vůči domácímu násilí musí být jasně deklarována.*

- **Nutnost oficiální intervence z venku**

Ačkoliv privátní rozhodnutí stálo na počátku a svým způsobem skutečně odstarovalo domácí násilí, nelze pouhým privátním rozhodnutím partnerské násilí ukončit. Je faktem, že bez pomoci zvenčí nemá oběť ani pachatel šanci z rozjetého vlaku domácího násilí vystoupit. Oběti chybí síla a prostředky řešení, pachateli zájem. Dokonce i když jednotlivé incidenty prosáknou ven ze zavřených dveří a vyplní lékařskou zprávu či policejní protokol, reálně se nic nezmění. Agresor i oběť jsou ponecháni napospas dalším peripetiím násilí. *Neexistuje totiž státem garantované místo, které by zajišťovalo prevenci a intervenci pro postižené rodiny.*

- **Nebezpečnost spočívající v opakování domácího násilí**

Specifickým znakem domácího násilí je opakování a postupný nárůst intenzity jednotlivých incidentů. Pro policejní ale i často správný postup je podstatné, že **jednotlivé incidenty, jsou-li posuzovány izolovaně, nemusejí dosahovat prahu trestné činnosti.** V oficiální (policejní) reakci je tudíž lze bagatelizovat či zcela přehlížet. V praxi to pak znamená, že oběť musí vyčkat, dokud u ní nenastanou takové následky, které překročí šedou zónu mezi morálkou a zákonem. Takový moment zlomu sice udává platný trestní zákon, ale ten řeší pouze eventuální postih pachatele, nikoli ochranu oběti před pokračujícím domácím násilím. V nemálo případech pak končí domácí násilí tragicky. *Chybějí totiž procedury včasné a rychlé intervence blokující opakování incidentů partnerského násilí.*

- **Absence institutu ochrany obětí**

Postup policie při kontaktu s domácím násilím se opírá o všeobecně platné zákony a normy. Policisté v našich podmínkách se na místě domácí rozeprě řídí především trestním zákonem, zákonem o přestupcích a zákonem o policii. Ve srovnání s řadou jiných států (např. Rakousko, Švédsko, Velká Británie, USA) tak zůstávají vžety v tradiční roli policie jako převážně represivní složky. Jejich povinnosti **směřují především k osobě pachatele a stíhání trestných činů**, otázka účinné pomoci oběti stojí stranou. Oběť je dnes v situaci, kdy si svou (fyzickou) bezpečnost a (lidskou) důstojnost musí zajistit na své vlastní náklady, například útekem do azylového domu. *Stát a jeho instituce se zatím nepřihlásily k ochraně a zajištění lidských, ale také sociálních práv obětí domácího násilí.*

2. Zásady prevence a intervence domácího násilí

Hlavním cílem prevence a intervence není primárně stíhat a potrestat pachatele, nýbrž *pocitivý úmysl pomoci partnerskému vztahu stopnout násilné incidenty vhodným zásahem z vnějšku!* Pomoci odstranit násilí mezi partnery je leitmotiv všech oficiálních aktivit, který musí stát a jeho instituce věrohodně prezentovat občanské veřejnosti. Tím je jasně řečeno, že izolovanými tvrdými opatřeními vůči pachateli nelze problém domácího násilí vyřešit. *Výslovně zdůrazňují, že ani oběti domácího*

*násilí nevolají po tvrdé represii, naopak jejich hlavní potřebou je žít slušný lidský život v partnerském svazku bez násilí. Naším úkolem je tedy hledat **ucelený a diferencovaný systém opatření**, který by postihl různé podoby a stupně domácího násilí a dával by čas i šanci na ozdravení nemocného vztahu, tam kde ještě oba partneři, tj. pachatel i oběť mají vůli k nápravě, a ochránit oběť tam, kde udržení vztahu již nepřichází v úvahu.*

Prevence i intervence garantovaná státem by měla začít u tří uzlových bodů, kterými jsou: **informovanost, ochrana oběti a konfrontace pachatele s oficiální reakcí.**

Informovanost

Informovanost veřejnosti o domácím násilí se v posledním roce výrazně zvýšila. Téma partnerského násilí se objevuje v médiích, zejména různá občanská sdružení zajišťují osvětu veřejnosti v této věci. Výrazný posun znamená také **vznik nonstop linky pro oběti domácího násilí provozované Bílým kruhem bezpečí**. Oběti z celé republiky nyní dosáhnou poměrně snadno alespoň na jedno místo pomoci. Značné rezervy však přetrvávají **v informovanosti odborníků**. Mnozí lékaři, učitelé, ale i policisté a sociální pracovníci jsou při kontaktu s oběťmi domácího násilí nejistí, nedovedou jim poskytnout základní informace, ani poradit. Přitom právě lékaři, sociální pracovníci a policisté jsou vstupní branou, kterou se domácí násilí dostává ze soukromí na veřejnost. Základní profesně zaměřené proškolení všech pomáhajících profesí považují proto za žádoucí.

Ochrana oběti

Před čtyřmi roky stálo Rakousko tam, kde je dnes ČR. Hledalo jasnou oficiální strategii pro řešení případů domácího násilí. Po dlouhých a místy vyhrcovaných diskusích expertů dospělo Rakousko k názoru, že stát musí zaujmout vyhraněnou pozici proti násilí, a tudíž ve prospěch ohrožené oběti. Když jde o ukončení násilí v rodině, stává se nejvyšším příkázáním tzv. *strategie vměšování*, neboť pasivita a „nicnedělání“ pomáhá pachateli a nesvědčí oběti, uvádí se přímo v rakouském materiálu. Tento postoj ovšem neznamená, že pachatel je zcela odsunut na vedlejší kolej anebo že je mu odepírána pomocná ruka. V jeho cestě za nápravou musí být ovšem nejdříve okamžitě konfrontován s tím, že jeho chování je nežádoucí. V rakouských *novinkách* je proto použit celkem jednoduchý princip: agresor může být vykázan ze společného bytu, zatímco oběť má právo zůstat doma a být chráněna před dalším násilím. Povinnost chránit oběť před fyzickým útokem přešla v plném rozsahu na policii. Další formy ochrany a podpory oběti, například poskytování informací v právní a sociální oblasti, zajišťují navazující instituce financované státem a prováděné ve své činnosti s nestátní sférou. Považuji rakouské zkušenosti za inspirativní i pro naše podmínky. K tomu podotýkám, že nulová ochrana obětí domácího násilí je jednou z příčin opakování domácího násilí. To jsou fakta vyplývající z renomovaných výzkumů.

Konfrontace pachatele s oficiální reakcí

Strategie intervence směřující k pachateli je založena na myšlence **netolerování domácího násilí**. Agresor musí rychle pocítit, že jeho chování je nežádoucí a nebude tolerováno. Princip netolerance vychází z přesvědčení, že za domácí násilí nese v plném rozsahu zodpovědnost právě agresor, nikoli oběť. Násilí vůči blízké osobě je totiž nepřijatelné a neomluvitelné za jakýchkoli okolností. Převzetí zodpovědnosti za své agresivní chování je pak příznivým signálem pro nápravu agresora. Výzkumy pachatelů domácího násilí běží naplno. Zatím je nesmírně obtížné stanovit obecně neefektivnější postup, který by byl vhodný pro většinu případů domácího násilí. I v rámci kategorie domácích agresorů se rýsují různé osobnostní typy, které pak dobře reagují na různá opatření od krátkodobého vykázní z blízkosti oběti přes soudem nařízený antiagresivní převýchovný program určité délky až po regulérní trestní proces. Předběžně se zdá, že domácí násilí je jen výjimečně podmíněno nápadnou duševní patologií pachatele ve smyslu agresivní psychopatie či sadismu. Většina pachatelů domácího násilí nekopíruje ani struktury osobnosti chronických kriminálních. Velmi často to bývají jinak celkem slušní lidé, kteří kromě partnerského násilí nemusejí mít problémy se zákonem nebo morálkou. Intervence směřující k pachateli proto kombinuje sankce (restrikce) s terapií. V našich podmínkách zatím chybí okamžitá konfrontace pachatele s oficiální reakcí, pomysleme jen na přestupková řízení, která lze v tomto ohledu pokládat spíše za trest pro oběť než sankci pro agresora. Jak systém sankcí, tak nabídka terapeutických programů neodpovídá naléhavosti problému domácího násilí u nás.

K domácímu násilí existuje dnes množství renomovaných odborných studií a poznatků. Některé způsobily ve svých domovských zemích doslova legislativní zemětřesení. Řada států šla cestou zvláštního zákona na ochranu rodiny před násilím, v jiných zemích se prosadila odlišná cesta například dílčí úpravy v platných zákonech. I pro nás je momentálně klíčovou otázkou, zda domácí násilí je natolik specifické, že nemůže být dostatečně postihováno běžnými postupy policie, justice i orgánů sociální péče a zda tudíž vyžaduje podstatnější normativní změny. V tomto příspěvku jsem nabídla argumenty podporující nutnost zásadních změn. Vždyť účinná prevence a intervence při kontaktu s domácím násilím může výrazně ovlivnit kvalitu života téměř jedné z pěti rodin v ČR.

DESATERO O DOMÁCÍM NÁSILÍ

1. Každý šestý občan ČR přiznává násilí ve svém partnerském vztahu, tzn. že domácím násilím v České republice trpí minimálně 16% populace ve věku od 15 let. Charakteristickým znakem domácího násilí v naší zemi je jeho dlouhodobost a převaha násilí fyzického, které je provázeno psychickým týráním.
2. Tři pětiny populace starší 15 let znají případy násilí mezi partnery z doslechu, více než čtvrtina se s ním setkala přímo (jako svědek, jako oběť, případně jako násilník).

3. Dvě třetiny našich občanů soudí, že domácí násilí je závažný jev, o němž nelze mlčet. Společnost nemůže domácí násilí tolerovat, protože je rodina sama nevyřeší – to je názor většiny naší populace (71 %).
4. Celé čtyři pětiny občanů jsou přesvědčeny, že k projevům domácího násilí nesmí zůstat okolí (příbuzní, sousedé, lékař, policie) lhostejné.
5. Avšak každý druhý člověk by tvářil v tvář domácímu násilí váhal pomoci nebo by to nechal bez povšimnutí. V naší zemi chybí lidem informace o tom, jak se domácímu násilí bránit. Dostatek takových informací má totiž jen necelá pětina obyvatel ČR.
6. Dvě třetiny obyvatel ČR se mylně domnívají, že napohled slušní lidé se domácího násilí nedopouštějí. Tři pětiny občanů jsou pod vlivem mýtů a předsudků přesvědčeny, že oběťmi domácího násilí se stávají jen slabé a bojácné ženy.
7. V 84 % našich domácností, ve kterých se odehrává násilí, vyrůstají děti. V 69 % z těchto domácností se násilí mezi dospělými partnery dokonce odehrává v přítomnosti dětí.
8. Oběť vyhledá oficiální pomoc v průměru až po šesti letech strádání za zavřenými dveřmi. Rozhodne se k tomuto kroku zpravidla až tehdy, když jí podle jejích slov *jde o život*.
9. Oběti domácího násilí se snaží vystoupit ze soukromí na veřejnost dvojnásobným způsobem: nejčastěji hledají pomoc u lékaře a ochranu u policie.
10. Z pohledu obětí jsou nejčastější příčinou domácího násilí povahové vlastnosti agresivního partnera, jako spouštěč násilí je uváděn převážně alkohol .

Typologie agresivního zacházení se seniory

Následující typologie prezentuje možné způsoby zacházení se seniory, kteří se stávají obětí domácího násilí:

Zastrašování

Způsobit, aby se oběť bála, a to zlými pohledy, různými činy, gesty, rozbíjením věcí, ničením jejího majetku, předváděním zbraní, demonstrativním týráním zvířat.

Osamělost

Mít dohled nad tím, co dělá, s kým se vídá a mluví, co čte, kam jde, omezovat její zájmy mimo domov, používat žárlivost k ospravedlnění svých činů.

Používání dětí

Způsobit aby oběť měla výčitky svědomí ve vztahu k dětem/vnukům, používat je k vyřizování vzkazů, organizovat návštěvy s cílem osočovat, napadat a vyhrožovat, že se s nimi již nesetká.

Ekonomické týrání

Zamezit této oběti násilí získání nebo udržení zaměstnání, způsobit, aby musela o peníze žádat, dávat jí kapesné, brát jí peníze, znemožnit jí přístup k rodinným příjmům.

Citové týrání

Srážet oběť, působit, aby o sobě měla špatné mínění, nazývat ji hanlivými jmény, způsobit, aby si myslela, že je blázen, kritizovat její paměť, ponižovat ji, způsobit, aby se cítila provinile, že něco zavinila.

Zapírání a kárání

Říkat, že k týrání nedošlo, přesunout zodpovědnost za špatné zacházení na někoho jiného, říkat, že si to oběť způsobila sama.

Ponižování

Zacházet s obětí jako se služkou, všechna rozhodnutí dělat za ni, být tím, kdo rozhoduje.

Omezování a výhrůžky

Říkat či splňovat hrozby a způsobovat bolest, přinutit oběť násilí, aby vzala zpět svou žalobu, vyhrožovat, že zůstane sama, nutit ji, aby prováděla nezákonné věci a vyhrožovat jí oznámením této činnosti.

7.3 Psychologický dopad katastrofických událostí u seniorů

Události z 11. září 2001 zaostřily zájem na témata psychologie, která doposud stála stranou.

Jde především o:

- psychologický dopad katastrofických událostí na velké skupiny lidí,
- hromadné chování typu paniky a panikaření v situaci zabarvené vyhoceným pocitem možného ohrožení,
- chování jednotlivců i velkých skupin lidí v tzv. fázi *alarmu*, kdy se něco děje, je zvýšené riziko ohrožení, ale nejsou přesné signály, nebezpečí zatím nemá pevné kontury, není známa přesná tvář hrozby ani její časové a jiné parametry.

Při reálném uvažování o psychologickém dopadu katastrofických událostí na velké skupiny lidí psychologie rozlišuje mezi:

1. **krátkodobými a dlouhodobými důsledky** katastrofické události na psychiku lidí, a
2. dopadem na **osoby v místě katastrofy** (zde se ještě blíže diferencuje mezi tzv. ohniskem a prstencem) a dopadem na **osoby mimo zasažení místo krize**.

Krátkodobé důsledky zahrnují bezprostřední emocionální reakci na extrémní událost. Obvykle se projevují v době od jejího vzniku do zhruba 4 až 6 týdnů po extrémní události. Pro jednotlivce i sociální soubory žijící mimo skutečné či předpokládané centrum ohrožení se krátkodobé psychické důsledky zpravidla odvíjejí především jako začleňování silně zneklidňujících a dříve nepředstavitelných událostí do osobních mentálních struktur. Jednoduše řečeno lidé musí investovat svou energii do smíření se s představou, že se může přihodit něco, s čím dříve vůbec nepočítali nebo co považovali za nemožné, iluzorní, nesmyslné. Pochody kognitivní restrukturalizace (tj. přehodnocení dosavadních měřítek pro dobro a zlo, pro reálné a nereálné děje atd.) jsou poměrně náročnou záležitostí, která poutá po určitou dobu mentální energii. Extrémní krizová situace totiž rozrušila dvě životně důležité iluze: iluzi dobrého světla a iluzi kontroly, které se musí znovu poskládat tak, aby odpovídaly nové realitě.

Krátkodobé psychické důsledky mají svou vnitřní dynamiku:

- začínají momentem nárazu, ve kterém bývá často přítomen pocit neskutečna (je vyjadřován např. větou *to nemůže být pravda, to je jen špatný film...*),
- přechází do fáze *připoutání k události* neboli fascinace (krizová událost funguje jako magnet, vyhledáváme informace k věci, spontánně se k nám stáčí myšlenky i pocity, často *o tom* mluvíme..). Po této uzdravující taktice, založené na ventilaci emocí, nakonec pozvolna dochází k
- fázi odpoutání (návrat ke všednímu dni) – to ovšem za předpokladu, že se nevykytnou nové podněty, které představují pro sociální celky hromadně působící stres.

Uvedené tendence se mohou prosazovat v různých podobách, neboť ve hře jsou vždy i individuální faktory (povaha, postoje, dřívější zážitky atd.)

Obecně platí, že krátkodobým dopadům katastrofické události jsou vystaveni všichni, dlouhodobé následky však postihují pouze některé osoby či skupinu osob.

Dlouhodobé důsledky představuje souhrn specifických potíží označovaných jako posttraumatická stresová porucha, eventuálně jako poruchy adaptace. Posttraumatická stresová porucha je vnímána jako normální reakce na extrémní stresový zážitek, zatímco poruchy přízpusobení už představují vzácnější a psychopatologicky závažnější vzorec.

Důsledky extrémních a život ohrožujících prožitků jsou v psychologii známy již delší dobu. První pozorování dlouhodobých účinků krizových zážitků pochází z ro-

ku 1879, kdy došlo k několika velkým železničním neštěstím na teritoriu USA. Další poznatky přinesly obě světové války (diagnóza tzv. traumatické neurózy). Intenzivní a systematický zájem o problém a jeho řešení je však spojen až s vietnamskou válkou, kdy USA jsou konfrontovány s readaptací vietnamských veteránů (National Vietnam Veterans Readjustment Study).

