



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Název projektu	Rozvoj vzdělávání na Slezské univerzitě v Opavě
Registrační číslo projektu	CZ.02.2.69/0.0./0.0/16_015/0002400

Speciální geragogika

Distanční studijní text

Pavel Mühlpachr

Opava 2019



**SLEZSKÁ
UNIVERZITA**
FAKULTA VEŘEJNÝCH
POLITIK V OPAVĚ

- Prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
- Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě, 2019

- Obor:** Tato studijní opora patří do oboru pedagogického.
- Klíčová slova:** Stáří, stárnutí, farmakoterapie, multimorbidita, demence, násilí, úrazy, pády.
- Anotace:** Problematika seniorské populace je v současné době velmi aktuálním pedagogickým i sociálním fenoménem. Studijní opora se věnuje základním definičním otázkám, klasifikací gerontologie jako vědy a stárnutí a stáří. Věnuje se otázkám nemocí, multimorbidity, demencí a jiným medicínským otázkám. Ze sociálního hlediska je věnována pozornost sociálně patologickému chování seniorů a především na seniorech

Autor: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**

Obsah

ÚVODEM.....	5
RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY.....	7
1 STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN	10
1.1 Vymezení pojmu stáří	15
1.2 Charakteristika procesu stárnutí	20
1.3 Farmakoterapie ve stáří	26
1.4 Teorie stárnutí	27
1.5 Stáří z hlediska demografie	30
1.6 Koncept úspěšného stárnutí.....	35
1.7 Chorobné procesy ovlivňující stáří	37
2 SYNDROM DEMENCE	46
2.1 Diagnostika demencí	49
2.2 Stav podobné syndromu demence.....	54
2.3 Epidemiologie syndromu demence	61
2.4 Klasifikace demencí	62
2.5 Stadia demence.....	64
2.6 Atroficko-degenerativní demence	67
2.7 Vaskulární demence	76
2.8 Symptomatické (sekundární) demence	78
3 SENIOŘI Z POHLEDU SOCIÁLNÍ PATOLOGIE.....	93
3.1 Starý člověk jako oběť trestné činnosti	94
3.2 Starý člověk jako pachatel trestné činnosti	95
3.3 Týrání a zanedbávání starých lidí.....	96
3.4 Starý člověk a bezpečnost silniční dopravy	104
3.5 Úrazy a pády ve stáří.....	107
3.6 Teplotní poškození	110
3.7 Shrnutí	111
SHRUTÍ STUDIJNÍ OPORY	119
PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON.....	120

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 nedožil 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. Hrozí socioekonomický a generační kolaps společnosti. Stárnutí lidstva je problémem téměř celosvětovým. Na významném nárůstu počtu stárnoucích osob se podílejí zejména vyspělé země Evropy a Severní Ameriky a Japonsko.

Počátek tisíciletí je období, kterého se 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, gerontopedagogika a gerontologie, subdisciplíny pedagogiky, které si svoje místo v systému společenských věd teprve hledají.

Na počátku třetího tisíciletí opouští 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, psychologií 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.

RYCHLÝ NÁHLED STUDIJNÍ OPORY

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 navzájem velmi liší jak ve své zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých potřebách a nárocích.

Pro seniorskou populaci je typická převaha žen.

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 rámec 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.

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 zvládnání jejich důsledků, ale především na jejich odvrácení či oddálení, což předpokládá zásahy především ve středním a mladém věku.

Populace stárne a 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.

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 majtkový 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.

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

Viktimmnost seniorů je dána především jejich menší schopností úniku i obrany, osamělostí, někdy odchylným 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 seniři, 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.

1 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 rámec 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 struktury 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. Senioři 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 přežití 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 se-

bou 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.

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



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 navzájem velmi liší jak ve své zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých potřebách a nárocích.

Rizika seniorské populace

Při hlubší analýze sociálních jevů spojených se stárnutím populace do této kategorie spadají i jistá ohrožující rizika. Patří mezi ně např.:

- pauperizace, ekonomické zbídačování, znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti,
- věková diskriminace, ageismus,
- segregace, vytěšňování, 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.



CÍLE KAPITOLY

- Pochopit problematiku seniorské populace
- Osvojit si základní terminologii v dané problematice

- Získat znalosti v oblasti základních charakteristik seniorské populace
- Osvojit si problematiku rizik spojenou se seniory
- Orientovat se v základních dokumentech ve vztahu k seniorům
- Chápat seniory jako specifickou sociální skupinu
- Získat základní orientační kompetenci v kontextech speciální pedagogiky
- Vnímat stárnutí jako celoživotní proces
- Vnímat stáří jako přirozenou součást života

KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY



Charakteristika seniorské populace, senium, stáří, stárnutí, rizika seniorské populace, koncept úspěšného stárnutí, pauperizace, teorie stárnutí, farmakoterapie, klasifikace senia.

