

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Sociální práce se seniory s duševními
poruchami**

Social work with seniors with mental disorders

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor:

Veronika Lebdušková

Praha 2017

Poděkování

Tím to bych chtěla velmi poděkovat prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za veškeré informace, rady a čas, bez kterých by tato práce nebyla dokončena.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Sociální práce se seniory s duševními poruchami“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

Veronika Lebdušková

Anotace: Bakalářská práce nám přiblíží téma sociální práce se seniory. Jako sociální práce (formy sociální práce, druhy), sociální pracovník, gerontologie a vhodné služby pro seniory. Dozvíme se něco o stáří (jak se dá dělit), nebezpečný ageismus, mýty o stáří. Vhodné volnočasové aktivity a postavení starého člověka v dnešní společnosti. Ve třetí části se dozvíme něco o duševních poruchách jako je demence a deprese. Jak správně komunikovat s lidmi, která postihla duševní porucha. A poslední část je doplněna rozhovory s pacienty z psychiatrické nemocnice. Senioři byli náhodně vybráni a odpovídali na 9 otázek, které se týkají jejich životů. Odpovědi jsou přepsány v doslovném znění. Výsledky jsou stále v šetření kvality života seniorů.

Annotation: The bachelor thesis will bring us closer to the topic of social work with seniors. As social work (forms of social work, types), social worker, gerontology and appropriate services for seniors. We will learn about age (how to divide), dangerous ageism, old age myths. Appropriate leisure activities and the position of an old man in today's society. In the third part we learn about mental disorders such as dementia, depression. How to Communicate Properly With People Who Have Suffered Mental Disorder. And the last part is complemented by interviews with patients from a psychiatric hospital. The seniors were randomly selected and responded to 9 questions about their lives. Replies are transcribed in a verbatim report. The results are still in the quality of life of seniors.

Klíčová slova: sociální práce, senior, stáří, duševní poruchy, demence, deprese, terapie, komunikace, šetření

Keywords: social work, senior, old age, mental disorders, dementia, depression, therapy, communication, investigat

OBSAH

Obsah.....	5
Seznam zkratek.....	7
Úvod.....	8
1. ZÁKLADNÍ POJMY.....	9
1.1. Sociální práce.....	9
1.1.2. Úrovně sociální práce.....	10
1.1.3. Druhy sociální práce.....	10
1.1.4. Formy sociální práce.....	12
1.2. Služby sociální péče pro seniory.....	13
1.3. Sociální pracovník.....	15
1.4. Gerontologie.....	16
2. STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	18
2.1. Stáří.....	18
2.2. Obecné znaky stárnutí.....	19
2.2.1. Mýty o stárnutí.....	20
2.3. Rozdělení věkových kategorií.....	21
2.3.1. Druhy stáří.....	22
2.4. Postavení a postoje starého člověka ve společnosti.....	21
2.5. Ageizmus.....	23
2.6. Volnočasové aktivity pro seniory.....	24
3. DUŠEVNÍ PORUCHY.....	27
3.1. Duševní poruchy ve vyšším věku.....	27
3.2. Příčiny duševních poruch.....	28
3.3. Prevence duševních poruch.....	29
3.4. Diagnostika duševních poruch ve vyšším věku.....	30
3.5. Demence.....	30
3.5.1. Nejčastější formy demence.....	34
3.6. Deprese ve vyšším věku.....	36
3.7. Komunikace s lidmi, které postihla duševní porucha.....	38

3. 8. Terapie.....	40
3.8.1. Reminiscenční terapie.....	40
3.8.2. Muzikoterapie.....	41
3.8.3. Taneční terapie.....	41
3.8.4. Arteterapie.....	42
3.8.5. Zooterapie.....	42
4. ŠETŘENÍ KVALITY ŽIVOTA SENIORŮ.....	44
4.1. Cíl.....	44
4.2. Metoda a metodika.....	44
4.3. Úkoly.....	44
4.4. Data a jejich interpretace.....	45
4.5. Závěr šetření.....	51
ZÁVĚR.....	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	53
SEKUNDÁRNÍ LITERATURA.....	55
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	55
SUMMARY.....	56

SEZNAM ZKRATEK

apod.	a podobně
aj.	a jiné
CNS	centrální nervová soustava
např.	například
tzv.	takzvaný
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Úvod

Můj zájem o seniory přišel tehdy, když jsem měla letní brigádu v psychiatrické nemocnici. Musím se přiznat, že psychiatrická nemocnice mne lákala už od malička. Podle mého názoru mám to štěstí, že bydlím přímo naproti psychiatrické nemocnici. Dříve se jmenovala psychiatrická léčebna. Trávila jsem tam dost svého volného času, protože je otevřena i pro veřejnost a je to nádherné klidné místo. I když se to pro některé může zdát trochu nebezpečné bydlet takto blízko psychiatrické nemocnice, tak já jsem velice ráda, že tu mohu bydlet. Jiné krásnější místo neznám. Je tu krásné ticho, příroda je tu krásná a dá se tu najít i místo na odpočinek. Musím říct, že všechny čtyři roční období jsou tu nádherná. Stromy se tu krásně zbarví. Jaro je tu krásně barevné, všechno tu krásně kvete a stromy se zelenají. V létě nás stromy schovávají před paprsky sluníčka. Na podzim je tu všechno zbarvené do podzimních a teplých barev a v zimě, když napadne sníh tak to vypadá jako zasněžená brána do jiného světa.

Bez nějakého rozmyšlení nebo předem zeptání mě přiřadili na oddělení seniorů. Byla jsem zařazena jako pomocnice ve zdravotnictví, protože nemám žádné zdravotnické vzdělání. Má práce spočívala v tom, že jsem se starala o seniory. Upřímně první týden byl pro mě velmi těžký. Neměla jsem s tím žádné zkušenosti, co se týče péči o seniory. Neměla jsem chuť se smát, cítila jsem úzkost a pocit bezmoci. Poprvé jsem se setkala se zesnulým člověkem. Byl to velmi těžký první týden. Nejsem ten typ člověka, co se mu udělá mdlo, když vidí něco nepěkného, ale přesto to bylo velmi těžké. Bod zlomu přišel po prvním týdnu, když mi jedna z pacientek řekla, že jsem jediná, kdo za ní chodí a ptá se, jestli něco nepotřebuje a jsem její anděl. To mě velice zahřálo u srdíčka a motivovalo mě to se více zaměřit na seniory.

A proto tuto bakalářskou práci chci zaměřit na seniory a péči o ně. Moc lidí neznám, které by zajímala péče o seniory, ale mě ta práce naplňuje. Sice je to těžká práce a mnohdy i smutná, ale to patří k životu. Ráda budu tím andělem, který jim bude na blízku, ať jsou v jakékoliv životní situaci.

1. Základní pojmy

Tato část se bude zabývat základními pojmy. Dále se bude zaměřovat na sociální práci se seniory. Jak se říká, nejprve člověk musí ohlodat slupku a až později se dostane k jádru. Nejprve se budeme zaměřovat na obecné definice, rozdělení sociální práce, a vhodné a potřebné služby pro seniory.

1.1. Sociální práce

Sociální práci můžeme definovat jako „činnost, která předchází nebo upravuje problémy jednotlivců, skupin a komunit. Které vznikají z konfliktů potřeb jedinců a společenských institucí. Jejím záměrem je zlepšit kvalitu života všech lidí. Podstatou sociální práce je angažovat se potřebným.¹

Podle Matouška (2008, s. 200) můžeme sociální práci definovat jako společenskovední disciplínu, která se zabývá praktickou činností a hlavním cílem je odhalování, vysvětlování a řešení nežádoucích sociálních problémů. Dá se říci, že sociální práce se opírá o společenskou solidaritu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám.

Podle Payneho (2006) můžeme říci, že sociální práce je aktivita, která je zaměřena na zlepšování a obnovení sociálního fungování klienta. A snaží se vytvořit takové podmínky, aby klient mohl naplnit své cíle.

Sociální práce je obor orientovaný na řešení definované oblasti lidských problémů. Hraničí s řadou akademických i praktických disciplín zabývajících se životem člověka. S mnoha z nich má společné některé poznatky a postupy. Přesto je však samostatnou disciplínou. Odlišuje ji důraz na sociální fungování klienta.

Jak uvádí Matoušek (2003), v praxi to znamená, že sociální pracovník pohlíží na člověka jako na bytost, která existuje v prostředí a musí zvládat jeho nároky i když je to mnohdy těžké.

¹ <http://www.charitaopava.cz/equal/metodika/cd/cz/text5a.htm>

1.1.2. Úrovně sociální práce

Na sociální práci můžeme takto:

a) Mikroúroveň sociální práce

Mikroúroveň sociální práce je sociální práce s jednotlivcem a můžeme do mikroúrovně zařadit například případovou sociální práci, vedení případu (podporování klienta a jeho schopností vyrovnat se s problémy). Zjednodušeně řečeno mikroúroveň je sociální práce s jednotlivcem.

b) Mezoúroveň sociální práce

Mezoúroveň sociální práce je zaměřena na sociální práci s rodinou a s malými skupinami.

c) Makroúroveň sociální práce

Makroúroveň sociální práce je zaměřena hlavně na sociální práci s velkými skupinami, organizacemi a komunitami²

d) Exoúroveň sociální práce

Exoúroveň sociální práce se zaměřuje na vzájemné působení prostředí mezi sebou. V tomto působení jedinec nemá žádný vliv a nehraje žádnou roli, ale působení prostředí na něj zanechává určitý vliv.(např. špatná situace v zemi, ve které jedinec žije, válka, ekonomická krize apod.)³

² MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

³ https://is.muni.cz/th/369093/fss_m/diplomova_prace.txt

1.1.3. Druhy sociální práce

a) Služby sociální péče

Služby sociální péče se snaží pomáhat lidem, kteří jsou nějakým způsobem znevýhodněni. Snaží se je zapojit do každodenního života.

