

KARLOVA UNIVERZITA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Obor: Český jazyk - speciální pedagogika



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Hana Quastová

Stáří a demence

Katedra speciální pedagogiky

Vedoucí bakalářské práce: **PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.**

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Stáří a demence zpracovala samostatně za použití literatury a pramenů uvedených v seznamu.

V Praze dne 21. června 2010

.....

Hana Quastová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji tímto paní PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za odborné vedení a rady při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji svým rodičům a příteli za neutuchající psychickou podporu.

STÁŘÍ A DEMENCE

~

OLD-AGE AND DEMENTIA

ANOTACE

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí.

V teoretické části se nejprve věnuji stáří, stárnutí a jeho specifickým, jelikož stáří je věkovým obdobím, jež s demencí souvisí, a které ji ovlivňuje.

V bakalářské práci je rovněž nahlédnuto do problematiky demence Alzheimerova typu a péče o osoby s touto demencí, jež se začíná dostávat do popředí zájmu veřejnosti, která se snaží aktivním přístupem změnit negativní postoj ke stáří a nemoci a zlepšit přístup k člověku jako k individuální bytosti se svými specifickými potřebami a zájmy.

Praktická část je zaměřena na vztah seniorů a studia - jeho přínosy a druhy. Výzkumná část se zaměřuje na zjištění zájmu seniorů o internet a počítač obecně, který je, dle mého názoru, schopen oddálit proces „psychického chátrání“ seniorů.

Senioři jsou specifickou skupinou naší společnosti. Vzhledem ke stárnutí populace se bude tato skupina i nadále zvětšovat. Stáří a stárnutí obecně sebou nese řadu významných změn. Ovšem dnes, v 21. století, se u mnoha z nich nabízí možnost kompenzace umožňující seniory plnohodnotně zapojit zpět do společnosti. Nejlepším řešením, které může napomoci této situaci, se jeví vzdělávání, jež podporuje celkovou aktivizaci člověka.

KLÍČOVÁ SLOVA

Stáří

Senioři

Demence

Internetové stránky pro seniory

Kurzy pro seniory

Univerzita třetího věku

ANNOTATION

This work is divided in two parts.

The theoretical part Firstly, old age and its specifics, since age is the age period, which is linked to dementia, and who it affects.

The work is also consulted to the problems of Alzheimer's dementia and the care of people with this dementia, which is starting to get into the forefront of the public who seek an active approach to change the negative attitude towards old age and illness and improve access to human beings as the individual is their particular needs and interests.

The practical part focuses on the relationship between seniors and learning - its benefits and types of The empirical part focuses on finding the interests of seniors about the Internet and computers in general, that is, in my opinion, can delay the process of "mental deterioration" seniors.

Seniors are a specific group of our society. Given the aging population, the group will continue to grow. Age and Ageing generally involves a number of significant changes. But today, in the 21 century, many of them offer the possibility of compensation to enable the elderly to participate fully into society. The best solution that can help this situation appears to be education, which supports the overall animation of humans.

KEY WORDS

Old age

Seniors

Aphrenia

Web sites for seniors

Courses for seniors

University of Third Age

OBSAH

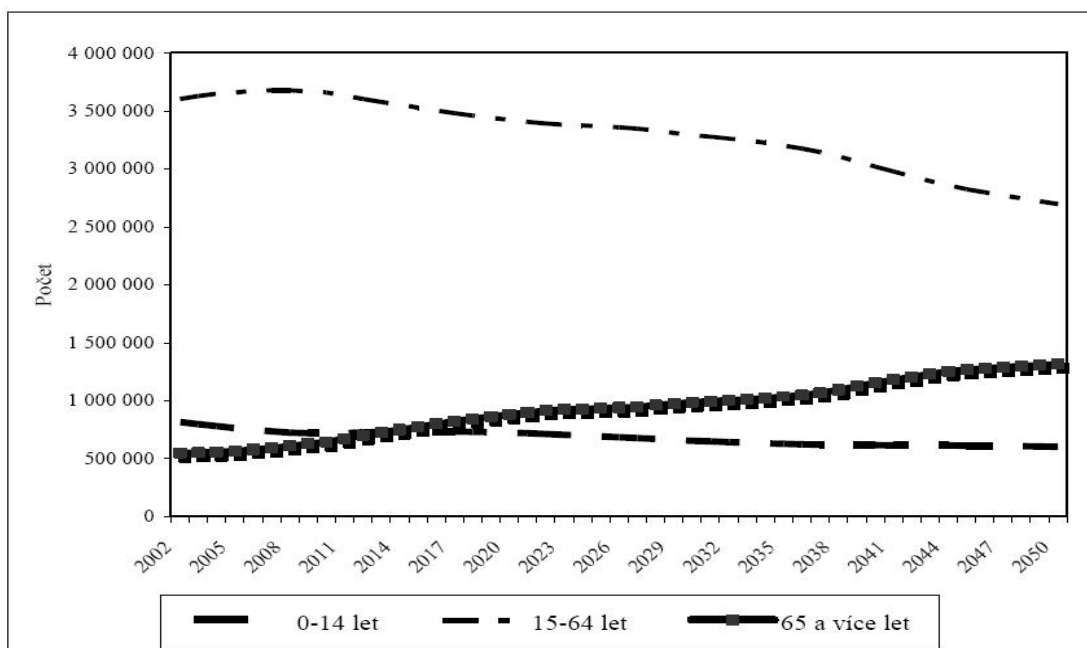
1	ÚVOD	9
2	STÁŘÍ	10
2.1	Stáří jako společenský fenomén	10
2.1.1	..... Ageismus	11
2.2	Vymezení stáří.....	11
2.2.1	..... Kalendářní (chronologické) stáří	12
2.2.2	..... Biologické stáří.....	12
2.2.3	..... Sociální stáří.....	13
2.2.4	..... Psychické stáří.....	14
2.3	Stárnutí a stáří z psychologického hlediska.....	14
2.4	Zdravotní péče pro seniory	15
3	SENIORSKÁ POPULACE	19
3.1	Gerontologie.....	19
3.2	Nové trendy v péči o seniory.....	20
3.2.1	..... Politika aktivního stárnutí.....	20
3.2.2	..... Národní program přípravy na stárnutí	21
4	DEMENCE	22
4.1	Demence obecně.....	22
4.2	Rizikové a projektivní faktory.....	22
4.3	Prevence demence	23
4.4	Klasifikace demence.....	23
4.5	Diagnóza a vyšetřovací metody u demencí	24
4.5.1	..... Klinické, psychologické, screeningové metody	25
5	DEMENCE ALZHEIMEROVA TYPU	28
5.1	Obecná charakteristika	28
5.2	Stadia a průběh DAT	30
5.2.1	..... Péče o seniory s DAT	31
5.3	Důsledky DAT	32
5.4	Rehabilitace a aktivizace DAT	35
5.4.1	..... Aktivity.....	36
5.4.2	..... Příklady aktivizačních a terapeutických postupů.....	38
5.5	Česká alzheimerovská společnost (ČALS).....	41
5.6	Alois Alzheimer.....	41
5.7	Charta principů pro péči člověka s demencí a jeho pečujícího	42

6	EMPIRICKÁ ČÁST	43
6.1	Gerontopedagogika - vzdělávání ve stáří a ke stáří.....	43
6.2	Vzdělávání seniorů.....	44
6.3	Význam vzdělávacích aktivit v postproduktivním věku.....	45
6.4	Formy vzdělávání v postproduktivním věku.....	46
6.4.1	..... Univerzita Třetího Věku (U3V).....	46
7	VÝZKUM	47
7.1	Výzkumný vzorek.....	47
7.2	Metodika výzkumu.....	48
7.3	Technika sběru dat.....	48
7.4	Sběr a analýza dat.....	48
7.5	Interpretace výsledků.....	48
7.5.1	..... Co seniory na počítači nejvíce láká?.....	48
7.5.2	..... Jak dlouho.....	49
7.5.3	..... Vztah internetu a seniorů.....	49
8	ZÁVĚR	50
9	SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ	52
10	PŘÍLOHY	54

1 ÚVOD

Demografická křivka ukazuje, že populace v České republice nezadržitelně stárne. V roce 2001 bylo procento osob ve věku 65+ let 13,8. V budoucnu by, podle existujících projekcí obyvatelstva, seniorita našeho obyvatelstva měla významně narůstat. V roce 2030 by senioři měli zabírat zhruba 25% celkového počtu obyvatel ČR.

Graf 1: *Věková struktura populace v ČR*



Zdroj: <http://www.andrologie.cz/page/5084.epidemiologie-starnuti/>

Pro velkou většinu lidí je stáří zlomovým okamžikem v jejich životě. Ve stáří se zhoršuje paměť, smyslové vnímání a fluidní inteligence. Staří lidé jsou méně zaujatí okolím, soustředí se více na sebe a na své problémy, občas tak mohou působit až přecitlivěle. Tito lidé pak zjišťují, že mají až příliš volného času a neví, co s ním. Jednou z možností, jak tuto situaci zlepšit, jsou počítače a zejména internet, jež nabízí široké spektrum možností jak volný čas vyplnit. Mimo jiné může také pomoci zlepšit řadu schopností a funkcí organismu.

Téma práce jsem zvolila na základě toho, že můj budoucí dvaasedmdesátiletý tchán je senior a já chtěla, na základě prostudování potřebné literatury, trochu proniknout do jeho psychiky a psychiky seniorů obecně, a pochopit občasné výkyvy jejich nálady.

Hlavním cílem této práce je zjistit, zda senioři mají vůbec zájem a chuť pracovat s nejmodernější vymožeností dnešního světa, a sice s internetem. Dílčími cíly je ukázat, jak

může internet pomoci seniorům ke kvalitnějšímu trávení volného času, rozvoji jejich intelektuální i emocionální stránky, v neposlední řadě pak prohloubit jejich manuální schopnosti či získat nové informace ze všech koutů světa i oborů.

2 STÁŘÍ

2.1 Stáří jako společenský fenomén

Stáří je obtížně definovatelná poslední fáze života. Je nevyhnutelnou perspektivou každého živého tvora. Seniorská populace je značně různorodá, i když senioři bývají často vnímáni jako zdánlivě stejnorodá, homogenní, tzv. „šedá skupina“.

Stáří je multidimenzionální fenomén a se svou problematikou překročilo rámeč osobní a rodinné události.

Mýtus, že stáří je nemoc, která se mimo jiné vyznačuje zpomalením pohybu a myšlení, je již překonáván. Zjišťujeme, že tělo i mysl se dají vytrénovat, aby fungovaly lépe a zdravěji i v pozdějším věku. Pokud nejsou trénovány, a to v jakémkoli věku, stagnují a nastává atrofie.

Skutečnost, že s přibývajícím věkem nám přibývá nemocí, není nevyhnutelný úděl stáří, ale výsledek našeho života a životního stylu.

Stáří není choroba, ačkoli je zvýšeným výskytem chorob provázeno. Zdravotní a funkční stav seniorů se historicky a generačně zlepšuje. Jako účelné a smysluplné se jeví 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.

Kalvach (1997) uvádí, že společenský přístup ke stáří má 2 aspekty:

1. Potřeby a zájmy stále početnějších seniorů, otázky smysluplnosti, kvality a zabezpečení jejich života.
2. 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 a zpět na tyto konkrétní subjekty účelně orientovaná za jejich aktivní spoluúčasti a ochrany jejich práv.

Dle Kalvacha (1997) k mezinárodním prioritám patří především:

- důsledná integrace seniorů do společnosti, prevence segregace;
- mezigenerační tolerance s vyloučením ageismu, věkové diskriminace;

- 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 zvládnání očekávaného rychlého přibývání seniorů.

Stárnutí je celoživotní proces a jako takové by mělo být chápáno. Příprava celé populace na pozdější stadia života by měla být nedílnou součástí sociální politiky a měla by zahrnovat faktory duševní, kulturní, tělesné, ekonomické či zdravotní.

2.1.1 Ageismus

Se vznikem kultu mládeže vzniká bohužel i opačný extrém, a sice **ageismus**. Tento pojem nemá český ekvivalent, ale ve své podstatě jde o společenský předsudek vůči stáří.

Prvně byl pojem ageismus použit v šedesátých letech v souvislosti s diskriminací na základě věku. Dnes je termín ageismus definován šířeji.

První česká sociologická definice říká, že „**ageismus** – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se 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.“ (Vidovičová, 2005. str. 5)

S pojmem ageismus také souvisí pojmy předsudek a stereotyp, přičemž:

- **předsudek** je fixovaný, předem zformovaný postoj, bez ohledu na individualitu nebo povahu daného subjektu; člověk, který má předsudky, nezvažuje při hodnocení či posuzování druhého člověka žádná alternativní vysvětlení,
- **stereotyp** je ustálený a navyklý vzorec chování nebo myšlení.

Předsudky a stereotypy o stáří vznikají z předčasného a zjednodušeného hodnocení či černobílého myšlení lidí.

2.2 Vymezení stáří

Definovat stáří tak, aby se na něm shodli odborníci z lékařských, se zatím nepodařilo¹. Stáří je obecně pojímáno jako pozdní fáze přirozeného průběhu života. Je to důsledek a projev geneticky podmíněných involučních procesů, které jsou modifikovány dalšími faktory (zejména životním stylem, životními podmínkami a chorobami).

¹ Pro společné označení starého člověka se ustálil termín *senior*, jež je současně považován za významově neutrální.

Stejně jako celý život, má i stáří svůj specifický průběh, během něhož se člověk mění po různých stránkách. Pohledů na stáří je mnoho. V dnešní době každá vědní disciplína nahlíží stáří z jiného úhlu a definuje ho z hlediska zájmu svého zkoumání. Podle tohoto hlediska lze stáří dělit do několika typů, které jsou blíže popsány v následujících podkapitolách.

2.2.1 Kalendářní (chronologické) stáří

Tento typ stáří je určující pro periodizaci stáří. Je vymezeno dosažením určitého věku, od něhož se pak odvíjí involuční změny. Výhoda takto pojatého pohledu na stáří spočívá v jeho jednoduchosti a jednoznačnosti, což ho předurčuje pro využití při vytváření různých norem, např. odchod do důchodu apod. (Jesenský 2000).

Různí autoři uvádí různá dělení, ale Kalvach (1997) uvádí v současnosti ustálené rozdělení kalendářního stáří:

- 65 – 74 let - *mladí senioři (young old)*: problémy s adaptací na penzi, přebytek volného času. Důležitý pro tyto osoby je rozvoj aktivit.
- 74 – 85 let - *staří senioři (old - old)*: změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob.
- 85 a více let - *velmi staří senioři (very old)*: důležité je sledovat soběstačnost těchto osob.

Kalendářní stáří však vždy nemusí odpovídat funkční schopnosti člověka, a proto podobné kategorizace mohou tendence procesů stárnutí odhalit pouze velmi obecně.