1.1 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 stářím* 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 stářím* 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, prodloužením 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, časné 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 dlouhověkových 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.

1.2 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 ovlivňuje organismus, aniž by postihovala vlastní involuční procesy a mechanismy. Působí především substitučně - dodávají látky, které u daného člověka či obecně často u seniorů chybějí (vitamíny, 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 metabolity, 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 směšování geriatrik s preparáty ovlivňujícími sexuální potenci. Žádné pravé geriatrikum, ovlivňující 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 (Říčan, 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 vstíplivosti 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:

- opotřebenání 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 vychováváni 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, paranoidity, deprese, suicidia.

1.3 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. Naléhavým 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 častěji 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.

1.4 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 redukci 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 žádoucímu cíli, neboť po zvýšení hladiny exogenních antioxidantů následovalo snížení koncentrace antioxidantních 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 1000 m je to již 18 lidí a v nadmořské výšce 2000 m se dožívá tohoto věku 24 lidí z 10 000. Tvrdí se, že v Jerevanu žije 10 krát více stoletých než kdekoli 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 délku 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.

1.5 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 mládne,

■ **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 nejpočetnější *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 fertilního 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 nadúmrtnost 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 aterosklerózy (nevhodná strava s nadbytkem živočišných tuků a energie, nedostatek tělesného pohybu a relaxace, obezita, nikotinismus, nekontrolovaná arteriální hypertenze) s mimořádnou nadúmrtností 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 prodlužování 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 prodlužováním 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 zkracování chorobné, nezdatné, závislé fáze života (problematicky někdy nazývané *4. věk*). Z těchto představ vychází koncept úspěšného stárnutí.

■ Empirické (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 zadržováním smrti).

■ Vizionáři především v 70. letech formulovali své vize (science fiction) života do věku kolem 150 či ještě více let.

1.6 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 prodlužováním 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 prodlužováním střední délky života o období závislého, nemocného života.

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

1.7 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 zvládnutí jejich důsledků, ale především na jejich odvrácení či oddálení, což předpokládá zásahy především ve středním a mladém věku.

Příkladů 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 hlavy 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 hemiplégie, 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 aterosklerozy 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 alergizací, 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 (coxartróza), kolen (gonartróza) 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, asphalt, 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 vaječní-

ků (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, intelektových 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 ve stáří).

■ **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.).



KONTROLNÍ OTÁZKY

- Vykazují senioři ve Vašem okolí uvedené charakteristiky?
- Pokud ano, které dominují?
- Pokud ne, proč podle Vás absentují?
- Jak vidíte vývoj počtu seniorů ve Vašem okolí?
- Čím je to způsobeno? Najdete sociální kontexty tohoto stavu?
- Souhlasíte s výčtem uvedených rizik seniorské populace? Proč ano či ne?

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Vytvořte kazuistiku seniora z Vašeho okolí a analyzujte jeho stav s riziky senia uvedenými v textu.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Senior, teorie stárnutí, koncept úspěšného stárnutí, charakteristika seniorské populace, charakteristika stárnutí, zdravotní rizika seniora.

DALŠÍ ZDROJE



- BALOGOVÁ, B.: *Seniori*. Prešov: Akcent print, 2005. 157 s., ISBN 80-969274-1-8.
- BOŠMANSKÝ, K.: *Starý človek medzi nami- podľa apoštolského listu Jána Pavla II.: Jeseň života*. In: Duchovný pastier. Trnava: SSV, 2003, č. 6, roč. LXXXIV, 328 s., ISSN 0139-861X.
- ČORNANIČOVÁ, R.: *Úloha vzdelávania seniorov v procese zmiernovania dôsledkov starnutia: Starostlivosť o seniorov z aspektu verejného zdravotníctva: Zborník z ôsmeho stredoeurópskeho sympózia o sociálnej gerontológii*. Bratislava : Academia Istropolitana, 2000. 233 s. ISBN 80 – 85756 – 23 – 4.
- DIRGOVÁ, E.: *Globalizácia ako civilizačný fenomén verzus kvalita života seniorov*. In: In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Globalizácia a kvalita života a zdravia. Prešov : VŠZaSP sv. Alžbety, 2009. ISBN 978-80-89284-66-5 .
- DIRGOVÁ, E.: *Kvalita života seniorov – zrkadlo spoločnosti*. In: Disputationes Scientifícae. Ružomberok: Katolícka univerzita, 2010, roč. 10, č. 1, 112 s. ISSN 1335-9185.
- DIRGOVÁ, E. – KALANIN, P.: *Fenomén starnutia cez prizmu sociálnej gerontológie*. In: Disputationes Scientifícae. Ružomberok: Katolícka univerzita, 2010, roč. 10, č. 2, 112 s. ISSN 1335-9185.
- DRAGANOVÁ, H. et al. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta, 2006. 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- GILLERNOVÁ, I. a kol.: *Slovník základních pojmů z psychologie*. Praha: Fortuna, 2000. 80 s., ISBN 80-7168-683-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H.: *Fenomén stárí*. Praha : Panorama, 1989. 365 s. ISBN 80–7038–158–2.
- JUZL, M. *Základy pedagogiky*. Brno: IMS Brno, 2010. 185 s. ISBN 978-80-87182-02-4

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál, 2002. 184 s. ISBN 80-71786-42-X.