Mezi služby sociální péče řadíme například pečovatelskou službu, osobní asistenci, tísňovou péči, průvodcovskou a předčitatelskou službu, centrum denních služeb, odlehčovací službu, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních a i sexuální asistenci.

b) Služby sociální prevence

Služby sociální prevence se snaží něčemu předcházet. Už to slyšíme v tom slovu prevence. Prevence pochází z latinského slova *praevenire* což znamená předcházet. Když to spojíme se sociální prací tak nám vyplývá, že jsou to nějaká opatření, předcházení nežádoucí životní, sociální, zdravotní situací. Snaží se pomáhat lidem, kterým hrozí například sociální vyloučení, nebo jsou nějak znevýhodněni. Snaží se zmírňovat a předcházet společensky nežádoucími situacím.

Do služeb sociální prevence řadíme například telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, nízkoprahová denní centra, raná péče, služby následné péče, domy na půl cesty, kontaktní centra, intervenční centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitaci.⁴

Prevenici jako takovou můžeme rozdělit do tří kategorií. Na prvním místě máme prevenci primární. Prevence primární je zaměřena na celou naši populaci. Především na tu část, která není kriminálně riziková. Primární prevence je pro všechny, není konkrétní a

⁴ <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

předchází nějaké činnost, volnočasové aktivity, přednášky ve školách, semináře a mnoho dalšího.

Za druhé máme prevenci sekundární. Sekundární prevence se nám zaměřuje na aktivity, které jsou spojeni a zaměřeni na kriminálně rizikové skupiny nebo jedince, u kterých hrozí nebo je zvýšená pravděpodobnost, že se stanou pachateli trestné činnosti. Sekundární prevence se zaměřuje na jejich sociální prostředí (sekty, sídliště) a na příčiny. Nebo také na oběti trestné činnosti (staří lidé, handicapovaní lidé, sociálně slabší jedince).

Za třetí máme prevenci terciální. Terciální prevence se nám snaží provádět taková opatření a aktivity, které jsou zaměřeny na kriminálně narušené jedince a na jejich sociální prostředí. Stručně řečeno terciální prevence se zaměřuje na skupiny nebo jedince, kde se přímo vyskytuje nežádoucí chování nebo nějaká trestná činnost a snaží se zamezit nebo zmírnit toto nežádoucí jednání, chování.

c) Služby sociálního poradenství

Sociální poradenství nám pomáhají řešit nežádoucí sociální situace a poskytuje nám informace, které nám pomohou řešit tyto situace. Je to základní pomoc při poskytování všech druhů služeb.

Sociální poradenství můžeme rozdělit na dvě složky. Za prvé máme základní sociální poradenství. Tam můžeme zařadit například potřebné informace k řešení nežádoucích sociálních situací. A měl by je poskytnout každý sociální pracovník. Za druhé máme odborné sociální poradenství. Tam můžeme zařadit například občanské poradny, manželské a rodinné poradny, poradny pro seniory, pro osoby zdravotně znevýhodněné nebo pro oběti trestných činů a domácího násilí.

1.1.4. Formy sociální práce

a) Ambulantní

Ambulantní služby jsou takové služby, kdy osoba dochází nebo je doprovázena do zařízení. Není zde ubytována. Do ambulantních služeb můžeme zařadit například centra denních služeb, denní stacionáře, poradny a nízkoprahové centrum pro děti a mládež.

b) Terénní

Terénní služba je poskytována osobám v jejím přirozeném prostředí. Například sociální pracovník nebo pracovník sociálních služeb dochází do přirozeného prostředí za klientem. Sociální služba se poskytuje v jeho přirozeném prostředí (v bytě, na ulici apod.). Do terénních služeb řadíme pečovatelskou službu a streetworking.

c) Pobytové

Pobytové služby jsou takové služby, kdy klient je ubytován v zařízení sociálních služeb. Do pobytových služeb můžeme například zařadit týdenní stacionáře, domov pro seniory, domovy pro osoby se zdravotními potížemi apod.⁵

1.2. Služby sociální péče pro seniory

Služby sociální péče se snaží zachovávat lidskou důstojnost klientů. Dále se snaží aktivně rozvíjet schopnosti klientů a zlepšovat jejich soběstačnost nebo ji alespoň zachovat na určité úrovni. Služby sociální péče vycházejí ze zájmů klientů a z individuálních potřeb a snaží se jednat v tom nejlepším zájmu klientů. Sociální služby se snaží pomáhat lidem v běžných životních úkonech, jako je například pomoc s hygienou, poskytnutí stravy, ubytování apod.

a) Denní stacionáře a týdenní stacionáře

Denní stacionáře

Je to služba, která se poskytuje ambulantně osobám, které mají sníženou soběstačnost například z důvodu věku, zdravotní postižení, chronické onemocnění apod. Denní stacionáře využívají klienti, kteří potřebují pravidelnou pomoc od druhé osoby. Služba zprostředkovává kontakt s okolím světem a služba se poskytuje za úhradu. V našem případě je tato služba velmi vhodná pro seniory, kteří nechtějí být sami doma a izolováni od okolního světa.

⁵ www.mpsv.cz

Týdenní stacionáře

Je to služba, která je pobytová a poskytuje se osobám, které potřebují neustálou pomoc nebo přítomnost druhé fyzické osoby. Tato služba poskytuje ubytování a stravu a přítomnost druhé osoby, která je připravena pomoci při jakékoliv každodenní činnosti. Služba je poskytována za úhradu.

b) Domovy pro seniory

Domovy pro seniory je taková služba, která se poskytuje osobám dlouhodobě a je to pobytová služba. Tuto službu využívají osoby, které mají sníženou soběstačnost nebo mají nějaké chronické, duševní onemocnění. Déle tuto službu využívají lidé, kteří jsou závislí na návykových látkách, osoby se stařeckou demencí. Služba poskytuje ubytování, stravu, zprostředkovává kontakt s okolním světem a je poskytována za úhradu.

c) Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem se vyznačují tím, že režim v tomto zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám klienta dále se ztotožňuje s domovy pro seniory.

d) Odlehčovací služby

Odhlehčovací služba se vyznačuje tím, že je terénní, ambulantní nebo pobytová. Zaměřuje se na osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění apod. Cílem této služby je odlehčit pečující osobě. Například když pečující osoba, musí někde odjet například na služební cestu, dovolenou. Tato služba se poskytuje za úhradu.

e) Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba a poskytuje se osobám v jejich přirozeném prostředí. Je vhodná osobám, které mají zdravotní postižení nebo je vhodná také pro seniory. Osobní asistence pomáhá klientovi v každodenních situacích, ve kterých potřebuje pomoc. Tato služba se poskytuje za úhradu, je předem dohodnuta na časovém rozsahu.

f) Pečovatelská služba

Pečovatelská služba se poskytuje buď ambulantně nebo terénně. Je určena lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotní postižení nebo rodinám které potřebují v určitých životních situacích pomoc od druhé fyzické osoby. Služba zahrnuje pomoc při běžných činnostech. Tato služba je poskytována za úhradu, ale pro rodiny, ve kterých se současně narodily tři nebo více dětí nebo účastníkům odboje a pozůstalým manželkám / manželům a také účastníkům odboje starší 70 let tak je tato služba poskytuje bez úhrady.

g) Podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení se poskytuje terénně a osobám, které mají nějaké zdravotní potíže. Tato služba se poskytuje osobám, které potřebují pomoc od druhé fyzické osoby, a poskytuje se v domácím prostředí, kde se daný klient nachází. Služba se vyznačuje tím, že pomáhá, zajistí chod domácnosti, vzdělávání a výchovné činnost nebo pomoc při výchově. Dále pomáhá zprostředkovat kontakt s okolním světem a poskytuje se za úhradu.

h) Průvodcovské a předčitatelské služby

Služby se zaměřují na osoby, které mají snížené schopnosti z důvodu věku nebo jejich zdravotní stav je postižen v oblasti orientace nebo komunikace. Cílem této služby je pomáhat lidem vyřešit svoje vlastní záležitosti. Služba se poskytuje terénně a je úhradu.⁶

1.3. Sociální pracovník

Sociální pracovník je klíčová osoba pro sociální práci. Zákon o sociálních službách nám dokonce definuje a určuje činnost sociálního pracovníka.

§ 109 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách uvádí: Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou,

⁶ <http://www.mpsv.cz/cs/18661>, HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Jak už bylo řečeno sociální pracovník je klíčová osoba pro sociální práci. Ve své profesi může pracovat například s klienty a jejich rodinami, s přirozeným prostředím (parta mládeže na městském sídlišti), s uměle vytvořenými skupinami (skupina lidí v ústavní péči, ve vězení nebo školní třída), s organizacemi, s místními komunitami atd.

Sociální pracovník je velmi důležitá osoba pro klienty, kteří se ocitli v nežádoucí situaci a nedokážou si pomoc a potřebují pomoc či jen poradit od druhé osoby. Kvalitní sociální pracovník by měl být schopen aktivního naslouchání, hluboké empatie a měl by být důvěryhodný. Ze sociálního pracovníka musí vyzařovat zájem o klienta, že mu klient není lhostejný. Dále sociální pracovník musí mít takové vlastnosti, aby dokázal řešit obtížné a někdy i velmi závažné situace. Musí být odolný vůči stresu, chopen samostatného myšlení a rozhodování, musí unést břemeno s rizikem, ale není na škodu trochu humoru a sebekritičnosti. Tuto práci není schopen vykonávat kde kdo, a proto je velmi důležitá a zásadní motivace. Bez motivace to nelze. Sociální pracovník musí být všestranný a bez předsudků vůči klientům. Nebát se říci o pomoc od kolegů, podělit se s nimi o příběh a vyslechnout zpětnou vazbu, nějaké návrhy, nápady tak to řešit dál. Je to těžká a náročná práce na psychiku, ale to úsilí za to stojí.