2.2.2 Biologické stáří

Tento typ stáří představuje hypotetické označení konkrétní míry změn involučních mechanismů, obvykle těsně spojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí, zejména ve vyšším věku. Změny mají zcela individuální charakter a mezi ty nejčastější patří:

- člověk tzv. roste do země, tzn., že se snižuje jeho výška,
- snižuje se tělesná hmotnost,
- ubývá svalové hmoty, kostní hmoty,
- kůže vysychá a tvoří se vrásky,
- vlasy výrazně šediví,
- objevují se problémy s kardiovaskulárním, trávicím a vylučovacím systémem,

- vyskytují se problémy se smyslovými orgány - výrazně se zhoršuje zrak a sluch. (Kalvach, 1997)

Ve stáří se často stává, že důležitému signálu onemocnění není věnována dostatečná pozornost. S největší pravděpodobností je to tím, že s přibývajícím věkem je obtížněji rozeznatelné, které změny jsou přímým či nepřímým následkem nějakého onemocnění, a které jsou důsledkem přirozeného procesu stárnutí. Vzhledem k tomu, že okolí často považuje starého člověka v první řadě za nemocného, příznaky nemoci bere jako samozřejmost, což může ovšem vést k zanedbání nemoci a pozdějším velkým komplikacím.

2.2.3 Sociální stáří

Sociální stáří je kombinací několika sociálních změn či splnění určitého kritéria (nejčastěji odchod do penze). Je dáno změnou společenské role, způsobu života i ekonomického zajištění. Upozorňuje na společenská rizika, jako je ztráta životního programu, ztráta společenské prestiže, nadbytek volného času apod. (Kalvach, 1997)

Stáří je chápáno jako sociální událost a důležitá je adaptace na něj, která probíhá během celého života. Podle Vágnerové (2007) je zvládnutí zátěže, které stárnutí představuje, závislé na schopnosti a motivaci aktivizovat přiměřené a účelné obranné mechanismy.

Vágnerová (2007) rozlišuje několik způsobů reakce na stáří. Prvním způsobem je reálná akceptace stáří, která je spojená s optimismem a aktivitou, která se projevuje hledáním optimálního způsobu, jak stáří zvládat. Reálná akceptace stáří, ale spojená s pasivitou, má za následek, že seniorovi nevádí být závislý na druhých. Nemá zájem vyvíjet jakoukoli aktivitu, protože má pocit, že už to nemá smysl. Dalším způsobem je odmítání akceptovat stáří. Tito lidé vyvíjejí aktivitu a demonstrují všem svou soběstačnost. Dále je to reálná akceptace stáří, jež je ovlivněná pesimismem. Senioři s tímto přístupem vnímají stáří jako tragédii. Mohou být aktivní, ale mohou také projevovat agresi, která může vyústit až v nenávisť k mladým lidem. Nečekají nic dobrého, propadají úzkosti a nejistotě. Rezignační přístup se nejčastěji projevuje u velmi starých lidí v důsledku výrazných somatických změn. Jsou pasivní a propadají depresím.

V souvislosti se sociálním stářím můžeme hovořit o tzv. sociální periodizaci života, která zjednodušeně člení lidský život do 3, event. 4, období, tzv. věků.

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

- **Druhý věk** je produktivní. Je to období dospělosti, životní produktivity biologické (založení rodiny), sociální a především pracovní.
- **Třetí věk** je postproduktivní, což navozuje představu stáří nejen poklesu zdatnosti, ale především fáze za zenitem a bez produktivní přínosnosti.
- **Čtvrtý věk** bývá někdy používán k označení fáze závislosti. Toto označení je nevhodné, protože vzniká dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí.

Takovéto pojetí, které se objevilo i v některých vžitých označeních (např. univerzita třetího věku), má však svá závažná úskalí. (Kalvach, 1997)

2.2.4 Psychické stáří

Psychické stáří je podmíněno mnoha faktory, které zahrnují např. osobnostní rysy, psychické změny a v neposlední řadě reakce člověka na vlastní stárnutí. S psychickým stářím rovněž souvisí tzv. *subjektivní věk*, tzn., jak se sám člověk cítí a jaké má sebevědomí. (Kalvach, 1997)

Domnívám se, že člověk je považován za starého v tom případě, pokud jej za starého považují členové společnosti.

2.3 Stárnutí a stáří z psychologického hlediska

„Stáří je břemeno, které se každý snažíme nést co nejdéle.“²

Stáří je spojováno s postupným oslabováním fyzických, psychických a sociálních možností. Toto celkové oslabování je doprovázeno řadou změn v oblasti sociálního prostředí, sociální pozice a v neposlední řadě také osobnosti. Stáří samo o sobě není chorobným stavem, ovšem v průběhu stárnutí dochází k hromadění nepříznivých vlivů, a z tohoto důvodu nemocných lidí stále přibývá. (Vágnerová, 2007)

Ve stáří probíhá mnoho změn. Zhoršuje smyslové vnímání, což nemá vliv jen na samotné smysly, ale v důsledku toho se zhoršuje i komunikace s druhými a třeba i orientace v prostoru. Stárnutí ovlivňuje i paměť pro nové události, ale také vzpomínky se obsahově i emočně zkreslují.

Citové prožívání se ve stáří stává méně bezprostředním a intenzita emocí se snižuje. Starého člověka nové události již tolik nevzrušují a nezaujímou tak lehce jako mladého.

² <http://citaty.net/citaty-o-stari> [cit. 8. 3. 2009]

Negativem této stránky je to, že člověk se nedokáže pořádně nadchnout pro věc – naopak v některých případech zůstává netečný.

2.4 Zdravotní péče pro seniory

Podle poznatků Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí je péče o české seniory nevyhovující. V domovech důchodců chybí místa pro žadatele. Pro ty, jež by upřednostnili pobyt doma zase není dostatek poskytovatelů služeb. A vzhledem k tomu, že populace seniorů rok od roku narůstá, dá se předpokládat další zhoršení tohoto stavu do budoucna.

Zdravotní péči o seniory rozděluji podle Jeřábka (2005) na péči rodinnou (domáci), ústavní a terénní. Je možnost tyto principy rovněž kombinovat.

RODINNÁ PÉČE

Dle Jeřábka (2005) představuje rodinná péče tradiční model péče o staré lidi. Prioritou všech rodin je zajištění zdraví svých seniorů. Péče o seniora v domácím prostředí je bezesporu velkou zátěží pro rodinu, a to jak psychickou, tak fyzickou. Pokud se rodina rozhodne starat se o seniora osobně doma, musí počítat s tím, že mu budou muset věnovat spoustu svého osobního času. Jeřábek (2005) dále uvádí, že z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb, které starý člověk vyžaduje, lze rozlišit tři stupně péče.

1. Podpůrná péče (*subsidiary care*)

Je to důležitá, avšak časově, fyzicky a psychicky méně náročná péče, která zahrnuje finanční podporu, zajištění oprav v domácnosti, dopravu k lékaři, obstarání úřadů apod. Tuto formu péče potřebuje prakticky každý starý člověk, kterého bychom z nějakého hlediska uvažovali jako ne zcela soběstačného. Tento druh a stupeň pomoci může rodina svým babičkám a dědečkům zajišťovat i jen občas, nepravidelně podle potřeby. Tato péče nevyžaduje společné bydlení ani přemíru vynaloženého času. I tato péče však zahrnuje emocionální složku a je tedy oběma stranami - pečujícím a opečovávaným, chápána jako důležitá, významná.

2. Neosobní péče (*impersonal care*)

Tato péče obsahuje činnosti související s péčí o domácnost, nejčastěji činnosti jako uvařit, uklidit, vyprat. Tato pomoc, zvláště pokud je častá, nebo dokonce pravidelná, každodenní, je časově náročnější a zpravidla vyžaduje cykličnost. Nedá se odkládat a je pro opečovávanou osobu obtížněji postradatelná. Zahrnuje složku materiální i složku

emocionální. Jedná se však stále ještě o pomoc, kterou by mohl zajišťovat někdo jiný než člen rodiny, například pečovatelská služba.

3. Osobní péče (*personal care*)

Jde o činnosti časově velmi nákladné, buď fyzicky, nebo psychicky náročné a spojené s intimní péčí o starého člověka. Tyto činnosti vyžadují nepřetržitou přítomnost pečující osoby. Jsou to neustále stejné, monotónně den za dnem se opakující aktivity. Jedná se o osobní hygienu, včetně toalety, nakrmení, podávání léků, zvedání, přenášení, ukládání, posazování, převádění nebo převážení starého člověka v bytě. Pokud stará osoba vyžaduje tento stupeň péče, stává se celodenní a každodenní péče stále přítomné pečující osoby nevyhnutelnou.

Osobní péče vyžaduje od pečující osoby pravidelnost, vytrvalost, obětavost a značnou odpovědnost. Osobní péče je přitom provázena chvílemi beznaděje, bezmoci a osamělosti. A právě v tomto ohledu je třeba zvýraznit neobyčejně důležitou úlohu rodiny, která podporuje svou pomocí a solidaritou, svou spoluodpovědností a spolupatříčností pečující osobu, kterou je nejčastěji manželka, dcera nebo snacha opečovávaného seniora – dědečka nebo babičky.

TERÉNNÍ PÉČE

Tato péče je způsob, jak usnadňovat péči o starého člena rodiny. Podle **Zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách** jsou terénními službami:

1. Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

2. Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

3. Tísňová péče

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.“

4. Průvodcovské a předčitatelské služby

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.

ÚSTAVNÍ PÉČE

Habart (2006) rozděluje formy ústavní péče následovně:

1. Lůžková oddělení nemocnic

Jedná se o péči následnou. Je poskytována nad rámec péče, která je nezbytně nutná (např. po operaci).

2. Geriatrická oddělení nemocnic

Tato oddělení vznikají v nemocnicích od roku 1990. „*Geriatrická oddělení nemocnic poskytují (sub)akutní lůžkovou péči zvláště rizikovým starým pacientům s multimorbiditou, sníženou adaptabilitou ohroženým rizikem specifických geriatrických komplikací. Zaměřují se na včasnou diagnostickou a intenzivní léčebnou péči s posílenou složkou rehabilitační a ošetrovatelskou.*“ (Přehnal, 2001, s. 4)

3. Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)

Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déletrvajícími nemocemi. (Vyhláška MZČR č. 121/1974 Sb., §16) Mezi hlavní problémy LDN patří mimo jiné malá pozornost důstojnosti nemocných – osamělost, úzkost, používání kontroverzních klecových lůžek a trvalý nedostatek personálu v závislosti na počtu a náročnosti pacientů.

4. Domovy pro seniory

Jsou určeny pro staré lidi, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu a jejich zdravotní stav nevyžaduje odborné ošetřování a léčení v zdravotnickém zařízení – tedy nevyžadují speciální lékařskou pomoc, ale zároveň se o sebe už nedokážou postarat. Jde o zajištění ubytování a potřebných sociálních a zdravotních služeb, zvláště primární lékařská

péče a rehabilitace (hrazená zdravotní péče zdravotní pojišťovnou) a zajištění věcné pomoci v případě potřeby – např. poskytnutí osobního vybavení (prádlo, šatstvo...). (Burešová, Řezáčová, Stehlíková, 2009)

5. Geriatrický stacionář

Můžeme jej také nazývat jako denní centrum, neboli „domovinky“. Je to forma poloinstitucionální péče, jejímž principem je pobyt v zařízení zdravotnického charakteru v rozsahu 6-12 hodin, může být denní, ale i například týdenní. Zabezpečuje léčebné, ošetrovatelské a rehabilitační výkony, které nevyžadují plnou hospitalizaci. (Burešová, Řezáčová, Stehlíková, 2009)

6. Hospic

Hospic je specializované zařízení poskytující tzv. paliativní péči, což je péče péči zaměřena na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské péče zaměřené na léčbu nemoci. V principu to znamená, že před tím, než se těžce nemocný člověk dostane do hospicu, byli vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Běžně ve světě se hospicová péče rozděluje do tří forem:

1. **domácí hospicová péče**, která je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující;
2. **stacionáře** - denní pobyty, tenhle způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče;
3. **lůžková hospicová péče** je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí, nebo nejsou vůbec k dispozici. (Hospice online)

Při koncipování zdravotně-sociální péče o seniory je důležité akceptovat velkou heterogenitu této populace. Z toho důvodu je nezbytný individuální přístup k potřebám seniorů. Institucionální i neinstitucionální formy péče o seniora by měly vycházet z modifikace následujících principů, tzv. **4xD**, jež byly deklarovány na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří už v roce 1982. Při komplexní péči o osoby vyššího věku je tedy třeba:

- **demedicalizace** - medicína má povinnost postarat se o staré nemocné lidi, ale problém „celého stáří“ vyřešit nemůže; zdravotní pracovníci by měli být seznámeni nejen se svými jednoznačnými kompetencemi, ale i s možnostmi následné péče o staré nemocné osoby - a to jak ve smyslu lékařském, tak psychologickém a sociálním;

- **deinstitucionalizace** - péče o potřebné seniory by měla být realizována mimo instituce, samozřejmě nejlépe doma, i když třeba s intervencí zdravotnické nebo sociální pomoci, prioritní je rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti;
- **desektorizace** - opuštění od představy, že jeden či dva rezorty (zdravotnictví a sociální služby) pokryjí všechny opodstatněné potřeby starších a starých nemocných lidí; potřeba zdůrazňovat multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, potřeba týmové práce;
- **deprofesionalizace** - určité jednoznačně definované profese se pochopitelně musí podílet na péči o seniory (např. lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník, pečovatel atd.), ale nikomu z těch, jež jsou ochotni a schopni se podílet na péči, by nemělo být bráněno v prospěšných aktivitách. (Rheiwaldová, 1999)

Péče o seniory je týmová, multidisciplinární a multiresortní a považujeme ji za celospolečenskou otázku. Jejím cílem je zachovat v co možná největší míře zdraví seniorů a jejich schopnost žít kvalitním a nezávislým životem, pokud možno co nejdéle ve svém přirozeném rodinném prostředí.

3 SENIORSKÁ POPULACE

3.1 Gerontologie

Gerontologie (z řec. *gerontos* = starý člověk, stařec a *logos* = nauka) je věda o stárnutí a stáří. Zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí a vypracovává vědecké podklady pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči o staré občany. (Zavázalová, 2001)

Dnešní gerontologie vznikla na počátku dvacátého století. Shromáždila velké množství faktického materiálu a předložila řadu hypotéz o podstatě základních mechanismů stárnutí.

Gerontologii můžeme rozdělit na 3 části:

1. **Gerontologie teoretická** vytváří teoretické základy pro péči o starého člověka. Zkoumá mechanismy stárnutí a formuluje hypotézy a teorie stárnutí.
2. **Gerontologie klinická** se zabývá stárnoucím a starým člověkem ve zdraví a nemoci. Zaměřuje se na upevňování zdraví a prevenci, diagnostiku a léčení chorob ve stáří.