Pojem posttraumatická stresová porucha se v roce 1979 stává oficiální diagnostickou kategorií. Za nejdůležitější příznaky této poruchy jsou považovány následující projevy a potíže:

- prožitek události přesahující běžnou lidskou zkušenost a ohrožující potřebu bezpečí,
- opakované prožívání události v mysli (opakující se noční můry, opakující se nutkavé vzpomínky na událost, intenzivní úzkost při setkání s věcmi, které událost připomínají, náhlé impulzy chovat se tak, jako by událost znovu nastala),
- vyhýbání se podnětům souvisejícím či připomínajícím kritickou událost, úporná snaha vyhnout se myšlenkám na událost, nápadné úsilí vyhýbat se činností připomínajícím kritickou událost, neschopnost rozpomenout se na důležité okolnosti kritického děje, nápadný nezájem o jinak důležité věci nebo úkoly, pocit izolace od ostatních, pocit ztráty životních perspektiv,
- nervová labilizace (poruchy spánku, podrážděnost a záchvaty vzteku, poruchy koncentrace, hypervigilance, zvýšená lekovost).

V každém případě však doposud známe vznik posttraumatické stresové poruchy (tj. dlouhodobějších potíží vyvolaných vnější traumatizující událostí) **pouze u osob, které se skutečně ocitly na místě hrůzy (tzv. expozice traumatu)**. Obecně platí, že u osob s přímým kontaktem s život ohrožující a silně traumatizující událostí vznikají závažnější psychické problémy a potíže asi u jedné čtvrtiny z nich. Z nich polovina se vyléčí sama (lépe řečeno nevíme, zda dojde ke spontánnímu uzdravení, či zda pomohla nějaká forma laické podpory či naivní terapie) a polovina se ocitá v péči odborníků. Tato zjištění vedla některé odborníky k výroku, že posttraumatické poruchy vzniklé velkými katastrofami (ať už přírodního původu či zaviněných lidmi) jsou spíše výjimkou, nikoli pravidlem. U osob bez přímého kontaktu s ohniskem či prstencem katastrofy, které byly o události pouze informovány či vyrozuměny, se dlouhodobější emocionální dopady nepředpokládají. To znamená, že diskuse vedená v některých českých médiích o hrozbě vážných dlouhodobých psychických následků dosahující práh potíží PTSP pro naše podmínky nekoresponduje příliš s odbornými poznatky.

Na tomto místě je ovšem nutné zdůraznit, že psychologie hromadných katastrof čerpala doposud z takových reálných událostí, které jsou nesrovnatelné s tím, co se odehrálo 11. září 2001 v USA.

7.4 Syndrom závislosti u seniorů

Závislost je kategorie, která vždy patřila k člověku, po staletí s ním existovala a vyvíjela se. Po staletí se lidstvo snaží tuto vlastnost dostat pod kontrolu a stále se mu to nedaří. Problém závislosti, či jejího předstupně-abúzu, je problémem multidisciplinárním. Kombinují se zde vlivy sociální, psychologické i biologické. Záleží na okolnostech, který z vlivů je v daném momentu rozhodující. Dochází tak ke vzájemné interakci všech faktorů, které ovlivňují vznik, vývoj a projevy závislosti (Urban, 1973). Farmakologické faktory reprezentuje droga, tedy substance, která má schopnost ovlivnit některou či některé z psychických funkcí. Faktory psychické se projevují ve struktuře osobnosti, zvláště v její odolnosti, schopnosti adaptability na stres a zátěž. Tyto vnější faktory prezentuje prostředí, sociální klima, schéma začlenění jedince do vztahů k okolí. Konečně pak precipitující faktor, který vstupuje do interakce, je podnět, konkrétní situace, konkrétní problém.

Sama závislost je aktivním, dynamickým dějem, který odráží vzájemné vztahy vyjmenovaných faktorů. Vznik závislosti je postupný, kdy chroničnost je jedním ze základních rysů závislosti. Činy, které závislí vykonávají pro získání látky, jsou stejně důležité jako droga sama. Tyto činy tvoří součást požitkového rituálu který je zase částí denního rituálu a téměř neměnné náplně dne. Droga se tak stává částí ustáleného způsobu jednání. Závislý člověk tak žije způsobem života, který nechce nebo nemůže změnit.

Teorie vzniku závislosti

Multidisciplinárnost problému závislosti také podmiňuje mnohorozměrnost chápání vzniku závislosti. Lze proto přistupovat k posouzení vzniku závislosti z různých pohledů a přístupů.

Psychoanalytická teorie vychází z názoru, že závislost je součástí narušeného já s projevy omnipotence, sklonem k agresi, potřebou uspokojení. Narušené relační vztahy a droga vytváří pak pseudovztahy. Jedná se také o narušenou frustrační toleranci, nutnost okamžitého uspokojení potřeby s narušenou sebekritičností a odhadem skutečnosti, následkem čehož vzniká potřeba samodestrukce. Jsou také zřetelnější projevy zlosti a podrážděnosti. Zvyšuje se touha mezi ostatními ve společnosti vyniknout na úkor schopnosti tuto touhu uskutečnit. Zvláště pak v období adolescence, kdy je emocionální napětí a nejistota maximální, je sklon k regresi nejvýraznější. Namísto aktivní adaptace se projevují sklony k pasivnímu podřízení a diskrepance je tím výraznější, čím je větší rozdíl mezi společenskou možností jedince a jeho omnipotentními, narcistickými tužbami.

Behaviorální teorie pracuje s pojmem „odměňování“, kdy odměna nebo trest mají větší vliv na chování a zvyšují možnost opakujícího se způsobu chování tím

více, čím rychleji se dostaví účinek a žádný efekt. Znamená to, že nepříjemné průvodní účinky při užívání drog psychologicky nevyváží okamžité zvláštní uspokojení po požití drogy. Okamžitý pocit uspokojení po požití drogy se nedá srovnat s pozdějšími negativními účinky, naopak tyto negativní účinky se dají překonat dalším požitím drogy. Tím se uzavírá bludný kruh závislosti.

Je možné, že zde fyziologický mechanismus návykovosti nalézá psychologický protějšek, kdy udržování závislosti je zajímavé pouze v tom případě, kdy intenzita prožitku zůstává na původní úrovni. Proto je nutné zvyšovat dávky, proto jsou voleny prostředky, které potlačují pocity strachu a bolesti a vedou k výrazné redukci celkového pocitu nejistoty, úzkosti a bolesti.

Princip generalizace konstatuje, že vědomí závislosti se stává způsobem života. Nepříjemný proces odvykání pak narušuje tento princip a může být důvodem pokračování v požívání drog.

Teorie predisponované osobnosti je stále diskutována a rozvíjena, ale stále chybí jednotící princip, případně průkazné nálezy. Je zde nutno odlišit osobnostní rysy osob léčených pro závislost od rysů premorbidní osobnosti v jejím vývoji.

Sociální teorie hodnotí vznik závislosti s ohledem na sociální strukturu, klima a možnosti společnosti. Vychází se z premis, které postulují pravidla:

a) jsou-li drogy snadno dosažitelné, je jejich spotřeba větší a počet závislých také. Jsou-li drogy dosažitelné ztěž, jejich cena je vysoká, je také sklon k jejich užívání nižší. Přitom dosažitelnost drog je na úrovni technické, ekonomické a sociální.

b) je-li možná účast v deviantní subkultuře, kde je možno se vyhnout nepříjemným situacím, které společnost přináší, je zde zároveň možno se té společnosti pomstít. Být částí této subkultury přináší pocit sebeuznání, který se v *normální* společnosti nepodařilo získat. I toto soužití má své normy, hierarchii a zákony, ale jsou přijatelnější než zákonné normy běžné společnosti. Je-li jedinec úspěšný v této subkultuře, ztrácí motivaci začlenit se do běžné společnosti a ztratit tak své postavení. Užívání drog je při tom akceptovanou hodnotou. Následkem této sociální seberealizace vzniká *sociální závislost* na této subkultuře. Výsledky systémové teorie u velkého množství rodin závislých jedinců ukazují silný strach před separací. Mnohým jedincům se nepodařilo být samostatnými. Jinými slovy odtržení od rodiny vedlo k nadměrnému užívání drog a tím k ještě silnějšímu posílení vazby na rodinu. Tato situace je také prototypem rodinné struktury závislého jedince. Silná pozitivní spoluúčast jednoho z rodičů oproti druhému, který má odmítavý či trestající postoj. Pak vzniká spojenectví mezi závislým jedincem a příliš starostlivým rodičem. Pokud trvá závislost jedince na drogách, trvá také společenství, a tím se posiluje stabilita takovéhoho rodinného schématu.

Biologické teorie závislosti vycházejí ze zjištěných nebo předpokládaných, vrozených a získaných odchylek v metabolismu drog. Nejvíce je citována a přijímána

endorfinová teorie, která předpokládá insuficienci autonomního endorfinového systému jedince. Exogenně je pak tento systém saturován drogami – prekuzory endorfinů vnitřních k tlumení tenze či přímo abstinenci projevů. Obsazování morfinových receptorů různého typu se pak děje náhradními, zvenku dodanými ligandami, které jsou ale často toxické a podporují vznik tolerance vůči užívané droze či vznik abstinenci projevů. Mimo endorfinovou teorii je také, zvláště u alkoholové závislosti, zvažována enzymová abnormalita jako etiopatogenetický stimul. Rozdíly v aktivitách alkoholdehydrogenázy, aldehyddehydrogenázy – enzymů účastnících se na metabolismu etanolu v organismu – vedou k různé saturaci organismu acetaldehydem, látkou daleko toxičtější nežli etanol samotný, který se pak transformuje na látky typu tetrahydroisochinolinů. Ty pak mohou obsazovat receptory morfinové a mohou suplovat endorfiny organismem vytvářené. Tyto nálezy korespondují s genetickým pojetím vzniku závislosti, kdy se předpokládají právě geneticky podmíněné odchylky ve způsobu metabolismu etanolu v organismu.

Prezentované teorie (Skála, 1987; Hanzlíček, 1978; Chvíla, 1984; Tonneyck, 1992) podávají přehled názorů na vznik závislosti z různých pohledů a přístupů k ní. Medicínský přístup si ale vynucuje preciznější diagnostické začlenění a definici problému. Zatím nepečlivěji se s problémem diagnostiky závislosti vypořádává DSM-IV, Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti.

Diagnostická kategorie zneužívání látek (Substance Use Disorder) se zabývá behaviorálními změnami souvisejícími s víceméně pravidelným užíváním látek, které ovlivňují centrální nervový systém. Příkladem takovýchto změn je postižení běžných sociálních a profesionálních funkcí jako projev výsledku užívání látky, dále neschopnost kontroly v užívání nebo neschopnost zastavit užívání, dále rozvoj abstinenci příznaků po snížení nebo ukončení užívání látky. U většiny látek lze jejich patologické užívání rozdělit na abúzus látek (Substance Abuse) a závislost na látkách (Substance Dependence).

Abúzus látek – charakterizují v obecné rovině následující kritéria:

Kritérium patologického užívání: v závislosti na typu látky se může abúzus manifestovat intoxikací během celého dne, neschopností snížit nebo zastavit užívání, opakovanými pokusy kontrolovat abúzus občasnou abstinencí nebo omezením v určité době, pokračováním abúzu i při vážném tělesném onemocnění, které je i abúzěrem považované za exacerbované právě vlivem látky a potřebou denního užívání. Také se ale manifestuje epizodami komplikací vzniklými intoxikací látkou jako jsou „okénka“, předávkováním a halucinatorními prožitky.

Kritérium narušení výkonu běžných sociálních nebo profesionálních funkcí způsobené patologickým užíváním. Sociální vztahy mohou být narušeny ztrátou schop-

nosti jedince udržet důležité závazky k přátelům, rodině, impulzivním chováním a neadekvátním vyjadřováním agresivních tendencí. Jedinec může mít i problémy se zákonem pro komplikace během intoxikace nebo pro kriminální chování za účelem získat látku či peníze k jejímu zakoupení. Profesionální fungování se může zhoršit, opouští-li jedinec zaměstnání nebo školu nebo je neschopen fungovat, protože je intoxikován. Pokud je narušení těžké, stává se pro život postiženého zcela dominujícím užívání návykové látky s výraznou deteriorací fyzických a psychických funkcí.

Kritérium časového určení poruchy – doba trvání poruchy je minimálně jeden měsíc. Příznaky poruchy nemusí být přítomny kontinuálně celý měsíc, ale měly by být dostatečně časté, aby bylo splněno kritérium podmíněnosti narušeného sociálního chování patologickým užíváním návykových látek.

Závislost na látkách – je oproti abúzu charakterizována následovně:

Jedná se obvykle o těžší formu psychické poruchy ze zneužívání látek nežli je při abúzu a znamená fyzickou závislost prokazatelnou buď stoupající tolerancí nebo abstinenčním syndromem. Pravidelně bývá splněno kritérium patologického užívání, způsobující narušení výkonu běžných sociálních a profesionálních funkcí.

Tolerancí je chápána potřeba jedince výrazně zvyšovat množství látky k dosažení žádaného účinku nebo naopak jde o projev výrazně sníženého účinku při pravidelném užívání stejných dávek.

Abstinenční syndrom se projeví při přerušení podávání látky nebo při redukcí množství pravidelně podávané látky. Projeví se jako specifický látkový abstinenční syndrom dle kategorizace návykových látek a jejich charakteru.

Stanovení srovnatelných a obecně platných diagnostických pravidel je nezbytné pro specifikaci problému. Také problém závislosti ve stáří je nezbytné precizovat pomocí těchto kritérií. Často se totiž směřují různé diagnostické roviny a dochází ke zkreslení výsledků. V dimenzi pojmu závislosti ve stáří lze odlišit dvě oblasti diskutabilních informací.

Jedná se o otázku epidemiologie či četnosti výskytu tohoto problému v populaci. Další oblastí je pak posuzování psychopatologie samotné, kdy dochází ke zkreslení při nedodržení diagnostické purity.

Epidemiologie závislosti ve stáří

Informace o problému závislosti na návykových látkách ve stáří jsou chudé a často rozporuplné. Pohybují se v rozmezí krajních tvrzení o masivní promořenosti staré populace návykovými látkami až k bagatelizaci celého problému.

Diagnostika závislosti ve stáří je poněkud složitější, jelikož sociální vazby jsou často redukovány, tolerance vůči návykovým látkám je snížena fyziologicky, a ne projevem závislosti, intelektová kapacita a s tím spojené projevy adaptability jsou

sníženy. Také je nutné odlišit osoby s dlouhodobým abúzem návykových látek, které se přesto stáří dožily, a osoby, které podlehly abúzu návykových látek až ve stáří.

Konstatování, že problém závislosti na alkoholu je ve stáří daleko subtilnější, ale o to častější, je dokumentováno na skutečnosti, že jde především o problém sociální, a až v druhé řadě medicínský (Zimberg, 1983). Hovoří se také o řešení problému osamělosti a sociální izolace. Naproti tomu studie dokumentující nízkou prevalenci problému závislosti na návykových látkách zdůrazňují zvýšenou vnímavost starých lidí vůči noxám, tudíž výrazně sníženou spotřebu těchto látek. Zdůrazňují se také osobnostní faktory, kdy se problém týká vyzrálých jedinců, které je možno snadno resocializovat. Hovoří se o daleko výraznějších počtech abstinentů ve stáří nežli ve srovnatelných skupinách mladší populace (Meyers et al., 1985). Tento relativistický přístup pak otupuje problém závislosti a snižuje jeho důležitost.

Jestliže je problémem epidemiologie jevu závislosti ve stáří diagnostická čistota, pak obdobným problémem psychopatologie tohoto jevu je zjištění metabolických zvláštností, somatických interakcí a odlišení často fyziologických změn od patologických projevů duševních funkcí. Stejně jako hluchota je často nazývána negativismem, také projevy organických poškození CNS se vydávají za deliriosní syndrom při závislosti na alkoholu a podobně. V obecné rovině dlouhodobý abúzus alkoholu, stejně jako akutní efekt účinku drog, zvyšuje membránovou rigiditu a akceleruje normální stárnutí mozku (Crook et al., 1986). S tím korespondují nálezy poškození mozku a výskytu demence doprovázené subakutním či dlouhodobým abúzem alkoholu či jiných návykových látek. Výskyt syndromu Wernicke-Korsakov je ve stáří častější nežli v mladším věku, což ale zřejmě nesouvisí s etiopatogenetickým deficitem saturací organismu thiaminem, ale spíše sníženou úrovní prokrvení mozku (Iber, 1982; Meyer et al., 1984). Obecným problémem je proto fragilita centrálního nervového systému, akcelerované stárnutí mozku, rigidita membrán a jejich zvýšená propustnost a neuronální degenerace.

K těmto objektivním příčinám se přidružují také subjektivní, často způsobené medicínskou péčí. Zvláště výrazné jsou problémy s různorodou medikací, kdy různí odborní lékaři preskribují sady medikamentů bez následné konzultace o případných interakcích. Dále jde o problém různorodosti účinků a interakcí medikamentů v případě chronických somatických onemocnění (Lamy, 1984), zvláště jaterních lézí či vylučovacího systému.

Psychopatologické poruchy se pak vysvětlí spíše nevhodnou medikací, nevhodným terapeutickým přístupem nežli doprovodným abúzem návykových látek, který není v těchto případech rozhodující, ale pouze modifikující. Je tomu např. v případě sexuálních dysfunkcí, kdy abúzus alkoholu, narkotik, barbituratů, ale také nikotinu způsobuje poruchy v sexuálních funkcích (Van Arsdalen, 1984). Obdobná situace je také při hodnocení suicidálních pokusů, kdy často nevýznamný, doprovodný misuzus alkoholu či hypnotik bývá označován za příčinu. Při podrobnějším rozboru lze zjistit dominující příčiny spíše v sociální oblasti, pocitu osamělosti, depresivních stavech (Osgood, 1987).