1.4. Gerontologie

Gerontologie je nauka nebo věda o stárnutí a stáří, jejímž hlavním praktickým cílem je zkoumání příčin a projevů stárnutí, výzkum a vytváření podmínek pro prevenci předčasného stárnutí. Gerontologii můžeme také rozdělit na tři problémové okruhy.

První je gerontologie experimentální nebo také teoretická. Experimentální gerontologie se zabývá otázkami, proč a jak živé organismy stárnou. Jinak řečeno experimentální gerontologie zkoumá procesy a příčiny stárnutí. Můžeme ji chápat jako přirozenou součást biologie, ale především se zaměřuje na psychické změny v průběhu stárnutí a ve stáří.

Za druhé je gerontologie sociální. Už to slovo sociální vypovídá, že se gerontologie sociální se bude zabývat naší společností, životem ve stáří a mezilidské vztahy mezi seniory. Gerontologie sociální má aspekty demografické, politické, ekonomické, etické, sociologické, psychologické a právní.

Za třetí je gerontologie klinická jinak řečeno geriatrie. Klinická gerontologie se zaměřuje na zdraví a jeho podpory ve stáří. Dále se zaměřuje na funkčnost zdraví, zhoršující se pokles zdraví, chorobám, diagnostika chorob, léčba a prevence.⁷

⁷ KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6., MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

2. Stárnutí a stáří

2.1. Stáří

Pod pojmem stáří se člověku vybaví mnoho slov, zkušeností, ale také to má i svoji temnější stránku. Stáří je závěrečná etapa našeho života, která trvá od narození do smrti. Nevíme, kdy přijde ten bod zlomu a najednou budeme staří a začnou nás pouštět sednout v MHD, mluvit na nás nahlas. V zaměstnání už nás nebudou chtít, protože jsme staří a oni potřebují mladý svěží kolektiv. Když budeme shánět novou práci tak nás také nebudou chtít, protože jsme překvalifikováni a máme mnoho praxe a nebudou nás schopni správně finančně ohodnotit. Zdravotní potíže se objevují každým dnem a odchod do důchodu je za dveřmi. Existují definice nebo nějaké rozdělení podle věku, ale záleží na člověku samém, jak se opravdu cítí.

Stáří je závěrečná etapa našeho života, která je očekávaná, předvídatelná a bohužel neodvratitelná. Je to jedno z nejkrásnějších období, protože člověk může realizovat, co zatím v životě nestihl. Jak bylo řečeno je to událost očekávaná a předvídatelná a máme dost času se na to připravit. Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podminují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince. Jako mladý člověk si to ztěžka umíme představit, jaké to bude, až budeme staří. V dnešní době se provádí všechno možné, aby na člověku nebylo vidět stáří. Chodí se na všemožné operace, užívá se hromada léků, které možná zmírní příchod stáří, ale nakonec nás dostihne a čeká nás všechny stejný konec.

Podle Haškovcové (1990) se stáří může charakterizovat jako přirozené období lidského život. Velký důraz dává na to, že stáří není nemoc. Je to přirozený jev, který trvá celý život, ale je více zřetelný až v pozdějším stádiu našeho života.

Dále můžeme zmínit Mühlpachra (2004), který zmiňuje, že stáří není choroba, ale stáří je bohužel spojeno s velkým zvýšeným výskytem nemocí a nežádoucích zdravotních potíží. Velkou hrozbou je ztráta soběstačnosti, která s vyšším věkem pomalu, ale jistě snižuje. Člověk je nucen i při základních činnostech vyhledávat pomoc od druhé osoby a někdy je nucen i k velké životní změně. Jako je například stěhování, ze svého milovaného domu, ve

kterém žil většinu svého života. Staří lidé nemají rady změny a nechtějí být nikomu na obtíž. Někdy tyto životní změny mohou vést až k nežádoucímu chování, uzavření do sebe apod.

Ze slova stárnutí, už slyšíme nějaký děj, proces něco co se děje. Stárnutí je přirozený, nepřetržitý, nezvratný biologický proces. Tento proces trvá od vzniku zárodku do smrti. U každého člověka probíhá jinak. Pro individuální proces stárnutí jsou rozhodující vlivy především genetické, konstituční, zdravotní a vlivy životního prostředí a způsobu života.

2.2. Obecné znaky stárnutí

Jaké jsou obecné teorie o stárnutí. Když je člověk, malý tak lidé co mají šedivě vlasy, chodí o holi, jsou shrbeni, pořádně neslyší nebo mají propadlá ústa, protože si nevzali zubní protézu nebo spíše na ní zapomněli. Ruce mají vrásčité, klouby napadá artróza, kůže je pokryta stařeckými skvrnami, objevují se příznaky menopauzy, a pokud člověk nenosil brýle tak začne. Tak tyto znaky nám zobrazují stáří. V dnešní době je poněkud těžké určit jasně kdo je starý člověk. Je mnoho aspektu, které nám zabraňují jasně říci kdo je starý a kdo ne. Například šedivé vlasy. Je to trend dnešní doby. Mladí lidé nebo i lidé v pokročilém věku si barví vlasy na šedivou barvu. Dříve to byl jasný znak šedivé vlasy, rovná se starý člověk. Každý někam spěchá, musí být všechno honem rychle a na užívání života se pomalu zapomíná. Stárnutí má i hezké stránky. Děti nám vylítnou z hnízda, těšíme se na vnoučata a můžeme realizovat své sny.

Teorie stárnutí můžeme rozdělit na stochastické (nahodilé) a nestochastické (deterministické) nebo se dá říci vývojově genetické.⁸ Stochastické teorie stárnutí vycházejí „na předpokladu, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné a s věkem přibývá porucha buněčného řízení“ (Malíková, 2011, s. 17)

Do stochastické teorie můžeme například řadit teorii omylů a katastrof (ke stárnutí dochází v důsledku nahromadění chyb v syntéze proteinů při jejich transkripci a translaci),

⁸ JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. Volný čas seniorů. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9., MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

teorie opotřebení (vychází z předpokladů, že došlo k poškození životně nenahraditelných částí organismu). Nestochastické teorie můžeme například řadit pacemakerová teorie („teorie genetický hodin“ určité orgány nebo orgánové systémy jsou považovány za geneticky naprogramované na určitou dobu), genetická teorie (vychází z předpokladu, že délka života je specifická pro každý živočišný druh). (Malíková 2011, s. 17)⁹

Obecné znaky stárnutí se dělí na tři skupiny. První máme fyzické znaky. Do fyzických změn řadíme změny vzhledu, změny na kůži (ztráta elasticity), vrásky, pigmentové skvrny, nehtová lůžka hrubnou. Šedivění a řidnutí vlasů, horší pohyblivost, degenerace páteře (hrb, snižování váhy), smyslové zhoršení (nošení brýlí, naslouchátek, špatná jemná motorika a změna chuti). Dále do fyzických změn řadíme řidnutí kostí, zhoršení funkcí orgánů a chronické nemoci.

Za druhé máme psychické znaky. A tam můžeme zařadit změny paměti, špatně si pamatují nebo si nemohou vzpomenout, klesá mozková kapacita, dlouhodobá paměť funguje, ale mají velký problém s krátkodobou pamětí. Starší lidé mají problém se adaptovat na změny, zvýšená emoční činnost jako je plačtivost nebo deprese. Objevují se například zpomalené reakce, prohlubují se povahové rysy, mají rádi stereotyp a roste životní moudrost.

Poslední jsou sociální znaky. Tam řadíme odchod do důchodu, smrt partnera, strach, ekonomické problémy, ztráta vysokého postavení. Řešení otázky druhého životního programu, hrozí sociální izolace, fyzická závislost na druhé osobě, nechtěné stěhování a v poslední řadě problém se sexualitou.

2.2.1. Mýty o stárnutí

Slovo mýtus nebo řecky mythos pochází z řeckého původu a znamenalo to řeč a vyprávění. Je to něco co se vyprávělo, tradovalo, zpívalo a předávalo z generace na generaci. Můžeme říci, že to byl příběh symbolického nebo náboženského významu. Nemůžeme na sto procent říci, zda byl skutečný nebo neskutečný a vymyšlený.

⁹ MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

Helena Haškovcová (2010, s. 42) nám rozdělila 5 hlavních mýtu o stáří.

- Mýtus falešných představ může poukazovat na lidi, kteří si myslí, že starý člověk je ekonomicky a materiálně zabezpečen a tudíž je spokojen.
- Mýtus zjednodušené demografie. Můžeme říci, že je to chybná představa lidí, která si myslí, že odchod do důchodu je jen pod zlomem a člověk se stává starým a ztrácí smysl života.
- Mýtus homogenity nám vyplívá už ze slova homogenita. Homogenita, znamená stejná struktura a stejnorodost. Zjednodušeně řečeno většina starých lidí si je dost podobná. Možná to dělají šedivé vlasy, vrásky, pomalejší chůze nebo chůze o holi apod.
- Mýtus neužitečného času vypovídá o tom, že senioři nepracují a tudíž jsou pro společnost neužiteční jedinci a společnost na ně musí vydělávat. Ale opak je pravda. Senioři byli a jsou užiteční v mnoho jiných odvětví a byli produktivní po dobu svého života.
- Mýtus ignorance je takový mýtus, který postavuje staré lidi na druhou kolej nebo nejsou prospěšní a proto je můžeme ignorovat.
- Mýtus o arterioskleróze hovoří o starých lidech, že jsou sklerotičtí a nemocní.