3. **Gerontologie sociální** studuje vztahy mezi populací vyššího věku a společností. Mezi její hlavní úseky můžeme zařadit: otázky demografického stárnutí, sociálně ekonomickou situaci starých lidí, společenské prostředí, sociologickou a sociálně psychologickou problematiku stárnutí a stáří, sociálně lékařské a sociálně psychologické aspekty poskytování komplexní péče o staré občany, právní a etické aspekty péče o staré občany, přípravy na stáří. (Zavázalová, 2001)

3.2 Nové trendy v péči o seniory

Stárnutí jako přirozený biologický proces nelze ovlivnit, problémem ovšem je, že dnešní člověk chápe stáří spíše jako nutné zlo.

V souvislosti s moderními přístupy k seniorům se často objevuje termín **kvalita života**, což je kategorie velmi subjektivní a individuální, která pro různé jedince představuje různé věci, v různém čase.

Především dobré zdraví je podmínkou, aby senioři mohli i nadále přispívat společnosti, a aby se mohli těšit z uspokojivé kvality života. Většina starších občanů je schopna vést aktivní a nezávislý život. S přibývajícím věkem přichází zhoršení zdravotního stavu.

3.2.1 Politika aktivního stárnutí

V současné době se staří lidé setkávají s jistými bariérami, které jim brání vést aktivní život. Ve většině případů jsou těmito bariérami zhoršený zdravotní stav, nepřizpůsobivý trh práce a neadekvátní veřejná i sociální politika. A právě Politika aktivního stárnutí (dále jen PAS) by měla pomoci umožnit aktivní stárnutí a překonat ony bariéry.

Ve vyspělé Evropě je populační stárnutí vnímáno spíše jako výzva a příležitost. V takovém případě jsou senioři chápáni jako cenný zdroj zkušeností, a jako takový může výrazně přispívat životu společnosti

PAS má mnoho dílčích cílů. V oblasti veřejného zdraví PAS vyžaduje výrazné změny v již existujících praktikách, a to jak na úrovni individuální, tak institucionální. Obrovský důraz je kladen na osvětové a preventivní lékařské praktiky.

V České Republice již nyní existuje Národní program přípravy na stárnutí jako společenský program na období let 2008 - 2012. Tento program, který je představen níže, zahrnuje mnohé z principů politiky aktivního stárnutí, jejichž plnění vyžaduje Evropská unie.

3.2.2 Národní program přípravy na stárnutí

Tento program byl přijat vládou České republiky s cílem podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané.

V tomto dokumentu se uvádí, že je třeba překonat a změnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří, překonat předsudky o životě, postavení a významu seniorů ve společnosti. Zároveň musíme poskytnout seniorům dostatečný prostor a podmínky k aktivní účasti na životě společnosti a jejím rozvoji. Senioři se musí sami naučit využívat všech možností, které jim společnost nabízí k posílení vlastního postavení, k dosažení bezpečného stárnutí a k plnému a rovnoprávnému zapojení.

Program vychází z předpokladu, že ke zvýšení kvality života ve stáří a k úspěšnému řešení výzev spojených s demografickým stárnutím je nezbytné zaměřit se na následující strategické oblasti a priority. Níže uvedené cíle je žádoucí prosazovat horizontálně napříč sektory a na všech úrovních veřejné správy.

- Aktivní stárnutí.
- Prostředí a komunita vstřícná ke stáří.
- Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří.
- Podpora rodiny a pečovateli.
- Podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv.

(NPPS online, 2008)

Tento program stanovuje základní předpoklady pro to, abychom vytvořili podpůrné, integrující a vstřícné prostředí pro sebe i pro druhé. Jeho cílem je podpořit solidaritu a soudržnost mezi generacemi a zájem o situaci, těžkosti a preference starších lidí v České republice, zvýšit subjektivní a objektivní bezpečí a ochránit práva zranitelných skupin starých lidí. Program navazuje na Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007 a na zkušenosti s jeho realizací. Stanovuje priority a opatření na pět let. V roce 2012 bude vyhodnocen a revidován. Stanovené základní prioritní směry by však měly mít dlouhodobější platnost. (NPPS online, 2008)

Tento program zahrnuje 10 klauzulí, z nichž každá obsahuje popis, cíl, opatření v neposlední řadě i to, kdo za jejich dodržení či splnění odpovídá.

4 DEMENCE

4.1 Demence obecně

Demence jsou velmi časté choroby, jejichž výskyt významně roste s věkem. Nejnápadnější projevy, které jsou patrné pro okolí, představují poruchy paměti a následně přibývající poruchy dalších funkcí. Často bývá postižena emotivita a mohou se vyskytnout i depresivní stavy, halucinace či iluze. U demence se vždy vyskytují poruchy osobnosti, které jsou úměrné druhu a stupni demence. V průběhu této nemoci dochází k postupné degradaci osobnosti, tudíž člověk ztrácí schopnost se sám o sebe starat.

Demence (z latinského *de* - „oddělený, pryč“ + *mens* „se zlobit“) je psychickou chorobou vysokého věku, jež je největším rizikovým faktorem jejího vzniku. Je považována za obzvláště závažnou, protože její průběh lze pouze zmírnit, ale ne zcela zastavit. Může ji způsobit řada příčin. Některé z demencí je možno vyléčit, ale je důležité jejich včasné rozpoznání.

Demence sama o sobě představuje syndrom - tedy určitý charakteristický soubor příznaků, jež může mít různé příčiny. Některé choroby jsou vždy spojeny s rozvojem demence (např. Alzheimerova choroba), u jiných se demence rozvíjí pouze někdy (např. AIDS). (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009)

Demence může postihnout jak dospělé, tak i děti. Vágnerová uvádí, že „u velmi malých dětí se obtížně rozlišuje, zda jde o vrozený mentální defekt či ranou formu demence. V zásadě nelze diferencovat do věku 18-24 měsíců. Do té doby se psychický vývoj ještě nedostane na takovou úroveň, aby bylo možné uvažovat o úbytku rozumových schopností, zejména pokud není velmi rychlý a závažný.“ (Vágnerová, 1999, s. 137)

V dětském věku se demence projevuje jinak než v dospělosti, protože inteligence se teprve rozvíjí. K poškození rozumových schopností může dojít na různé vývojové úrovni, což se projeví i v obraze poruchy. Může dojít k zástavě vývoje, ke stagnaci, zpomalení nebo k regresi, v závislosti na příčině. Není vyloučená ani možnost určitého zlepšení, resp. úpravy stavu v rámci léčby nebo dozrávání CNS. (Vágnerová, 1999)

4.2 Rizikové a projektivní faktory

Příčiny vzniku demencí jsou, i přes četné lékařské výzkumy, stále nejasné. Byly však prokázány následující faktory, které mohou přispívat k jejich vzniku nebo naopak jejich vznik eliminovat:

- **rizikové faktory:**

- vyšší věk
- genetické faktory
- ApoE4 (rizikový gen)
- demence v rodině
- úrazy hlavy
- ženské pohlaví
- Downův syndrom
- nízká duševní aktivita
- nízká úroveň vzdělání

- **projektivní faktory:**

- vyšší vzdělání
 - lecitin
 - psychická aktivita ve vyšším věku.
- (Zgola, 2003)

4.3 Prevence demence

Prevence lepší než léčba. Má své důležité místo ve všech oblastech zdraví. Domnívám se, že účinným je zejména zdravý způsob života, což znamená hodně spánku, dostatek tělesného pohybu, pobyty v přírodě a minimum zátěžových situací. Takovýto „pohodový“ život vede ovšem málokdo.

Jedním z důležitých faktorů prevence demence je podle mě naučit se „žít zdravě“ a co nejlépe překonávat zátěžové situace, jež s sebou život přináší. Dalším neméně důležitým faktorem prevence je kvalitní a účinná léčba tělesných chorob, které se během života objeví. V každém případě je třeba, aby člověk s demencí dodržoval zdravý způsob života. Jeho náročnost ovšem záleží na stádiu demence, na případných somatických chorobách a dalších průvodních jevech. Preventivně také působí dostatek tekutin a kvalitní strava s dostatkem vitamínů. Je důležité dbát na kvalitní spánek v noci a aktivní činnost ve dne, nikoli naopak.

Jedním z účinných prostředků prevence demence je trénovaný, výkonný mozek, k němuž může napomoci počítač - tímto se zabývám v empirické části.

4.4 Klasifikace demence

Jednotlivé typy demencí uvádím, aby bylo patrné, že Alzheimerova choroba není jedinou formou demence, protože pokud se řekne demence, většině lidí se vybaví vtip o Němci, který starým lidem schovává věci.

Účelem této práce však není popis jednotlivých typů demencí a proto se jejich podrobnějším zkoumáním nebudu dále zabývat.

Častěji než schéma Mezinárodní klasifikace nemocí se v odborné literatuře užívá schéma Diagnostické a statistické příručky Americké psychiatrické společnosti (IV. revize, DSM IX.). Zde je její výčet:

Demence Alzheimerova typu

- s časným začátkem
- pozdním začátkem
- s deliriem
- s bludy
- s depresivní náladou
- nekomplikovaná

Vaskulární demence

- s deliriem
- s bludy
- s depresivní náladou
- nekomplikovaná

Demence při onemocnění HIV

Demence v důsledku poranění hlavy

Demence při Parkinsonově nemoci

Demence při Huntingtonově nemoci

Demence při Pickově nemoci

Demence při Creutzfeldtově-Jakobově nemoci

Demence při jiných obecně medicínských poruchách

Perzistující demence v důsledku chemicky působících látek (alkoholu, drog, léků, inhalovaných látek, těžkých kovů, rozpouštědel, organofosfátů apod.)

Demence s mnohočetnou etiologií

Demence jinak neurčená. (Koukolník, 1999)

4.5 Diagnóza a vyšetřovací metody u demencí

Osoba trpící demencí si svůj problém často neuvědomuje, nepřipouští si ho. Z tohoto důvodu je odhalení příznaků další osobou velice důležité. Rodina, ale také lékaři, hodnotí některé příznaky demence jako běžný projev stáří bez nějakého klinického významu, a proto jim nevěnují patřičnou pozornost.

Podle Stuart-Hamiltona (1999) bývá demence u mladších pacientů (zhruba do 60. roku věku) zřejmě zachycena dříve, neboť její symptomy nápadně kontrastují s předpokladem, že lidé v tomto věku by měli být stále ještě „v plné síle“. Oproti tomu starší pacienti vykazují většinou mnohem markantnější příznaky choroby, protože její počátek může být nenápadný a první výpadky paměti či postižení psychiky bývají často a hlavně snadno zaměňovány za průvodní znaky „běžného“ stárnutí.

Co se týče testů, bývají pro pacienta často stresující. Z tohoto důvodu je nutné pacienta na testování připravit, uklidnit ho. *„K testování jednotlivých složek poznávacích funkcí se používají testy, které s pacientem provádí psycholog, neurolog či psychiatr. Bez nich nelze určit diagnózu postižení, ale na druhou stranu test sám diagnózu neurčuje.“* (Borzová, 2009, s. 20)

4.5.1 Klinické, psychologické, screeningové metody

Lidé postižení DAT mají relativně nedotčenou dlouhodobou paměť, ale neslouží jim paměť krátkodobá, a proto selhávají v časově omezených testech.

V této kapitole popisují testové metody, které mohou vést k poznání syndromu demence. Zadání některých testů je poměrně rozsáhlé, a proto zde uvádím jen základní popis testů a principy, na nichž fungují.

a) Paměťový test učení

Pacientovi přečteme patnáct jednoduchých známých slov, které si má následně nezávisle na pořadí vybavit. Tento postup opakujeme pětkrát a sledujeme křivku učení. Diagnosticky důležité jsou tzv. konfabulace (smyšlenka, chorobná obrazotvornost) a opakování slov: pacient přidá slovo, které si již jednou vybavil. Již v preklinickém stádiu lze objevit občasné konfabulace s nejistotou, která se projevuje opakováním slov (Jiráková a kol., 1998).

b) WAB (Western aphasia battery) - testy řečových funkcí,

Tento test měří dva aspekty - řečový (spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění) a názorový (hodnotí čtení, psaní, počítání, vykonání úkolu a doplnění obrazce do logické série). Při testu řečové plynulosti *„pacient musí v určitém časovém intervalu vyjmenovat co nejvíce slov podle zadání (např. začínajících na stejné písmeno, co nejvíce zvířat, jmen apod.) hodnotí se pohotovost, iniciace, motivace, mentální pružnost, pracovní a slovní paměť.“* (Borzová, 2009, s. 27)

c) Škála depresivity

Depresi můžeme s demencí zaměnit, avšak u řady pacientů Alzheimerova choroba depresí začíná. Existuje řada standardizovaných zkoušek na posouzení depresivity. Jirák a kol. (1998) uvádí škálu depresivity od autora Yesavage. Skládá se ze třiceti položek a její provedení zabere 5 – 10 minut. Výsledek je vždy nutno porovnat s klinickým dojmem specialisty. Hlavním přínosem této škály je, že se výsledky odliší pacienty se syndromem demence od pacientů, kteří mají „pouze“ deprese.

d) Rorschachův test

Tímto testem lze zaznamenat změny ve schopnostech prožívání. Tento test je založený na použití deseti karet s barevnými a černobílými symetrickými skvrnami za předpokladu úzkého vztahu mezi vizuálním vnímáním a osobností. Pořadí předkládaných karet není náhodné. (Jirák a kol., 1998)

e) Trail making test

Trail making test se pro zdravého člověka zdá být velmi jednoduchý. Pacient má spojovat čísla od 1 do 25 v části A, a nebo čísla a písmena v části B. Zvláště část B je už v počátečních fázích DAT pro pacienty problémem (Mühlpachr, 2001).

f) Folsteinův MMSE test (Mini-Mental State Examination)

Je to nejužívanější test, který je ovšem velmi orientační, a je standardem pro vyšetřování poruch paměti u demencí.