KRUPA, J.: *Acta*. Bratislava: Rímskokatolícka cyrilometodská bohoslovecká fakulta Univerzity Komenského, Polygrafia SAV, 2002. 306 s., ISBN 1335-8081.

LACA, P.: *Etické požiadavky na povolanie v zdravotnej starostlivosti*, In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010. 160 s. ISBN 978-80-8084-616-9.

LACA, P.: *Miluj svojho bližneho*. Prešov : Slovo časopis gréckokatolíckej cirkvi, č. 7, roč. 37, 2003. ISSN 1311-8544.

MURAŇOVÁ, M.: *Malá učebnica starnutia (aj pre mladých)*. Bratislava : Lúč, 2001. 48 s. ISBN 80 - 7114 - 336 - 7.

NOVOSAD, L.: *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 158 s. ISBN 80-7178-197-5.

PASTERŇÁKOVÁ, L.: *Hovoríme o empatii*. In. Vychovávateľ, Educatio, č. 9, roč. 51, 2005. ISSN 0139-6919.

PAULIČKA, I. a kol.: *Všeobecný encyklopedický slovník S- Ž*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2005, 1064 s., ISBN 80-7181-768-6.

RHEINWALDOVÁ, E.: *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999, ISBN 80-7169-828-8.

RÍČAN, P.: *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1989. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

Sväté písmo. Trnava : SSV, 2001, 2124 s. ISBN 80-7162-281-8.

SCHAVEL, M. 2007. *Kooperácia v multiprofesnom tíme ako predpoklad efektívnej pomoci klientom*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie - Poruchy správania v edukačnom procese. Martin : Osveta, 2007. ISBN 80-8063-279-3.

ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe chorobe a zomieraní*. Bratislava: Dialógy, 2003, s. 149 s., ISBN 80-7141-429-8.

ŠTEFKO, A., KRAJČÍK, Š.: *Starý človek a jeho dôstojnosť u pohľadu medicínskej etiky*, In: Studia aloisiana. Trnava: Dobrá kniha, 2000, 395 s., ISBN 80-7141-311-9.



OTÁZKY

- Jaké jsou charakteristické rysy seniorské populace?
- Jaká jsou rizika seniorské populace?
- Charakterizujte normální a patologické stárnutí.
- Jaké znáte teorie stárnutí?

- Co je to multimorbidita?
- Co představuje Koncept úspěšného stárnutí?

SHRNUTÍ KAPITOLY



Charakteristika seniorské populace

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 navzájem velmi liší jak ve své zdatnosti a životních podmínkách, tak ve svých potřebách a nárocích.

Rizika seniorské populace

Při hlubší analýze sociálních jevů spojených se stárnutím populace do této kategorie spadají i jistá ohrožující rizika. Patří mezi ně např.:

- pauperizace, ekonomické zbídačování, znemožňující uspokojit potřeby přiměřené dané společnosti,
- věková diskriminace, ageismus,
- segregace, vytěšňování, 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.

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 rámec 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.

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 stářím* zřejmě neexistuje, pouze *smrt jako nehoda*,
- v optimálních podmínkách může být život velmi dlouhý.

Gerontologický přístup

- stárnutí a umírání jsou procesy svou povahou zákonité,
- vykazují druhovou specifickou a blízkost u dvojčat,
- jsou kódovány genetickou informací,
- přirozená *smrt stářím* existuje,

ani v optimálních podmínkách se život neprodlouží nad jistou hranici, k níž se již blížíme, nedojde-li k ovlivnění genetické informace

2 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. Nejnápad-

nější 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.



RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY

Multimorbidita je charakteristickým znakem seniorské populace. Mezi nejvíce rozšířené nemoci patří široká škála onemocnění zvaných demence. Následující kapitola uvádí studenta do základní klasifikace demencí, prezentuje nejčastější onemocnění, problematiku laického testování seniora na riziko demence a uvádá další podobná onemocnění, kteří mohou být podobné syndromu demence.



CÍLE KAPITOLY

Seznámit studenty s problematikou demencí, klasifikací demencí, testováním na demenci a nejčastěji se vyskytujícími druhy demencí.



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Demence, senior, atroficko-degenerativní demence, vaskulární demence, sekundární demence, diagnostika demencí.

2.1 Diagnostika demencí

V zásadě lze konstatovat, že pokud se vyskytnou 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 nedementní 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 pojmenovávání 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: proved'te 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, Jirák, 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). Autory vede k tomuto přístupu skutečnost, že při tvorbě textu se v praxi setkali 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:

- afázií
- 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 zaměstnání 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.