2.3. Rozdělení věkových kategorií

Členění nebo rozdělení stáří je komplikované a není úplně jasná pravidla jak to přesně rozdělit. Budeme vycházet ze zaručeného zdroje a je to je světová zdravotnická organizace (WHO), která uvádí rozdělení takto:

30 – 44 let	dospělost
45 – 59 let	střední věk (zralý věk)
60 – 74 let	senescence (začínající, počínající, časná stáří)
75 – 89 let	kmetství (senium, vlastní stáří)
90 let a více	patriarchum (dlouhověkost)

Podle Mühlpachra (2004) můžeme rozdělit stáří takto:

65 – 74 let	mladí senioři
75 – 84 let	staří senioři
85 let a více	velmi staří senioři

2.3.1. Druhy stáří

- Kalendářní stáří neboli chronologické je nejpoužívanější měřítko, přičemž platí *demografické pravidlo*. Určuje se dosažením určitého věku, ale jde velmi ztěžka určit přesnou hranici začínajícího stáří. V dřívějších dobách se stáří začínalo kolem šedesátým rokem, ale postupem času se tato hranice posunula na šedesátý pátý rok. Toto vymezení je individuální a záleží na člověku samém, jak se cítí jak fyzicky tak i psychicky.
- Biologické stáří nelze také úplně dobře vymežit jako kalendářní stáří. Ale můžeme říci, že biologické stáří je označení pro přirozené tělesné změny i v důsledku nemoci, která přispívá na urychlení stárnutí. Je to proces, při kterém dochází anatomickým změnám v organismu, které mají následek pozvolné snižování pracovní schopností. Stáří a umírání je součástí našeho života, ale může to ovlivnit například zdraví životní styl, kladné rodinné vztahy apod. Tyto aspekty mohou, ale i nemusí působit na umírání.
- Sociální stáří nám označuje postavení, starého člověka ve společnosti. V České republice se vymezuje odchodem do důchodu. Člověk tím pádem uzavírá dosavadní etapu svého života a otevírá novou a tím spojené nové sociální role jako je například prarodič.

2.4. Postavení a postoje starého člověka ve společnosti

Z historického hlediska se mnoho změnilo. Když se například ohlédneme o pár staletí zpět tak starý člověk byl velmi uctíváný a žádaný. V dřívějších dob starý člověk znamenal, že je moudrý a má mnoho zkušeností. Což vyvolávalo úctu ke starším lidem a samotnému stáří, protože v dávných dobách bylo dožití vysokého věku velmi vzácné. Jak šel čas dál, prodlužovala se hranice vyššího věku a postavení ke starým lidem se postupem času změnilo. Když se ohlédneme o pár let zpět tak politická a ekonomická sféra se dříve týkala starším lidí. Dnešní společnost spíše preferuje mladí, mladiství vzhled, angažovanost, moderní obličání a chování. Právnick, sociální pracovník nebo zdravotnictví tak tam je vítána zkušenost postarších lidí.

Společnost 21. století někdy odsouvá seniory na kraj společnosti a to vede k různým nežádoucím reakcím a někdy až k sociální smrti. Sociální smrt je obrázek stavu, kdy je zcela funkční oběhová i dechová stránka člověka, ale duševní, motorická a senzorická stránka člověka je nenávratně zničena. Pro přátele a blízké okolí je mrtví a to může vést k tomu, že se člověk trápí, uzavírá se do sebe a tímto přístupem přispívá ke smrti. V nejhorších případech se může stát, že ten člověk zemře.

2.5. Ageismus

Ageismus vznikl v 60. letech 20. století v USA. S první definicí přišel ředitel amerického Národního institutu pro stárnutí R. N. Bulter v roce 1968. Vidovičová ageismus definovala takto: *Ageismus je ideologie založená na sdílené víře v kvalitativní nerovnost jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.*

Podle slovníku cizí slov ho můžeme charakterizovat jako diskriminaci z důvodu věku, hyperkritický a přehnaně negativní postoj ke stáří nebo jsou to předsudky.

Je postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním až k velkým odporem ke

starým lidem. V důsledku takového postoje naší společnosti dochází takzvané symbolické diskriminaci starých lidí. Považuje za méněcenné všechny staré lidi bez rozdílů. Nebere ohled na city a na jejich individualitu. Projevy ageismu se objevují ve všech škálách naší společnosti. Například trh práce. Naše společnost má a bude mít předsudky na starší lidi. Společnost vyhledává mladé angažované lidi, a když postarší člověk přijde, o zaměstnání těžko se mu hledá nové. Naše společnost by měla změnit pohled na starší lidi, protože mají mnoho zkušeností a chtějí být prospěšní pro naši společnost i v pokročilém věku.

2.7. Volnočasové aktivity pro seniory

Jak už bylo řečeno starší lidé a v důchodu mají spoustu zkušeností a čas. Mohou realizovat své koníčky, na které nebyl čas, protože museli chodit do práce a být prospěšní pro naši společnost. Mohou zúrokovat své celoživotní zkušenosti, co zatím nastřádali. Aby člověk v důchodu mohl, splnit své přání je dobré se na to připravit. Je to sice těžké, protože skoro celý život musí pracovat a najednou nikam nemusí. Je to velká změna a člověk by se měl udržovat v dobré psychické a fyzické formě, dobré sociální vztahy s rodinou, přáteli, zdraví životní styl a věnovat se koníčkům, které ho baví.

Volný čas ve stáří závisí na tom, zda člověk žije sám nebo s partnerem, nebo rodinou. Dále závisí na aktuálním životním stavu a na věku, profesi, vzdělání, pohlaví a na sociální skupině. Jestlipak ubývají, sportovní aktivity člověk by se měl věnovat například četbě nebo ručním pracím. Když dochází ke zpomalení životního tempa, dojde k ubývání sil a výkonosti.

Do volnočasových aktivit můžeme například zařadit:

Programy pro seniory, vzdělávání a zaměstnávání

Velkou roli hraje prevence nedostatku činností ve stáří, je dobře pěstovat si koníčky už od mládí. Když člověk odejde, do důchodu nastává problém tzv. druhého životního programu jinak řečeno co s volným časem.

Univerzita třetího věku

Nabídky na vzdělávání ve vyšším věku se zvyšují. Dá se vzdělávat v nějakém oboru, 1. nebo 2. leté studium příklad 1x týdně nebo 1x za 14 dní. Nedávají člověku oprávnění k výkonu povolání, ale dozví se něco nového o co májí zájem. Tato myšlenka vznikla ve Francii, především pro lidi co nemohli za II. světové války studovat a měli o daný obor zájem. Univerzita 3. věku slouží k udržení psychické aktivity, nové poznatky, nová přátelství a člověk není v izolaci od okolního světa. Podmínky pro přijetí na univerzitu je důchodový věk, maturita a někdy i symbolický poplatek.

Akademie třetího věku

Akademie 3. věku má podobné znaky a cíle jako Univerzita 3. věku. Jedná se obvykle o cyklus přednášek například 10 během 1 semestru.

Sdružení pro seniory

Do sdružení pro seniory můžeme zařadit Život 90, který vznikl v roce 1990. Život 90 se snaží umožnit seniorům plnohodnotný život, tam kde to mají rádi a cítí se tam být doma. Poskytuje maximální pomoc a služby, které slouží k lepšímu životní úrovni. Nabízí různé půjčování kompenzačních pomůcek (berle, vozík, TV lupy...), dále poskytuje pečovatelskou službu, poradenství, cvičení paměti, turistiku, sportovní aktivity, zábavu, kulturu, služby na telefonu...

Kluby důchodců (seniorů)

Kluby slouží k vzdělávání, pořádají různé vycházky, zájezdy a zprostředkovávají kontakt s okolním světem a s vrstevníky.

Volnočasové aktivity

Do volnočasových aktivit můžeme řadit například kulturní akce (kino, festivaly, vernisáže, divadla...), sportovní akce (zájezdy, sportovní zápasy, turistiku...), domácí práce (pletení, háčkování, úklid, vaření, zahradničení...).

Různé činnosti pro seniory

Sem můžeme zařadit výtvarné techniky jako je arteterapie (malby, kresby, omalovánky), které pak může zpeněžit a není důležitý výsledek, ale činnost sama. Člověk se odreaguje a přijde na

jiné myšlenky. Textilní techniky (různé druhy ručních prací, batikování, koláže, výroba dek, polštářů, plstění...), práce s papírem (ruční papír, koláže, vystřihování, výroba origamů, draků), práce s přírodními materiály (aranžování květin, vyřezávání, koláže z květů, listů...), práce s hmotou (vosk, těsto, tavení plastů na dekoraci...), pečení nebo vaření, nácvik jemné motoriky (navlékání korálek, puzzle, stavebnice), taneční terapie, tréninky paměti, muzikoterapie, společné čtení, vycházky, zooterapie.¹⁰

¹⁰ HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

3. Duševní poruchy

3.1. Duševní poruchy ve vyšším věku

Čím je člověk starší a v pokročilejším věku tak má větší riziko výskytu nežádoucích zdravotních potíží. Jak už bylo řečeno stáří je předvídatelná událost a můžeme se na ni připravit, aby naše staří probíhalo tak jak má nebo jak bychom si přáli. Je dobré se udržovat ve formě, dodržovat zdravý životní styl, ale čemu nezamezíme tak je nějaká predispozice nebo dědičnost k nějaké nemoci. Jestlipak v naší rodině je velký výskyt nějakých zdravotní potíží tak je velká pravděpodobnost že ji také můžeme dostat.

Duševní poruchy patří k nebezpečným poruchám našeho organismu. Je to taková nenápadná nemoc, která se vkrade do našeho života a pomalu nás okrádá o zaslíbený odpočinek a i o plnohodnotný život. Když člověk trpí duševní poruchou tak netrpí jen on ale i jeho rodina, přátelé a blízký. Duševní poruchy jsou tak zálučné a nevypočitatelné, protože se vsunou do naší duše a mozku. Tím ovlivňují naše chování a jednání. Pokud nejsou v nějakém pokročilém stavu tak na první pohled nejsou znatelné na rozdíl od mentálního postižení nebo tělesného postižení.