Při testování je důležité vybrat klidné prostředí bez rušivých vlivů. Borzová (2009) uvádí, že MMSE testuje:

- orientaci osobou, místem i časem (např.: Který je rok? Ve kterém jsme městě?),
- zapamatování tří slov - hned a po jisté latenci (např. Budu jmenovat tři předměty. Až pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval/a. Vyslovujeme pomalu, zřetelně a s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy.),
- počítání - odečítání od stovky sedmičku,
- poznávání - pojmenování předmětu (např. Ukážu hodinky a zeptám se: Jak se to jmenuje? Ukážu tužku a zeptám se: Co to je?),
- splnění úkolu (např. Ukáži testovanému kartu s nápisem: Zamávejte levou rukou. Přečtěte nápis a udělejte, co žádá.),

- překreslení obrázku, opakování věty.

g) Test hodin

Dalším testem, který prezentuje Jirák a kol. (1998) je test hodin, ve kterém je pacient instruován, aby nakreslil ciferník hodin se všemi čísly a nastavil ručičky na určitý čas. Instrukci můžeme pacientovi zopakovat, ale neměli bychom mu radit. Dle návodu kresbu poté ohodnotíme.

h) Mattisova škála demence

Podrobnější zkoušku představuje Mattisova škála demence, která se zaměřuje na pozornost, paměť, kresbu, schopnost iniciativy, motoriky a tvorbu pojmů. Všechny položky škály, kterých je 37, vytváří celkové skóre s maximální hodnotou 144 a minimální s 0. Zkouška není již přímo diagnostickým nástrojem, ale slouží k podrobnějšímu zachycení již klinicky prokázané AD nebo k zachycení změn v průběhu nemoci (Jirák a kol., 1998)

i) Montrealský kognitivní test (Nasredinův test)

Montrealský kognitivní test či Nasredinův test ověřuje zručnost, prostorovou orientaci, zrakovou konstrukční zručnost, pojmenování zvířete, paměť, pozornost, opakování vět, vybavování slov, abstrakce, pozdější vybavení slov, orientaci. (Jirák a kol. 1998)

j) Wechslerova škála paměti

Tento test umožňuje komplexní prověření všech druhů paměti, ale je časově náročný. *„Poskytuje detailní informace o slovní i zrakové paměti, zvláště okamžité i oddálené vybavení. Testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování si dvojice slov a tváří, seznamu slov, zrakové reprodukce, uspořádání čísel a písmen, rozsah čísel a prostoru.“* (Borzová, 2009, s. 27)

k) Stroopův test

Psychologický testem, který dokazuje, že člověk, při vykonávání nějakého úkolu, může být snadno rozptýlen svými automatickými návyky či reakcemi. Tento test je *„vhodný k posouzení míry pozornosti, mentální pružnosti, psychomotorického tempa a adaptace na zátěž.“* (Borzová, 2009, s. 28).

Obr. 1: Příklad Stroopova testu:

Pokuste se co nejrychleji jmenovat barvy následujících políček:



Nyní se pokuste co nejrychleji jmenovat barvy následujících slov (bez ohledu na význam slov): **Zelená fialová modrá zelená červená modrá zelená červená.**

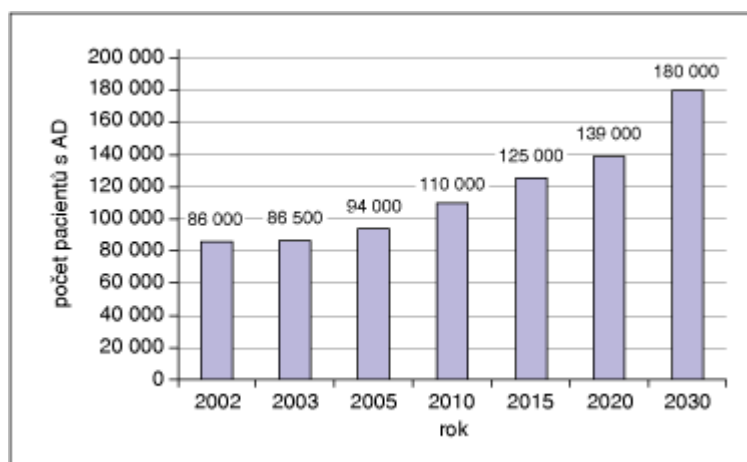
Zdroj: Vlastní.

5 DEMENCE ALZHEIMEROVA TYPU

5.1 Obecná charakteristika

O Alzheimerově demenci budeme slyšet stále častěji a stále častěji se s ní budeme setkávat a následující graf to jen potvrzuje:

Graf 2: Hrubý odhad vývoje počtu pacientů s Alzheimerovou demencí v ČR v letech 2002–2030



Zdroj: http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp3_05/08_bartos.htm

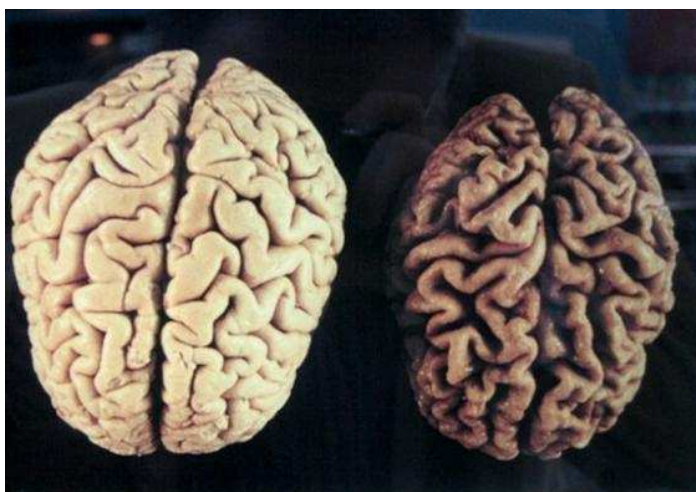
Přestože existují rysy a projevy DAT společné pro všechny nemocné, každý postižený je pociťuje individuálně. DAT postupuje svým vlastním tempem a její vývoj nemoci může trvat 8 až 20 let, v závislosti na zdravotním stavu a životních podmínkách postiženého. Zhoršení se projevuje u každého v jiné formě a má rozdílné příznaky.

Kdo se s DAT setkal, ať už z pozice nemocného, lékaře, člena rodiny, ošetřovatele nebo přítele, procházel nejprve fází popírání. Osoba s podezřením na DAT prochází spoustou vyšetření, aby se našel jiný důvod, díky němuž dochází ke změnám v jeho chování.

DAT není běžným příznakem stárnutí a nerespektuje žádné sociální, ekonomické, geografické nebo etnické hranice. Člověk trpící demencí potřebuje pomoc v každém směru svého života. Bohužel neexistuje žádný lék, který by tuto nepříjemnou a ve svém důsledku smutnou nemoc vyléčil, ale pro nemocné a jejich pečovatele existuje spousta odborných publikací obsahující rady v oblasti péče a podpory nemocného.

DAT je příčinou 50 – 60 % případů demence. Ničí mozkové buňky a nervová spojení, která přenáší informace v mozku, a díky tomu není mozek schopen ukládat nové informace.

Obr. 2: *Vlevo zdravý mozek, vpravo mozek postižený Alzheimerovou chorobou*



Zdroj: <http://www.naseadresa.cz/cz/s348/dg10099>

V průmyslově vyspělých zemích je DAT nejčastějším typem demence. S prodlužujícím se věkem a rostoucím podílem starších osob v populaci se její výskyt trvale zvyšuje. Onemocnění, které je nejčastěji chorobou stáří, se vyvíjí postupně, plíživě. Rozlišení prvotních poruch paměti od příznaků, jež mohou doprovázet normální stárnutí, nemusí být zpočátku snadné.

Jiráková, Holmerová, Borzová a kol. (2009) definují Alzheimerovu chorobu jako závažné neurodegenerativní onemocnění, které vede k úbytku některých populací neuronů (tedy nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii, což je úbytku tkáně. Toto má za následek vznik syndromu demence.

Tato choroba zásadně mění život nejen pacienta, ale i celé jeho rodiny. Ta se často s nezvyklým chováním a jednáním svého blízkého obtížně vyrovnává. Ale právě zájem a zapojení rodiny do péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou je velmi důležitý a žádoucí.

Abych alespoň trochu přiblížila pocity rodinných příslušníků těch, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, uvedu pár vět přímo z jejich úst. O tak pro ně bolestivém tématu promluvily v pořadu *Ta naše povaha česká* s podtitulem „Ztraceni v sobě“, jež odvysílala Česká televize dne 23. září 2009.

Paní Zdeňka o svém manželovi:

„Zapomínal slova, nedokázal navázat. Nepoznával mě, nepoznával své přátele. Já sem mu vypadla první, kterou vůbec nepoznal. On si myslel, že jsem cizí žena.“

Paní Helga o svém manželovi:

„Ještě před létem byl takový pomalejší a zapomínal. Nejhorší to bylo, jak se stmívalo, ale ještě nebylo natolik tma, že bysme tady rozsvítili. Stál u okna a říká: „Já bych už chtěl jít domů, za chvíli bude tma.“ A to už pro mě bylo takové varovné, opravdu. Já jsem říkala Zdeňku, vždyť mi jsme doma. „Nene. Pojď, než bude tma, půjdem domů.“ To byl takový špatný začátek.“

Pan Petr o své babičce:

„Okolí a rodinu vůbec překvapovalo to, že babička dělala věci, které pro ní nebyly zas až tak přirozené. Začala se třeba nepřirozeně chovat u jídla. Začala pouštět do domu lidi, které nikdy neznala. Koupila věci, které byly absolutně nepotřebné.“

Pan Stanislav ml. o své matce:

„Já sem to poznal sám, že maminka je jiná, než normálně. To bylo strašné, to sem probřečel strašně moc. Protože ona byla strašně pořádkumilná a všechno že a najednou jí to začlo být celkem jedno. Zapomínala, co kde patří, začla být protivná.“

Pan Stanislav st. o své manželce:

„Začlo to tak pozvolna. Třeba u vaření už se jí měnily věci, co má dělat, co nemá dělat. Začala schovávat peníze...“

5.2 Stadia a průběh DAT

▪ Stadia DAT

Alzheimerovu chorobu můžeme rozdělit do mnoha stádií. Různí autoři uvádí různé dělení. Někdy je rozdělují na 3, jindy až na 5 stádií. Většinou jde o mírné (rané), střední (pokročilé) a pozdní stadium. Dělení připomíná jednotlivé životní fáze člověka. Callone, Kudláček a kol. (2006) uvádí, že účelem dělení je pomoci vytvořit návod na stanovení postupu péče v jednotlivých fázích, což umožňuje maximálně využít možnosti dané osoby a zároveň chránit její důstojnost.

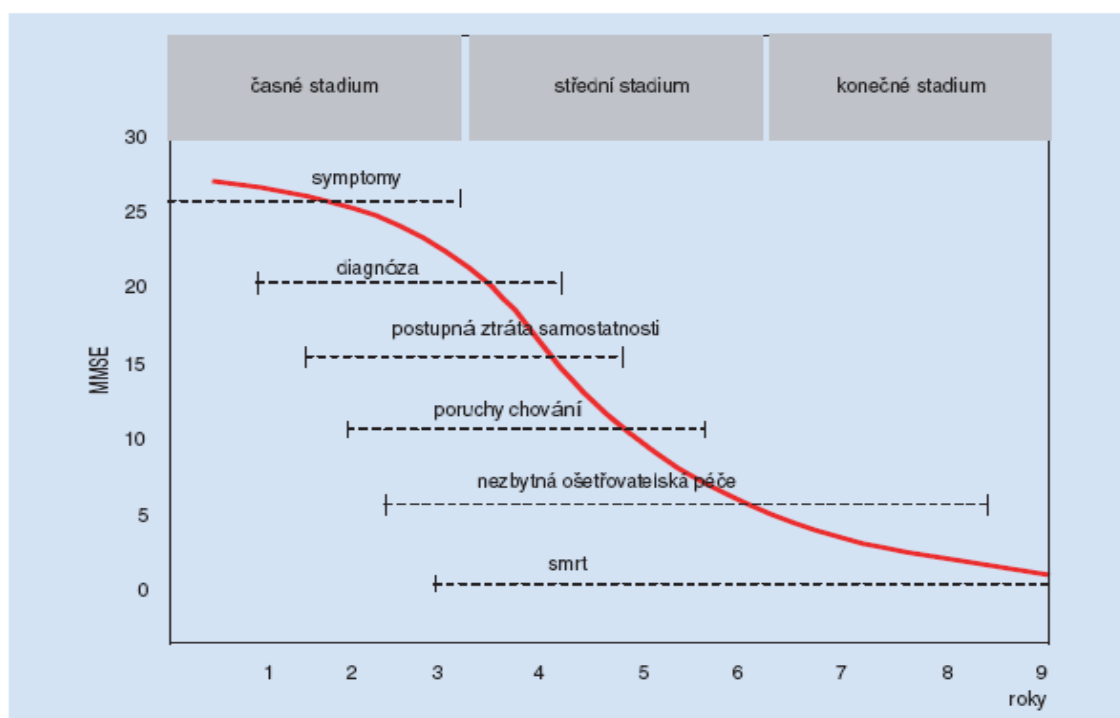
Podle symptomatologie rozdělujeme demence do tří stádií:

1. **mírná demence** (horší zapamatování nových paměťových obsahů, ztrácení věcí),
2. **středně těžká demence** (postižení nejsou schopni vykonávat smysluplnou činnost, paměť porušena ve všech složkách),
3. **těžká demence** (těžká porucha paměti ve všech složkách, pomoc jiné osoby).
(Koukolík, 1998)

▪ **Průběh DAT**

Průběh této choroby je zcela individuální, ale v zásadě lze říci, že čím vstřícnější prostředí a intenzivnější aktivizace a aktivace, tím delší doba kompenzovanosti a spokojenosti člověka s DAT.

Graf 3: Klasický průběh DAT



Zdroj: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2007/02/10.pdf>

5.2.1 Péče o seniory s DAT

Péči o seniory s DAT lze rozdělit do 3 úrovní:

- I. péče o starého občana v rodině,
- II. sociální péče o starého občana v ambulantních podmínkách,

III. sociální péče o starého občana v pobytových podmínkách zařízení sociálních služeb. (Zgola, 2003)

Pro člověka postiženého DAT, a vůbec všechny nemocné, platí, že čím déle se jej podaří udržet zabezpečeného v domácím prostředí, tím lépe. Domnívám se, že změna prostředí vždy dekompenzuje a vyvolává u postiženého člověka neklid či úzkostné stavy, což má na průběh demence svůj nezanedbatelný vliv. Nutno ale zmínit, že péče o seniora s demencí je velice náročná - ať už po stránce psychické, fyzické či materiální.

Pro dementní nemocné je proto rizikové každé přijetí do nemocnice, každá změna prostředí i navyklého stereotypu. Je velice důležité, aby životní prostor dementního nemocného byl nejen bezpečný, ale také maximálně přehledný, např. využívat barevného odlišení, nápadné značení věcí či cest z jedné místnosti do druhé.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 upravuje podmínky pro poskytování sociálních služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku nebo osobám s DAT a ostatními typy demencí v těchto zařízeních sociálních služeb:

- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením.

5.3 Důsledky DAT

Chování člověka není jen výsledkem chybějících nebo změněných funkcí. Spíše to svědčí o snaze člověka pokračovat v uspokojování svých potřeb, ačkoli se přitom navíc musí vypořádat se změnami ve svých schopnostech, nebo je nějakým způsobem kompenzovat.

Osoba postižená DAT je stížena snížením nabytých schopností v mnoha oblastech – jedná se o paměť, jazyk, resp. komunikaci, pozornost, poruchy v oblasti vhledu, úsudku či abstrakce, a v neposlední řadě i motoriky. V následujících odstavcích se pokusím vybrané důsledky DAT blíže představit.

Paměť

Každý z nás čas od času něco zapomene. Je to trochu stresující, ale zdaleka to však neblíží prožitkům lidí se ztrátou paměti. Zapomětlivý člověk ví, co zapomněl, a když mu to

někdo připomene, vzpomene si. Naproti tomu osoba s kognitivní poruchou si často ani neuvědomí, že něco zapoměla. Nepozná, že ztratil paměť.