Terapeutické strategie při syndromu závislosti ve stáří

I když je hlavním problémem sociální oblast při vzniku závislosti ve stáří, je prvořadým terapeutickým cílem při jeho léčbě zvládnutí doprovodných somatických potíží. Toto tvrzení vychází ze skutečnosti, že i relativně menší množství konzumovaných návykových látek, případně ne tak dlouhou dobu, způsobí výraznější somatické škody nežli u mladších jedinců. Je proto nutné zaměřit se na somatickou restituci, zvládnutí poruch spánku, zažívání. Významná je saturace vitaminy, zvláště ze skupiny B – thiamin, pyridoxin. Komplexní rehabilitace doplněná vodoléčbou a aktivační terapií výrazně zkrátí toto roborační období. Ke zvládnutí abstinence potíží lze užívat také trankvilizéry a benzodiazepiny, i když v nižších dávkách a se znalostí interakcí v případě další medikace (Pinsker, 1984).

Teprve po této fázi léčby je vhodné se zaměřit na vlastní odvykací léčbu. Zde již hraje významnou úlohu sociální klima, možnosti začlenění do rodiny či jiné, akceptující skupiny. Těžiště terapeutických aktivit nemusí být ani tak v psychoterapeutických postupech, zdůrazňují se spíše behaviorální metody a aktivační terapie. Výsledky jsou často překvapivě dobré a pohybují se kolem 50 % plných remisí a více jak 15 % výrazně redukováného abúzu (Carstensen, 1985).

Závislost ve stáří je tedy jev, který má svá specifika. Je často zamlžen doprovodnými projevy, a to jak fyziologickými, tak psychologickými. Určujícím se ale jeví sociální konstelace, možnost zpětného začlenění do rodiny, posílení sociálních vazeb. Abúzus drog či alkoholu je často pro starého člověka únikem ze samoty, bolesti, somatických potíží. Často je sám neschopen situaci řešit, vyhledat pomoc. Odpovídá tomu pak výrazné procento efektivity léčebných zákroků. Více než v případech dospělých či mladistvých se v jevu závislosti ve stáří uplatňuje multidisciplinárnost celého jevu. S tím pak souvisí také multidisciplinárnost přístupu k celému jevu (Pančocha, 2004).

7.5 Sexuální život ve stáří a jeho poruchy

Hodnocení kvality života starých lidí by nebylo úplné bez přihlédnutí k pohlavnímu životu.

Sexualita je oblast života fundamentálně spojená s rozmnožováním. Na vrcholu své reprodukční kapacity jsou lidé v mladém dospělém věku. Z tohoto aspektu je panující kult mládí v pohlavním životě lidí plně pochopitelný. Proto také je nejvyšší sexuální aktivita u mužů i žen v reprodukčně aktivním období.

Ani s pokročilým věkem pohlavní potřeby lidí zcela nemizí. Bretschneider a Mc Coy (1988) vyšetřením mužů a žen ve věku nad 80 roků zjistili, že 62 % mužů a 30 % žen mělo v tomto věku alespoň občas pohlavní styky, a že 72 % mužů a 40 % žen alespoň někdy onanovalo. Pečlivě provedená švédská studie zjistila, že ze 179

žen ve věku nad 70 roků více než třetina (35 %) dosahuje alespoň někdy pocitové vyvrcholení a více než pětina (22 %) realizuje koitus (Lunde et al., 1987).

Pohlavní život je spolehlivým zdrojem kladných citových zkušeností. To může být zejména ve stáří velmi důležité. Sotva je jiné životní období, ve kterém by lidé tolik postrádali pozitivní emoce.

Význam, který starý člověk sexualitě přikládá, není u všech stejný. Mnoho záleží na biologickém stavu jedince a na jeho psychosociální situaci. Sexualita je interakční fenomén a v podmínkách absence zevních sexuálních podnětů se naléhavost sexuální motivace rychle snižuje. Transkulturní studie sexuálního života ve stáří, provedené v různých mimoevropských civilizacích ukázaly, že většina kultur přiznává starým mužům i ženám jisté sexuální potřeby (Winn a Newton, 1982). Je samozřejmé, že sexuální aktivita lidí koreluje s tělesným a duševním zdravím, sociálním statutem a úrovní životní spokojenosti. Existují značné rozdíly mezi pohlavími. Jen čtvrtina žen prý ve stáří považuje sex za vysoce pozitivní hodnotu, zatímco u mužů více než polovina (Adams a Turner, 1985, Raboch a Pondělíčková, 1983).

V různých dotazníkových průzkumech je kamenem úrazu již samotná definice *sexu*. Lidé někdy toto slovo vykládají jako *pohlavní styk*, nebo dokonce přímo jako kopulační aktivitu. Nejsou-li kopulačně aktivní, mají pocit, že jsou bytostmi asexuálními. Víme přitom, jak významné pozitivní emoce dovedou i lidé dospělí a staří čerpat z nekoitálních sexuálních aktivit. Od prosté koketérie až po mazlení a petting.

Změny pohlavních orgánů ve stáří

U žen jsou změny hormonálních poměrů s věkem podstatně dramatičtější než u mužů. Menopauza, nastupující u dnešních žen někdy po 50. roce věku, znamená ztrátu nejvydatnějšího zdroje estrogenů v ovariích. Jen menší část žen dovede tento nedostatek dokonale kompenzovat tvorbou estrogenů v extragonadálních zdrojích, zejména v tukové tkáni. Nedostatek estrogenů vede k poruchám trofiky genitálu a s tím souvisejícímu úbytku cévní tumescence a lubrikace. Estrogeny mají ovšem své receptory v celém nervovém systému, zejména mozku. Proto v menopauze pozorujeme pravidelně také zřetelný pokles sexuální apetence. Chybějící gonadální steroidy ohrožují ženu také osteoporózou (Rosenthal a Schmidt, 1985). Požadavky na substituci estrogenů po menopauze jsou tedy zcela oprávněné. Tato substituční léčba je jednou z možností, jak udržet sexuální aktivitu žen ve stáří na žádoucí úrovni. Současně má veliký význam pro prevenci tak závažných jevů, jako jsou osteoporóza a involuční deprese. V moderní podobě, kdy je podávání malých dávek estrogenů doplněno periodickým přidáváním gastagenů, odpadá i hlavní riziko této substituce, totiž nežádoucí stimulace endometria u žen s intaktní dělohou.

Stáří přináší ženě zákonitý pokles tělesně sexuální atraktivity. Je tomu tak samozřejmě též u mužů. Ženy se však s touto skutečností vyrovnávají mnohem obtížněji. Platí, že tělesná atraktivita je pro ženu mnohem významnější životní hodnotou než

pro muže. Sexuální deviace, vyznačující se erotickou fascinací starými ženami, je fenomén extrémně vzácným (Zvěřina a Mellan, 1982).

Pohlavní spojení je možnou, ale nikoli zcela nezbytnou složkou partnerských vztahů. U starších párů je třeba propagovat také nekoitální intimní aktivity. Péče o slušnou tělesnou kondici a úhledný exteriér nemá být zanedbávána.

Pokles zájmu o sexualitu zaznamenávají různí autoři u žen zejména po 50. roce života. Jde o pokles výraznější, než je útlum u mužů, a zdá se, že není beze zbytku vysvětlitelný pouze hormonálními změnami po menopauze (Adams a Turner, 1985, Lunde et al., 1987, Raboch a Pondělíčková, 1983, Weiss et al., 1988). Některé ženy však naopak uvádějí, že teprve po menopauze zmizel jejich vleklý stres, související s obavami z nežádoucího otěhotnění, takže je sexuální život začal více přitahovat. Takových žen může být v populaci téměř pětina. Sama tato skutečnost svědčí dokonale o tom, jak velmi jsou sexuální praxe a citění lidí ovlivňovány reprodukčními aspekty.

U obou pohlaví platí, že sexuální aktivita se ve stáří udrží tím déle, čím byl subjekt sexuálně aktivnější v mládí a dospělosti.

Na rozdíl od žen nedochází u mužů k tak náhlému zlomu v reprodukčních funkcích. Pokud se nepřidají některá z chronických onemocnění starého věku, pak reprodukční schopnost muže a jeho sexuální aktivita s pokročilým věkem nezaniká. Klesá ovšem jak sexuální apetence, tak frekvence orgasmu. Uvádí se, že ve skupině 25–29letých mužů je frekvence orgasmů asi 3,2 týdně, zatímco ve skupině 50letých mužů asi 1,2 týdně. S dalším věkem pak tato hodnota plynule klesá až na 0,3 koitu u mužů nad 75 roků. Existují zde však vysoké interindividuální rozdíly (Mulligan a Katz, 1989, Winn a Newton, 1982).

Hladiny hlavního mužského pohlavního hormonu testosteronu v krvi s věkem klesají pomalu. Žádné výpadové fenomény, podobné stavu po menopauze u žen, však u mužů nepozorujeme (Bremner et al., 1983). Obě pohlaví bývají ve své sexuální aktivitě zranitelná různými negativními vlivy. Především jsou to chronická onemocnění. Z nich jmenujme arteriosklerózu, cukrovku a hypertenzi za všechny ostatní.

Obecně negativní vliv na pohlavní život lidí má deprese. Z interakční povahy sexuality plyne klíčový význam dostupného sexuálního partnera. Častým důvodem dlouhých přestávek v sexuálním životě lidí je právě ztráta životního partnera či partnerky. V již zmíněné studii Bretschneidera a McCoye z roku 1988 nemělo žádný partnerský vztah 47% mužů a 75% žen ve věku nad 80 roků.

Sexuální dysfunkce ve stáří u žen

Poruchy orgasmu

Neschopnost dosažení pocitového vyvrcholení a potíže s ním jsou nejčastější sexuální poruchou žen ve všech věkových skupinách (Lunde et al., 1987, Raboch a Pondělíčková, 1983). Ženy, které byly celý život dobře orgastické, neztrácejí tuto

schopnost často ani v pokročilém věku. V populaci však je nejméně třetina žen, u nichž orgasmus zdaleka není samozřejmou součástí jejich sexuálního života. U těchto žen se schopnost orgasmu s věkem zpravidla dále zhoršuje.

Daleko nejčastější příčinou sekundárních poruch orgasmu je změna vztahů mezi partnery, popřípadě změna partnera jako takového. Jak známo, orgasmus žen je zevními vlivy mnohem zranitelnější než stejná emoce mužů. U některých žen je orgastická emoce dokonce specificky dependentní a vázaná na určitého partnera. Všechny negativní emoce, zejména deprese, anxiety a zlost mohou tlumit schopnost pociťového vyvrcholení.

V léčení poruch orgasmu má hlavní místo psychoterapie, podle potřeby doplňovaná párovou léčbou nebo masturbačními nácviky. Z léků je třeba zvažovat anti-depresiva a ergolinové deriváty. Zkoušet můžeme podávání individuálně volených dávek yohimbinu. Endokrinologickým vyšetřením je vhodné ověřit indikaci estrogenní substituce. Při masturbačních nácvicích u poruch ženského orgasmu se v poslední době častěji uplatňují různé erotické pomůcky. V první řadě vibrátory různých tvarů a typů, které mohou pomoci ženě k efektivnější stimulaci genitálu.

Nízká sexuální apetence

Snížený zájem o pohlavní život zjišťuje řada autorů jako častý jev u starších žen. Je pravděpodobné, že deficit estrogenů v postmenopauze je zde hlavní příčinou. Tyto stavy mohou mít své kořeny rovněž v partnerské disharmonii, v pocitu ztráty erotické atraktivity a sociální izolaci. Stáří je životní etapa bohatá na různé negativní emoce, zejména na deprese.

Ženy citlivě reagují na deterioraci své atraktivity s věkem. U některých starších žen lze pozorovat až projevy rezignace na ženskou sexuální roli. Navenek se taková rezignace manifestuje sníženou péčí o zevnějšek, stupňující se obezitou a třeba i zvýšenou potřebou po sociálně dominantní pozici a kariéře. Z psychiatrického hlediska je hlavním atributem poklesu sexuálního zájmu starých žen depresivní nálada.

V léčebném ovlivňování nízké sexuální apetence se zaměřujeme na zlepšení intimní komunikace páru a na individuální psychoterapii. Náladu a sexuální aktivitu ženy pomůže zlepšit podávání estrogenů (v indikovaných případech), ale též léčba antidepressiv, anxiolytiky a ergolinovými deriváty.

Dyspareunie a algopareunie

Podle některých autorů je dyspareunie a algopareunie (tj. bolestivá soulož) nejčastější sexuální dysfunkcí starých žen (Lunde et al., 1987, Raboch a Pondělíčková, 1983). Nelze opomenout, že dyspareunie je velmi častým, ale málo reflektovaným symptomem u žen všech věkových kategorií.

Koitální dyskomfort u starších žen má svou příčinu nejčastěji v nedostatečném zvlhčení poševní sliznice (lubrikaci). To bývá způsobeno sníženou sexuální dráždivostí a špatnou trofickou poševní stěny.

Jako symptomatická léčba se doporučuje aplikace lubrikačních prostředků. Lepší fyzikální vlastnosti mají lubrikační prostředky komerčně připravené. Bolesti při pohlavním styku však mohou mít svůj původ též v atrofii poševní sliznice při deficitu estrogenů, tak častém ve stáří. V takových případech je na místě hormonální substituční léčba. Existuje také možnost podávat gely s estrogeny lokálně.

Nelze zapomínat na možnou přítomnost závažnější gynekologické patologie. Proto každému léčení dys- a algopareunie musí předcházet důkladné gynekologické vyšetření. Kromě vleklých zánětů je zde třeba myslet též na gynekologické malignity nebo na prolaps dělohy, který může koitální aktivitu u starších žen významně negativně ovlivnit.

Zvláštní kapitolou je **stresová inkontinence moče**. Zejména u starších žen, které opakovaně rodily, nebo jsou jinak k podobným potížím disponovány, má toto onemocnění negativní vliv na sexuální život. Moderní gynekologická urologie nabízí těmto ženám účinnou pomoc. Pro falešný stud však tato léčba není zdaleka využívána všemi ženami, které by ji potřebovaly.

Sexuální dysfunkce ve stáří u mužů

Poruchy ejakulace

S věkem po čtyřicítce se plynule snižuje objem semenné tekutiny. Tento úkaz nepochybně souvisí jednak s pozvolným poklesem hladiny testosteronu, jednak snižující se citlivostí periferních tkání (Bremer et al., 1983). Stěžuje-li si tedy starší pacient na nízký objem ejakulátu, není to samo o sobě žádný důvod ke znepokojení. Nižší sexuální aktivita starých mužů je spojena s nižší vzrušivostí. To pak prodlužuje latenci orgasmu a vede ke spontánní úpravě některých předčasných ejakulací.

Prodloužení ejakulační latence není vždy prožíváno jako pozitivní jev. Zejména kardiaci, hypertonici, muži obézní a málo fyzicky zdatní mohou být prolongovaným pohlavním stykem i velice vyčerpaní (Zvěřina et al., 1979).

Zatímco stesk na předčasnou ejakulaci je u starých mužů vzácný, případů retardovaného orgasmu s věkem přibývá.

Nepřítomnost ejakulátu při orgasmu (anejakulaci) pozorujeme tam, kde je ejakulační děj narušen. Může jít o pravou anejakulaci, kdy není při orgasmu vypuzena žádná semenná tekutina do močové trubice. Jindy je ejakulace úplně zablokována farmaky (hypotensiva, psychofarmaka), nebo porušením vegetativních nervových vláken (např. pro retroperitoneální břišní chirurgii, nebo po radikální prostatektomii, provedené z perineálního přístupu).

Další možnou příčinou suchého orgasmu je retrográdní ejakulace. Při ní je semenná tekutina vypuzena nikoliv do močové trubice, nýbrž do močového měchýře.

Anejakulaci nesmíme zaměňovat za anorgasmii. Při anorgasmii není jedinec schopen pocitového vyvrcholení. Pravá anorgasmie, tedy neschopnost orgasmu v bdělém stavu, je u mužů velmi vzácná. Avšak v diferenciální diagnóze poruch ejakulace je třeba i na ni myslet.

Farmakologicky navozená anejakulace zpravidla rychle ustupuje po vysazení příslušného medikamentu. Anejakulace způsobené chirurgickými zákroky mají pochopitelně ireversibilní charakter. Při retrográdní ejakulaci se doporučuje léčení alfamimetiky (efedrin), ale často nebývá úspěšné. Sama anejakulace ani retrográdní ejakulace nijak neohrožují celkový zdravotní stav pacienta. Jde však o stav, který dokáže pacienta vystrašit. Proto by na ni měli myslet všichni ti lékaři, kteří mohou iatrogenními vlivy anejakulaci navodit.

Poruchy erekce

Potíže s dosažením a hlavně udržení pevné erekce patří k nejčastějším problémům starých mužů. Schopnost erekce a její pohotovost jsou snižovány omezením sexuální vzrušivosti. Ve stáří klesá i četnost ranních a nočních erekcí. Schiavi a Engel (1988) vyšetřením nočních tumescencí penisu zjistili, že většina mužů starších 60 let neměla při vyšetření plnou erekci. Ve stáří se také snižuje frekvence erekce při REM fázích spánku.

Hlavním efektoem plné erekce jsou cévy penisu a topořivá tělesa. Nedostatečný tepenný přívod a poruchy mechanismu, který při ztopoření omezuje venózní drenáž penisu, jsou hlavními příčinami vaskulogenní impotence. Léčení těchto poruch je svízelné. Zejména tehdy, když se arteriální i venózní defekt kombinuje. Je přitom známou skutečností, že častá příčina poruch periferního prokrvení, arterioskleróza, postihuje podstatně častěji muže než ženy (McGill a Stern, 1986).