2.2 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 McLoughlina (1996, str. 92-100) se jako demence mylně diagnostikuje 5 skupin změn pacientova stavu:

1. Normální stárnutí

- a) benigní a maligní stařecká zapomětivost
- 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 deceniem 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 zrakové doméně). Věková hranice 50 let padla, syndrom se tedy týká i mladších lidí. Vztah této nově vymežované poruchy k vývoji demence není znám. Rov-

něž 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 x 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 nediodnostikují. 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. Své 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, prázdny) 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 (*depresivní demence*)

- degenerativní demence bez deprese

- degenerativní demence doprovázená příznaky deprese

- náhodný společný výskyt degenerativní demence a deprese

Odborná literatura užívá ještě termínu *depresivní pseudodemence*. Užívá se v případech, 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, intoxikací 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.

2.3 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 1000 lidí za rok. V souborech lidí starých 75 a více let je u žen přibližně 20 případů na 1000 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 1000 lidí za rok (muži asi 60/1000/rok, ženy asi 100/1000/rok).

Prevalence demencí, jak dokázala metaanalýza velkého počtu studií provedených v letech 1945-1985, se počínáje 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 7528 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).

2.4 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 (Jiráček, Obenberger, Preiss, 1998, str. 10-12).

2.5 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, zvládnání 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, projevují 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.

2.6 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 fatické poruchy - afázie, např. senzorní 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. odemknout a zamknout 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 za-

znamenává 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. interkurtní (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 obranyschopnost, autotonační 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 pětadesátém 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 tři 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 (Jiráček, Obenberger, Preiss, 1998, str. 20).

Demence s Lewyho tělísky

Demence s Lewyho tělísky je prozatímni 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. Nejvýznamnějším 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 orientováni, 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 plak a neuronálních klubek je poněkud menší než u typické Alzheimerovy nemoci (Koukolík, Jiráček, 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, Jiráček, 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 porucha 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 vtipkovat. 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. 1427 - 1429, Neary, 1997, str. 1425 - 1427).

Progresivní supranukleární obrna

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

Choroba začíná obvykle po čtyřicátém roce věku. Její průběh je progresivní. Familiární 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 pohledu dolů o více než 15 stupňů od střední osy.

Tento příznak se musí kombinovat alespoň se třemi z následujících změn: **porucha 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 raném 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. Demence 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 instabilní chůze a nepřítomnost tremoru. Supranukleární obrna pohledu, porucha chůze a nepřítomnost bludů a halucinací odlišují toto onemocnění od korové demence s Lewyho tělísky.

2.7 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 smíšené 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 arteriosklerózu 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, Lassen 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.

2.8 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 nepřetržovala 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 přenáší, 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 imunodeficience 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 přelomu tisíciletí bude na světě 40 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 dementní 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 porušená, 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 anebo 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 do-

provází jen kóma, hypotenze a hypotermie, nemoc končí smrtí, aniž by se stanovila diagnóza.

■ Vzácná Marchiafovova-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 nediodnostikuje 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 subdurálním 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. Encefalidity

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

Nehnisavé encefalidity 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 klíšťová 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 lymské 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 sedminy mozkových nádorů.

Velmi záluďnou 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 (ventricularenlargement 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 deceniu 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

Hypothyreóza 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.

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

Hyperparathyreóza 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 poškozují jakákoli anoxemie nebo hypoglykemie. Demenci může předstírat hodiny i dny trvajících kúpení *petit-mal záchvatů* u dospívajících i dospělých lidí. Demence může být vzácnou komplikací dlouhodobé léčby epilepsie některými léky (Koukolík, Jiráček, 1999, str. 87-98).



OTÁZKY

- Vyjmenujte několik možností, jak lze předcházet rozvoji imobilizačního syndromu.
- Vyjmenujte aspoň pět typických involučních psychických změn ve stáří
- Jak se ve stáří mění výraz obličeje a kůže?
- Jaké jsou možnosti péče o starého hůře soběstačného člověka kromě černobílé volby: doma péče rodiny – ústavní péče?
- Jak se ve stáří mění funkce trávicího systému?
- Vyjmenujte pět častých chronických nemocí vyššího věku, u nichž lze při včasné diagnostice předejít funkčně významným komplikacím?
- Uveďte nějaký konkrétní příklad validace.

KORESPONDENČNÍ ÚKOL



Vytvořte kazuistiku seniorského pacienta s podezřením na výskyt demence či s již diagnostikovanou demencí a analyzujte klientovu situaci v mikro, mezo a makrosociálních souvislostech (tj. rodinné prostředí, ústavní prostředí, lokální prostředí, sociální pomoc, možnosti sociálních dávek či jiné podpory). Navrhněte program pro reminiscenční terapii toho klienta.