Při DAT ztráta paměti, nebo-li amnézie, ovlivňuje obvykle vzpomínky ne příliš časově vzdálené, takže si postižený člověk nevybaví událost, ke které došlo před chvílí, několika dny či měsíci. Naproti tomu vzpomínky ze vzdálené minulosti jsou obvykle zachovány do mnohem pozdějších stádií nemoci. Zgola (2003) uvádí, že ztráta paměti tohoto druhu se projevuje:

- potížemi při získávání nových znalostí,
- špatnou orientací v prostoru, čase, lidech,
- opakujícími se dotazy,
- paranoickým tvořením představ, konfabulací,
- úzkostlivostí a nedostatkem vhledu.

Jazyk a komunikace

V tomto směru je nutné rozlišit jazyk a řeč. Řeč je schopnost artikulovat slova, zatímco jazyk je schopnost zakódovat myšlenky do slov a zpět je dekodovat. Jazyk bývá demencí ohrožen velmi často.

Jazyk má dvě základní složky - receptivní a expresivní. Receptivní jazyk se vztahuje ke schopnosti porozumět myšlenkám druhých. Expresivní jazyk se vztahuje ke schopnosti vyjádřit vlastní myšlenky. Zgola (2003) uvádí, že rozpad schopnosti receptivního jazyka působí postižené osobě potíže s rozeznáváním a porozuměním složitým větám. Naproti tomu osoba, jež má potíže s expresivním jazykem, bude obtížně hledat slova, která by přesně vyjádřila její myšlenku. Bude mít problém s tvořením smysluplných vět a s převedením aktivity do vnitřního jazyka.

Problémy jsou rovněž způsobeny i v neverbální a verbální komunikaci – blíže jsou představeny v následující tabulce:

Alzheimerova nemoc	
Verbální komunikace	Neverbální komunikace
Řeč je zmatená, nemohou klasifikovat věci, zapomínají jména, nemohou číst a psát, mají zpřeházené myšlenky, jsou nerozhodní.	Nejsou schopni zaznamenat dotek, používají gest rukou, nízké, fragmentované zvuky, náhodné pohyby.

Zdroj: Rheinwaldová, E.: Novodobá péče o seniory, s. 68.

Kalvach, Onderková (2006) ve své knize popisují desatero zásad komunikace s pacienty se syndromem demence, a sice:

1. **Při komunikaci omezuje rušivé a rozptylující vlivy prostředí.** Ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. **Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz.** Omezuje prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v pacientově zorném poli.
3. **Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.**
4. **V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům.** Pokud je to možné, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejné slova.
5. **Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl.** Důležité údaje píšeme navíc na list papíru a pro získání pozornosti, popř. pro zklidnění používáme dotek.
6. **Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta.**
7. **Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli, nebo zda konzultace skončila.**
8. **Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem.**
9. **Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence.** Bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
10. **Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem nebo tak, jak si sám přeje.**

Vzhledem k tomu, že kvalita života postižené osoby a i těch, kteří o ni pečují, záleží na povaze jejich vzájemného vztahu, je velice důležité, aby byla v průběhu nemoci s postiženou osobou udržována co možná nejlepší komunikace. K tomu, aby jí bylo dosaženo, musí pečovatel rozumět povaze komunikační bariéry, kterou demence může vyvolat.

Pozornost

Udržení pozornosti je u osob s DAT veliký problém. U žádné činnosti nevydrží příliš dlouho a příliš se na ni nesoustředí. Spíše bloumá a soustavně hledá něco na práci. Občas se stane, že postižená osoba činnost v půlce přeruší a odejde třeba zpola oblečená nebo oholená. Zgola (2003) uvádí nejobvyklejší příklady vzorců chování spojených s problémy pozornosti:

- neschopnost začít nebo ukončit úkol či akci,
- fixace na jeden nepodstatný aspekt úkolu, přičemž na úkol jako celek osoba zapomene,
- neschopnost vzdorovat rušivým podnětům,
- snížená schopnost reagovat,
- zmatené reakce a mnohé další.

Tyto problémy plynou z neschopnosti osoby zaměřit pozornost, soustředit se a udržet bdělost.

5.4 Rehabilitace a aktivizace DAT

Kalvach (1997) uvádí, že kognitivně-rehabilitační péče je zastřešující pojem, který předpokládá programově i metodicky uspořádanou souhru všech zúčastněných léčebných programů. Kognitivní stimulací je myšlena nabídka herního, zájmového nebo motivačního charakteru, která prostřednictvím smyslové, citové nebo lehké poznávací stimulace posiluje kognitivní procesy. V ústavních zařízeních je z provozních důvodů upřednostňováno skupinové pojetí stimulace.

Kalvach (1997) dále uvádí, že základem kognitivně-rehabilitační péče jsou dvě teoretická východiska, a sice:

1. **nezbytnost aktivace;**
2. pojetí postižení nebo úbytku výkonu jako **ill structured problem**, tedy jako špatně definovaného problému, jehož řešení je třeba nalézt.

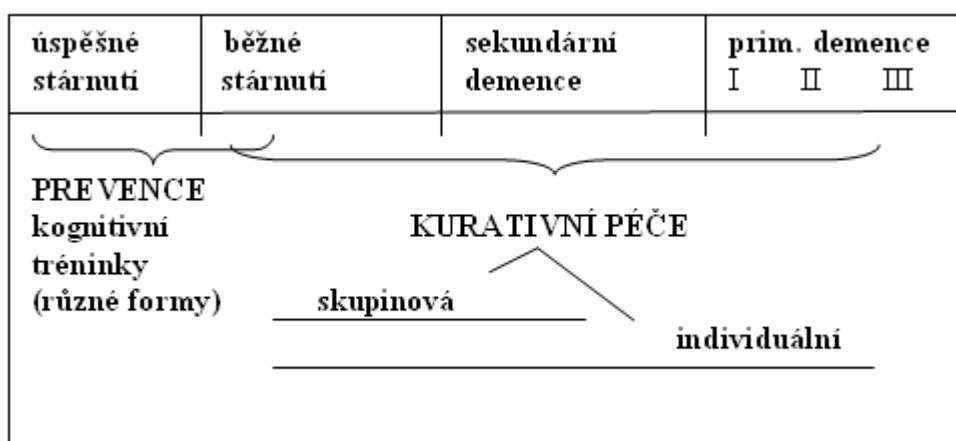
Kognitivně-rehabilitační péče má 2 formy: **preventivní** a **kurativní**.

Preventivní formou je kognitivní trénink, jež je určený pro předdůchodový věk, pro tzv. úspěšně stárnoucí populaci i tzv. běžně stárnoucí jedince, kteří mají zájem zlepšit svou výkonnost v poznávací oblasti. Předmětem tréninku je např. krátkodobá paměť, paměť na jména, soustředění, představivost, a další. Provádí se výhradně ve skupině.

Kurativní forma je určena pro velkou většinu tzv. běžně stárnoucí populace, u které výkonnost občas selhává, a pro ty seniory, jež si občas nevědí rady, neumí své každodenní

starosti řešit, často se cítí nemocní či nevykonní. Dále je určena pro osoby s počáteční formou primární demence a pro osoby trpící tzv. symptomatickou neboli sekundární demencí. Tato forma je aplikována většinou individuálně. (Kalvach, 1997)

Obr. 3: Rozsah aplikace programu kognitivně-rehabilitační péče



Zdroj: Kalvach, Z.: Úvod do gerontologie a geriatrie, 1999, s. 11.

5.4.1 Aktivity

Při péči o lidi s AD pravděpodobně neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Pokud je používána dobře, dokáže pozvednout člověka na duchu, rozptýlit jeho případnou depresi, zklidnit nervozitu a neklid. Program aktivit však neznamena pouze zaneprázdnit lidi poté, co jim byly zajištěny všechny prvky základní péče. Jde o celkový proces, v němž je každému poskytnuta příležitost žít způsobem, který dané osobě vyhovuje nejvíce, a pokračovat v tom, co je důležité pro jeho pocit jistoty, sociálního začlenění a vlastní hodnoty.

Tragédie DAT spočívá v tom, že zbaví živého člověka schopnosti něco dělat o mnoho let dříve, než je na to jeho tělo vůbec připraveno. Člověk se pak cítí zbytečný, bezcenný, závislý, smutný a bez nálady.

Co lidé, kteří mají DAT, ztratili, anebo mohou ztratit? Moc, styk s ostatními, schopnost být výkonným, užitečným, schopnost bavit se. A co je to, co tito lidé potřebují? Hlavně něco dělat. Potřebují program činností a životní zkušenosti, které by obnovily jejich pocit ze sebe samého jako cenného, milovaného a milujícího jedince.

Vzhledem k tomu, že každý člověk je jiný, je třeba program naplánovat individuálně. Jelikož člověk s DAT musí čelit skutečným, vše prostupujícím omezením, musí být program

připraven způsobem, jenž kompenzuje a nechává osobu plně využívat všech jejích zbývajících sil.

Zgola (2003) uvádí aktivity, které jsou u lidí postižených demencí nejméně úspěšné:

- užívání známých pohybových stereotypů,
- aktivity s výraznými rytmickými prvky,
- aktivity obsahující jeden opakující se krok,
- aktivity poskytující okamžitou zpětnou vazbu,
- aktivity, které postiženého člověka přímo zapojují,
- aktivity, které jsou dost rigidní, konkrétné a předvídatelné.

Dále uvádí pravidla, která jsou důležitá při zavádění aktivity:

- využívat zachovaných schopností klienta,
- minimalizovat rozptylující podněty,
- omezit možnost volby,
- vyhnout se dvojznačnosti,
- dávat podrobné instrukce a být konzistentní,
- napomáhat konkrétními vizuálními prostředky,
- vyloučit možnost případného neúspěchu.

Aktivity je vhodné vykonávat ve skupině, tedy pokud je to možné. Důvodem pro založení skupiny by měla být možnost nabídnout smysluplný společný zážitek.

Aktivity všedního dne (ADLs – Activities of Daily Living)

Zgola (2003) poukazuje na problém, který nastává v okamžiku, když člověk ztrácí kontrolu nad svými každodenními aktivitami. Mnoho aktivizačních programů se snaží tuto potřebu uspokojit, zakládají se proto různé skupiny společenské komunikace, programy senzorické stimulace, programy péče o zevnějšek, programy pracovní činnosti.

ADL rovněž zjišťují míru soběstačnosti člověka s demencí. ***Škála základních aktivit denního života***: v současnosti se používá test aktivit denního života dle Barthelové, který zahrnuje deset náležitě ohodnocených položek. Jde se o jídlo a pití, oblékání, osobní hygienu, koupání, kontingenci moči a stolice, použití WC, chůzi po schodech, přesun z lůžka na židli či vozík, chůzi po rovině. Z výčtu těchto základních sebeobslužných aktivit vyplývá, že vypovídají o základní sebeobsluze, nikoli o schopnosti žít zcela samostatně, bez pomoci a vyrovnat se s nástrahami každodenního života. O těchto schopnostech vypovídají ***testy instrumentálních aktivit denního života***, které existují v mnoha různých podobách. Známa je

například Lawtonova Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL), která hodnotí schopnosti jako: nakupování, telefonování, přípravu jídla, vedení domácnosti, praní, samostatnou dopravu, samostatné užívání léků či nakládání s penězi. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Stupnice soběstačnosti pacienta s Alzheimerovou demencí PSMS

Hodnotí následující činnosti: osobní hygiena, schopnost se najít, oblékání, péče o zevnějšek, mobilita a používání koupelny. Na všechny otázky se odpovídá co nejpřesněji pomocí bodové škály od 1 do 5, přičemž

1 = samostatné vykonávání bez jakékoli pomoci;

2 = občasné připomínání dané aktivity, občasné napovídání a pomoc;

3 = pomoc středního rozsahu při provádění aktivity

4 = pomoc značného rozsahu při provádění aktivity

5 = stoprocentní závislost na pomoci zvenčí. (Zgola, 2003)

5.4.2 Příklady aktivizačních a terapeutických postupů

Terapie by tedy měla být především komplexní, a měla by zahrnovat metody biologické i psychosociální za přispění psychiatra či neurologa a ve spolupráci s praktickým lékařem nebo geriatrem, psychologem, zdravotními sestrami, rehabilitačními pracovníky, socioterapeuty, samozřejmě pečovateli a především rodinou. Na léčbě se podílejí i specialisté z jiných oborů, jelikož velní důležitá je léčba všech přidružených tělesných onemocnění (Jirák, 1998).

Nezbytnou součástí terapie tvoří spolupráce s pečovateli postižených - většinou nejbližšími rodinnými příslušníky. Ti jsou vystaveni neobyčejné zátěži psychické, tělesné a neposlední řadě i ekonomické. Nežádka jsou nuceni opustit své zaměstnání, ale péče o alzheimerovské pacienty je bohužel po všech stránkách nesmírně náročná.

Aktivizační postupy sice stav nemocného nezvrátí, ale měly by redukovat efekt senzorické deprivace, sociální izolace a oslabování funkcí. Uskutečňování těchto aktivit potřebuje znalosti profesionálů, a proto dále uváděné specifické postupy probíhají převážně pod záštitou institucionální péče (Zgola, 2003).

▪ Bazální stimulace

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který podporuje vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovatelská péče nebo pedagogická

praxe je v konceptu strukturovaná tak, aby byly podporovány zachované schopnosti (komunikační a pohybové) klienta. Předpokladem také je práce s individualitou klienta a integrace jeho příbuzných do ošetrovatelského nebo pedagogického procesu. U klientů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života³. (Institut bazální stimulace, 2004 - 2010).

Tento model se liší od obecně zavedených zvyklostí. Stav klienta rozvíjí a stimuluje. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče není prováděna na klientovi, ale utváří se v rámci možností a schopností klienta a ošetrujícího. Péče se musí stát příjemným zážitkem, nikoliv nepříjemnou zkušeností. Klient má být vnímán jako rovnocenný partner, který má svou historii a individualitu. Klientovi jsou nabízeny takové vjemy, o nichž může sám rozhodnout, zda je přijme nebo nepřijme. S klientem se pracuje na úrovni jeho vnímání a každá péče je „šitá na míru“ klientovi. Smysl bazální stimulace tvoří podpora veškeré úrovně klientova vnímání: na základě dlouhodobých paměťových drah a stimulace smyslových orgánů se aktivuje mozková činnost nemocného. (Alzheimercentrum online, 2009)

Koncept bazální stimulace vychází z myšlenky, že život je možný pouze ve vztahu.

▪ **Ergoterapie**

Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.

Pokud nejsou u klientů s demencí jejich návyky a dovednosti obnovovány a opakovány, stačí jen několik málo dnů k tomu, aby zcela vyhasly, a ve většině případů nejsou obnovitelné.

▪ **Reminiscenční terapie**

Reminiscenční terapie je založena na poznání toho, že v mozku zůstávají nejdéle zachovány ty vědomosti, vzpomínky a návyky, které jsou fixovány v dlouhodobé paměti.