MKN-10 dělí duševní poruchy do deseti skupin:

- F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických (demence, delirium, organická halucinóza, porucha osobnosti)
- F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování-závislosti
- F20-F29 Schizofrenie
- F30-F39 Poruchy nálady (Afektivní poruchy)
- F40-F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50-F59 Behaviorální syndromy s fyziologickými poruchami
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování dospělých
- F80-F89 Poruchy psychického vývoje
- F90-F99 Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a adolescenci

3.2. Příčiny duševních poruch

- **Biologické**

Do biologických duševních poruch můžeme zařadit například genetické faktory. Genetické faktory jsou predispozice k nějaké dané nemoci. Například babička a matka trpěly nějakou duševní poruchou tak je velká pravděpodobnost, že dcera může trpět také nějakou duševní poruchou. Dále tu máme vlivy prenatální (doba, která se týká mezi početím a narozením), perinatální (období, které se vztahuje před porodem a krátce po něm) a postnatální (doba poporodní, po narození). Je velmi důležité jak se matka chová v těhotenství. Pokud matka v těhotenství prodělala nějakou infekci, užívala intoxikační látky, prodělala mnoho stresu v těhotenství tak to má velké a nežádoucí dopady na vývoj dítěte. Také záleží na průběh porodu. A v poslední řadě tu máme somatické onemocnění. Sem řadíme infekční, srdeční, ledvinová, jaterní, gastrointestinální, endokrinní onemocnění.

- **Fyzické a chemické**

Do fyzických a chemických příčin řadíme úrazy hlavy, poporodní trauma (těžký a velmi bolestivý porod, laktační psychóza, poporodní blues, deprese), radioaktivní ozáření, intoxikace (léky, průmyslové jedy, drogy)

- **Sociální**

Do sociálních příčin řadíme citovou deprivaci (strádání) v dětství. Dětství je velmi důležitou složkou pro dobré mezilidské vztahy. Dětství má probíhalo tak jak má, protože to co si odneseme, z dětství to pak budeme šířit dál. Dítě je obrázkem svých rodičů a tak má být velký důraz na výchovu a přístup dětí a na jejich vzory. A nesmíme opomenout učitele, protože děti ve školách tráví hodně času a také na jejich školní kolektiv a kamarády. Špatná parta může svést z cesty i dobře vychované dítě se správnými vzory.

- **Vlivy prostředí**

Sem řadíme to, co na nás působí zvenčí. Jako jsou životní události. Úmrtí milované osoby, rozvod rodičů nebo předčasné odloučení od matky. Dále na nás působí vlivy ve škole například šikana, pracovní prostředí nebo ekonomické stresory jako je strach, že neuživím rodinu, nestihnu včas zaplatit složenky apod.

3.3. Prevence duševních poruch

Tak pro medicínské odvětví ta i pro duševní poruchy je důležitá prevence, může nám zmírnit nebo nás aspoň připraví, jaké to bude, až nás postihne nežádoucí duševní porucha. Prevenci můžeme rozdělit do tří kategorií.

1. Primární

Cílem primární prevence je snížit výskyt duševních poruch. Zaměřuje se na společnost a snaží se zamezit nežádoucím společenským jevům a zátěžových situací, které jsou náročné a někdy i spouštěč pro oslabené jedince. Prevence napomáhá oslabeným jedincům, ukazuje jim správnou cestu jako je zdravý životní styl, režim dne apod.

2. Sekundární

Sekundární prevence se zaměřuje na dané oslabené jedince, u kterých se objevují prvotní příznaky duševních poruch. Zaměřuje se na léčbu a kontakty s lékaři, který zajišťují praktický lékař. Dále se specializuje na velké životní okamžiky jako je odchod do důchodu, období po porodu, přestěhování atd.

3. Terciální

Terciální prevence se zaměřuje na zmírnění následku duševních poruch a snaží se zabránit novým nebo opakovatelným příznakům. Velkou roli klade na doléčovacích psychózách. Nezastupitelnou roli na důstojný život mají ambulantní péče (denní stacionáře, chráněné dílny atd.).

3.4. Diagnostika duševních chorob ve vyšším věku

Jak život ubíhá a člověk se dostává do pokročilejšího věku tak je pravděpodobnost že onemocníme nějakou duševní poruchou. Roky přibývají, kognitivní funkce nám ubývají a postupem času nám pohltí mozek, že už pak ani sebe nepoznáváme. Ve vyšším věku můžeme onemocnět například demencí, depresí, delirium nebo bludy.

3.5. Demence

Demenci můžeme definovat jako poruchu, u které dochází ke snížení paměti i další kognitivních (poznávacích) funkcí (funkci, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování). Dále mezi tyto funkce řadíme také řečové funkce (schopnost tvorby řeči i schopnost porozumění řeči) – exekutivní (výkonné) funkce. K postižení kognitivních i dalších funkcí dochází onemocněním mozku, nejčastěji chronickým a postupujícím onemocněním. U demence dochází k poškození nejen kognitivní funkcí, ale také poškození aktivit denního života a poruchy emocí (afektů a nálad), chování, spánku a motivace. Demence není onemocnění ale syndrom, který v sobě skrývá mnoho různých příznaků a příčin. Některé choroby se prolínají s rozvojem demence (například Alzheimerova choroba). Když se řekne, demence člověk si vybaví člověka, který má poruchy paměti, jednání poznávání apod., ale nejsme schopni jasně říci, která choroba je spouštěč demence. (Jiráková a kolektiv 2009, s. 11)

„Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.“ (Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. 2007, s. 9).

Rizikový věk	výskyt demence
a) 60 – 64 let	0,9 %
b) 65 – 69 let	1,3 – 1,5 %
c) 70 – 74 let	3,2 – 3,6 %
d) 75 – 79 let	5,8 – 6,0 %
e) 80 – 84 let	11,8 – 12,2 %
f) 85 +	24,5 – 24,8 % ¹¹

Čím je člověk starší tím větší riziko výskytu demence. Včasné rozpoznání demence hraje velkou roli a napomáhá nám k tomu orientační test MMSE – Mini Mental State Examination. Při diagnostice u demence musíme dbát na jiné příznaky, které nemají s onemocněním nic společného jako je například běžné změny ve stáří, reakce na změnu prostředí, každý to nese jinak. Poruchy nálad, reakce na obtížné situace nebo somatické onemocnění se znaky selhávání sebedpěče.

Faktory, které nám můžou ovlivnit výskyt demence je například věk, pohlaví, genetické faktory, cévní mozkové a vaskulární onemocnění, kouření, alkohol nebo poranění hlavy.

Dělení demence

- **Primární degenerativní demence**

- Alzheimerova nemoc (nejčastější demence, představuje 60% všech demencí)
- demence s Lewyho tělísky
- frontotemporální demence

- **Sekundární demence**

Sekundární demenci můžeme označit za nesourodou skupinu nemocí. Na jejich vzniku se podílí mnoho faktorů. Jedná se například o formy demence, které vznikly v souvislosti s nějakým traumatem, infekcí, metabolické poruchy nebo respirační

¹¹ HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.

systém. Do sekundární demence můžeme například zařadit vaskulární demenci, která představuje do 20% všech demencí. Dále metabolická demence, toxická demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě, traumatická demence a jiné.

- **Smíšená demence**

Tvoří přibližně 10 – 15% všech demencí.

- smíšená Alzheimerova / vaskulární

- smíšená Alzheimerova / jiné primárně degenerativní demence

- Ostatní smíšené¹²

Dále demenci můžeme dělit na:

- **Kortikální (korový)** – tato demence se vyznačuje tím, že je postihnuta mozková kůra. Do popředí přicházejí poruchy paměti a řeči, poruchy poznávání. Motorická postižení až velmi později (Alzheimerova nemoc, Pickova nemoc).
- **Subkortikální (podkorový)** – oblast mozku například thalamus, hypothalamus, mozkový kmen, bazální ganglia aj. Tyto demence začínají především poruchami exekutivních funkcí (schopnost a dovednosti plánovat, rozhodovat se a realizovat cílevědomé postupy a výkony a řešit problémy), nikoli paměti. (Parkinsonova nemoc, Huntingtonova nemoc)
- **Smíšená** – možné variace poruch jazykových i motorických¹³

ABC demence

A – activities of daily living (porucha soběstačnosti a sociální dopady)

B – behaviour (behaviorální a psychiatrická symptomatologie)

C – cognition (porucha kognice)

¹² PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

¹³ <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-457923>

Toto je schéma, která často uvádí anglosaská literatura. Pokud člověka postihne, demence je třeba se zaměřit i na jiné symptomy. Demenci často doprovází změny a poruchy chování.¹⁴

Venglářová (2007, s. 28) uvádí 3 tři stádia demence (medicína uvádí 5 stádií demence).

1. Stadium (Mírná demence)

V prvním stádiu se postupně objevují, příznaky jako je zapomínání nedávných událostí, zhoršuje se neschopnost si vybavit data, jména, trasy apod. Tyto příznaky pak vedou k nepříjemným životním událostem, jako je například nějaké nedorozumění, chybné úkony a někdy to může vést až ke ztrátě zaměstnání.

2. Stadium (Střední demence)

Ve druhém stádiu se objevují a výrazně zhoršují příznaky jako je zpomalené myšlení, ztráta zájmu, zvýrazňují se rysy osobnosti a objevují se potíže se rozhodnout, poruchy řeči a časté bludy. Příznaky mají velký dopad na život jedince. Člověk je více podrážděný, objevují se slovní konflikty a apatie.