K ZAPAMATOVÁNÍ



Demence, syndrom demence, atroficko-degenerativní demence, vaskulární demence, sekundární demence, test MMS, validace, deprese, delirium.

DALŠÍ ZDROJE



HAUKE M. Pečovatelská služba a individuální plánování. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 135 s.,

ISBN 978-80-247-3849-9.

HOLMEROVÁ I. a kolektiv. Dlouhodobá péče - geriatrické aspekty a kvalita. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015, 176 s. ISBN: 978-80-247-5439-0 .

KALVACH Z., ČELEDOVÁ L., HOLMEROVÁ I., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., WIJA P. a kolektiv.

Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

MALÍKOVÁ E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010, 328 s., ISBN 978-80-247-3148-3.

Kolektiv autorů Pečovatelská služba v České republice. Tábor: APSS ČR, 2010, ISBN 978-80-904668-0-7.

<http://wko.at/statistik/eu/europa-lebenserwartung.pdf>.

Návrh řešení koncepce problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR, MZ ČR 2012.

Nationale Demenzstrategie 2014–2017, Bundesamt für Gesundheit 2013.

Zpráva o stavu demence 2014, Česká alzheimerovská společnost 2015.



SHRNUTÍ KAPITOLY

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. 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 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.

3 SENIOŘI Z POHLEDU SOCIÁLNÍ PATOLOGIE

RYCHLÝ NÁHLED KAPITOLY



Následující kapitola pojednává o vybraných otázkách seniorské populace v kontextech sociální patologie. Sociálně patologické jevy se vyskytují v každé společnosti a ve všech věkových i sociálních skupinách. Herbert Spencer jako autor uvedeného pojmu (pojmu sociální patologie) konstatoval, že sociálně patologické jevy byly, jsou a budou integrální součástí každé společnosti a bude to odvislé pouze od nastavení hodnot a především normativního systému té které společnosti.

Mezi naše vybrané sociálně patologické jevy ve vztahu k seniorům jsme zařadili trestnou činnost páchanou na seniorech, trestnou činnost seniorů, problematika týrání a zanedbávání seniorů, teplotní poškození, úrazy a pády a v neposlední řadě problematiku seniorů v silniční dopravě. Poslední tři uvedené nejsou typickými sociálně patologickými jevy, ale jsou to fenomény tak závažné, že je třeba je zařadit do této kapitoly.

CÍLE KAPITOLY



Student by měl být schopen:

- Diagnostikovat oběti domácího násilí
- Identifikovat problematiku páchané trestné činnosti na seniorech
- Identifikovat základní problematiku v oblasti týrání a zneužívání seniorů
- Identifikovat sociálně patologické projevy chování seniorů
- Zvládnout základy osvěty pro seniorskou populaci
- Dokázat efektivně zvládnout otázku teplotního poškození seniorů
- Být aktivní v prevenci úrazů a pádů u seniorů
- Zvládnout základní orientaci v dopravní problematice seniorů
- Být schopen realizace preventivních aktivit u seniorů



KLÍČOVÁ SLOVA KAPITOLY

Senior, trestná činnost, oběť, pachatel, úrazy, pády, teplotní poškození, domácí násilí.

3.1 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, osamělostí, někdy odchylným 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 seniři, 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 psychických následků). Těmito aktivitami se zabývá v ČR např. Bílý kruh bezpečí.

3.2 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).

3.3 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. Pachateli 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 poškozená osoba pocítuje jako těžké příkoří***. Na roveň je postaveno opomenutí povinné péče.

1. **Tělesné týrání** je chápáno jako záměrné působení bolesti, záměrné zraňování, nebo záměrné odírání 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 odírání 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 zavrhování 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 záludně 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 užitelských 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 nezvládnutí 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 pečovateli 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 ošetřovatelsky 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 ne-

schopností 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 viktimmnost - 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.
- Přetížení 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 netréňovanost a nezaměřenost na problematiku. Jiným důvodem je nechuť zapléstat 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. paranoidní 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 poranoidní 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 dementní 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 přemíst'ování.
- 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, zlozvyky, asociální jednání), aniž by měl možnost odejít a navázat jiné kontakty. To vede k apatii, chátřání, 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 in-

dikace 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.

3.4 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 příjíždějícího 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).

3.5 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 nejdéle zdržují, tedy v ústavním prostředí (nemocnice, domovy důchodců, penziony), a v domácnostech. Méně na ulici. Vzhledem k tomu, že častou příčinou opakovaných pádů je závrativost, 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 hýžd'ovou 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.

3.6 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 konečníku 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,
- alkoholici.

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.

3.7 Shrnutí

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 přijímá 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.