³ Dle Hartla a Hartlové (2000) lze kvalitu života chápat jako míru seberealizace a duševní harmonie, tedy míru životní spokojenosti a nespokojenosti, vyjádření pocitu vlastního štěstí k jejímuž nejzásadnějšímu znaku patří soběstačnost při sebeobsluze. Jedním z nejdůležitějších faktorů je míra subjektivní pohody.

Používají se např. fotografie, obrázky, vysvědčení, medaile apod., které byly kdysi součástí života nemocného. Je to celá škála terapie, vycházející z dlouhodobých paměťových drah. (Alzheimercentrum online, 2009)

- **Fyzioterapie**

Fyzioterapeut pracuje na aktivizaci pacienta v rámci jeho kondice a možností pohybu. Nacvičují chůzi, nebo rehabilituje tu část těla, která je nemocná a potřebuje odbornou péči. (Alzheimercentrum online, 2009)

- **Aromaterapie**

Tato metoda vychází z podstaty, že příjemné aroma a esence ovlivňují v mozku určité látky, které mají uklidňující nebo povzbuzující účinky na psychiku. Klientovi se může zapálit vonná lampa, anebo přidat např. vonný olej do koupele. (Alzheimercentrum online, 2009).

- **Expresivní terapie**

Expresivní terapie využívá umělecké prostředky za účelem pomoci lidem změnit jejich emoce. (Pokud mluvíme o aktivizaci nemocných DAT, mluvíme hlavně o práci s emocemi). Podle uměleckého směrování rozlišujeme:

Psychodrama: řízená dramatická improvizace, kdy klient představuje především sám sebe. Terapeut je režisér, ostatní členové skupiny mohou být pomocní herci či publikum. Tato metoda je zaměřená na konkrétní životní realitu klienta a dává mu možnost zpracovat a pochopit své trauma.

Dramaterapie: nezaměřuje se na reálná psychická traumata jednotlivých klientů, ale směřuje spíše k symptomům, např. překonávání komunikačních obtíží.

Teatroterapie: jedná se v podstatě o divadelní představení, které vnáší pozitivní prvky do nejistého světa jakkoli handicapovaných lidí (např. tvořivost, snížení společenské izolace).

Muzikoterapie: může sloužit k uvolnění emocí, rozšíření vnímavosti. Jedná se buď o poslech hudby, anebo aktivní vytváření hudby, vokální či instrumentální.

Biblioterapie: jedná se o čtení, předčítání, tvoření, anebo dotvoření již vzniklého textu. Funkci může mít informační, prožitkovou, estetickou atp.

Arteterapie: tato terapie je ve speciálněpedagogické práci zatím nejvíce používaná. Využívá velkého potenciálu výtvarných činností. Především se jedná o prostředek,

prostřednictvím kterého se klient může vyjádřit a zároveň se jedná o významný diagnostický prostředek.

- **Canistherapie**

Vychází ze skutečnosti, že pes patří mezi spolehlivé partnery v osamělosti a nemoci. Může probíhat v různých formách buď jako hra se psem, výcvik psa nebo mazlení se psem. Pes se zde stává součástí obohacení kvality života. (Kozáková, Müller, 2007)

5.5 Česká alzheimerovská společnost (ČALS)

Česká alzheimerovská společnost vznikala v průběhu roku 1996 a zaregistrována byla jako občanské sdružení v únoru 1997. Vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších), kteří se zabývali problematikou občanů postižených demencí. Postupně se členy ČALS stávali ti, jichž se problematika demencí zejména týká – rodinní příslušníci a pečovatelé. V současné době je Česká alzheimerovská společnost již respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International. (Alzheimer.cz)

ČALS uděluje každoročně od roku 1998 ocenění **Zlatá vážka**, jež je určeno osobnostem, jež se zasadily o rozvoj péče o seniory a chronicky nemocné. Od roku 1994 si Mezinárodní alzheimerovská asociace „Alzheimer’s Disease International“ připomíná 21. září jako Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci. Česká alzheimerovská společnost se k této tradici připojila krátce po svém vzniku v roce 1997. Od roku 2001 si tento den připomíná jako **Pomerančový den**, během kteréhož upozorňuje na problematiku Alzheimerovy choroby, distribuuje informační materiály a ve spolupráci se svými kontaktními místy pořádá i další akce (například Koncerty pro vážku). **Kontaktní místa** každoročně pořádají v termínu Pomerančového dne také sbírku, jejíž výtěžek slouží ke zlepšení péče o osoby trpící demencí. (Alzheimer.cz)

Mezi další aktivity pro veřejnost patří pravidelně pořádané Gerontologické dny, Tanec pro seniory, E-konference, Denní centrum Vážka pro lidi postižené demencí a v neposlední řadě také přednášky ČALS.

5.6 Alois Alzheimer

Alois Alzheimer (1864 - 1915) se narodil v Markbreitu v Německu a studoval medicínu na univerzitách ve Würzburgu a Berlíně. Poté, co pracoval v nemocnici ve

Frankfurtu nad Mohanem a Heidelbergu, se stal členem mnichovské Psychiatrické kliniky Emila Kraepelina (1856 - 1926) jako vedoucí katedry anatomie. (Answer.com)

V listopadu roku 1901 byla do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem přijata se známkami demence jednapadesátiletá paní Auguste D. Alzheimer o ní referoval roku 1906 na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu. Přednáška se jmenovala „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ (O svérázném onemocnění mozkové kůry). Případ byl publikován roku 1907 a právě ona publikace je základním kamenem pojmu Alzheimerovy choroby. (Koukolík, Jirák, 1998)

Obr. 4: Alois Alzheimer



Zdroj: <http://hod.kcms.msu.edu/images/1864a.jpg>

5.7 Charta principů pro péči člověka s demencí a jeho pečujícího

Tato charta byla k dispozici na 14. evropské konferenci Alzheimerovy choroby, která se konala v Praze v květnu 2004. Alzheimer's Disease International (ADI) je zastřešující organizace Alzheimerovské asociace ve světě. Smyslem a účelem této organizace je stavět a posilovat organizační kapacity členů asociace k postupnému vzestupu uvědomění si demence - silnější Alzheimerova asociace je lepší zárukou schopností setkat se s potřebami lidí s demencí a jejich pečujícími.

Alzheimer's Disease International (ADI) rozeznává následující principy jako základní k zajištění péče o lidi s demencí a pro podporu jejich rodinných příslušníků a pečujících:

1. *Alzheimerova nemoc a příbuzné demence jsou progresivní, devastující choroby mozku s výrazným vlivem na lidi s demencí a členy jejich rodiny.*
2. *Člověk s demencí je osoba s hodnotou a důstojností, zaslouží stejný respekt jako kterýkoliv jiný člověk.*
3. *Lidé s demencí potřebují fyzicky bezpečné bydlení a prostředí, ochranu před vykořisťováním a zneužíváním postiženého člověka a jeho majetku.*
4. *Lidé s demencí vyžadují nové informace a přístupu v souladu s lékařskými, psychologickými, rehabilitačními a dalšími prospěšnými službami. Možná přítomnost demence potřebuje lékařské zhodnocení a její potvrzení vyžaduje pokračující péče a léčbu orientovanou na maximalizaci kvality jejich života.*
5. *Lidi s demencí, pokud je možno, se účastní rozhodování o svém denním životě a budoucnosti péče.*
6. *Rodina pečující o osobu s demencí zhodnotí své potřeby, za předpokladu že jí bude umožněno hrát také aktivní roli v toto procesu.*
7. *Přiměřené prostředky mají být dostupné a podporované pro pomoc lidem s demencí a jejich pečujícím během celého průběhu demence.*
8. *Porozumění zážitku života s demencí, především z pohledu lidí s demencí a jejich pečujících, je důležité ke splnění podmínky efektivní advokacie, kvalitní péče, a smysluplné rehabilitace. Informace, vzdělání a trénink zaměřený na rozpoznání demence, její účinky a možnosti, jak poskytovat péči, musí být dostupné všem, kteří pomáhají lidem s demencí.“ (Tošnerová, 2004, s. 13 - 14)*

6 EMPIRICKÁ ČÁST

6.1 Gerontopedagogika - vzdělávání ve stáří a ke stáří

Gerontopedagogika je nauka o vzdělávání a výchově seniorů. V souvislosti s novodobými přístupy k seniorům je třeba vnímat ji jako samostatnou vědní oblast.

Na rozhraní druhého a třetího tisíciletí opouští pedagogika koncepci zaměřenou výhradně na dětskou populaci a orientuje se rovněž na populaci dospělých osob v produktivním období života a na populaci seniorů. Rozvíjí se andragogika,

gerontopedagogika a gerontologie, což jsou subdisciplíny pedagogiky, jež si svoje místo v systému společenských věd teprve hledají.

Problematika vzdělávání seniorů se od pedagogiky dospělých (andragogiky) odlišuje i dalším paradigmatem. Gerontopedagogiku, v širším slova smyslu chápanou jako multidisciplinární, teoreticko-empirickou disciplínu zaměřenou na pomoc, péči a podporu seniorů, bychom mohli rozšířit o termín **gerontopedagogika handicapovaných**. (Rheinwaldová, 1999). Význam tohoto označení zmíněné vědní disciplíny vynikne, pokud si uvědomíme, že involuční změny v organismu člověka a jejich psychosociální důsledky často vřazují jedince právě do skupiny handicapovaných. Edukace handicapovaných gerontů poté kontinuálně může navazovat na edukaci dospělých handicapovaných. (Kalvach, 1997)

Gerontagogika se tedy stává disciplínou multioborovou, v níž se prolínají poznatky andragogiky, medicíny, psychologie, sociální práce, práva a v neposlední řadě i speciální pedagogiky.

V anglosaské literatuře můžeme najít i termín *eldergogy*, tedy rozpracování systematického přístupu k vyučování starších lidí. *Geragogika* je multidisciplinární pedagogická disciplína zaměřená na edukaci (výchovu a vzdělávání) seniorů. (Kalvach, 1997)

6.2 Vzdělávání seniorů

Výchova a vzdělávání člověka není omezeno pouze na období dětství a dospívání. Výchova a vzdělávání je dnes chápáno jako celoživotní proces. Je důležité, aby se tento proces dotýkal skutečně všech. Domnívám se, že je třeba vytvořit takové podmínky a vzdělávací příležitosti, aby lidé cítili potřebu vzdělávat se a zdokonalovat a také mohli a chtěli tuto potřebu uspokojit v průběhu celé své životní etapy, tzn. i v postproduktivním věku.

Člověk se učí celý život. Vzdělávání je často spojováno s mladšími lidmi, a proto byly vzdělávací potřeby starších a starých lidí dlouhou dobu přehlíženy. Svou vinu na tomto stavu měla i věda o stárnutí a stáří – *gerontologie*, která spolu s *gerontopsychologií* vytvářela negativní obraz stáří. Tato etapa života byla spojována zejména s omezeními, nemocemi, úbytkem sil a z toho vyplývající pasivitou seniorů.

K přehodnocování úlohy stárnoucí a potažmo staré populace ve společnosti dochází v 60. letech v souvislosti s vědeckotechnickým rozvojem v západoevropských zemích. V

oblasti vzdělávání dospělých se objevuje nová cílová skupina, na kterou je vzdělávání zaměřeno – jsou to lidé v *postproduktivním věku*.

Níže se zaměřím na dvě dílčí otázky, a to *význam vzdělávacího úsilí v postproduktivním věku a formy a možnosti vzdělávání v postproduktivním věku*.

6.3 Význam vzdělávacích aktivit v postproduktivním věku

Jak vyplývá z řady studií (Svensson 1990, Pearce 1991, Kolland 1993 aj.), jsou vzdělávací aktivity považovány za jeden z nejdůležitějších faktorů udržení kvality života v postproduktivním věku. (Kalvach, 1997)

Kvalita života je kategorie zcela subjektivní a individuální. Představuje v různém čase různé věci pro různé lidi. Je pochopitelné, že individuální tempo stárnutí vede i k větší rozdílnosti kvality života v postproduktivním věku. Obecně lze říci, že i v pokročilejším věku je velice důležitým kritériem kvality života různorodost potřeb a možnost jejich uspokojování - ať už jde o potřeby fyziologické, psychické či sociální.

Přechod z aktivního do důchodového věku je pro většinu lidí zlomovým okamžikem. Souvisí s ním úbytek sociálních kontaktů, omezení aktivity a snížená možnost komunikace. Psychologická teorie aktivního stárnutí předpokládá, že i ve stáří jsou zachovány potřeby středního dospělého věku, a to především potřeba být nadále aktivní a cítit se užitečný.

Význam vzdělávání seniorů je tedy nasnadě – v první řadě navozuje pocit důstojnosti a napomáhá životnímu uspokojení. Také značně napomáhá plnohodnotně začlenit seniora do společnosti a zachovává mu fyzické a zejména duševní zdraví. Významným aspektem vzdělávání seniorů je také pocit spokojenosti sama se sebou a zlepšení orientace v nových technologiích. Jednou z nepřehledného množství možností, jak tohoto dosáhnout, je využití počítače a zejména internetu. Jedno kliknutí může znamenat efektivní vyplnění volného času. Právě na **oblību internetu mezi seniory se zaměřují ve výzkumné části**.

Funkce vzdělávání v postproduktivním věku je:

- preventivní,
- anticipační,
- rehabilitační,
- posilovací.

Preventivní funkce je naplňována různými opatřeními, které, pokud jsou prováděny v určitém předstihu, pozitivně ovlivňují průběh stárnutí a stáří. *Anticipační funkce* přispívá k pozitivní připravenosti na změny ve stylu života, ke kterým dochází zejména ve spojení s

odchodem do důchodu. *Rehabilitační funkce* je spojena se znovuobnovováním a udržováním fyzických a duševních sil a s přípravou činností pro další existenci člověka. *Posilovací funkce* je považována za nejvýznamnější. Přispívá k rozvoji zájmů, potřeb a schopností lidí v postproduktivním věku, dále k podpoře jejich aktivity, ke kultivaci jejich zájmů a potřeb. (Horehled, 2006)

6.4 Formy vzdělávání v postproduktivním věku

Vzdělávání ve starším věku se stává nezbytnou podmínkou pochopení života ve stále se vyvíjejícím a modernějším světě. Mezi základní formy vzdělávání seniorů patří:

- ***Lidové univerzity.*** Tato forma vzdělávání se osvědčila zejména ve skandinávských a německy mluvících zemích. Senior, jenž má zájem o studium, absolvuje vzdělávací program spolu s mladými posluchači. Pozitivem je vzájemné ovlivňování a sblížení dvou generací.
- ***Kluby aktivního stárnutí.*** Jsou zejména v těch regionech, kde nejsou vysoké školy. Kladou důraz na trvalejší neformální vztahy, rozvíjení osobních zájmů seniorů a uspokojování potřeb sociálního kontaktu.
- ***Univerzita volného času.*** Smyslem této univerzity je přiblížit celoživotní učení co nejširšímu počtu zájemců. Je určena pro ty, kteří chtějí dobrovolně rozvíjet svou osobnost, jsou otevření novým informacím a chtějí načerpat nové vědomosti a dovednosti.
- ***Akademie třetího věku.*** Tyto akademie jsou organizovány pod záštitou různých organizací (např. Červený kříž) či institucí (Akademie J. A. Komenského, Domy kultury). Vyznačují se přístupností výkladu a přizpůsobováním obsahu potřebám a individuálním zájmům seniorů.
- ***Univerzita třetího věku,*** o níž se blíže zmiňuji v následující podkapitole. (Mühlpachr, 2004)

6.4.1 Univerzita Třetího Věku (U3V)

U3V je nejnáročnějším způsobem vzdělávání pro seniory. Jde o oficiálně uznané instituce, které umožňují občanům postproduktivního věku studium vysokoškolské úrovně v nejrůznějších oborech. V České republice se realizuje tento typ studia v rámci celoživotního vzdělávání.