3. Stadium (Těžká demence)

Třetí stádium je nejzávažnější. Příznaky se zhoršují na konečnou fázi. Člověk ztrácí soudnost, velmi špatná dezorientace, zhoršuje se sebek péče a objevují se závažně poruchy komunikace. Dále se objevuje mutismus, labilní oční kontakt, inkontinence a upoutání na lůžko. Příznaky mají fatální dopad na život jedince a jeho blízké. Je nutná celodenní péče a dohled a je velký zvrat v problematice chování jedince.¹⁵

¹⁴ HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4

¹⁵ VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

3.5.1. Nejčastější formy demence

Alzheimerova choroba

Tato choroba je velmi nejčastější příčina demence. Alzheimerova choroba se vyznačuje tím, že je ro velmi závažné neurodegenerativní onemocnění, které narušuje část mozku a způsobuje pokles tzv. kognitivních funkcí (myšlení, paměť a úsudek). Choroba je velmi záladná a dodnes není znán její původ.

Když člověk trpí Alzheimerovou chorobou tak u něj dochází k neurobiologickým změnám. Tyto změny se podobají příznakům stáří. Nejčastější příznaky Alzheimerovy choroby jsou např. vynechávání paměti krátkodobé (při vzpomínkách, zážitcích), dále osoba má velký problém si vybavit jména a má problémy s rozhodováním. Je to choroba, kterou dnešní medicína nedokáže vyléčit jen zpomalit její průběh. Alzheimerovu chorobu můžeme rozdělit do 3 stádií.

- První stádium – Zhoršuje se artikulace, obtížné hledání slov, snižuje se plynulost vyjadřování, zapomínání schůzek, méně pozornosti oblíkání, potíže s rozhodováním, depresivní nálada, ztráta iniciativy a motivace atd.
- Druhé stádium – Zapomínání obličejů, ztráta zájmu a o koníčky, zapomínání nedávných událostí, opakování slov, neschopnost samostatné hygieny bez dohledu, dezorientace v čase a v prostoru, bloudění na známých místech, nerozpoznání hodin atd.
- Třetí stádium – Nerozpoznávání členů rodiny, patologická hubenost, neschopnost najít se, dezorientace, neschopnost řeči, neschopnost sebeobsluhy, neschopnost samostatného života.¹⁶

Dnešní době se bohužel nedá Alzheimerova choroba vyléčit, ale existují léky na zpomalení a zmírnění choroby.

¹⁶ <http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/alzheimerova-choroba/>

Parkinsonova choroba

Toto onemocnění je velmi závažné, protože postihuje především poruchy hybnosti, ale mohou se objevit poruchy kognitivních funkcí, které jsou obvykle lehkého stupně. Choroba postihuje asi 0,2 % populace a rizikový věk je asi kolem 58 – 60 let. Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění, které postihuje mozkový kmen.¹⁷

Lékař James Parkinson poprvé sepsal a přeložena do češtiny jako „obrna třesavá“. Ale o obrnu se nejedná a tak byla přejmenována po svém objeviteli. U onemocnění dochází k úbytku nervových buněk části středního mozku (černá substance – substantia nigra). Buňky jsou významným producentem dopaminu (je to látka, která nám umožňuje přenos signálů mezi nervovými buňkami). Pokud člověk má nedostatek dopaminu, postupem času ztrácí schopnost ovládat a koordinovat svůj pohyb, svalové napětí a automatické pohyby.

Toto onemocnění je velmi zálučné. Není prokázáno, co je vlastně příčinou onemocnění, stále je to zkoumáno. Jedna z možností je dědičnost nebo nějaké dědičná predispozice, virové onemocnění mozku nebo opakované zhmoždění hlavy. Prevence k Parkinsonovi nemoci bohužel neexistuje.

Projevy onemocnění u každého člověka jsou individuální. Mezi obecné příznaky můžeme zařadit např. únavu, křeče, zpomalení chůze, třes, pomalé nekoordinované pohyby, obličej s minimální mimikou a šouravá chůze v předklonu. Dále se mohou objevit obtíže s komunikací, obtížná artikulace, těžkost se psaním. Jak onemocnění postupuje, zvyšuje se riziko pádu, úzkost, deprese, demence, ztráta pozornosti, zmatenost, svalová ztuhlost.

Onemocnění je prozatím neléčitelné, ale existuje mnoho léků jak toto onemocnění zpomalit a žít plnohodnotný život.¹⁸

¹⁷ HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8

¹⁸ <http://nemoci.vitalion.cz/parkinsonova-choroba/>

3.6. Deprese ve vyšším věku

Deprese je závažné onemocnění v každém věku a obzvláště, když je člověk v pokročilém věku. U seniora je to velmi závažné, protože s tím nechtějí nikoho obtěžovat a nechtějí být nikomu na obtíž. Když člověk stárne tak se kolem něj stávají zásadní životní změny. Jako je např. děti vylítnou z hnízda, svatba dítěte, narození vnoučat, změna rolí (babička, dědeček), příznaky staří, sociální a fyzické změny, smrt partnera/ky, ztráta zaměstnání, ztráta soběstačnosti apod. Tyto události dokážou zamávat s každým člověkem, a když je na to člověk sám tak to je o něco hůř řešit. Některé depresivní příznaky se kamuflují třeba za hypertenzi, cévní mozkovou příhodu, diabetes apod.

Deprese se někdy vyskytuje u začínající demence a je někdy obtížné rozeznat, co jsou příznaky demence a deprese. Depresi dělíme podle závažnosti na mírnou, středně těžkou a těžkou. Příznaky demence mohou být různé, ale do obvyklých příznaků můžeme zařadit například:

- smutek
- pocit viny
- porucha spánku
- snížení sebedůvěry
- zhoršení soustředění a pozornosti
- porucha chuti k jídlu
- ztráta plánování do budoucna
- a v poslední řadě myšlenky na sebevraždu nebo sebepoškozování

Náhlé životní změny (osamění, akutní onemocnění, náhlé přestěhování, finanční krize, negativní vztahy s rodinou), vleklé události (omezení hybnosti, poruchy smyslů, zhoršující tělesný stav, sociální izolace, zhoršení kognitivních funkcí) tyto rizikové faktory nám zvyšují riziko výskytu deprese.

Kvalitní zdravotní péče, tvůrčí životní styl (sociální podpora, stimulační prostředí, komunikace s okolním světem apod.) to jsou kladné faktory, které nám zas snižují riziko výskytu deprese.

Než začneme, léčit depresi musíme se ujistit, zda jsou to opravdu příznaky deprese ne něčeho jiného. Depresi můžeme léčit například:

- farmakoterapií (používá se při střední a těžké depresi, má efektivní, zmírňující až odstraňující efekt)
- psychoterapií (zaměřuje se na hledání a odstraňování spouštěčů, je vhodná pro mírnější formu deprese)
- léčebný režim (je důležitý režim dne a to jsou základní každodenní činnosti, člověk v depresi ztrácí energii a chuť do života a proto je důležité nenásilné proniknutí zpět do každodenního života a činnostech)¹⁹

¹⁹ VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5., HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

3.8. Komunikace s lidmi, které postihla duševní porucha

Komunikace je důležitá pro kontakt s okolním světem. Komunikovat se učíme už od mala pomocí rukou, zvuků, pohybů, abychom na sebe nějakým způsobem upozornili a komunikovali se světem. Komunikace nám slouží k nějakému spojení, přenosu, k výměně informací. Komunikace pochází z latinského slova *communicare* což znamená sdílet, radit se apod. Máme verbální komunikaci a neverbální. Do verbální komunikace řadíme komunikování pomocí slov nebo písmeny. Dále je komunikace neverbální. Tam řadíme dorozumívání pomocí gestikulace, mimiky, haptiky apod. Na komunikaci lze nahlížet také takto, zda komunikujeme s jedním člověkem nebo s více lidmi nebo ve větším počtu lidí.

Dvořáčková ve své publikaci uvádí, že Linhartová (2007) vytvořil obecné znaky komunikace

- Aktivně naslouchat, udělat si na rozhovor čas a vžít se do situace seniora.
- Zvolit komunikaci, která je adekvátní formě i stavu klientova postižení.
- Udržovat se seniorem oční kontakt, používat mimiku, gesta, mít vhodný postoj.
- Mluvit směrem k seniorovi, i když má doprovod.
- Mluvit srozumitelně, dostatečně nahlas a pomalu, umět mlčet.
- S ohledem na zvýšenou psychickou citlivost tolerantněji přijímat jejich náladovost, netaktnost, hrubost.
- Mluvit na ně vlídně a klidným hlasem, projevovat zájem, používat pochvalu.
- S každým zacházet a jednat úměrně jeho věku, nikoliv mentálně.
- Nelitovat klienta kvůli jeho postižení, snižuje to jeho psychický komfort.
- Při komunikaci být trpělivý, neopakovat po nich špatně artikulovaná slova.
- Nedoplňovat za ně slova dopředu při pomalejším vyjadřování.
- Zeptat se, ze které strany nejlépe slyší, a z té přistupovat.
- Rozhovor vést pokud možno vsedě, nepopocházet.
- Zakázat si vlastní potřebu usměrňovat, napomínat, odmítat, přehlížet.
- Snažit se pochopit chování nemocného, věřit jeho světu.²⁰

²⁰ LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada, 2007 in HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

Jak už bylo řečeno komunikace je velmi důležitá a záleží, jak komunikujeme s lidmi. Když člověka postihla nějaká nepříjemná duševní porucha tak si obzvláště musíme dávat pozor, co říkáme a jakým způsobem to říkáme.

Komunikace se starým člověkem může být někdy i velmi obtížná. Je dobré se držet určitých zásad. U starého člověka nemusíme hned používat verbální komunikaci. Někdy stačí jen pohled, pohlazení, vzetí za ruku, kývnutí nebo pousmání.