KONTROLNÍ OTÁZKY

- Vyjmenujte aspoň pět typických involučních tělesných změn ve stáří.
 - Vyjmenujte aspoň pět typických involučních psychických změn ve stáří
 - Vyjmenujte aspoň pět častých nemocí daných změn fenotypu ve stáří
 - Jak se ve stáří mění postoj a chůze?
 - Jak se ve stáří mění výraz obličeje a kůže?
 - Jak se ve stáří mění výkonnost kardiovaskulárního systému?
 - Jak se ve stáří mění funkce dýchacího systému?
 - Jak se ve stáří mění funkce trávicího systému?
 - Jak se ve stáří mění funkce vylučovacího a pohlavního systému?
 - Jak se ve stáří mění funkce endokrinního systému?
 - Jak se ve stáří mění funkce nervového systému a smyslových orgánů?
-



KORESPONDENČNÍ ÚKOL

Vytvořte kazuistiku klienta seniorského věku, který vykazuje některý z uvedených sociálně patologických fenoménů (týraní, zneužívání, domácí násilí, dopravní problematika, pád, úraz apod.) a navrhnete komplexní řešení tohoto sociálního problému u klienta v domácím prostředí.



K ZAPAMATOVÁNÍ

Sociální patologie, domácí násilí, senior jako oběť domácího násilí, úrazy, pády, senior v dopravě, teplotní poškození.

OTÁZKY



- Vyjmenujte heslovitě pět věcí v nichž se liší stárnutí žen a stárnutí mužů.
 - Vyjmenujte pět rozdílů ve fungování rodiny dříve a dnes.
 - Co se zjišťuje ADL testem? Jaké otázky tento test obsahuje?
 - Co se zjišťuje IADL testem? Jaké např. otázky tento test obsahuje?
 - Vyjmenujte aspoň tři funkčně významné choroby nervového systému
 - Co je to „Get up and go“ test
 - Jaké jsou oblasti zájmu při funkčním geriatrickém vyšetření?
-

ÚKOL K ZAMYŠLENÍ



- Platí věta: „Staří lidé jsou jako děti“? A proč?
 - Může někdy platit věta „Staří lidé jsou jako děti“ a proč?
 - Proč se ve stáří zvyšuje výskyt nežádoucích účinků léků? Vyjmenujte aspoň tři důvody.
 - Proč je staří lidé užívají léky často jinak, než mají předepsáno (zhoršená compliance ve stáří) ?
 - Jaké jsou možnosti péče o starého hůře soběstačného člověka kromě černobílé volby: doma péče rodiny – ústavní péče
-



SHRNUTÍ KAPITOLY

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.

Staří lidé se výrazně častěji stávají obětí trestných činů na nich páchaných. Viktimnost seniorů je dána především jejich menší schopností úniku i obrany, osamělosti, někdy odchýlným 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.

Literatura

FOJTŮ, M. *Studentský nápad pomáhá seniorům a sbírá ceny* [Online]. [Cit. 2011-04-02]. Dostupné na internetu: <http://www.online.muni.cz/student/2240-studentsky-napad-pomaha-seniorum-a-sbira-ceny>.

GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1998. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.

GRYCOVÁ, E. *Senioři a ICT*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita. Filozofická fakulta. Ústav pedagogických věd, 2010. 89. s., 13 s. příloh. Vedoucí diplomové práce doc. Mgr. Jiří Zounek, Ph. D.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.

JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie: určeno pro zdravotní sestry pracovně zaměřené na nemocné osoby vyššího věku*. 2. přepr. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.

JEDLIČKOVÁ, P. *Přístup k využívání ICT z hlediska dalšího vzdělávání: nerovnosti v zapojení do informační společnosti* [on-line]. Praha: Národní observatoř zaměstnatelnosti a vzdělávání NOZV-NVF, 2006. [cit. 2011-09-14]. Dostupné na internetu: http://www.nvf.cz/publikace/pdf_publikace/observator/cz/working_paper5_2006.pdf. ISSN 1801-5476.

KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

Madridský plán a jiné strategické dokumenty. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum, EV public relation, 2007. 111 s. ISBN 978-80-254-0174-3.

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8.

PEŠAT, P.: Výchozí ICT kompetence studentů kombinovaných studijních programů na FP TUL. In *Sapere Aude 2011. Evropské a české vzdělávání. Sborník konference 21.–25. března 2011. Hradec Králové*. Magnanimitas: Hradec Králové, 2011. ISBN 978-80-904877-2-7.

PREISS, M. – KŘIVOHLAVÝ, J. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 208 s. ISBN 978-80-247-2738-7.

Statistická ročenka České republiky 2010. [Online]. [Cit. 2011-04-02]. Dostupné na internetu: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/publ/0001-10->.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H. – STEINOVÁ, D. *Trénování paměti: metodická příručka*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2009. 96 s. ISBN 978-80-87142-08-0.

ÚZ Sociální zabezpečení 2010. 1. vyd. Ostrava : Sagit, 2009. 288 s. ISBN 978-80-7208-794-5.

Věková skladba obyvatelstva v roce 1945. [Online]. [Cit. 2011-03-30]. Dostupné na internetu:

http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelestva_v_roce_1945.