Cílem vzdělávacích aktivit v U3V je vytvářet předpoklady pro setkávání generací, nalezení báze pro výměnu zkušeností, pro smysluplný dialog mezi mladšími a staršími lidmi. První U3V vznikla v r. 1973 ve Francii na univerzitě společenských věd v Toulouse. V České republice vznikla první U3V roku 1986 v Olomouci, o rok později byla založena U3V v Praze na 1. lékařské fakultě UK. V současné době je studium pro seniory organizováno přibližně na 45 vysokých školách či fakultách ČR.

Asociace univerzit třetího věku (AU3V) byla založena v roce 1993. Mezi její dva hlavní úkoly patří zabezpečení vzájemné informovanosti jejích členů a navázání mezinárodních kontaktů AU3V s vedoucími evropskými organizacemi, především s organizací **AIUTA** (Association Internationale des Universités du Troisième Age) a **EFOS** (European Federation of Older Students). (Kalvach, 1997)

7 Výzkum

„Podle výzkumů NetMonitor, které pro Sdružení pro internetovou reklamu provádí Mediaresearch, roste zájem o internet mezi seniory. Podíl uživatelů starších 60 let na internetové populaci se od ledna do prosince roku 2006 zvýšil ze 2,63 na 3,09 procenta. Rostoucí zájem starší generace potvrzují také knihovny, které v duchu motto „Internet – výhoda pro znevýhodněné“ pozvaly v rámci jubilejního 10. ročníku Března – měsíce internetu na mnoha místech právě seniory, aby je seznámily s možnostmi internetu.“ (Zatřepálek, 2007, s. 8)

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na zjištění zájmu o internet mezi seniory, jakožto „podpůrný prostředek“ k jejich aktivizaci.

7.1 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl vybrán tak, aby poskytl informace od lidí, kteří internet používají a mají s ním již nějaké zkušenosti.

Výzkumu byl proveden s 20 osobami, z nichž jedni tvořili manželský pár. Nejmladšímu respondentovi bylo 67 let, nejstaršímu pak 92 let. Všichni jsou obyvateli *Domu s pečovatelskou službou, Janovská, Praha 15*. Kromě jednoho manželského páru jsou všichni dotazovaní bez druhého partnera.

7.2 Metodika výzkumu

Zvolila jsem kvantitativní výzkum, který zahrnuje velký počet respondentů. Podle Pelikána (2007) je to metoda standardizovaného výzkumu popisující jevy pomocí proměnných (znaků), jež jsou sestrojeny tak, aby měřily určité vlastnosti. Výsledky takových měření jsou pak zpracovány a interpretovány, například s využitím statistiky.

Kvantitativní výzkum se oproti kvalitativnímu výzkumu zaměřuje na rozsáhlejší společenské otázky a zkoumá tedy větší okruh informací.

7.3 Technika sběru dat

Jako metodu jsem využila dotazník, jehož *„podstatou je zjištění dat a informací o respondentovi, ale i jeho názorů a postojů k problémům, které dotazujícího zajímají.“* (Pelikán, 2007, s. 105) Jeho nespornou předností je snadná administrace. *„Dotazníkem lze současně a stejnou formou, což je pro zpracování důležité, oslovit i velký počet respondentů.“* (Pelikán, 2007, s. 105)

Dotazník, jež jsem respondentům předložila, je uveden v příloze.

7.4 Sběr a analýza dat

Samotnému vyplňování dotazníku, který se týká vztahu k internetu, předcházelo osobní požádání respondentů o jeho vyplnění. Cílem výzkumu je zjistit, zda **senioři mají zájem o užívání internetu**.

Dotazování postupně zaškrtovali odpovědi v dotazníku, který měl dvě otázky osobního charakteru (zaměřené na věk a pohlaví) a pět hlavních otázek týkajících se jejich vztahu k internetu.

Senioři vyplňovali dotazník ve svých pokojích, aby se cítili, co možná nejlépe. Dotazník senioři ochotně vyplnili ten den, co jsem jim jej předložila. Vyplnění trvalo každému z nich necelých deset minut.

Výsledky pak byly získány analýzou vyplněných dotazníků.

7.5 Interpretace výsledků

7.5.1 Co seniory na počítači nejvíce láká?

Senioři se z uživatelské práce na počítači nejvíce zajímají o internet. Využívají jej pro vyhledávání informací, ale i k jiným činnostem, jež jsou pro jejich život pomocné. Nejčastěji

se objevuje vyhledávání jízdnic řádů, zákonů, cizích slov, informací z oblasti cestování, kulturních akcí a vyhledávání receptů.

90% mnou oslovených respondentů využívá e-mail. Právě e-mail byl největší motivací k tomu, aby se senioři naučili s počítačem pracovat. Kontakt s rodinou a přáteli jim zabírá většinu času stráveného u počítače.

Menší zájem je o hry, kdy jsou upřednostňovány hry jednodušší, logické, a ty, které jsou jim známy ze stolní verze.

7.5.2 Jak dlouho...

Doba, kterou senioři tráví u počítače, je různá. Pohybuje se od pár hodin jednou týdně po každodenní vícehodinovou činnost. Vzhledem k tomu, že jsou všichni dotazovaní obyvateli penzionu pro seniory, musí se střídat a spravedlivě dělit o čas strávený u počítače. Nicméně jim to vychází velmi dobře, a protože ne všichni obyvatelé penzionu mají zájem o využití počítače, mohou u něj ostatní trávit více času.

Na dobu práce na počítači má ovšem také vliv, jak moc si senioři věří, a zda-li mají odvahu pracovat na počítači sami.

7.5.3 Vztah internetu a seniorů

Senioři se shodují na tom, že ve stáří je třeba mít nějakého koníčka, něco, co vyplní jejich nově nabytý volný čas. Jednou z mnoha možností je právě práce s počítačem.

Senioři si uvědomují rozšíření internetu do všech oblastí života. Nechtějí být na obtíž, a proto se chtějí naučit pracovat s internetem. Podstatným důvodem proto je, aby nezaostávali za ostatními a bez problému dokázali komunikovat pomocí internetu. Důležitou součástí prací s internetem je trénink paměti a aktivizace mozku. Domnívám se, že každodenní „zapojování mozku“ je pro ně velice prospěšné a může předcházet jejich duševnímu i psychickému „chátrání“.

Senioři sami zastávají názor, že práce na počítači a s internetem má pozitivní vliv na aktivitu mozku a jeho udržování „v chodu“, což má za následek „nezlenivění“, které je v jejich věku velmi důležité. Nechtějí se poddat pasivitě.

Domnívám se, že internet, a především elektronická pošta, podporuje rodinné i přátelské vztahy. Ukazuje se, že e-mail má schopnost spojovat generace. Mladí lidé již těžko zasednou k psacímu stolu a napíší pohled babičce, kdežto u počítače tráví většinu svého času, takže pro ně není problém odpovědět na e-mail od prarodiče.

Práce na počítači má vliv i na chuť do života. Myslím si, že pokud jsou senioři u počítače, nenudí se. Naopak, práci na počítači vnímají jako obohacení nebo zpestření jejich života. Navíc mají pocit, že jsou aktivní a dělají něco pro sebe, což je mnohem lepší, než kdyby jen nečinně vysedávali u televize.

Já sama se domnívám, že internet může ovlivnit jejich přístup k životu, který se pak stane veskrze pozitivním.

8 Závěr

Stáří je obdobím velkých změn - organismus slábne, mění se jak ve fyzická, tak i psychická stránka osobnosti. Česká společnost rychle stárne, což je fakt, který lze jen těžko změnit. Stáří jako životní etapa doznává v soudobých postmoderních společnostech dvě podstatné změny: jednak se v důsledku prodloužení života stává vnitřně diferencovanějším, členitějším a obsahově pestřejším, a dále začíná mít v celku života každého jedince daleko větší význam.

Velký problém stále představuje pasivní trávení volného času seniorů a jejich nedostatečná motivace toto změnit. Jedním ze základních nástrojů, jež by mohl tuto situaci ovlivnit, je další vzdělávání seniorů. Základním předpokladem pro jejich aktivaci je chuť se dále vzdělávat a přizpůsobit se moderní společnosti.

Ve své práci jsem se nejprve zabývala stářím, různými pohledy na něj a mýty, které v naší společnosti o starých lidech panují. Mýtus o stáří, které je a priority považováno za nemoc a starý člověk pak za zapomnětlivého, může vést k přehlížení důležitých symptomů Alzheimerovy choroby a k její pozdní diagnostice, která může mít vliv dokonce na předčasné úmrtí nemocného. Dále pojednávám o syndromu demence a o již zmíněné diagnostice demencí. Poté se dostávám k Alzheimerově chorobě, jejím příčinám, stádiím a specifikům. Také se věnuji její terapii, která i když pacientům pomáhá, není schopna postup nemoci zastavit.

Všichni **postižení demencí potřebují naši pomoc**, protože při rozvinuté formě nemoci nejsou schopni vykonávat ani běžné denní činnosti a jejich nesoběstačnost vede k trvalé závislosti na druhých lidech. Chci zdůraznit především fakt, že péče o starého člověka s DAT představuje náročnou práci. Je smutné, že nemocný člověk ztrácí všechny své schopnosti, které ve své podstatě dělají člověka člověkem. Ke štěstí těchto lidí musím zmínit, že si svou nemoc díky úbytku kognitivních funkcí neuvědomují. Mnohem hůře se jeví situace

pečujících. Ti musí, samozřejmě pokud chtějí, přizpůsobit svůj život péči. Velmi deprimující musí být vidět to, jak se nemocný mění a nemoci mu pomoci. Situace, které musí pečující denně zvládat jsou velmi stresující. Koloběh krmení, hygieny, toalety, úklidu, krmení a totéž pořád dokola, přičemž by bylo dobré pro nemocného, aby si pečovatel udělal čas na různé aktivizační činnosti.

V Empirické části jsem zajímala o vztah seniorů k počítačům, které jim mohou zajistit aktivní a hodnotný závěr života. Důležité je, aby se senior co nejdéle doba připadal jako plnohodnotný občan společnosti, a to může jen případě, jestliže bude schopen reagovat na rychle se rozvíjející informační společnost a bude schopen s informačními technologiemi pracovat. Domnívám se, že pravidelné zapojování „mozkových buněk“ přispívá k celkovému zdraví seniora, udržuje jej stále aktivního. Toto už si řada lidí a institucí také uvědomuje, a právě proto například Evropská unie ze svého fondu *Phare* investuje do řady kurzů uživatelské práce na PC pro seniory.

Z výzkumu vyplynulo, že senioři mají zájem o další vzdělávání se a o internet. Nechtějí zaostávat za mladou generací, pro kterou je práce s počítačem a internetem samozřejmostí. Uvědomují si, že pokud i ve svém věku chtějí držet krok s moderní dobou, musí se nějakým způsobem i tzv. „na stará kolena“ učit novým věcem.

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. Zvyšující se podíly seniorů ve společnosti nicméně znamenají, že v budoucnosti senioři nebudou marginální skupinou, jejíž hodnoty a orientace mohou být přehlíženy.

Závěrem lze říci, že vzhledem k rychlému stárnutí populace nejen v České Republice se stále bude zvyšovat počet seniorů. Tato skupina bude heterogenní, z čehož vyplývá, že budou poměrně velké rozdíly ve vnímání současného světa. Budou na něj jinak připraveni. Na základě tohoto fenoménu se již nyní ozývají hlasy, jež volají po oddálení věkové hranice odchodu do důchodu a také po tom, aby přechod z něj nebyl tak násilný, ale spíše postupný. Toto by mělo přispět k tomu, že senioři se nebudou vnímat tak brzy jako staří, což přispěje k optimističtějšímu pohledu na život. Důležitý faktor, jež má vliv na tuto situaci, je vzdělávání, které by se mělo, vzhledem k jeho významnosti, stát nedílnou součástí života každého z nás v jakémkoli věku.

9 Seznam literatury a zdrojů

Literatura

- CALLONE, R. a kol.: *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha, Grada publishing, 2008. 118. s. ISBN: 978-80-247-2320-4.
- HABART, P.: *Vybrané problémy a otázky institucionální péče o seniory v České republice*. Praha 2006: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd. 86 s.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Portál, 2000. 776 str. ISBN: 80-71783-03-X.
- HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. ČALS 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
- HOREHLEĎ, P.: *Edukativní dimenze gerontopedagogika*. Brno, 2006. Bakalářská práce; Masarykova univerzita PedF, Katedra SPPG.
- HORT, J. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století nebylo*. Praha: MediMedia Information, 2007. 29s. ISBN 978-80-86336-07-7.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol.: *Demence a jiné poruchy. Komunikace a každodenní péče*. Grada Publishing, a. s. Praha 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-824-9.
- JEŘÁBEK, H. a kol.: *Rodinná péče o staré lidi*. CESES FSV UK, Praha 2005. 97. s. ISSN 1801-1519 (online verze).
- KALVACH, Z. A KOL.: *Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl*. Karolinum, Praha, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, L.: *Stáří, Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Galén, Praha, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- KOUKOLÍK, F., JIRÁK, M.: *Alzheimerova nemoc a další demence*. Grada Publishing, Praha 1998. 229 s. ISBN 80-7169-615-3.
- KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. 51 s. ISBN 80-244-1552-6.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. 344 s. ISBN 80 7169-195-X.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: MU 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- PELIKÁN, J.: *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Nakladatelství

Karolinum. Praha 2007. ISBN 978-80-7184-569-0.