U mužů v involuci se častěji než v mládí vyskytuje **plastická indurace penisu**. Toto onemocnění vzniká degenerací elastického vaziva topořivých těles. Vede ke ztrátě pružnosti a tím různě intenzivnímu zakřivení pohlavního údu při erekci. V léčení plastické indurace se málo uplatňují medikamenty, protože nebývají účinné. Snad jen lokální podávání preparátu Peroxinorm a některé fyzikální procedury mají jistý smysl. Jinak lze chirurgicky korigovat deformaci penisu tam, kde působí mechanické problémy. Při tom se ovšem neodstraňuje ložisko indurace, nýbrž pohlavní úd se narovnáva vytětím příslušného úseku dutého topořivého tělesa proti ložisku plastické indurace.

Velkou roli při poruchách erekce hrají také **záněty, benigní adenomy a karcinomy prostaty**. Na potíže s erekcí se stěžuje více než polovina mužů před operací prostaty a po operaci téměř dvě třetiny. Adenom prostaty je přitom patologickým stavem, který se vyskytuje u více než dvou třetin mužů starších 60 roků (Korenman a Stanik, 1984).

Při psychogenních poruchách erekce se u starých mužů uplatňují **partnerské problémy**.

Negativně zde působí delší vynucené přestávky v pohlavním životě (ztráta partnerky, vleklé onemocnění apod.), a jak bylo již uvedeno, také depresivní nálada. Poruchy erekce se vyskytují u mužů všech věkových kategorií. Věk je však obecně známým rizikovým faktorem.

V léčení poruch erekce je třeba uplatňovat především psychoterapeutické a sexoterapeutické postupy. Také ty stavy, které mají nesporně organickou příčinu, lze

výrazně pozitivně ovlivnit tím, že zlepšíme sexuální komunikaci páru a zavedeme do jeho intimní komunikace nekoitální praktiky. U zvláště vzdorných poruch lze podporovat sexuální vzrušivost mužů podáváním individuálně volené dávky yohimbinu, ergolinových derivátů, antidepresiv a malými intermitentními dávkami androgenů. Exogenní androgeny mohou překvapivým způsobem zlepšit celkovou vitalitu starých mužů. Působí preventivně proti osteoporóze a zvyšují svalovou hmotu. Problém je zde s dávkováním a s dostupností vhodných preparátů. Až v posledních letech se i na našem trhu objevily méně hepatotoxické androgeny zahraniční provenience.

Anabolicky působící hormony mají také významný androgenní účinek. Překvapivě dobrý vliv na poruchy erekce může mít vegetativní stabilizace pacienta anxiolytiky. Zkusit lze také vazodilatační terapii. Tyto zásahy jsou v plné kompetenci lékaře.

U organických příčin sekundárních poruch erekce je třeba pátrat po neurogenní etiologii neurologickým vyšetřením (taktilní citlivost genitálu, bulbokavernózní reflex apod.). Poruchy vaskularizace lze objektivizovat moderním angiologickým vyšetřením. Terapie organicky podmíněných poruch erekce můžeme být kauzální (chirurgické úpravy poruch vaskularizace), nebo symptomatická (penilní endoprotézy, aplikace vazoaktivních látek do topořivých těles penisu, léčba vakuovými pumpami).

Chirurgické léčebné metody by měly být v této indikaci používány co nejméně (Zvěřina et al., 1988). Také na lékaři záleží, zda se v partnerském vztahu pacienta podaří kompenzovat organickou poruchu erekce přechodem na nekoitální sexuální aktivity. Při našich výzkumech pohlavního života pacientů, kteří přestáli srdeční infarkt, jsme se opakovaně setkali se staršími muži, kteří nebyli schopni erekce. Nikdy se pro tuto poruchu neléčili a řada z nich vedla uspokojivý nekoitální sex se svými partnerkami.

Nízká sexuální apetence

Pohlavní aktivita mužů ve stáří nezaniká, nýbrž se postupně snižuje. Také sexuálních deliktů ve vyšších věkových kategoriích ubývá (Raboch a Pondělíčková, 1983, Zvěřina a Mellan, 1982).

Jako inhibiční faktor sexuální aktivity se ve stáří může uplatnit také strach. Pohlavní styk je pro některé lidi vlastně jedinou větší kardiovaskulární zátěží. Tato zátěž může být zdrojem oběhových potíží, neurologických komplikací nebo i smrti. Avšak zkušenosti ukazují, že i pacienti, kteří přestáli infarkt myokardu nebo iktus, jsou často schopni uspokojivé sexuální aktivity (Kříž, 1970, Zvěřina et al., 1979). Strach zde není na místě. Zdravotní komplikace při pohlavním styku nejsou častější než při jiných pohybových aktivitách. Uvádí se, že pohlavní styk je asi takovou oběhovou zátěží jako chůze svižným krokem nebo výstup do prvního poschodí. Kardiaci, kteří dobře tolerují 75 W na ergometru, zpravidla souloží se svými partnerkami bez oběhových potíží.

Existuje přirozený mechanismus, kterým se snižuje naléhavost sexuálních potřeb, pokud v určitém životním období jedinec sexuálně aktivně nežije. Takový mechanismus může být výhodný u mužů v extrémních situacích (vojenská služba, námořní plavba, trest odnětí svobody). U mužů ve stáří chybí potřebná dynamika sexuální aktivity, která po vynucené delší přestávce pomáhá vrátit sex na dřívější úroveň. Proto při vynucených pauzách v sexuálním životě ve stáří radíme, aby muži alespoň masturbací udržovali minimální pravidelnost výronu semene jednou za 7 až 14 dní. Masturbační a nekoitální nácviky hrají vždy velkou roli při snahách o obnovení sexuální aktivity po takto vynucených pauzách. Je třeba těmto mužům neustále zdůrazňovat, že každý orgasmus působí tonicky a svým způsobem usnadňuje navození orgasmu příštího.

Sexuální apetenci můžeme příznivě ovlivnit podáváním exogenních testosteronových derivátů. Nízkou sexuální apetenci může zlepšit léčba antidepresivními nebo ergolinovými deriváty.

Sexuální delikvence ve stáří

Transkulturální výzkumy nás poučují o tom, že v řadě civilizací staří lidé nejen zůstávají sexuálně aktivní, ale někdy se jejich sexuální chování stává nápadně vyzývavé a sociálně rušivé. Všude na světě a tedy i u nás se staří muži na sexuální delikvenci podílejí jen malou, však nikoliv zcela bezvýznamnou měrou.

Nejvyšší je podíl starých mužů ve skupinách pachatelů sexuálních deliktů vůči dětem, a to obou pohlaví. U těchto deliktů hraje často roli určitá sexuální deprivace pachatelů. Řada těchto starých mužů totiž tvrdí, že nemají žádné sexuální potřeby. O to více jsme pak překvapeni jejich poměrně bohatou sexuální delikvencí (Zimánová et al., 1986).

U starých pachatelů pedofilních deliktů může být přítomna pravá sexuální deviace ve smyslu pedofilie. Zdá se při tom, že jejich schopnost ukojit se na neprefeřovaném (tedy dospělém) objektu s věkem klesá a nebezpečí realizace deviantního programu se zvyšuje (Zvěřina a Mellan, 1982).

V případech repetitivních sexuálních deviantů neváháme ani u starých pachatelů doporučit terapeutickou kastraci. Tento zákrok ani v pokročilém věku nepředstavuje veliké zdravotní riziko. Alternativou kastrace je léčba moderními antiandrogeny, nikoliv však stilbeny, které jsou dnes již zcela obsoletní pro vysoký výskyt kardiovaskulárních a hepatotoxických účinků.

Stará žena není nijak specificky disponována k páčání sexuálních deliktů. Může se však stát obětí sexuálního útoku bezohledného psychopata nebo specificky vyba-veného gerontofilního sexuálního agresora (Zvěřina a Mellan, 1982).

I když pro staré lidi sex není tak významnou životní hodnotou jako pro lidi v mladém a středním věku, může hrát významnou roli v celkovém hodnocení kvality života. Lékaři by proto sexuální život svých stárnoucích a starých pacientů podceňovat neměli.

7.7 Umírání a smrt

Srovnáváme-li proměny lidského údělu, života a smrti v posledních sto letech, pak zjistíme, že v nedávné minulosti nás provázela smrt životem již od samotného narození. Ve střední Evropě byla na sklonku 19. století registrována více než polovina všech úmrtí u dětí do pěti let. Opravdového stáří se tehdy dočkal jen malý zlomek (6 %) dospělých (Rosenmayer, 1983). Dnes u nás umírají děti jen výjimečně, a smrt se stala doménou především stáří: koncem osmdesátých let 20. století umíralo více než 80 % populace až ve věku nad 60 let. Druhým nápadným rozdílem v této relativně krátké středoevropské historii je místo umírání. Dříve se umíralo především doma, dnes hlavně v nemocnicích a ústavech – ve velkých městech ČR v r. 1990 téměř v 80 %, na venkově v 60 %. S touto skutečností se smiřuje jen menší část obyvatelstva, a ještě méně zdravotníků (Vojtěchovský a Haškovcová, 1991). Sociologové si právem kladou otázku, proč se na počátku 21. století umírá obtížněji než ve staletích předchozích. Usoudili (Šiklová, 1976), že smrt se stala v mírových dobách především výsadou stáří. Smrt jako společenský fenomén byla degradována, vytlačena na okraj společenského vědomí a přesunula se z domovů do nemocnic. V tradici vžitá povinnost členů nejbližší rodiny být v posledních hodinách s umírajícím leží dnes především na bedrech zdravotníků psychologicky na tuto situaci nepřipravených. V průběhu života posledních dvou generací se postupně vytrácí osobní konfrontace člověka se smrtí, a proto dnes zastihuje umírající ve stáří zkušenostně zcela nepřipraveny. Smrt přestávala být také smysluplnou a pro většinu je považována i ve stáří za událost předčasnou. Zakořenila se falešná představa, že problém smrti vyřeší již v blízké budoucnosti věda. Naproti tomu mnozí badatelé světové geriatrické psachiatrie opakovaně upozorňovali, že odsunutí problematiky smrti do pozdního stáří, její společenské tabuizování, jakož i narůstající náboženská vlažnost, podminily častější vznik úzkostně-depresivních stavů, ale i jiných duševních poruch a chorob, včetně sebevražd ve stáří.

Úvahy o **individuální psychologii smrti** ve stáří, jak je u nás proklamoval akademik Charvát (1974), spočívaly ve snaze odbourat onen zakořeněný falešný mýtus o naději na brzké vymýcení smrti pomocí moderní vědy. Charvát zdůrazňoval, že smrt ve stáří je z hlediska ekologického dokonce žádoucí, neboť zabraňuje potenciálnímu přemnožení života na zemi. Doporučil, aby moderní lékařství vzdělávalo specialisty v obtížné úloze, jak s lidským porozuměním usnadňovat odchod ze života, když ve stáří nastal čas. Vlastní smrti by měl předcházet pocit naplnění života a potřeba stáhnout se a nechat místo mladším. Lékaři by měli více propagovat poznání, že biologická nesmrtelnost existuje v našich potomcích, což by většinu mohlo naplnit uspokojením. Charvátův žák a pokračovatel akademik Pacovský (1976) je toho názoru, že starý člověk sice chápe, že smrt se blíží, ale nesnadno se s tím smiřuje. Smrt ve stáří přijímá a pozitivně chápe jedině tehdy, když břemeno stáří je příliš těžké a další život přináší více utrpení než radosti. Kumulovaná smrt ve stáří v nemocnicích však přináší velké problémy těm, kteří umírající v posledních týdnech

a hodinách života ošetřují. Psycholožka a filosofka Haškovcová (1990) se domnívá, že lékaři a zdravotníci by měli v této nesnadné úloze vystupovat spíše v roli rádce než spasitele. Jejich psychologická pomoc umírajícím by měla jít ruku v ruce ve spolupráci se členy rodiny, a to mnohem dříve, než nastoupí terminální fáze fatální choroby. Úloha rodiny je totiž v psychologii umírajícího jedince nezastupitelná.

Psychologicky formulované individuální postoje ke smrti ve stáří jsou nejednotné. Jak konstatoval Dobiáš (1976), platí pro starého člověka 20. století totéž, co bylo lapidárně řečeno antickými filosofy. *Cicero* se smrti bojí, *Cato* po ní touží, *Sokratovi* je lhostejná, *Epikuros* se jí dokonce skrytě vysmívá. Z četných průzkumů o postojích ke smrti ve stáří na světě i u nás vyplynulo, že Sokratovu pohledu bazírujícímu na vyrovnanosti se přibližují především ti, kteří jsou i ve stáří tělesně a duševně zdraví, ve svých zájmech stále aktivní, a žijí ve stabilních rodinných podmínkách. U této skupiny se totiž velmi účinně uplatňuje obranný psychologický mechanismus pro zvládnání životních nejistot, nazvaný **popření a vytěsnění**, který se vynořuje v lidské mysli již kolem padesátky. Tento fenomén selhává obvykle jen u dlouhodobě a vážně tělesně nemocných a prakticky chybí u některých duševně nemocných s příznaky deprese. Tato menšina stárnoucích jde v záměrech Catonova toužení nebo urychlení příchodu smrti, a v krizových situacích může snadno ukončit život vlastním přičiněním. Ciceronovo tvrzení, že stáří se smrti bojí, platí především pro poměrně četnou skupinu stárnoucích neurotiků. Tito lidé se kdysi bránili přijmout proces citového zrání a ve stáří se bojí blízké konečnosti svého života ještě více, nežli se obávali v mládí přijmout dospělost se všemi jejími psychologickými atributy. Jdou tedy životem v záměrech výroku Seneky: kdo se bojí života, bojí se i smrti. Stárnoucí neurotici obvykle myšlenku na vlastní konec z vědomí vytěsňují, a to se pak projeví jako chorobná úzkost, smutek nebo jako hypochondrická deprese (Condrau, 1975). Na rozpor mezi rozumovým chápáním životní konečnosti na straně jedné, a nevědomým přesvědčením o vlastní nesmrtelnosti na straně druhé, poukázali ostatně již Freud (1910, 1912) a Jung (1934). Podle Junga zůstává smysluplně žít v druhé polovině života jedině takový člověk, který se životem chce i zemřít. Neumět stárnout je podle něho stejně nesmyslné, jako je neumět vyrůstat z dětských střevíčků. Je proto divné, proč většinu starých lidí vůbec nenapadne, aby svou smrt chápali jako životní cíl a naplnění. Život ve své druhé polovině neznamená totiž vzestup a rozmach, ale smrt. Konečným cílem života je jeho konec. Starý člověk, který na sklonku svého života neumí vnímat harmonii světa, je podle Junga pouze duchovní mumíí, která není ničím jiným než ztrnulou minulostí. Tento názor je až na vzácné výjimky filozofujících intelektuálů, psychologii většiny naší stárnoucí populace velmi vzdálený.

K nahlédnutí do psychiky stárnoucího člověka konfrontovaného s realitou blízcí se smrti nám pomůže mnohdy lépe **umělecká tvorba** než studium učených vědeckých knih. Jako příklad nám může posloužit drama stárnoucího lékaře ve filmu švédského režiséra Bergmanna *Lesní jahody*. Vhled do složitosti vztahů mezi dcerou a velmi starou matkou umírající na rakovinu nabízí román Simone de Bovoiové *Příliš snadná smrt* (Čs. spisovatel, 1969). Mnohé z psychologie stárnoucího muže

pochopíme z četby thanatofobních básní J. Seiferta ze sklonku jeho života, nebo naopak adoraci smrti v básnickém díle O. Březiny. Přijetí smrti se odráží v hudební symfonické básni R. Strause Smrt a vykoupení, hrůza a boj se smrtí v díle F. Lista Tanec mrtvých. Truchlení a žal po úmrtí nejbližších milovaných osob se zrcadlí ve slavných Requiem Dvořáka nebo Verdiho, anticipace blízké smrti v Mozartově Requiem. Odvěkou lidskou touhu po důkazech o nesmrtnosti lidské duše najde čtenář kteréhokoliv věku v knize R. A. Moodyho Život po životě (1975), kterou u nás Neubauer (1990) vhodně zařadil k novověké variantě slavné Tibetské knihy mrtvých, a která má silný psychotherapeutický potenciál pro mnohé, nalézající se v hluboké existenciální krizi.

Není náhoda, že u *základů moderní thanatologie*, interdisciplinární nauky o problematice smrti a umírání, stáli *psychiatři*. V první polovině 20. století S. Freud a C. Jung, v druhé psychoanalytici K. Eissler, E. Kübler-Rossová, T. Hackett, M. Bowersová a jiní.

Jednou z hlavních námitek proti psychiatrům, proč právě oni mají být průkopníky medicínské thanatologie, bylo tvrzení, že na duševní choroby se umírá jen málo. Zapomnělo se, že ve statistikách příčin smrti figurují na předním místě sebevraždy – jsou mezi prvními deseti v pořadí – a jejich častost ve stáří vrcholí. Opomíjí se i demence, které dle světových statistik lze zařadit na čtvrté místo příčin smrti ve vyšším věku. Málo se ví, že samotná existence duševní choroby je rizikem pro akcelerovanou smrt. Tak na příklad se u nás dožívají schizofrenici v invalidním důchodu v průměru jen 39,5 let (Baudiš et al., 1991). Do povědomí lékařů málo pronikla koncepce psychiatra Menningera o tak zvaných chronických sebevraždách podmíněných chorobnými návyky. Jiná námitka, proč psychiatři a psychologové přicházejí s thanatologií tak pozdě, když psychologie smrti existuje od nepaměti, má jen částečné opodstatnění. Je pravdou, že až do nedávna měli psychiatři jen malý kontakt s umírajícími nejen na svých odděleních, ale i ve všeobecných nemocnicích. Jako konsiliáři byli voláni jen k závažným psychotickým komplikacím. Rovněž je málo zajímal vnitřní svět moribundních nemocných, a podobně jako ostatní lékaři, i oni považovali smrt za profesionální selhání. Se starými duševně nemocnými umírajícími se ani nemluvilo, a do nedávna se jim nedostávala ani adekvátní medicínská péče. Přetrvával zakořeněný mýtus, že oblast psychiky umírajících je doménou kněžů, a nikoliv lékařů. Co dělají psychiatři, angažující se v thanatologii dnes? Předně se snaží o prevenci sebevražednosti, hlavně ve vyšším věku včasnou diagnózou a léčbou depresivních pacientů a jejich dispensarisací.