Když je člověk starý, tak se stává, že bývá často sám. Tyto projevy vlídnosti a naslouchání mu mohou zlepšit náladu. Nemusíme hned na starého člověka chrlit hromadu informací, ale dát mu na jevu, že jsme tu pro něj a nasloucháme mu. Není na škodu si vytvořit kladný vztah k osobě, které nasloucháme a více používat neverbální komunikaci. U nemocného seniora je nutné dbát velký ohled na jeho onemocnění a přizpůsobit komunikaci na jeho úroveň, aby pochopil, co mu říkáme, a nedošlo k nedorozumění.

Dále je potřeba dodržovat určitá pravidla jako je například dobrého vychování, aktivní naslouchání, rozhodnout se jaký rozhovor s člověkem chceme vést, kde ho chceme vést, vymežit si čas, prostor a role a uvědomit si včas, kdy se už komunikovat nehodí.

U seniora, který trpí, nějakou duševní chorobou musíme obzvláště dávat pozor, abychom nepřekročili dané pravidla chování. Musíme si dávat pozor, abychom nesklouzli k tykání nebo dokonce k oslovování *babi, dědo*. Stále jsou to lidské bytosti, se kterými budeme jednat s úctou, s porozuměním, s důvěrou, s vlídností a se zdvořilostí. Každý má právo na důstojný život a důstojné umírání.²¹

²¹ HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013.

3.9 Terapie

Jak člověk stárne, stává se, že člověk zapomíná nebo nechce být sám, nebo má nějaké celoživotní problémy, které ho trápí. Terapie nebo také léčba se snaží zmírnit projevy daného onemocnění jak psychicky tak i fyzicky. Záleží na mnoha faktorech, ale v této kapitole se zaměříme pouze na takové terapie, které jsou vhodné pro seniory a seniory, kteří trpí nějakou duševní poruchou. Tyto terapie nevyлéčí nemocného seniora, ale mohou zmírnit a zpříjemnit průběh onemocnění. Terapií v dnešní době máme mnoho, a proto se zaměříme jen na některé.

3.9.1 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je velmi zajímavá terapie, protože pracuje se vzpomínkami člověka. Vzpomínání na staré časy je přirozená a běžná věc v našem životě. Terapie je aktivizační a validační metoda. Validace nebo také validační metoda je pro tuto terapii velmi potřebná věc, protože nám napomáhá změnit přístup pečující osoby a vcítit se do ní a přizpůsobit tomu své jednání a chování.²²

Jak už bylo řečeno, terapie využívá vzpomínky a jejich vybavování si. K tomu, aby si člověk vybavil nějakou vzpomínku tak nám k tomu slouží nějaké předměty. Nejsou to jen ledajaké předměty, ale jsou to třeba předměty z dob jejich dětství nebo dospělosti. Například gramofonové desky, nábytek, obrázky, fotografie, nahrávky, oblečení, kabelky, šperky, staré filmy, obaly co se dříve používali na potraviny, nářadí, dekorace, knížky, nádobí apod. Terapie se pořádá v zřízeních, kde většinou mají vyhranění místo nebo dokonce i pokoj. Který je poté vybavený starými věcmi, aby připomínal dobu mládí, dětství starého člověka.

Terapie je vhodná pro starší osoby, které trpí lehkou až střední formu choroby a cílem terapie je zlepšit kvalitu život jedince.

²² <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/metoda-validace-podpora-prace-s-dezorientovanymi-lidmi>

3.9.2 Muzikoterapie

Už od počátku hudby nás hudba dokázala rozesmát, rozsmutnit, uvolnit a nabudit. Hudba je velký manipulátor, a pokud se správně použije, dokáže dělat divy. Pomocí hudby a dobrého výběru pro seniora dokáže hudba vyvolat vzpomínkový efekt. Což znamená, že se jim vybaví jejich dětství, mládí, první tanec, první pusa, svatba apod. Hudba slouží k uvolňování a k ventilování emocí, které nám dělají neplechu uvnitř těla jako např. stres. U seniora má velký úspěch, protože muzikoterapie uvolňuje a slouží jako relaxace. Když je seniora v konečném stadiu a není schopen verbálně komunikovat, tak pomocí hudby se dá komunikovat vždy. Když nebudeme rozumět slovům tak je zaručené že tonům rozumět budeme.

Muzikoterapie, ale může mít i negativní dopady na seniora. Když zvolíme nevhodný výběr hudby. U seniora to může vyvolávat úzkost, stres nebo si pomocí hudby vzpomene na nepříjemné období, které by nejraději zapomněl. Proto si musíme dát velký pozor, jakou hudbu zvolíme.

3.9.3 Taneční terapie

Taneční nebo také pohybová terapie nám sahá až do pravěku, starověku, starověku a novověku. Pomocí pohybu můžeme znázornit své emoce a komunikovat bez použití slov. Dále pohyb má velký vliv na krevní oběh, pohyblivost, dýchání apod. Zrodila se myšlenka využívat tanec a pohyb pro práci s lidmi, které trpí duševním onemocněním.

První terapeuti byli učitelé tance, kteří ve spolupráci s psychiatry využívali tanec a pohyby ke komunikaci s lidmi, kteří nedokázali své problémy popsat slovně. Taneční terapie se dost liší od výuky tance, protože nezáleží na estetice pohybu a taneční technice. Taneční terapeut pomáhá osobě skrze pohyb rozpoznat a vyjádřit své pocity, naučit se komunikovat a vyjadřovat se. Také velkou složkou je, jak vnímáme své tělo a zvolení vhodné hudby.

3.9.4 Arteterapie

Arteterapie se zabývá léčebnými postupy, které využívají jako hlavní prostředek výtvarné projevy. Můžeme ji zařadit do tzv. kreativních terapií spolu s muzikoterapií a taneční terapií. Při arteterapie se používá nespočet pomůcek tvoření, jako jsou např. tempery, tužky, úhly, fixy, pastelky, tuže, voskovky apod.

Terapie se dá také rozdělit:

- Receptivní se zaměřuje, jak člověk vnímá umělecké dílo a záměr. Dále se zaměřuje na pochopení vlastního nitra a poznávání pocitů jiných.
 - Produktivní arteterapie se zaměřuje na konkrétní tvůrčí činnosti. Na rozdíl od receptivní arteterapie se zaměřuje, na použití konkrétních tvůrčí činností jako je např. kresby, malby, koláže, modelování apod.
- Terapie umění tady je velký důraz kladen na léčebný potenciál.
- Artpsychotherapie jsou výtvořky a prožitky z procesu tvorby a jsou zpracovávány psychotherapeuticky.

Arteterapie se může provádět buď individuálně nebo skupinově. Cílem terapie procvičování a léčení sebevyjádření, sebepoznání, zmírnění úzkosti, náhled n řešení problémů, podpora a rozvoj tvořivosti, změna stereotypů apod.²³

3.9.5 Zooterapie

Zooterapie je alternativní terapeutická metoda, která využívá pozitivní působení zvířete na člověka jak v psychické tak i fyzické rovině. Zooterapie je nadřazený pojem a do nejznámější zooterapie můžeme zařadit například:

²³ <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>

- Canisterapie (pes)
- Hiporehabilitace (kůň)
- Felinoterapie (kočka)
- Delfinoterapie (delfín)

Dělení zooterapie: pasivní (zvíře má pozitivní efekt na člověka pouze jeho přítomností), interaktivní (osoba pečuje o zvíře pravidelně, nebo také zvíře je součástí nějakého zařízení).²⁴

²⁴ <http://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/naucne-texty/dvanact-podpornych-terapii-u-alzheimerovy-choroby-1/>

4. Šetření kvality života senioru

4.1. Cíl

Cílem tohoto šetření bylo zaměřit se na seniory, které postihla nežádoucí duševní porucha.

- Zda si senioři uvědomují sami sebe nebo kde se právě nachází.
- Zda jsou si vědomi okolního světa.

4.2. Metoda a metodika

V šetření byla použita metoda polostruktovaného rozhovoru. Což znamená, že rozhovor je částečně řízený s předem připravenými otázkami. Pořadí otázek se může měnit nebo lišit a v průběhu rozhovoru se mohou vytvářet další nové otázky.

Rozhovor probíhal v psychiatrické nemocnici. Rozhovory jsou anonymní. Otázky byly kladeny za účelem zjistit kvalitu života seniora. Senioři byli dotazováni na informace, které se týkají jejich každodenního života v nějakém zdravotním zařízení.

4.3. Úkoly

Úkolem v šetření bylo poukázat na uvědomění seniorů, a proč se nacházejí v nějakém zdravotním zařízení. Dále jestli jsou ve spojení s rodinou a jestli má vliv jejich duševní poškození na uvědomění si sami sebe. Rozhovor obsahuje 9 otázek, které byly inspirovány z denního života seniora v nějakém zdravotním zařízení. Otázky jsou otevřené, polootevřené nebo uzavřené.

Víte, proč jste tady?

Jste vdaná, svobodná, rozvedená nebo vdova?

Víte, kde se nacházíte?

Chutná vám tady jídlo?

Víte, co je dnes za den?

Jsou na vás tady hodní?

Máte děti a nějaká vnoučata?

Chodí za vámi rodina?

Jaké máme roční období?

4.4. Data a jejich interpretce

Odpovědi seniorů jsou v doslovném znění přepsány do šetření. Pokud byla seniorovi diagnostikována nějaká duševní porucha tak se ji dovíme, ale většinou se dozvíme jen důvod k hospitalizaci. Senioři odpovídali samostatně a jejich odpovědi se tedy nemohou ovlivňovat. Jediné co se dozvíme o seniorovi je věk, pohlaví a důvod hospitalizace.