- RHEINWALDOVÁ, E.: *Novodobá péče o seniory*. Grada publishing, Praha, 1999. ISBN 80-7169-828/-8. 86 s.
- STUART-HAMILTON, I.: *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: UK, Nakladatelství Karolinum 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. Portál, Praha, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
- VIDOVIČOVÁ, L. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha, Brno: VÚPSV, 2005. ISBN: neuvedeno.
- ZATŘEPÁLEK, I.: *Internet a starší generace*. Praha 2007. Bakalářská práce. 64. s. Zemědělská univerzita. Provozně ekonomická fakulta.
- ZAVÁZALOVÁ, H. a kol.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: UK, Nakladatelství Karolinum. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
- ZGOLA, M., J.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Grada Publishing. Praha, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

Internetové zdroje

- *Alois Alzheimer* [online], [cit. 19. 2. 2010], [Poslední revize 20. 2. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://www.answers.com/topic/alois-alzheimer>>.
- *Alzheimercentrum* [online], [cit. 12. 6. 2010], [Poslední revize 15. 3. 2010]. Dostupný z www: <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace/>>.
- BUREŠOVÁ, A, ŘEZÁČOVÁ, L., STEHLÍKOVÁ, Z.: *Sociálně zdravotní péče o seniory. Závěrečná zpráva ke kurzu Problémy české společnosti a veřejná politika*. [online] Praha 2009. [cit. 2. 3. 2010]. 34 s. Dostupné z WWW: <http://www.martinpotucek.cz/index.php?option=com_rubberdoc&view=doc&id=166&format=raw&lang=cs>.
- ČALS, [online] [cit. 3.3. 2010], [poslední revize 15. 3. 2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.alzheimer.cz/>>.
- *Hospice.cz: Co je hospice?* [online], [cit. 20. 2. 2010], [Poslední revize 2. 2. 2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html>>.

- *Institut bazální stimulace*. [online], [cit. 2. 6. 2010], [Poslední revize 20. 4. 2010]. Dostupný z www: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php, 2009)
- JIRÁK, R.: *Duševní poruchy ve stáří*. [online], Praha 2004 [cit. 15. 2. 2010] Dostupné z WWW: <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1912>.
- *Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize., 10. kapitola*. [online.], [cit. 26. 2. 2010], [Poslední revize 3. 10. 2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>>.
- *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012*. [online], [cit. 3. 3. 2010]. [Poslední revize 1.8.2008]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/1055>>.
- PŘEHNAL, J.: *Návrh koncepce oboru geriatricie*, [online]. Praha 2001. [cit. 8. 2. 2010]. Dostupné z WWW: <www.cggs.cz/dokumenty/koncepce_geriatricie.doc>.
- TOŠNEROVÁ, T.: *Diagnóza demence - možné přístupy a následky*. [online]. Praha 2004. [cit. 5. 3. 2010]. Dostupné z WWW: <http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/Soc_p__e_demence_04_1.doc>.
- *Zákon o sociálních službách*. [online]. [cit. 15. 2. 2010] Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>>.
- *Ztraceni v sobě z cyklu Ta naše povaha česká*, Česká televize 2010. [online] [cit. 10. 2. 2010], [Vysíláno 23. 9. a 3. 3. 2010]. Dostupné na WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1100627928-ta-nase-povaha-ceska/>>.

10 Přílohy

Příloha 1: Dotazník: *Internet a Vy*

<u>Věková kategorie</u>	<u>Pohlaví</u>
<input type="checkbox"/> 65 - 70	<input type="checkbox"/> žena
<input type="checkbox"/> 70 - 75	<input type="checkbox"/> muž
<input type="checkbox"/> 75 - 80	
<input type="checkbox"/> 80 - 90	
<input type="checkbox"/> 90+	

1. Jak dlouho již pracujete s počítačem?

- více jak 3 roky
- 2 roky
- 1 rok
- méně jak rok

2. Jak často používáte internet ?

- denně
- minimálně ob den
- maximálně 2x týdně
- 1x týdně

3. Kolik času strávíte u internetu ?

- více jak 3 hodiny
- 3 hodiny
- 2 hodiny
- méně než hodinu

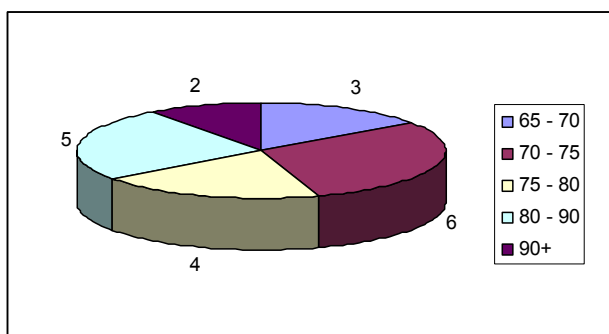
4. Využíváte e-mail?

- ano
- ne

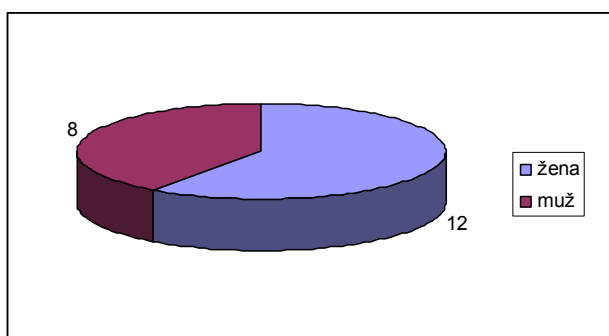
5. Co na internetu nejčastěji vyhledáváte?

Příloha 2: Výsledky dotazníku

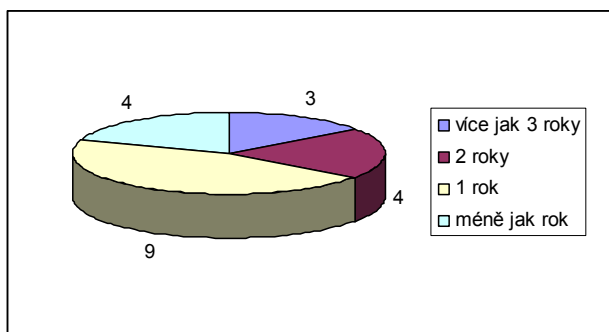
Graf 1: Věkové kategorie



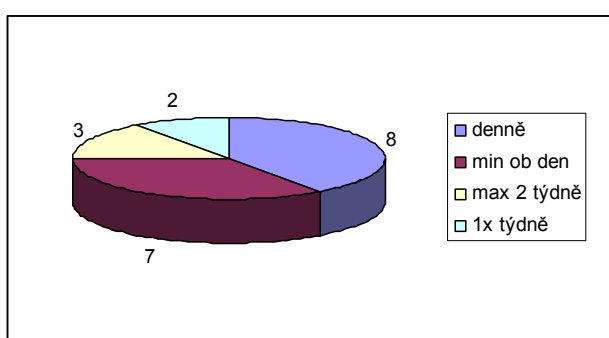
Graf 2: Pohlaví



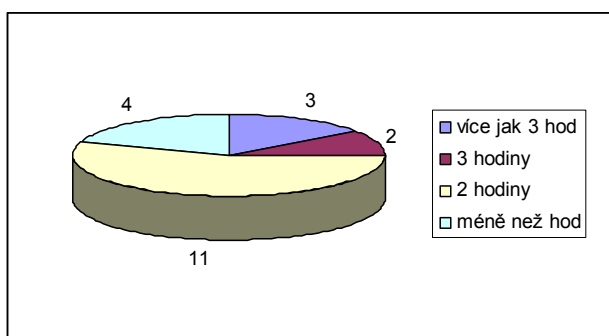
Graf 3: Jak dlouho již pracujete s počítačem?



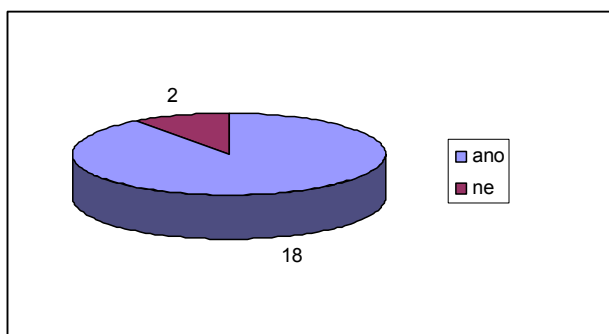
Graf 4: Jak často používáte internet?



Graf 5: Kolik času strávíte u internetu?



Graf 6: Využíváte e-mail?



Příloha 3: Seznam adres zahraničních webových stránek věnovaných seniorům

WiredSenors	http://wiredseniors.com/ageofreason/
SENIORS-SITE	http://seniors-site.com/referenc/websites.html
SeniorScan	http://www.seniorscan.ca
Wired Seniors	http://www.seniorssearch.com (podrobný portál)
Seniornet	http://www.seniornet.org/php/
Friendly 4 Seniors	http://www.friendly4seniors.com
SeniorsOnline	http://seniorsonline.net/au
SeniorComp	http://www.seniorcomp.org/links.html
SeniorSomething	http://www.SeniorSomething.com
SeniorSearch	http://www.seniorsearch.com
Silver links	http://ourworld.compuserve.com/homepages/
Senior Explorer	http://www.seniorexplorer.com/public/
Senior Highway	http://www.seniorhighway.com/
Senior-inet online	http://www.senior-inet.com/
Senior Net	http://www.seniornet.org/php/
Senior Technology series	http://seniortechllc.com/
Senioren Treff	http://www.seniorentreff.at/
Erster Internet SeniorenKlub (Wiener)	http://www.ab5zig.at/kontakt/chat.htm
Seniors Internet Com	http://www.seniors-internet.com/
Senior Citizens and the Internet	http://www.iota.org/Fall99/seniors.html
AARP - American Aging...	http://www.aarp.org/
Administration on Aging	http://www.aoa.dhhs.gov/
Senior Woman	http://www.seniorwomen.com/

Příloha 4: Webové neziskové organizace pro seniory

- **Veselý senior** (<http://www.veselysenior.cz/>)

Veselý senior, nadační fond, byl založen 28. 8. 2006 na podporu nemocným i zdravým seniorům a zařízením pro ně určeným.

- **o. s. TOTEM – regionální dobrovolnické centrum (<http://www.totem-rdc.cz/>)**

Aktivitou proti závislosti

Tento projekt realizuje o. s. Totem od roku 2004. Od roku 2005 probíhají v rámci projektu tyto aktivity: Počítačové kluby, Jazykové kluby a Kontaktní kluby, které zahrnují Seniorskou kapelu, Výtvarný salon seniorů a Kluby se sportovním zaměřením.

- **Sdružení Filia (<http://www.sdruzenifilia.cz/>)**

Internetová kavárna pro seniory

Tento projekt nabízí brněnským seniorům možnost naučit se pracovat s počítačem a využívat možností internetu. Zohledňuje přitom zájmy této konkrétní cílové skupiny, tj. seznámí seniory s tipy na stránky a služby v oblasti zdravotní péče, nákupů a rozvážkových služeb, seznamky, hobby, příležitostmi ke vzdělávání a jejich aktivní účasti na společenském dění, komunikace s rodinou, s přáteli a také s úřady státní správy prostřednictvím e-mailu apod.

- **O. s. Život 90 (<http://www.zivot90.cz>)**

Toto sdružení vzniklo, aby pomohlo zkvalitňovat život seniorů. Jejich cílem je prohlubovat kvalitu života celé společnosti tím, že přispějí svou humanitární činností k řešení specifických problémů seniorů. Chtějí jim umožnit aktivně a smysluplně žít v jejich vlastním domově tak dlouho, jak je to jen možné.

Život 90 vydává i vlastní časopis pro seniory pod názvem Generace, který je možné objednat online.

- **Klub Remedium (<http://www.remedium.cz>)**

Občanské sdružení Remedium vzniklo 29. září 1998. Bylo založeno na podporu psychosociálních aktivit zejména nevládních organizací a k podpoře rozvoje sítě linek důvěry a krizových center v ČR.

Od roku 1998 pořádá programy pro seniory. Nabízejí komplexní program, který je sestaven z nabídky vzdělávacích a pohybových kurzů, přednášek, společenských akcí, poznávacích výletů a rekondičních pobytů.

Velkým přínosem jsou právě kurzy pro seniory a možnosti přístupu k internetu přímo v klubu Remedium. Výhodou jsou i jejich vlastně tvořené učebnice a pracovní sešity.

Zajímavostí je, že kromě již zmíněných aktivit vytvořili webové stránky na adrese www.vstupujte.cz. Jde o informační server nejen pro seniory, na němž mají možnost aktivně diskutovat, seznamovat se či psát povídky. Hlavním významem tohoto informačního serveru je to, že zde lze najít velké množství odkazů na různé organizace, kurzy, stránky pro seniory, univerzity třetího věku apod.

- **Nadace Senio (<http://www.senio.cz>)**

Nadace byla založena v roce 2005 za účelem dosažení obecně prospěšných cílů se zvláštním zaměřením k podpoře zachování kvality života seniorů a jejich aktivní účasti na životě občanské společnosti.

Tento server se od předchozích liší – je velmi obsáhlé a každý si zde „najde to svoje.“ Jejich cílem není nejen informovat, nabízí také možnost aktivně se zapojit do tvorby stránek. Je zde řada sekcí – povídky, jež píše uživatelé, možnost posílat obrázky a fotky k zamyšlení, recepty, které mohou uživatelé přidávat i stahovat, informace o dopravním spojení a mnoho dalšího.

Příloha 5: Internetové stránky určené seniorům

www.senio.cz

Na tomto webu se nacházejí různé povídky, příběhy, poezie a informace z různých oborů, jež jsou pro seniory užitečné.

www.seniortip.cz

Tyto stránky obsahují například návody, recepty, tipy, rozhovory a zajímavosti.

www.tretivek.cz

Senioři zde mohou najít tipy na krásu, zdraví, cestování nebo informace o pečovatelských službách.

www.helpnet.cz

Informační portál pro osoby se specifickými potřebami usnadňuje orientaci v problematice zdravotního postižení. Anotace s odkazy na tuzemské internetové zdroje jsou roztříděny podle základních skupin postižení – zrakové postižení, sluchové postižení,

mentální postižení, tělesné postižení, vnitřní nemoci, duševní zdraví. Tyto hlavní cílové skupiny doplňují rodiče dětí se zdravotním postižením a senioři.

www.elanplus.cz

Časopis, který vychází 4x ročně v tištěné i internetové online podobě. Na stránkách lze nalézt poezii, rady ohledně zdraví, tipy na cestování, výlety apod.

www.vstupujte.cz

Tento informační server nejen pro seniory nabízí např. literární dílnu, seznámení či občanskou poradnu.

www.seniorklub.cz

Projekt Senior Klub nabízí rubriky jako např. rady, fórum, kurzy, práce, zdraví, inzerce apod.

www.gerontologie.cz

Tyto stránky připravila Česká alzheimerovská společnost (ČALS) za vydatné podpory společnosti Pfizer s r.o. a jsou určeny lidem, kteří hledají různé možnosti zdravotně-sociálních služeb pro seniory ve svém blízkém i vzdálenějším okolí.

Tato databáze, jež zahrnuje lékaře, lůžková zdravotnická zařízení, hospice, domovy důchodců apod., by měla také pomoci mnoha lidem, kteří se u nás potýkají s důsledky Alzheimerovy choroby.

Použité zkratky

ADL – Activity of daily living

DAT – Demence Alzheimerova typu

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NPPS – Národní program přípravy na stárnutí

PAS – Politika aktivního stárnutí

WHO – World health organization (Světová zdravotnická organizace)