Věková skladba obyvatelstva v roce 1990. [Online]. [cit. 2011-03-30]. Dostupné na internetu:

http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelestva_v_roce_1990.

Věková skladba obyvatelstva v roce 2010. [Online]. [cit. 2011-03-30]. Dostupné na internetu:

http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelestva_v_roce_2010.

ZOUNEK, Jiří. ICT, digitální propast a vzdělávání dospělých: socioekonomické a vzdělávací aspekty digitální propasti v České republice. In *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity, Studia Paedagogica. U 11*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-4143-9. ISSN 1211-6971.

BAKER, A. *Granny Battering*. In *Modern Geriatrics*, 1975, August, p. 20-24.

BARKER, R. L. *The Social Work Dictionary*. 5th Ed. Washington, DC : NASW Press, 2003. 493 s. ISBN 0-87101-355-X.

BURIÁNEK, J., KOVAŘÍK, J. a kol. *Domácí násilí – násilí na mužích a seniorech*. Praha : Triton, 2003. 109 s. ISBN 80-7254-914-6.

BURSTON, G. *Do your elderly patients live in fear of being battered?* In *Modern Geriatrics* 1977, 7, p. 54-55.

Canadian Centre for Justice Statistics. *Family violence in Canada: a statistical profile 2000*. Ottawa : Health Canada, 2000.

JUZL, M. *Základy pedagogiky*. Brno: IMS Brno, 2010. 185 s. ISBN 978-80-87128-02-4

- KRUG, E. G., DAHLBERG, L. L. et al. *World Report on Violence and Health*. Geneva : WHO, 2002. 347 s. ISBN 978-92-4-154561-5.
- MÁTEL, A. Domáce násilie ako sociálno-patologický jav. In BARGEL, M. – MÜHLPACHR, P. et al. *Inkluze versus exkluze – dilemata sociální patologie*. Brno: MSD, 2010. ISBN 978-80-87182-12-3, s. 108-117.
- PENHALE, B. Koncept zneužívání seniorů (elder abuse) – konec mlčení. In *Postavení a diskriminace seniorů v České republice*. Sborník z mezinárodní konference. Praha : MPSV ČR, 2006. ISBN 80-86878-52-X, s. 98-111.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno : Pedagogická fakulta Masarykova univerzita v Brně, 2004. 204 s. ISBN 80-210-3345-2.
- Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 273/2009 Z. z. – Európska sociálna charta (revidovaná).
- STEM. *Násilí na starých lidech. Reprezentativní sociologický průzkum*. Praha : STEM, 2003.
- TATARA, T. *Summaries of the statistical data on elder abuse in domestic settings for FY 90 and FY 91*. Washington, DC : National Aging Resource Center on Elder Abuse, 1993.
- UNITED NATIONS. *Implementation of the International Plan of Action on Ageing and related activities*. A/RES/46/91. 16 December 1991.
- WHO. *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse*. Geneva : WHO, 2002. 4 s.
- WHO / INPEA. *Missing voices: Views of older persons on elder abuse*. Geneva : WHO, 2002. 22 s.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 204 s.
- JUZL, M. *Základy pedagogiky*. Brno: IMS Brno, 2010, 185 s. ISBN 978-80-87182-02-4
- ČERNÁ, E.: *Celoživotné vzdelávanie a neformálne vzdelávanie dospelých*. In: Úloha neformálneho vzdelávania v procese celoživotného vzdelávania : Zborník z rovnomennej medzinárodnej konferencie NKOS. Spišská Kapitula 2009. - Košice: TYPOPress, 2009. ISBN 978-80-89089-87-1.
- BALOGOVÁ, B.: *Seniori*. Prešov: Akcent print, 2005. 157 s., ISBN 80-969274-1-8.
- BOŠMANSKÝ, K.: *Starý člověk mezi nami- podľa apoštolského listu Jána Pavla II.: Jeseň života*. In: Duchovný pastier. Trnava: SSV, 2003, č. 6, roč. LXXXIV, 328 s., ISSN 0139-861X.
- ČORNANIČOVÁ, R.: Úloha vzdelávania seniorov v procese zmierňovania dôsledkov starnutia: *Starostlivosť o seniorov z aspektu verejného zdravotníctva: Zborník z ôsmeho stredoeurópskeho sympózia o sociálnej gerontológii*. Bratislava : Academia Istropolitana, 2000. 233 s. ISBN 80 – 85756 – 23 – 4.
- DIRGOVÁ, E.: *Globalizácia ako civilizačný fenomén verzus kvalita života seniorov*. In: In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Globalizácia a kvalita života a zdravia. Prešov : VŠZaSP sv. Alžbety, 2009. ISBN 978-80-89284-66-5 .