Rozhovor s „L“

„P“ – žena, 68 let, pokus o sebevraždu, agresivita, občasné blouznění

1. **Víte, proč jste tady?**

Možná, něco jsem udělala a rodina se na mě zlobí.

2. **Víte, kde se nacházíte?**

Hm, rodina mě zavřela do blázince.

3. **Víte, jaké je roční období?**

Svítí slunce tak léto.

4. **Víte, co je dnes za den?**

Pondělí nebo úterý nejsem si jistá.

5. **Máte děti a nějaká vnoučata?**

Jo jednu dceru a dva kluky a zatím jedno vnouče.

6. **Jste svobodná, vdaná, rozvedená nebo vdova?**

Vdaná.

7. **Chutná vám tady jídlo?**

Žádná sláva.

8. Jsou na vás tady hodní?

Docela jo.

9. Chodí za Vámi rodina?

Jo, dcera tu včera byla.

Rozhovor se „S“

„S“ – žena, 78 let, druhé stádium demence

1. Víte, proč jste tady?

Ty jsi, ale pěkná

2. Víte, kde se nacházíte?

Co máš v té kapse

3. Víte, jaké je roční období?

Je tam hezky co

4. Víte, co je dnes za den?

Ale, prosím tě

5. Máte děti a nějaká vnoučata?

Jo 1

6. Jste svobodná, vdaná, rozvedená nebo vdova?

Ne. (po ukázaní fotografie, kde se nachází paní „S“ manžel) Je to váš manžel?
Odpověděla: Ne tvůj manžel to je.

7. Chutná vám tady jídlo?

Jojo a nemáš bonbón

8. Jsou na vás tady hodní?

Ty ses hodná

9. Chodí za Vámi rodina?

Ne

Rozhovor s „H“

„H“ – žena, 80 let, velmi pokročilá Alzheimerova choroba

1. Víte, proč jste tady?

Nech mě spát

2. Víte, kde se nacházíte?

No to mi teda řekni

3. Víte, jaké je roční období?

Co

4. Víte, co je dnes za den?

Dneska je, dej mi napít

5. Máte děti a nějaká vnoučata?

Jojo

6. Jste svobodná, vdaná, rozvedená nebo vdova?

Neodpověděla

7. Chutná vám tady jídlo?

Nemáš něco k jídlu

8. Jsou na vás tady hodní?

Pojď jsem dej mi ruku

9. Chodí za vámi rodina?

No teď tu byl

Rozhovor s „P“

„P“ - žena, 60 let, pokus o sebevraždu, nadměrné užívání léků, deprese

1. Víte, proč jste tady?

Ano vím, spolykala jsem prášky

2. Víte, kde se nacházíte?

V nemocnici nebo v léčebně teď si nejsem jistá

3. Víte, jaké je roční období?

Léto

4. Víte, co je dnes za den?

Jestli se nemýlím tak je středa

5. Máte děti a nějaká vnoučata?

Ano

6. Jste svobodná, vdaná, rozvedená nebo vdova?

vdaná

7. Chutná vám tady jídlo?

Umím uvařit lepší jídlo, ale není to tak hrozné

8. **Jsou na vás tady hodní?**

Ano

9. **Chodí za vámi rodina?**

Ano

Rozhovor s „R“

„R“ – žena, 71 let, agresivní chování, pokročila Alzheimerova choroba, nevidomá

1. **Víte, proč jste tady?**

Já chci domů

2. **Víte, kde se nacházíte?**

Nešahej na mě, musím pryč

3. **Víte, jaké je roční období?**

Jdi mi z cesty

4. **Víte, co je dnes za den?**

„hergot“

5. **Máte děti a nějaká vnoučata?**

Musím na záchod

6. **Jste svobodná, vdaná, rozvedená nebo vdova?**

neodpověděla

7. **Chutná vám tady jídlo?**

Sakra dej mi něco

8. Jsou na vás tady hodní?

Musím pryč

9. Chodí za vámi rodina?

Kde jsou dveře

Rozhovor s „F“

„F“ – žena, 73 let, deprese, úzkost, sebepoškozování

1. Víte, proč jste tady?

Ano, zajisté

2. Víte, kde se nacházíte?

Podívejte, nejprve jsem byla v nemocnici, ale pak mě převezli sem.

3. Víte, jaké je roční období?

Samozřejmě je léto

4. Víte, co je dnes za den?

Dnes máme pondělí

5. Máte děti a nějaká vnoučata?

Bohužel, ale nemám

6. Jste svobodná, vdaná, rozvedená nebo vdova?

Svobodná celý život

7. Chutná vám tady jídlo?

Mohlo by to být lepší

8. Jsou na vás tady hodní?

Co si budeme povídat

9. Chodí za vámi rodina?

Ano, sestra chodí

4.5. Závěr šetření

Když se podíváme na ty rozhovory jako na celek tak můžeme říci, že některé rozhovory jsou smysluplné, věcné a jasné. U některých rozhovorů můžeme cítit podrážděnost až agresí nebo lhostejnost a jednoduchost. Někteří senioři si neuvědomují smysl otázky a někteří zas moc dobře.

U seniorů, kterým nebyla jasná otázka, byla podaná tak aby ji porozuměli nebo měli možnost výběru z možných odpovědí. Můžeme si všimnout, že u seniorů, kterých byla diagnostikována demence, tak odpovědi jsou zcestné, ale občas je tam náznak záblesku a uvědomění si.

Můžeme říci, že prostorová orientace u některých seniorů byla velmi narušena tak i časová orientace. Dále můžeme říci, že mezilidské (sociální) vztahy u některých seniorů jsou narušeny, ale stále cítíme zájem o druhou osobu, alespoň minimální zájem. A to můžeme pozorovat na tváři daného seniora. Dále můžeme poukázat, na to, že většina seniorů nemá moc chuť k jídlu. Není úplně jasné, zda se jedná o nechut', která je něčím způsobena nebo je to tím, že seniorům prostě nechutná dané jídlo.

Cílem tohoto šetření bylo, aby si lidé uvědomili, že si starých lidí musíme vážit a respektovat je. Ať je starý člověk zdravý nebo nemocný musíme mu věnovat stejnou péči a ohleduplnost jako každému jinému. Dále cílem bylo poukázat, jestli duševní poruchy ovlivňují každodenní život seniora a jestli si je vědom sám sebe.

Závěr

Ať je člověk mladý nebo starý tak každé období má své kladné i záporné stránky. Když je člověk mladý má mnoho energie, chuť učit se novým věcem a nebojí se změn. Dnešní společnost hledá a vyžaduje tyto bezprostřední mladé lidi, kteří se ničeho nebojí. Bohužel v dnešním uspěchaném světě se dost často stává, že člověk hledí jen na sebe. Je to možná nějaká lidská přirozenost hledět jen na sebe a zapomíná na okolní svět a lidi kolem sebe například na seniory, kteří mají, velký problém jít s tímto rychlím světem kupředu.

V této bakalářské práci jsem se tedy zaměřila na seniory a stáří obecně. Chtěla jsem tím upozornit, že staří lidé se často stávají bezmocnými a potřebují naší pomoc. Nemusíme dělat všechno za ně, ale stačí je vzít za ruku, pousmát se na ně nebo je vlídně pohladit. Pokud onemocní nějakou poruchou nebo chorobou musíme jim dát najevo, že jsme tu pro ně a nesmíme je hned odstrkovat, když na nás budou agresivní nebo nás nepoznají.

V závěrečné části jsem se věnoval šetření kvality života seniorů. Musí říct, že to bylo velmi zajímavé. Bylo vidět, že někteří senioři jsou opravdu rádi, že si mohou s někým popovídat. Člověk jim hned vidí na tváři tu radost, když za nimi někdo přijde a hezky pozdraví, zeptá se, jak se vede, pohladí nebo vezme za ruku a dolije čaj. Nesmíme zapomínat, že jsou to také lidé, i když starší než my. Jednou také budeme staří a bude rádi, když se k nám bude chovat někdo hezky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava. Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3711-9.

EHRMANN, Jiří a Petr HŮLEK. Hepatologie. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5510-6.

FARKOVÁ, Marie. Dospělost a její variabilita. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2480-5.

GULOVÁ, Lenka. Sociální práce: pro pedagogické obory. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. Základy muzikoterapie. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. Kognitivní trénink v praxi. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5580-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.

LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8

MÜHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2

NAVRÁTIL, Leoš. Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2319-8.

PIDRMAN, Vladimír. Demence. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.

POKORNÁ, Andrea. Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.

ŠERÁK, Michal. Zájmové vzdělávání dospělých. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

SEKUNDÁRNÍ LITETARUTA

<https://www.youtube.com/watch?v=0XNlmgCQwQ8> - Metuzalém; Demence - doktor věd František Koukolík

INTERNETOVÉ ZDROJE

<http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20V%C5%A0PJ/Teorie%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20pr%C3%A1ce%20-%20Jana%20Novotn%C3%A1.pdf>

<http://www.osobniasistence.cz/?tema=1&article=5&detail=13>

<http://www.mpsv.cz/cs/18661>

<https://www.zivot90.cz/>

<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/13.pdf>

http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo_onemocneni/alzheimerova-choroba/

<http://www.arteterapie.cz/>

<http://nemoci.vitalion.cz/parkinsonova-choroba/>

https://is.muni.cz/th/369093/fss_m/diplomova_prace.txt

<http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-457923>

<http://www.charitaopava.cz/equal/metodika/cd/cz/text5a.htm>

SUMMARY

This work is aimed at the elderly and their mental disorders. Attention is also paid to seniors and old age and appropriate activity for the elderly. In the final section are interviews with seniors. Seniors respond individually and their answers are literally transcribed without grammatical modification. The method that determines the quality of life of seniors is a semi-structured interview.

The aim of this work is to reflect on age and all around him. Think about old people as beings of equal value. Change attitudes and learn to respect the old people, because every one of us is an old man.