Psychiatři rovněž patricipují v týmech psychosomaticky orientovaných disciplín medicíny s vysokým rizikem letality, např. na jednotkách intenzivní péče, na dialyzačních odděleních, na onkologických centrech. Projevují snahu o zlepšování poskytované péče u pacientů v terminálních fázích vážných chorob, zvláště na geriatrických a gerontopsychiatrických odděleních. Aktivně se podílejí na snaze o prolomení doposud tabuizovaných hovorů o smrti. Více přednášejí a publikují. Snaží se, aby thanatologie byla zařazena nejen do pre- a postgraduální výchovy mediků

a lékařů, ale i středních zdravotnických pracovníků. Zaměřují se na prevenci akcelerované smrti ve stáří u dvou rizikových skupin: ve fázi časného ovdovění a u osob překládaných z domova do instituce pro dlouhodobý pobyt (léčebny pro dlouhodobě nemocné, domovy důchodců apod.).

O teorii thanatologie víme v naší republice za posledních 25 let relativně mnoho, a to nejen z časopisů odborných, ale i z řady monografií (Haškovcová, 1975, 1985; Dostálová, 1986; Křivohlavý, 1986; Blumenthal-Barby, 1987). V současné postmoderní době bude nutné problematiku umírání a smrti systematicky a kvalifikovaně detabuizovat. A to jak na úrovni odborné, tak i laické.

7.8 Shrnutí

V seniorském věku se lze setkat s velkou rozmanitostí typů chování. Nelze je unifikovat, neboť senioři jsou velmi různorodou a obsáhlou sociální skupinou. Obrazy stáří nabývají různých podob a každá z těchto podob vyžaduje individuální přístup ke starému člověku.

Závažným problémem pro seniory je realizace kontaktů s institucemi (policí, úřady, apod.). Rovněž zde nacházíme široké akční pole pro profesionalizaci přístupů k seniorům.

Domácí násilí vůči seniorům je jedno z dosud tabuizovaných témat. Domácí násilí je problém vyžadující specifická opatření a je nutná odborná a cílená intervence z vnějšku. Nebezpečnost domácího násilí spočívá v opakovatelnosti tohoto jevu, v jeho závažnosti a delší době trvání. Agresivní chování vůči seniorům nabývá různých podob, hovoříme o typologii agresivního zacházení se seniory.

Katastrofické události, teroristické útoky, živelné pohromy a jiné výjimečné události mají výrazný psychologický dopad na velké skupiny lidí, seniory z toho nevyjímá. Důsledky katastrofických událostí lze rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé.

Fenoménem současné společnosti se stává závislostní chování, které postihuje všechny věkové kategorie, dominantně však věkově mladší jedince. Fakta však naznačují, že v seniorské populaci narůstá problémů se závislostním chováním. S věkem se tento sociální fenomén prohlubuje a řešení je záležitostí dlouhodobou s nejasným efektem.

Mezi největší tabu seniorské populace patří problematika sexuálního života ve stáří a jeho poruchy. Sexuální život je výraznou kategorií kvality života. Sexuální život seniorů je determinován změnami pohlavních orgánů ve stáří, poruchami orgasmu, nízkou sexuální apetencí, a to jak u mužů, tak u žen.

Otázkám umírání a smrti, otázkám přípravy na smrt se věnuje velmi malý prostor v rámci komplexní péče o seniory, a přitom se jedná o velmi závažnou problematiku, která se nedotýká pouze jedince samého, ale celého širokého okolí rodiny umírajícího.

Slovo závěrem...

Na počátku třetího tisíciletí opouští speciální pedagogika koncepci vyhraněného zaměření na dětskou populaci. Činí tak v souladu s ideou *celoživotního vzdělávání, celoživotního učení a učící se společnosti*. Objevují se nové cílové skupiny, mezi nimiž seniorská populace hraje dominantní úlohu.

Rovněž pedagogika na počátku třetího tisíciletí doznala výrazných změn. Nejedná se již o výhradně školské formy vzdělávání mladé generace, ale docházíme do stadia, kdy vzdělávací a výchovné intervence jsou součástí životního stylu člověka na jeho životní dráze. Pedagogika se integruje se sociologií, psychologii a jinými disciplínami, od dominantního intencionálního výchovného působení se přechází k analýze funkcionálních výchovných vlivů, které se mnohdy zdají být výchovně efektivnější. Postmoderní pedagogika se s celou řadou těchto rychlých změn ještě nevyrovnala. Nastolují se nové pedagogické problémy, svoje legitimní místo nacházejí speciální pedagogika a sociální pedagogika, andragogika a gerontopedagogika.

Lidský život je konečný. Jedinec stárne od okamžiku početí. Procesy stárnutí lze ovlivnit řadou odborných intervencí a komplexní a cílenou péčí, podporou a pomocí jedinci na jeho životní dráze. Všechny tyto intervence povedou ke skutečnosti, že většina z nás se seniorského věku dožije. Lidský život se prodlužuje, prodlužuje se právě v etapě postproduktivní. To je základní premisa vzniku nového sociálního problému – stárnutí populace. Před společností jako takovou, ale i před společenskými vědami se otevírá široké akční pole působnosti.

Atributy postmoderní společnosti a fenomén globalizace zde hrají významnou roli, masová komunikace a masová kultura ovlivňují společnost jako celek, jedinec se vytrácí, dominuje úspěch, síla, schopnosti, ale hlavně mládí... Vzniká legitimní sociální představa, že člověk ve druhé půlce svého ontogenetického vývoje je ztracen, je nepotřebný, a snad i na obtíž... Kdo neovládá počítač a cizí jazyky, kdo nesurfuje na Internetu, nevlastní automobil a mobil, kdo necestuje, jako by nebyl. Pokrok nezastavíme, hodnotové a normativní limity současné společnosti se dají pozitivně ovlivnit jen velmi obtížně – a do toho všeho gerontopedagogika! Všichni jednou zestárneme a pak se s problémem setkáme. Zkušenost je sdílitelná, nikoliv předatelná a naše dnešní mladší generace musí teprve do tohoto stadia dospět.

Shrnutí

Medicína, alchymie, filozofie i náboženství hledaly od počátku vzniku lidstva příčiny stárnutí člověka a snažily se tuto etapu života usnadnit, ulehčit, přinejmenším odsunout ji v čase.

Stárnutí, stáří, umírání a smrt byla témata, která ve všech epochách znepokojovala nejen lidstvo samo, ale i odborníky různých oborů.

Stárnutí není záležitostí moderní doby, avšak až v posledním století se stalo běžnou zkušeností. Existují hypotézy, podle nichž se v prehistorických dobách stáří nedožival nikdo, a až do sedmnáctého století překročilo 65. rok života pravděpodobně jen jedno procento populace. Do devatenáctého století se toto číslo zvýšilo přibližně na čtyři procenta.

Lidský věk se prodlužuje, populace stárne. V České republice je v současné době jedna pětina populace starší 60 roků a v roce 2030 to bude celá jedna třetina populace. Hrozí socioekonomický a generační kolaps společnosti, nejen naší.

Stárnutí lidstva je problémem téměř celosvětovým. Na významném nárůstu počtu stárnoucích osob se podílejí zejména vyspělé země Evropy a Severní Ameriky a Japonska.

Počátek tisíciletí je období, kterého ze doposud příliš generací nedožilo, jedinečné období, kdy lidstvo bilancuje svoje úspěchy a stanovuje vize do kratší či delší budoucnosti. V ní budou senioři hrát významnou roli. Právě na rozhraní druhého a třetího tisíciletí opouští pedagogika koncepci vyhraněného zaměření na dětskou populaci a orientuje se rovněž na populaci dospělých v produktivním období života a na populaci seniorů. Rozvíjí se andragogika a gerontopedagogika, subdisciplíny pedagogiky, které si svoje místo v systému společenských věd teprve hledají.

Epistemologická východiska speciální gerontopedagogiky

Mezi epistemologická východiska lze zařadit filozofická a historiografická východiska, východiska teoretická a terminologická a východiska metodologická.

Filozofie i historie se v průběhu vývoje lidstva o stáří intenzivně zajímaly. V dílech slavných filozofů nacházíme myšlenky, které se věnují otázkám stárnutí, příčinám stárnutí, okolnostem stárnutí a v neposlední řadě také problematice umírání a smrti jako konečné fáze ontogenetického vývoje člověka.

Z pohledu teorie a terminologie gerontopedagogiky lze konstatovat, že se jedná o novou, teprve se vyvíjející disciplínu a terminologická vyjasnění jsou ve vývoji, postupně se ustalují a zavádí se do teorie i praxe oboru. Problematika seniorů je problematikou multidisciplinární. Vedle pedagogických koncepcí se již mnohem dříve ujaly koncepce medicínské. Lékařství se problematikou stárnutí zabývá od antiky po dnešek s různou intenzitou. V posledních letech se problematika seniorů

jeví nejen jako problém medicínský a andragogický, ale také jako problém sociální, ekonomický, právní a v neposlední řadě jako problém sociálně pedagogický a speciálně pedagogický.

V rámci metodologie věd je ve společenských vědách patrný posun od koncepcí dominantně kvantitativních ke koncepcím kvalitativním, gerontopedagogiku v tomto trendu nevyjímaje. Zájem výzkumníků se již neorientuje na kvantitativní ukazatele, ale zajímá je spíše kvalita sociálního jevu, v tomto případě kvalita spojená s cílovou skupinou seniorů.

Stáří jako společenský fenomén

Senioři, přestože mají mnohé rysy společné, se velmi liší jak ve své zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých potřebách a nárocích. Přes oprávněnost specifického zájmu o seniory jako věkovou skupinu a přes existenci specifických problémů a potřeb seniorského věku vyžadujících specifické seniorské programy jsou jednotliví senioři až do nejzazšího věku především sami sebou, a pak teprve starými lidmi. Nezbytný je důsledně individuální přístup respektující a ctící v každém člověku až do nejvyššího věku jeho neopakovatelnou jedinečnost.

Seniorská populace je proměnlivá a vyvíjí se. Právě tím, že i ve stáří převažuje ono individuální nad oním obecně stařeckým, přinášejí si nové generace seniorů do stáří své generační zkušenosti, znalosti, návyky, potřeby i nároky. Nynější generace seniorů, které prožily své produktivní období po 2. světové válce, mají vyšší vzdělanostní strukturu, jsou aktivnější, přiměřeně náročnější a zvláště ženy jsou emancipovanější, než byly generace narozené v 19. století či počátkem století dvacátého. Jde o tzv. mezigenerační mobilitu. Současně se mění i sociální okolnosti (např. rodinné uspořádání), image stáří i sociální role seniorů, fenomén stárnutí kohort.

Seniorská populace je ohrožena řadou sociálních, socioekonomických, zdravotních a ekonomických rizik.

Pro seniorskou populaci je typická převaha žen se závažnou problematikou osamělých starých žen. Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží, které se vyskytují mnohočetně (multimorbidita), ve vzájemné kombinaci a se sklonem k chronicitě. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti.

Syndrom demence

Demence jsou choroby, u nichž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných tzv. poznávacích (kognitivních) funkcí ve srovnání s jejich původní úrovní a k druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí. Demence vznikají kdykoli po vytvoření základů poznávacích funkcí, tj. po 2.–4. roce života. Výskyt demence výrazně stoupá s věkem.

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

Demence lze zhruba rozdělit do tří základních skupin: primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence, ischemicko-vaskulární demence, další symptomatické demence (infekční choroby, reverzibilní demence).

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

Senioři z pohledu sociální patologie

Sociálně patologické projevy jsou nedílnou součástí každé společnosti a každé society. Vyskytují se ve všech společnostech a ve všech věkových skupinách stratifikované společnosti. Společenský zájem se stále více věnuje trestné činnosti dětí a mladistvých, jakož i trestné činnosti na dětech a mladistvých páchané. Skupina seniorů je stále opomíjena, ale i u ní se tyto sociálně patologické jevy vyskytují.

Starší lidé se výrazně častěji stávají obětí trestních činů na nich páchaných. Viktimnost seniorů je dána především jejich menší schopností úniku i obrany, osamělostí, někdy odchylným způsobem chování. Index viktinnosti je nepřesný, neboť nezahrnuje tzv. latentní kriminalitu včetně různých forem rodinného násilí. Jde o činy, které oběť z různých důvodů neohlásí.

Mezi nejčastější trestné činy páchané na seniorech patří: kapesní krádeže, krádeže vloupáním do bytů, domů, sklepů, rekreačních objektů, automobilů, loupeže, podvody, vydírání a úmyslné ublížení na zdraví.

Specifickým problémem zůstává násilí páchané na starých lidech. Podíl vícegeneračních rodin s prodlužujícím se průměrným lidským věkem roste. Roste i počet mezigeneračních konfliktů v těchto rodinách. Oběti násilí se stále častěji stávají právě senioři. Čím dříve oběť násilí vyhledá odborníka, tím větší je naděje, že problém bude vyřešen ve stadiu poradenské pomoci.

Ústavní péče jako forma socioedukativní intervence

V jednotlivých etapách společenského vývoje se internace lidí odehrávala v úzkém sepětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní té které doby.

V období prvních civilizací (Egypt, Čína, Mezopotámie, Indie) se první internační institucí jak léčebnou, tak trestní stal chrám. Bylo to místo náboženských obřadů i soudních procesů. Na osobnostní a zdravotní abnormality bylo nahlíženo jako na nedílnou součást společnosti. S postiženými bylo zacházeno jako s právoplatnými členy společnosti.

Antická společnost se vyznačuje stratifikací péče pro jednotlivé skupiny společnosti. Nejstaršími ústavními institucemi v Řecku byla asklépia, která poskytovala léčbu balneologického charakteru střední vrstvě společnosti. Historické prameny zaznamenaly vznik soukromých klinik – iatreí, kde se věnovala péče nejbohatším členům společnosti. Pro ostatní příslušníky polis byla realizována péče v rodinách – extramurální péče a zvláštním druhem jakési „absolutní“ internace bylo vyobcování ze společnosti, které znamenalo jistou smrt, nebo přímá fyzická likvidace. V antice se objevily i první institucionalizované formy péče vězeňské – robury, které se staly základnou pro výstavbu samostatných budov vězení.

Vedle léčebné funkce a výkonu trestu dominovala ochrana společnosti před jedinci psychicky a fyzicky postiženými a sociálně nepřizpůsobivými.

Středověké pojetí internace je multifaktoriálně sociálně podmíněno (rozpad otrokářské společnosti, vyčerpání a degenerace etnika, epidemie, morální krize, rozklad rodiny, morálky, osudovou se stala sama rozloha). V období raného středověku vznikaly při klášterech tzv. hospitaly, které poskytovaly sociálně charitativní péči. Křesťanství přináší na rozdíl od antiky kvalitativní sociální změnu.

Specializovaná xenodochia znamenají kvalitativní sociální změnu v internační problematice, poskytují specializovanou sociální péči a objevují se první profesionálové, ošetřovatelé, kteří se rekrutují z řad mnichů, jeptišek, duchovních.

Problematiku internace výrazně doplňují i středověké věznice, podstatou internace byl strach. Intelektuální centrum středověké společnosti – církev bylo zastáncem demonologické koncepce, která představovala jedinou možnou scholasticky přijatelnou koncepci.

Mocenské postavení církve prosazovalo démonickou koncepci vzniku duševní nemoci. Posedlost ďáblem se stala ideologickou zbraní a fyzická likvidace postižených byla jediný možný způsob řešení problému.

Rozvoj lékařství po vzniku evropských univerzit oslaboval dogmata církve a nastupující renesance bojovala proti pověrám, čarodějnictví a démonologii. Mohutný rozvoj měst zapříčinil vznik samostatných objektů pro léčbu a internaci. Vznikly tzv. hospitaly.

Existenčně rozporuplné zůstává konstatování Foucaulta o řádem organizované institucionalizované Lodi bláznů.

Osvícenství přináší do sociálních struktur velké internační budovy, špitály trestní instituce. Tyto instituce měly polosoudní strukturu. Společnost odsuzuje zahálku a dochází k nucené práci, která diferencuje schopnosti jednotlivých typů postižení. Internace je instituční vynález 17. století. Jako ekonomické opatření a sociální pojistka má hodnotu objevu.

Novověká struktura přejala charakter internačních budov, na počátku 19. století však ostře kritizuje polyfunkčnost těchto zařízení. Devatenácté století je stoletím specializace ústavních zařízení. Velké ústavy nového typu zakládá stát, který alternuje církevní středověké instituce.

Současný charakter ústavní péče je mnohvrstevnatý. Ústavy, které byly primárně orientovány na vylučování lidí ze společnosti, se zaměřují na potřeby klientů. Ústav je spjat se třemi archaickými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyobcování.

V ústavech existuje zvláštní hierarchie společenských pozic, formální nadřazenost se nemusí krýt s nadřazeností neformální. Ústavy mají svůj folklór, mají svůj slovník, svoji atmosféru. Mezi hlavní funkce ústavů patří podpora a péče, léčba, výchova a resocializace, omezení, vyloučení, represe. Specifickou je funkce rekreační. Uvedený přehled funkcí ústavu nelze chápat jako prezentaci ústavů s jednofunkčním zaměřením. Každý ústav je nositelem všech vyjmenovaných funkcí.