- DIRGOVÁ, E.: *Kvalita života seniorov – zrkadlo spoločnosti*. In: Disputationes Scientificalae. Ružomberok: Katolícka univerzita, 2010, roč. 10, č. 1, 112 s. ISSN 1335-9185.
- DIRGOVÁ, E. – KALANIN, P.: *Fenomén starnutia cez prizmu sociálnej gerontológie*. In: Disputationes Scientificalae. Ružomberok: Katolícka univerzita, 2010, roč. 10, č. 2, 112 s. ISSN 1335-9185.
- DRAGANOVÁ, H. et al. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta, 2006. 195 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- GILLERNOVÁ, I. a kol.: *Slovník základních pojmů z psychologie*. Praha: Fortuna, 2000. 80 s., ISBN 80-7168-683-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H.: *Fenomén stáří*. Praha : Panorama, 1989. 365 s. ISBN 80-7038-158-2.
- JUZL, M. *Základy pedagogiky*. Brno: IMS Brno, 2010. 185 s. ISBN 978-80-87182-02-4
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál, 2002. 184 s. ISBN 80-71786-42-X.
- KRUPA, J.: *Acta*. Bratislava: Rímskokatolícka cyrilometodská bohoslovecká fakulta Univerzity Komenského, Polygrafia SAV, 2002. 306 s., ISBN 1335-8081.
- LACA, P.: *Etické požiadavky na povolanie v zdravotnej starostlivosti*, In: Zborník z medzinárodnej konferencie - Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi, Ružomberok : Verbum, 2010. 160 s. ISBN 978-80-8084-616-9.
- LACA, P.: *Miluj svojho bližneho*. Prešov : Slovo časopis gréckokatolíckej cirkvi, č. 7, roč. 37, 2003. ISSN 1311-8544.
- MURAŇOVÁ, M.: *Malá učebnica starnutia (aj pre mladých)*. Bratislava : Lúč, 2001. 48 s. ISBN 80 – 7114 – 336 – 7.
- NOVOSAD, L.: *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 158 s. ISBN 80-7178-197-5.
- PASTERŇÁKOVÁ, L.: *Hovoríme o empatii*. In. *Vychovávateľ*, Educatio, č. 9, roč. 51, 2005. ISSN 0139-6919.
- PAULIČKA, I. a kol.: *Všeobecný encyklopedický slovník S- Ž*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2005, 1064 s., ISBN 80-7181-768-6.
- RHEINWALDOVÁ, E.: *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999, ISBN 80-7169-828-8.
- RÍČAN, P.: *Cesta životem*. Praha: Panorama, 1989. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- Sväté písmo*. Trnava : SSV, 2001, 2124 s. ISBN 80-7162-281-8.
- SCHAVEL, M. 2007. *Kooperácia v multiprofesnom tíme ako predpoklad efektívnej pomoci klientom*. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie - Poruchy správania v edukačnom procese. Martin : Osveta, 2007. ISBN 80-8063-279-3.
- ŠTEFKO, A.: *Dôstojnosť človeka v starobe chorobe a zomieraní*. Bratislava: Dialógy, 2003, s. 149 s., ISBN 80-7141-429-8.

ŠTEFKO, A., KRAJČÍK, Š.: *Starý člověk a jeho důstojnost u pohledu medicínskej etiky*,
In: *Studia aloisiana*. Trnava: Dobrá kniha, 2000, 395 s., ISBN 80-7141-311-9.

SHRNUTÍ STUDIJNÍ OPORY

Cílem učebního textu je realizace základního vhledu do problematiky seniorské populace ve speciálně pedagogických kontextech. Vedle základních charakteristik sociální skupiny seniorů se text věnuje velmi závažnému jevu, který má epidemiologický výskyt – demenci, a to ve všech možných variabilitách výskytu. Nedílnou součástí textu je i tabuizovaná problematika sénia – patologické jevy, zdravotní a sociální indispozice této věkové skupiny. Doufám, že uvedený text přispěje k rozvíjení daného tématu a studenti budou kompetentní v práci se seniory.

PŘEHLED DOSTUPNÝCH IKON



Čas potřebný ke studiu



Klíčová slova



Průvodce studiem



Rychlý náhled



Tutoriály



K zapamatování



Řešená úloha



Kontrolní otázka



Odpovědi



Samostatný úkol



Pro zájemce



Cíle kapitoly



Nezapomeňte na odpočinek



Průvodce textem



Shrnutí



Definice



Případová studie



Věta



Korespondenční úkol



Otázky



Další zdroje



Úkol k zamyšlení

Název: **Speciální geragogika**

Autor: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**

Vydavatel: Slezská univerzita v Opavě
Fakulta veřejných politik v Opavě
Výzkumné centrum pro sociální začleňování
Bezručovo náměstí 885/14, 746 01 Opava

Vydání: první

Místo a rok vydání: Opava, 2019

Náklad: elektronicky

Určeno: Studentům SU FVP Opava

Počet stran 121

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.