Transformační funkce ústavů je v souladu s některými lidskými rituály, které jsou založeny na principu transformace.

Represivní funkce je v moderních společnostech maskována. Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Personál má vždy moc, moc je snadno zneužitelná. Čím méně sociálně zdatní jedinci, tím větší pokušení zneužití moci.

Ústavních forem péče dnes ubývá ve prospěch forem neústavních. Ústavní péče vždy zůstane alternativní možností sociální péče. Do sféry ústavní péče vstupuje vysokoškolsky vzdělaný profesionál. Ústavy se otevírají vůči okolní komunitě.

Z hlediska klientovy životní dráhy se ústavní péče dotýká všech životních etap jedince a má svá specifika v jednotlivých obdobích.

Ústavem, s nímž se nejčastěji setká člověka neporušující uznávané normy soužití, je nemocnice. Zvláštní hospitalizační kategorií jsou psychiatrické léčebny, které internují jedince, kteří nejsou schopni zvládnout stále se zvyšující nároky moderní společnosti. Patří sem i léčebny pro alkoholiky a toxikomany. V nich léčba probíhá jak dobrovolně, tak z rozhodnutí soudu jako léčba ochranná. Rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. hospitalismus, stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky se snižující se schopností seberealizace v neústavních podmínkách.

Současná společnost je charakteristická hledáním alternativ. Státem organizovaná ústavní péče s profesionalizovaným či poloprofessionalizovaným personálem je doplňována alternativními způsoby péče o jedince sociálně handicapované, převážně s neprofesionálním týmem. Aktualizovanou otázkou zůstává připravit kvalifikované pracovníky alternativních struktur pro výkon profese, neboť praxe ukazuje, že vůle i citová angažovanost nestačí.

Vzdělávání seniorů jako forma socioedukativní intervence

Gerontopedagogika je nová disciplína, která se terminologicky i obsahově vyvíjí. Je součástí andragogiky jako vědy o výchově a vzdělávání dospělých. Jeví se jako nutnost v současné postmoderní době, v době celoživotního vzdělávání a celoživotního učení.

Mezi nejběžnější formy vzdělávání jedinců postproduktivního věku patří U3V, Akademie třetího věku, Lidové univerzity. Livečka prezentuje čtyři funkce vzdělávání v postproduktivním věku. Jsou jimi funkce preventivní, anticipační, rehabilitační a posilovací.

Význam vzdělávacích aktivit tkví v tom, že naznačují stárnoucím a starým občanům novou životní perspektivu. Vzdělávání pro ně představuje životní pomoc v tom, že jim kromě informací a vědění nabízí životní orientaci na rozvoj a osobní růst v etapě života, která byla dříve považována za deficitní. Přehodnocení názorů na úlohu seniorů v současné společnosti dokumentuje názorně i Charta práv a svobod starších lidí. Vypracovaly ji Univerzita v Lovani a Centrum celoživotního vzdělávání na Svobodné univerzitě v Bruselu. Je v ní zdůrazněno, že *generace starších není na odpočinku. Spolu s druhými a pro druhé se učí, objevuje, inovuje tak, aby nepředstavovala jenom objekt pro pomoc, ale také zdroje, které lze rozvinout ve službě druhým.*

Pomoci, péči a podpoře jedincům postproduktivního věku přispívá i nově koncipovaná andragogika (péče) a zvláště integrální andragogika, která se koncipuje jako společenská vědní disciplína (lze uvažovat i o technologii pomoci), která reaguje na aktuální potřeby pomoci v různých deficitních oblastech, zvláště v oblasti péče o seniory.

Tabu v seniorské populaci

V seniorském věku se lze setkat s velkou rozmanitostí typů chování. Nelze je unifikovat, neboť senioři jsou velmi různorodou a obsáhlou sociální skupinou. Obrazy stáří nabývají různých podob a každá z těchto podob vyžaduje individuální přístup ke starému člověku.

Závažným problémem pro seniory je realizace kontaktů s institucemi (policí, úřady, a pod). Rovněž zde nacházíme široké akční pole pro profesionalizaci přístupů k seniorům.

Domácí násilí vůči seniorům je jedno z dosud tabuizovaných témat. Domácí násilí je problém vyžadující specifická opatření a je nutná odborná a cílená intervence z vnějšku. Nebezpečnost domácího násilí spočívá v opakovatelnosti tohoto jevu, v jeho závažnosti a delší době trvání. Agresivní chování vůči seniorům nabývá různých podob, hovoříme o typologii agresivního zacházení se seniory.

Katastrofické události, teroristické útoky, živelné pohromy a jiné výjimečné události mají výrazný psychologický dopad na velké skupiny lidí, seniory z toho

nevyjímaje. Důsledky katastrofických událostí lze rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé.

Fenoménem současné společnosti se stává závislostní chování, které postihuje všechny věkové kategorie, dominantně však věkově mladší jedince. Fakta však naznačují, že v seniorské populaci narůstá problémů se závislostním chováním. S věkem se tento sociální fenomén prohlubuje a řešení je záležitostí dlouhodobou s nejasným efektem.

Mezi největší tabu seniorské populace patří problematika sexuálního života ve stáří a jeho poruchy. Sexuální život je výraznou kategorií kvality života. Sexuální život seniorů je determinován změnami pohlavních orgánů ve stáří, poruchami orgasmu, nízkou sexuální apetencí, a to jak u mužů, tak u žen.

Otázkám umírání a smrti, otázkám přípravy na smrt se věnuje velmi malý prostor v rámci komplexní péče o seniory, a přitom se jedná o velmi závažnou problematiku, která se nedotýká pouze jedince samého, ale celého širokého okolí rodiny umírajícího.

Závěr

Lidský život je konečný. Jedinec stárne od okamžiku početí. Procesy stárnutí lze ovlivnit řadou odborných intervencí a komplexní a cílenou péčí, podporou a pomocí jedinci na jeho životní dráze. Všechny tyto intervence povedou ke skutečnosti, že většina z nás se seniorského věku dožije. Lidský život se prodlužuje, prodlužuje se právě v etapě postproduktivní. To je základní premisa vzniku nového sociálního problému – stárnutí populace. Před společností jako takovou, ale i před společenskými vědami se otevírá široké akční pole působnosti.

Summary

Medicine, alchemy, philosophy and religions have been looking for the causes of ageing since the beginning of mankind and have tried to facilitate, ease or at least postpone this period of life.

Ageing, old age, dying and death were themes that in every epoch disconcerted not only humankind but also professionals from different fields.

Ageing is not an affair of modern life; however, it became a common experience only during the last century. Some hypotheses suggest that nobody reached old age in prehistoric times and until the 17th century only one percent of population exceeded the age of 65. The percentage increased to approximately four percent until the nineteenth century.

The life of humans is getting longer and the population is ageing. One fifth of the population in the Czech republic is recently older than sixty and it will be one third of the population in 2030. There is a danger of socioeconomic and generation collapse not only in our society.

Population ageing is almost a worldwide problem. This significant increase of old people is largely a phenomenon of developed countries in Europe, North America, and also Japan.

The beginning of millennium – period, which up to now not many generation lived to, is a unique era of mankind balancing its achievements and determining visions for near and far future. In this future, seniors will play an important role. Just between the second and third millennium pedagogy leaves its strict focus on the population of children and concentrates also on the population of adults in productive age and on the population of seniors. Andragogy and gerontopedagogy, subdisciplines of pedagogy, are developing and looking for its place in the system of social sciences.

Epistemological basis of special gerontopedagogy

The epistemological basis includes historiography and philosophical basis, theoretical and terminological basis, and last but not least methodological basis.

Philosophy and history have both been deeply concerned with old age. The works of famous philosophers are full of thoughts, which deal with ageing, the causes of ageing, circumstances of ageing, and also with the problems of dying and death as the final stage of ontogenesis.

From the point of view of theory and terminology it could be stated that it is new and just developing discipline. Its terminology is developing, gradually stabilizing, and introducing into the theory and practice of the discipline. The problems of seniors are multidisciplinary. Next to the pedagogical concepts, there

were much earlier the concepts of medicine. Medical science has been concerned with the problems of ageing with different intensity since antiquity. However, in recent years, it became not only the problem of medicine and andragogy but also social, economic, and legal problem together with the problem of social education and special education.

There is an apparent shift in the framework of methodology of social sciences from dominantly quantitative towards dominantly qualitative concepts. This is also the case in gerontopedagogy. The interest of researchers no longer concentrates on quantitative indicators but rather on quality of the social phenomenon, in our case, the quality connected with the target group of seniors.

Old age as a social phenomenon

Seniors, even though they share many characteristics, are very different both in their fitness, living conditions, needs, and demands. In spite of the legitimacy of specific interests in seniors as an age group and in spite of the existence of specific problems and needs of senior age that demands specific senior programs, is every senior person up to the ultimate age, in the first place, a unique person and only after that an old person. It is indispensable to approach every person individually and respect his uniqueness.

The senior population is variable and is changing constantly. This is precisely why in old age individuality prevails over general senior characteristics. New generations of seniors bring their generation experiences, knowledge, habits, needs, and demands into their seniority. The present generation of seniors, which spent its working age after World War II, has higher educational structure, is more active, ambitious, and mainly women are more emancipated than women born in the 19th century and at the beginning of the 20th century. This refers to so called intergenerational mobility. Social circumstances (e.g. family arrangement), image of old age, the social role of seniors, and ageing of cohorts are simultaneously changing phenomena.

The population of seniors is endangered by series of social, socioeconomic, health, and economic risks. Women prevail in the senior population, with the important issue of old solitary women. Old age is not an illness; however, it is connected with increased occurrence of illnesses and health problems in multiple occurrence (multi-morbidity), in mutual combination, and with the propensity to chronicity.

Dementia Syndrome

Dementia syndromes are illnesses, which lead to serious degradation of memory, intellect, and other so-called cognitive functions, together with dependent degradation of all other mental functions. Dementia syndromes can emerge anytime

after formation of the basic cognitive function elements, i.e. after 2.–4. years of age. The incidence of dementia is sharply rising with age.

Dementia syndromes are often the illnesses of older age. They afflict cognitive functions – memory, intellect, attention, and motivation. The most significant demonstrations in the beginning of the illness are memory disorders. Disorders of other functions gradually follow. Emotivity, affects and moods get inflicted and depressive conditions can occur. Also perception disorders occur sometimes – hallucinations, illusions, and the emergence of delusions is also possible. There are always occurrences of personality disorders corresponding to the stage and type of the dementia syndrome. Massive degradation of patient's personality occurs during the progress of the illness. This is related to a gradual decrease and termination of self-care and inability to pursue common operations.

Dementia syndromes can be divided into three basic groups: primary degenerative (atrophy-degenerative) dementia, ischaemic-vascular dementia, and other symptomatic dementias (infectious diseases, reversible dementias).

Alzheimer disease is the most common type of dementia. It represents 50 to 60 percent of all dementias. About 5 percent of people aged 65 suffer from mild to serious dementia problems. Alzheimer disease is fourth to fifth most common cause of death. This illness very substantially decreases the quality of life of the affected.

Seniors from the social-pathology point of view

Socially pathological phenomena are integral part of every society. They are present in every society and in all age groups of stratified societies. Public concern is more and more focused on the criminal activities of children and adolescents and also crimes perpetrated on them. The senior group is being neglected; however, even in this group socially pathological events occur.

Old people are more often the victims of crimes. The victimity of seniors is mainly a result of their inability to escape or defend themselves, their loneliness, and sometimes their abnormal behavior. The index of victimity is inaccurate because it does not comprise so-called latent criminality, including diverse forms of domestic violence. This includes crimes that are not reported by the victim for various reasons.

The most frequent criminal acts perpetrated on seniors are: pocket picking, burglaries in apartments, dwelling houses, basements, recreational facilities, and cars. Also robberies, frauds, blackmailing, and maliciously inflicted bodily harm are frequent.

The violence perpetrated on old people became a specific problem.. The number of multi-generation families with lengthening average age is growing. The number of intergeneration conflicts in these families also grows. The sooner the victim seeks professional aid, the higher the chance that counseling services will solve the problem.

Institutional care as a form of socio-educational intervention

The internment of people has been closely connected with political and economic situation together with cultural development of a society.

In the period of the first civilizations (Egypt, China, India), a temple became the first medical and penal internment institution. It was a place of religious ceremonies as well as trials. Personality and health abnormalities were seen as an integral part of the society. Handicapped people were dealt with as ordinary members of the society.

The antique society is characterized by the stratification of care for individual groups in the society. The oldest institutional establishments were asklepia that provided balneological care for the middle classes. Historical sources tell us about the foundation of private clinics – iateria, which were caring of the wealthiest members of the society. Family care was realized for the rest of the society. There was also so called “behind the walls care” or “absolute” internment, which meant excommunication from the society and sure death, and finally there was physical liquidation. First institutional forms of detention care called robur emerged in antiquity, and became the foundation for building independent prisons.

Next to health care, the dominant function was protection of the society against the mentally, physically or socially handicapped.

Medieval concept of internment has a multi-factor social dependence (the breakdown of slaveholding society, exhaustion and degradation of ethnic groups, epidemics, moral crisis, and family disintegration). In the period of the early Middle Ages so called “hospitals” were founded next to monasteries and provided socially charitable care. Christianity contrary to antiquity brings qualitative social change.

Specialized xenodochia means qualitative social change in the internment issues, as they offered specialized social care, and provided first professional attendants. They were former monks, nuns, and clergymen.

The essence of medieval internment in prisons is a fear. The intellectual center of medieval society was the church- supporting demonology, the only scholastically acceptable concept.

The power position of the church supported the demonic concept of the origin of mental illness. Possession by the devil became an ideological force and physical liquidation of the disabled was the only possible solution.

The development of medicine after the foundation of European universities weakened the dogmas of the church and the renaissance period started to remove superstitions, sorcery, and demonology. The development of cities led to the foundation of independent hospital buildings for curing and internment.

Existentially inconsistent stays Foucault’s statement about the orderly organized and institutionalized Ship of Fools.

The enlightenment introduces large institutional buildings into social structures, spitals and detention institutions. These institutions had semi-legal structure. The

society denounced idleness and forced labor was introduced. This divided people according to the type of disability. Internment is an institutional invention of 17th century. Its economic measure and social insurance had a value of a discovery.

The structure of the modern times took over the character of internment buildings, however, at the beginning of 19th century criticized the multifunctional dispositions of these facilities. The 19th century is a century of specialization of the above mentioned institutions. Large institutes are founded by the state, which alters the medieval church institutes.

The current character of institutional care is multidimensional. Institutes, which were primarily oriented on excluding people from the society, are now focusing on client needs. An institute is connected with three archaic experiences: experience of family, experience of community, and experience of excommunication.

In every institute, there is a special hierarchy of social positions, where the formal superiority may not correspond to the informal one. Institutes have their own folklore, language, and atmosphere. The main functions of institutes are: support and care, therapy, education resocialization, restriction, exclusion, and repression. Recreation is a specific function. The above list of functions cannot be seen as a presentation of different focuses of institutes, as every institute bears all the above mentioned functions.

Transformational function of institutes is in conformity with some human rituals based on the principle of transformation.

The repressive functions are camouflaged in the modern society. The nature of institutional care makes abuse easier and controlling harder. The staff is always in power and power is easily misused. The less socially competent individual, the stronger is the temptation to misuse the power.

Institutional forms of care are declining in favor of non-institutional forms; however, institutional care will always be an alternative of social care. A professional with a university degree enters the sphere of institutional care and institutes are opening up to the neighborhood community.

From the viewpoint of client's life is institutional care with its particularities present in every life phase.

The only institute that does not break the respected norms of coexistence is hospital. Special hospitalization categories are psychiatric asylums, which interns individuals that are not able to cope with the increasing demands of modern societies. This category includes also institutes for alcoholics and drug addicts. The treatment there is conducted on voluntary basis and also on the basis of court decision. There is a danger in long-term institute stay that can result in so called hospitalism: good adjustment to artificial institutional conditions and decreasing ability of self-fulfillment in non-institutional conditions.

The present society is characteristic for its search for alternatives. The state organized institutional care with professional or semi professional staff is complemented with alternative methods of care for socially handicapped largely

administrated by non-professional teams. The current issue is the preparation of qualified workers for alternative spheres, as the practice shows that will and commitment is not enough.

Education of seniors as a form of socio-educational intervention

Gerontopedagogy is a new discipline, which is developing in its terminology and content. It is a part of andragogy (the science of adult education). It appears to be necessary in current postmodern age, the age of lifelong education and lifelong learning.

Among the most common forms of education of post-productive individuals are the Third Age Universities, Academies of Third Age, and People's universities. Livečka presents four function of post-productive education. These are: preventive function, anticipation function, rehabilitation function, and boosting function.

The importance of educational activities is in showing the ageing and old citizens their new life prospect. Education brings them help in their lives by providing information and knowledge. It also offers orientation on development and personal growth in a life stage that has been seen as a deficit one before. The reassessment of the view in the present society shows the charter of rights for the elderly. It has been elaborated by the University of Lovan and the Center of Lifelong education on the Free University in Brussels. It points out that the generation of elderly is not on rest. It learns together with others and for the others, it explores and innovates in such a way, so as not to be the object of care, but to be a resource that could be used in providing services for other people.

Newly composed andragogy and notably integral andragogy contributes to help, care, and support of individuals in post-productive age. It composes itself as a social science (we can also see it as a technology of help) that reacts to current needs of help in different deficit areas, mainly in the areas of senior help.

Taboos in senior population

We can find diverse types of behavior among seniors. It is not possible to unify them, as seniors are a very heterogeneous and extensive social group. Old age needs individual treatment of each elderly person.

The contact with institutions (police forces, government offices, etc.) is a serious problem for seniors and it is here, where we find large areas for possible professional approach towards them.

Domestic violence towards seniors is one of the taboos. Domestic violence is a problem that needs specific measures and professional help together with targeted intervention from outside. The danger of domestic violence lies in its repetitiveness, seriousness, and persistence. Aggressive behavior towards seniors can have many shapes. We can talk about typology of aggressive treatment of seniors.

Catastrophic events, terrorist attacks, natural disasters, and other passing events have strong psychological impact on large groups of people including seniors. The consequences of catastrophic events can be divided into short term and long term consequences.

Another phenomenon of the current society is addictive behavior that afflicts all age groups, however, dominantly younger individuals. Despite this, recent facts indicate that addictive behavior is rising also in senior population. This social phenomenon deepens with age and its solution takes a long time and is uncertain.

One of the biggest taboos in the population of seniors is the issue of sexual life in old age and its disorders. Sexual life is a significant category of quality of life. Sexual life of seniors is determined by changes of genitals in old age, orgasm disorders, low sexual desire of both men and women.

Only a very limited space is devoted to the issues of dying, death, and the preparation for death in the framework of comprehensive care for seniors. At the same time the matter is very important, as it does not touch only the individual, but the whole family of the dying person.

Conclusion

Human life is finite. Every individual is growing old since his/her birth. The processes of ageing are susceptible by several means of professional intervention and by comprehensive and targeted care, support, and help. All this interventions leads to the fact that the majority of us will live up to senior age. Human life is getting longer, mainly in the post-productive period. This is the basic premise for the emergence of a new social problem – population ageing. Broad action areas are opening up in front of the society and also in front of social sciences.

Jmenný rejstřík

A

Aarsland, D. 59
Ackerknecht, H. 91
Adams 162, 163
Alijevová 13
Alzheimer, A. 55
Arendtová, H. 128
Arsdalen, K. V. 160
Aristoteles 8

B

Bacon, F. 8
Bangemann, M. 126
Baudiš, P. 171
Benthan, J. 97
Bergmann 170
Binswanger, O. 62
Blumenthal-Barby, K. 172
Bowersová, M. 171
Bovoirová, S. 170
Bremner 163, 165
Bretschneider 161, 163
Březina, O. 171

C

Carstensen, L. L. 161
Cato 170
Cicero 8, 170
Cicourel, A. V. 14
Collinge, J. 64
Comte, A. 13
Condrau 170
Cressonová, E. 126
Crook, I. 160
Cummings, J. 59

Č

Černíková, V. 98
Černoušek, M. 93

D

Descartes, R. 95, 96 134
Dilthey, W. 13
Dobiáš 170
Dostálová, O. 172
Durkheim, E. 13
Dvořák, A. 171

Ď

Ďoubal 7

E

Eissler, K. 171
Epikuros 170

F

Folstein, M. F. 43
Foucault, M. 91, 93, 94, 95, 96, 118
Freud, S. 170, 171
Friedmann, V. 116
Fries, J. 33

G

Gadamer, H. G. 13, 14
Galenos 8
Garfinkel, H. 14
Garnier, J. 107
Gompertz, B. 22

H

Habermas, J. 13
Hackett, T. 171
Hachinsky 62
Hall, G. 133
Ham, R. J. 49
Hanselmann, H. 9, 128
Hanzlíček, L. 158
Harman, D. 28
Haškvcová, H. 169, 170, 172

Heidegger, M. 13
Herbart, J. F. 128
Herder 13
Heřmanová, H. 104
Hippokrates 8, 90
Huxley, J. S. 121

CH

Chardin, P. T. 121
Charvát, J. 169
Chvíla, L. 158

I

Iber 160

J

Jirák, R. 40, 43, 47, 52, 58, 59, 71
Jochmann, V. 130, 131
Jung, C. 170, 171

K

Kalvach, Z. 17, 19, 27, 28, 29, 35, 83
Katz 163
Kennedy, J. F. 107, 108
Kertesz, A. 61
Knapp, A. 127
Kolland, M. S. 141
Komenský, J. A. 8, 120, 128, 132
Königová, M. 137
Kotásek, J. 125
Koukolík, F. 40, 43, 47, 51, 58, 59, 63, 71
Křivohlavý, J. 172
Kříž 167
Kübler-Rossová, E. 171
Küchler, M. 14

L

Lamy, P. P. 160
Landry 30
Larsenn, J. 62
Lengel 166
Lenz, W. 125

Levy 45
Livečka, E. 130, 138, 144
Lizst, F. 171
Lunde 162, 163, 164

M

Manton, K. F. 33
Matoušek, O. 90, 99, 100, 103
Mayor, F. 126
Mayring, Ph. 14
Mc Coy 161, 163
Mc Gill 166
Mc Louhglin 45
Mečnikov, I. I. 21
Mellan 163, 167, 168
Menninger 171
Meyer, A. R. 160
Moody, R. A. 171
Mozart, W. A. 171
Mulligan 163

N

Neary, D. 61
Neubauer 171
Neugartenová 25
Newton 162, 163
Novotný, O. 74

O

Obenberger 40, 52, 58
Ondrejковиč, P. 12, 13
Osgood, N. J. 160

P

Pacovský, V. 104, 169
Pál, L. 88, 90
Palouš, R. 91
Pančocha, K. 161
Pearce, S. P. 141
Pearl, R. 27
Pešková, J. 89, 90, 92
Petřková, A. 141

Pinel, P. 88, 96, 97, 98
Pinsker 161
Platon 8, 89
Pöggeler, F. 8, 128
Pondělíčková 162, 163, 164, 167
Popper, K. 12, 13
Preiss 40, 52, 58
Příhoda, V. 20, 134

R

Raboch 162, 163, 164, 167
Rabušic, L. 33
Riegel 26
Rosenmayer, L. 169
Rosenstock 127
Rosenthal 162
Říčan, P. 23

S

Seifert, J. 171
Seneca 8, 170
Schiavi 166
Schimmerlingová, V. 104
Schleiermacher, F. 13
Schmidt 162
Skála, J. 158
Sokrates 8, 120, 170
Spinoza, B. 13
Staniček, P. 143
Stern 166
Strauss, R. 171
Strehler, B. 27
Swensson, T. 141

Š

Ševčík 90, 92
Šiklová 168
Šimek, D. 132

T

Tandberg 59
Terentius 8
Tonneyck, R. 158
Turner 162, 163

U

Urban, E. 156

V

Vaupel 33
Vellase, P. 139
Vencovský, E. 89, 92
Vojtěchovský, M. 169

W

Weber, M. 14
Weiss, M. 163
Wilson 13
Winn 162, 163
Wittgenstein 12

Z

Zapletal, J. 74
Zimanová 168
Zimberg, S. 160
Zimmermann, D. H. 14
Zvěřina, J. 163, 165, 167, 168

Věcný rejstřík

A

abnormita 88
absces 68
abúzus 158, 159, 161
adaptabilita 82
afázie 44, 46, 50, 55, 56, 65, 78
– motorická 55
afekt 71
afektivita 60
agapa 91
ageismus 38
agnózie 44, 46, 50, 65
agrafie 55
agrese 73, 76
agresivita 83
agresor 149
– sexuální 168
AIDS 65
akademie třetího věku 139
akalkulie 55
aktivita
– sexuální 162, 167
– vzdělávací 141, 143
aktivizace 80, 81
alexie 55
algopareunie 164, 165
alkoholismus 50
amaurosa 37
analgetika 67
anamnéza 43, 45, 49, 65, 79
andragogika 11, 127, 128, 129, 130, 131
– integrální 130
animace 131
animalita 95
anorgasmie 165
anoxemie 67, 70
anoxie 70
antidepresiva 67

antihypertenziva 67
antika 89, 91
antropologie 95
anxieta 164
apatie 65, 70, 79, 86
apetence
– sexuální 163, 164, 167, 168
apraxie 44, 46, 50, 55, 65, 69
arterioskleróza 43
asklépia 89, 118
astereognózie 55
ateroskleróza 35, 36
atrofie 39, 57, 165
atropin 67
autorita 98
azyl 98

B

borelióza
– lymfská 68

C

církev 92, 93

D

dehydratace 79, 85
delikvence
– sexuální 168
delirium 44, 48, 49, 72
demence 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49,
50, 51, 52, 56, 59, 62, 63, 64, 66, 68,
69, 70, 71, 72, 78, 146
– alkoholová 68
– atroficko-degenerativní 43, 55
– depresivní 48
– frontotemporální 60
– infekční 63, 66
– ischemicko-vaskulární 51, 71

- klasifikace 51
- kortikální 59
- lehká 54
- mírná 54, 72
- multiinfarktová 43, 52, 62
- paraneoplastické 52
- počárové 52
- primárně degenerativní 51, 71
- při AIDS 63, 64
- při Huntingtonově nemoci 59
- při Parkinsonově chorobě 59
- reverzibilní 45, 63, 66
- s Lewyho tělísky 61
- středně těžká 54, 72
- střední 54
- subkortikální 59
- symptomatické (sekundární) 52, 63, 71
- těžká 54, 55, 67, 72
- vaskulární 43, 52, 61, 62

demografie 11

demonologie 91

densita kostní 84

deprese 43, 44, 47, 66, 72, 79, 85, 163, 164

deprivace

- sexuální 168
- sociální 80

dermatitida 68

deviace

- sexuální 163, 168

dezorientace 68, 110

diagnostika 40, 41, 44, 59, 79

diagnoza 43, 44, 47, 50, 56, 61, 64, 68, 171

- histologická 56
- možná 56
- pravděpodobná 56

diarea 68

direktivnost 112

dispensarisace 171

dlohověkost 21

dogmatismus 92

dualismus

- metafyzický 95

dysfunkce

- sexuální 163, 164, 165

dyspareunie 164, 165

E

edukace 129, 130

ejakulace 165

ekonomie 11

emotivita 71

empirizmus 13

encefalitida 66

- klíšťová 68

encefalopatie 67

- spongiformní 63
- Wernickeho-Korsakovova 49

enkulturace 129

epidemiologie 159, 160

epilepsie 66, 70

epistémé 93

epistemologie 12

etiologie 62, 91

etnomenologie 14

evoluce

- psycho-sociální 121

exorcismus 88, 92

expanze

- nitrolební 69

F

fenomenologie 13

filozofie

- sociální 120

frustrace 78

funkce

- anticipační 138, 144
- kognitivní 43, 45, 46, 47, 52, 53, 65, 68, 69, 71, 78
- komunikační 78
- posilovací 138, 144
- poznávací 44

- preventivní *138, 144*
- rehabilitační *138, 144*
- symbolická *78*

G

- geriatrie *8, 10, 11, 34*
- gerontologie sociální *10*
- gerontofilie *73*
- gerontogeneze *22*
- gerontologie *7, 8, 10, 34*
 - experimentální *10*
 - klinická *11*
- gerontopedagogika *7, 8, 10, 11, 15, 143, 144*
- globalizace *123*

H

- halucinace *71*
- hematom
 - subdurální *67*
- hermeneutika *13*
- homo sociologicus *120*
- hospic *106, 107*
- hospital *91, 118*
- hospitalismus *103*
- hospitalizace *79*
- hydrocefalus *52, 66, 69*
- hyperlipidemie *67*
- hyperparatyreóza *70*
- hyperreflexie *65*
- hypertenze *43, 62*
- hypertonie *65*
- hypertyreóza *70*
- hypofunkce *70*
- hypoglykemie *70*
- hypoparatyreóza *70*
- hyporemie *66*
- hypotenze *68*
- hypotenziv *165*
- hypotermie *68, 79, 86*
- hypotyreóza *70*

CH

- choroba
 - Alzheimerova *55, 57, 60, 72*
 - Binswangerova *52*
 - Jakobova *52*
 - Parkinsonova *51, 61*
 - Pickova *51*
- chování
 - závislostní *172*

I

- iatreia *89*
- identita
 - funkční *138*
- iluminace *136*
- incidence *50*
- indikace *81*
- inkontinence *43*
- inkontinence *62*
- inkubace *135*
- instituce *92, 93*
- integrace *17*
- interakcionalismus *13*
- internace *94, 102*
- intervence *120, 149*
- intervence
 - socioedukativní *120*
- intoxikace *52, 66, 159*
- involuce *25*
 - biologická *22, 34*
 - duševní *25*
 - psychická *26*
 - tělesná *23*
- izolace *114*
 - sociální *78, 160*

K

- kapitál
 - kulturní *131*
 - lidský *131*
 - sociální *131*
- klášter *90*

klient *111, 112, 113, 114, 115, 117, 119*
– imobilní *114*
klientela *109*
klub
– aktivního stáří *139*
komunikace *110*
kontraindikace *105*
– psychiatrická *105*
– zdravotní *105*
kreativita *135, 136*
kriminalita *74*
– latentní *78, 86*
kritérium
– diagnostické *87*
křesťanství *90*
kvalita
– života *137, 138, 141*
lékařství *15, 135*
Lod' bláznů *93, 118*
lykantropie *92*
malnutrie *79*
menopauza *162, 163*
metabolismus *67*
metodologie *13, 15*
mobilita *84*
monoteismus *88*
motivace *110, 111*
motorika *65*
multimorbidita *39*

N

náboženství
– polyteistické *88*
násilí
– domácí *148, 149, 150, 151, 172*
nekróza *67*
nemoc
– Alzheimerova *36, 42, 43, 46, 47, 50, 51, 56, 58, 61*
– Alzheimerova presenilní *55*
– Alzheimerova senilní *55*
– Binswangerova *62*

– Creutzfeldt-Jakobova *63*
– Cushingova *70*
– Huntingtonova *59*
– korová s Levyho tělísky *51*
– Marchiafova-Bignamiho *67, 68*
– Parkinsonova *59*
– Pickova *60, 61*

novověk *96*

O

obrna
– progresivní supranukleární *61*
orgasmus *164, 165*
osteoartróza *36*
osteoporóza *36, 39*
osvícenství *93, 94, 95, 118*

P

pachatel
– antisociální *73*
– asociální *73*
– disociální *74*
paradigma
– antropocentrické *16*
– přírodovědné *16*
– interpretativní *13*
patogeneze *62*
patologie
– individuální *79*
– sociální *73*
– společenská *78*
pauperizace *38*
pěče *88, 104*
– domácí *106*
– extramurální *118*
– hospicová *106*
– sociální *104, 107*
– ústavní *88, 104, 107, 108, 118, 119*
pedagogika *11*
pedofilie *168*
pelarga *52, 68*
polis *89*

politika

– sociální 17, 109

politologie 11

polymorbidita 23

ponižování

– systémové 77

populace

– seniorská 8, 9, 10, 37, 38

porucha

– adaptace 154

– disociační 72

– hysterická 72

– posttraumatická 155

postmenopauza 164

pozitivizmus 13

práce

– sociální 11

prevalence 50, 51

prevence 74, 81, 85, 87, 140, 149

– situační 74

prion 63

prozopagnozie 46

– progresivní 50

pseudodemence 45

– depresivní 48

psychiatrie 96

psychologie 11

psychopatie 78

psychopatologie 78

R

rehospitalizace 79

renesance 92, 93, 94

represe 100

resocializace 100

revoluce

– průmyslová 122

robur 90

rodina 17, 98

S

segregace 38, 143

sexualita 161, 163

schizofrenie 45, 50

scholastika 92

smrt 89, 91, 169, 170, 171, 172

socializace 129

sociologie 11

stáří 7, 8, 9, 16, 18, 19, 23, 26, 27, 29, 30,

38, 39, 145

– biologické 19

– bláznivé 145

– důvěřivé 145

– intelektově upadající 146

– kalendářní (chronologické) 20

– nesnášenlivé 146

– odbržděné 146

– osamělé 146

– podivínské 145

– sociální 19

status

– připsaný 131

– socioprofesionální 137

– syntetický 131

– vrozený 131

– získaný 131

středověk 91, 92

syfilis 67

syndrom 40, 45, 50, 60, 67, 68

– abstinenci 159

– Adamsův 69

– amnestický 45, 49

– degradace 79

– demence 82

– deprivace 101

– Diogenův 46, 50

– Downův 56, 57, 58

– Ganserův 45

– Gerstmannův-Sträusslerův-

- Scheinkerův 63
- psychiatrický 47
- odcizené ruky 60
- týraného dítěte 74
- VEGAS 69
- Wernickeho-Korsakovův 67, 68
- závislosti 156, 161

T

tabu 145

teorie 27

- behaviorální 156
- biologická 157
- endorfinová 158
- lipofuscinová 27
- predisponované osobnosti 157
- psychoanalytická 156
- rychlosti života 27
- sociální 157
- účinku reaktivních sloučenin kyslíku 28

termoregulace 85

thanatologie 171

trauma

- psychické 104

týrání 76, 78

- citové 76
- druhotné 77
- psychické 76
- tělesné 76

U

univerzita

- lidová 139
- třetího věku 130, 139, 140, 141, 144

V

věk 7, 47

- biologický 25

- postproduktivní 12, 137, 138, 139, 141, 144

viktimizace 74

- sekundární 77

viktimmnost 86

východiska

- epistemologická 7, 14
- filozofická 7, 14
- historiografická 7, 14
- metodologická 12, 14
- teoretická 9, 14
- terminologická 9, 14

výchova 126, 127, 128, 129, 132

vyobcování 99

vzdělávání 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 130, 132, 139, 140, 141, 142, 143, 144

- celoživotní 8, 124, 125
- dospělých 127, 128, 129
- sociální 111

vzdělávání světa 120, 121, 122, 123, 124

X

xenodochium 91, 118

Z

zanedbávání 78

závislost 78, 110, 156, 161

zneužívání

- finanční 76
- majetkové 76
- sexuální 76

Ž

život

- sexuální 172

Literatura

- AARSLAND, D., TANDBERG, E., LARSEN, J. P., CUMMINGS, J. *Frequency of dementia in Parkinson's disease*. Arch. Neurol. 53, 1996, s. 538–542.
- ACKERKNECHT, H. *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. Stuttgart: 1966.
- BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994.
- BAUDIŠ, P., PROBSTOVÁ, V., PFEIFFER, J., KLASCHKA, J., BENEŠ, M. *Předpověď vývoje psychiatrické invalidity u psychotiků*. Zprávy č. 98. Praha: Psychiatrické centrum, 1991, s. 82.
- BLUMENTHAL-BARBY, K. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum 1987.
- BROŽÍK, V. *Hodnoty, normy a projekty světa*. Bratislava: EPOCHA, 1969.
- CARSTENSEN, L. L., RYCHTARIK, R. G., PRUE, D. M. *Behavioral treatment of the geriatric alcohol abuser*. Addict. Behav., 10, 1985, s. 307–311.
- CICOUREL, A. V. *Methoden und Messung in der Soziologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1970.
- COLLINGE, J., SIDLE, K. C. L., MEADS, J., IRONSIDE, J., HILL, A. F. *Molecular analysis of prion strain variation and the aetiology of new variant CJD*. Nature 383, 1996, s. 685–690.
- CROOK, I., BARTUS, R., FERIS, S., GERSHON, S. *Treatment development strategies for Alzheimer's diseases*. Marc Powley Ass., 1986, USA, s. 699.
- ČERNÍKOVÁ, V., MAKARIUSOVÁ, V. *Sociální ochrana*. Praha: Policejní akademie ČR, 1997.
- ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum, 1994.
- DELORS, J., et al. *Learning: The treasure within*. Paris: UNESCO, 1996. 266 str.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. DSM-IV American Psychiatric Association. Washington: DC 1994.
- DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologicky nemocným*. Praha: Avicenum 1986.
- DSM III. *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti*. 3. revize. (Překlad), Praha, Výzkumný ústav psychiatrický, 1989, s. 332.
- DSM IV. *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti*. 4. revize. (Překlad), Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.
- ELVERT, CH. *Beiträge zur Geschichte d. königl. Städte, insb. D. königl. Landeshauptstadt Brünn*. Brno: 1860.
- ELVERT, CH. *Geschichte der Heil- u. Humanitäts-Anstalten in Mähren und Oesterr. Schlesien*. Brno: 1858.
- EUROPEAN COMMISSION. *White Paper on education and training: Teaching and learning – towards the learning society*.

- FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN, S. E., MC HUGH, P. R. *Mini-Mental State a practical method of grading the cognitive state of Patients for the clinician.* J. Psychiatr. Res. 12, 1975, s. 189–198.
- FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství.* Praha: NLN, 1994.
- FREUD, S., *Časové poznámky o válce a smrti.* In FREUD, S. *O člověku a kultuře.* Praha: Odeon 1989, s. 175–209.
- FRIEDMANN, V. *Systém ústavní péče v Brně.* Brno: Masarykova univerzita, 2000. Rigorózní práce.
- GADAMER, H. G. *Wahrheit und Methode.* Tübingen: 1975.
- GARFINKEL, H. *Studies in Ethnomethodology,* Engelwood Cliffs, Prentice-Hall, 1967.
- HÁDLÍK, J. *Poznámky k vývoji péče o duševně nemocné na území Moravy a Slezska.* In: Sborník 100 let psychiatrické léčebny. Brno: 1963.
- HACHINSKI, V. C., LASSEN, N. A., MARSHALL, J. *Multi-infarct dementia. A cause of mental deterioration in the elderly.* Lancet 2, 1974, s. 207–210.
- HAM, R. J. After the diagnosis: supporting Alzheimer's patients and their families. Postgrad. Med. 1997, 101 (6), 57–70.
- HANZLÍČEK, L.: Psych. encyklopedie – mozek. 28, IV, 1981, s. 1 315.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří.* Praha: Panorama, 1989.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života – líc smrti.* Praha: Orbis, 1975.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život.* Praha: Panorama, 1985.
- HUGHES, C. P., BERG, L., DANZINGER, W.L. et al. *New clinical scala for the staging of dementia.* Brit. Psychiat. 140, 1982, s. 566–583.
- CHARVÁT, J. *Člověk a jeho svět.* Praha: Avicenum, 1974.
- CHVÍLA, L., SOKOL, I., RÝZNAR, J., SEDLÁČEK, S. *Význam alkoholdehydrogenázy v biologických přístupech k závislosti na alkoholu.* Protialk. obzor, 23, 1988, s. 151–157.
- IBER, F. L. et al. *Thiamin in elderly.* Am. J. Clin. Nutr., 36, 1982, s. 1 067–1 082.
- JARVIS, P. *Weiterbildung und die Rolle der Universitäten für ältere Menschen in die postmoderne Gesellschaft.* In: Stadelhofer, C. (Ed.). *Kompetenz und Produktivität im dritten Lebensalter.* Bielefeld: Kleine Verlag GmbH, 1996, s. 53–60.
- JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS M., *Alzheimerova choroba.* Praha: Maxdorf, 1998.
- JOCHMANN, V. *Encyklopedický slovník pedagogiky dospělých.* Olomouc: teze.
- JUNG, C. *Duše a smrt* (český překlad): In Prostor č. 13, Praha 1990, s. 85–94.
- KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie.* Praha: Karolinum, 1997.
- KERTESZ, A. *Frontotemporal degeneration, Pick's disease, and corticobasal degeneration.* One entity, or 3? 1. Arch. Neurol. 54, 1997, s. 1 427–1 429.
- KNOWLES, M. S. *The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy to Andragogy.* Chicago: 1980.
- KOLEKTIV. *Filozofický slovník.* Praha: 1994.

- KOLEKTIV. *Osnovi andragogije*. Zagreb: 1966 (slov. překlad: Základy výchovy a vzdělávání dospělých. Bratislava: 1969.).
- KOLEKTIV. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. Praha: SLON, 1994.
- KOLLAND, F. *Social determinants and potentials of education in later life: The case of Austria*. Educ. Gerontol. 19, 1993, s. 535–550.
- KÖNIGOVÁ, M. *Kreativní myšlení a jeho rozvíjení ve stáří*. In KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997, s. 137–144.
- KOUKOLÍK, F. *Demence ve stáří – tichá epidemie*. Prakt. lékař 1988, č. 2, s. 52–53.
- KOUKOLÍK, F. *Přenosné spongiformní encefalopatie*. Čas. lék. čes. 137, 1998, s. 227–230.
- KOUKOLÍK, F., Jiráček, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada Publishing, 1999.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Avicenum 1986.
- KÜBLER-ROSS, E. *On death and dying*. London: Collin-Macmillan Publ. 1969.
- KÜCHLER, M. *Qualitative Sozialforschung – ein neuer Königsweg?* In Garz, D., Kraimer, L. *Brauchen wir andere Forschungsmethoden?* Beiträge zur Diskussion interpretativer Verfahren. Frankfurt am Main: 1983.
- LAMY, P. P. *Alcohol misuse and abuse among elderly*. Drug inter. Clin. Pharm., 18, 1984, s. 649–651.
- LIVEČKA, E. *Výchova ke stáří a ve stáří*. In. Wolf, J. a kol. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda 1982, s. 293–295.
- MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: SLON, 1995.
- MAYRING, PH. *Die qualitative Wende. Grundlagen, Techniken und Integrationsmöglichkeiten qualitativer Forschung in der Psychologie*. In. Schönpfung, W. Bericht über den 36. Kongress der DGfPs in Berlin. Göttingen: 1989.
- MC LOUHGLIN, D. M., LEVY, R. *The differential diagnosis of dementia*. Acta Neurol. Scand. Suppl. 165, 1996, s. 92–100.
- MEYER, J. S., LARGEN, J. W., SHAW, T., MORTEL, K. F. *Interactions of normal aging, senile dementia, multi-infarct dementia and alcoholism in the elderly*. J. T. Hartford a T. Samorajski, Alcoholism in the elderly., New York, Raven Press Books, 1984.
- MEYERS, A. R., HINGSON, R., MUCATEL, M. et al. *The social apedemiology of alcohol abuse by urban older adults*. Int. J. Aging Hum. Dev., 21, 1985, s. 49–59.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKM-10*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 1992.
- MÜHLPACHR, P. *Andragogické aspekty učitelské profese*. In *Učitelé a zdraví 2*. Brno: Sborník příspěvků z mezinárodní konference pořádané Psychologickým ústavem AV ČR Brno, 1999, s. 231–238.

- MÜHLPACHR, P. *Axiologická dimenze integrace*. In VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998, s. 12–18.
- MÜHLPACHR, P. *Axiologický fenomén na prahu 3. tisíciletí – závislostní chování jako součást životního stylu*. In *Socialia 99' – Mládež v postmoderní době*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. s. 315–322.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontagogika – vzdělávání ve stáří a ke stáří*. In *Pedagogická orientace* č. 3/2001, Brno: ČPdS, 2001.
- MÜHLPACHR, P. *Charakteristika vybraných projektů prevence kriminality v brněnské městské aglomeraci*. In *Aktuálně problémy prevence kriminality*. Bratislava: 2000.
- MÜHLPACHR, P. *K problematice závislostního chování*. In *Sociálně edukativní problémy mládeže a dospělých v reflexi pedagogické teorie a praxe*. Brno: ČPdS, 1999, s. 163–167.
- MÜHLPACHR, P. *Nové trendy v přístupu k jedincům s poruchami chování*. In *Člověk a společnost na přelomu tisíciletí*. Olomouc: FF UP, 1998, s. 276–280.
- MÜHLPACHR, P. *Patologické závislosti*. In PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, s. 209–225.
- MÜHLPACHR, P. *Problémy současné společnosti*. Brno: Institut mezioborových studií, 2001.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální deviace jako akční pole sociální pedagogiky*. In *Kolektiv Sociální pedagogika jako vědecká a společensko užitná disciplína*. Brno: IMS, 2000, s. 220–232.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální kompetence učitele z pohledu sociální práce*. In *Sjezd učitelů*. Brno: ČPdS, 2001.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 104.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako dimenze učitelské profese*. In *Súčasný stav sociálnej pedagogiky na Slovensku*. Bratislava: 2000, s. 268–272.
- MÜHLPACHR, P. *Vize Evropského společenství v kontextu evropského vzdělávání dospělých*. In *Kolektiv, Vzdělávání – brána k evropské integraci*. Brno: ESF MU, 2000, s. 317–320.
- MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče. (Filosoficko historický vývoj)*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 49.
- MÜHLPACHR, P. *Závislost – fenomén postmoderní doby*. In *Sociálna práca – ľudské práva – vzdelávanie dospelých*. Prešov: Filozofické fakulta Univerzity Prešov, 1998, s. 558–564.
- MÜHLPACHR, P. *Závislostní chování – fenomén současné doby*. In *Vítková, M. a kol. Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998, s. 164–169.
- MÜHLPACHR, P. *Závislostní chování jako akční pole speciální pedagogiky*. In *Speciální pedagogika*.
- MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, s. 116.

- NÁVRAT, V. *Vývoj choromyslnictví na Moravě a nový Zemský léčebný ústav císaře Františka Josefa I. v Kroměříži*. Praha: 1908.
- NEARY, D. *Frontotemporal degeneration, Pick's disease, and corticobasal degeneration*. One entity, or 3? 3. Arch. Neurol. 54, 1997, s. 1425–1427.
- NOVOTNÝ, O., ZAPLETAL, J. *Základy kriminologie*. Praha: Univerzita Karlova, 1995.
- OECD. *Lifelong learning for all*. Paris: OECD, 1996. 338 str.
- OSGOOD, N. J. *The alcohol suicide connection in late life*. Postgrad. Med., 81, 1987, s. 379–384.
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum 1981.
- PÁL, L. *Penitenciárna pedagogika*. Bratislava: SZNV SSR, 1985.
- PALOUŠ, R. *Čas výchovy*. Praha: SPN, 1991.
- PANČOCHA, K. *Alkoholová závislost jako akční pole speciální pedagogiky*. Brno: MU, 2004. Diplomová práce.
- PÁNDY, K. *Die Irrenfürsorge in Europa*. Berlin: 1908.
- PEARCE, S. D. *Toward understanding the participation of older adults in continuing education*. Educ. Gerontol. 17, 1991, s. 451–464.
- PEJCHL, J. *Základ moderní psychiatrické péče na Moravě*. In 120 let psychiatrické léčebny v Brně-Černovicích. Brno: 1983.
- PEŠKOVÁ, J., ŠEVČÍK, O. *Filozofie – kultura – civilizace*. Praha: Karolinum, 1997.
- PETŘKOVÁ, A. *Senioři jako účastníci vzdělávacích aktivit*. In *Člověk a společnost na přelomu tisíciletí*. Sborník příspěvků z mezinárodní konference. Olomouc, Univerzita Palackého, 1998, s. 153–156.
- PETŘKOVÁ, A. *Vzdělávání seniorů jako aktuální problém vzdělávání dospělých*. In. BOČKOVÁ, V. *Aktuální problémy výchovy a vzdělávání dospělých*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1994, s. 24–31.
- PIKÁLEK Š. *Výchovná a pracovnorehabilitačná činnosť u ťažko mentálne postihnutých*. Bratislava: Pedagogická fakulta UK, 1998.
- PIKÁLEK, Š. *Ústavná sociálna starostlivosť pre ťažko mentálne postihnuté osoby*. Bratislava: PTK-ECHO, 1994.
- PINEL, P. *Traité médico – philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris: 1808.
- PINSKER, H., Suljaga-Petchel, K. *Use of benzodiazepins in primary-care geriatric patients*.
- PÖGGELER, F. *Einführung in die Andragogik*. Rattigen: 1957.
- POPPER, K.P. *Logika vědeckého bádání*. Praha: Oikoyomenh, 1997.
- PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*. IV. díl. Praha: SPN, 1974.
- RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita a nakl. Georgetown, 1995.
- REISBERG, B. S., FERRIS, H. M., DE LEON, J., CROOK, T. *The global deterioration scale for assessment primary degenerative dementia*. Am. J. Psych. 139, 1982, s. 1136–1139.

- ROSENMAYER, L. *Die späte Freiheit*. Berlin, Sverin u. Siedler, Vlg 1983.
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: SPN, 1989.
- SCHIMMERLINGOVÁ, V. *Vícerozměrná rodina jako zdroj vzájemné pomoci a její současné bariéry*. *Sestra* 1, 1991, č. 4.
- SCHLEIERMACHER, F. *Hermeneutik*. Heidelberg: 1959.
- SKÁLA, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum 1987, s. 206.
- Soubor prací o problematice smrti a umírání v ČSR*. Praktický lékař, Praha, r. 56, č. 55 a 56, 1976.
- STANÍČEK, P. *Geragog jako nová učitelská profese*. In *Pedagogická orientace* 4/2001.
- SVENSSON, T. *The need and right to learn and study over the life span*. In. *Seniors in higher education: Development Opportunities*. A.I.U.T.A. – 1990. *Proceedings Université du Quebec, Hull 1991*, p. 209–220.
- SYŘIŠŤOVÁ, E. *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum, 1972.
- ŠIMEK, D. *Integrální andragogika*. Olomouc: FF UP, 1997.
- TONNEYCK, R.: *Therapie van drugsverslaafden*. Přednáška na vědecké schůzi AT sekce, Praha, 1992.
- TUROS, L. *Andragogika*. Warszawa: 1980.
- URBAN, E. *Toxikómánie*. Praha: Avicenum 1973, s. 196.
- VAN ARSDALEN, K. V., WEIN, A. J. *Drug induced sexual dysfunction in older men*. *Geriatrics*, 39, 1984, s. 63–70.
- VAN ENCKEVORT, G. *Andrology: A New Science*. *Aontas Review*, 1971, 1, s. 37–52.
- VÁROSS, M. *Úvod do axiologie*. Bratislava: Epoque, 1970.
- VENCOVSKÝ, E. *Psychiatrie dávných časů*. Praha: Karolinum, 1996.
- VOJTĚCHOVSKÝ, M., HAŠKOVCOVÁ, H. *Otázky thanatologie v nemocničních zařízeních*. Sborník přednášek 17. Fakultních vědeckých dnů. 1. FVL UK Praha, dne 16. 5. 1991, s. 43–46.
- VOJTOVÁ, M. *Zprávy komise pro dějiny přír., lék. a techn. věd*. čl. 13, r. 1963, s. 18–28.
- WHO *Expert Series on Biological Psychiatry*. Vol. 5., Seattle–Toronto–Bern–Göttingen, Hogfere and Huber Publishers 1993.
- WHO. *Report of the second consultation on the neuropsychiatric aspects of HIV infection*. Geneva, January 11–13, 1990. Geneva: WHO, 1990.
- WOLMAN. *Handbook of Clinical Psychology*. New York: 1966.
- ZIMBERG, S. *Alcoholism in the elderly*. *Postgrad. Med.*, 74, 1983, s. 165–172.
- ZIMMERMANN, D.H. *Ethnomethodology*. In *The American Sociologist* XIII, 1978.
- ZIMMERMANN, D.H., WIEDER, D.L. *Ethnomethodology and the Problem of Social Order*. In. DOUGLAS, J.D. (ed.) *Understanding Everyday Life*. Chicago: 1970.