

Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky

Seniorská problematika ve speciální pedagogice

Vedoucí diplomové práce:	PhDr. Kateřina Hádková
Autorka diplomové práce:	Petra Váchalová
Bydliště:	Maroldova 1322, Úvaly
Katedra:	Speciální pedagogiky
Obor:	Speciální pedagogika – oborové studium
Forma studia:	Prezenční
Rok obhajoby:	2004

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím literatury uvedené v seznamu a souhlasím s využitím poznatků obsažených v této práci za předpokladu řádné citace.

V Úvalech 17. 4. 2005

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji všem, kteří se jakkoli podíleli na vypracování této diplomové práce, zvláště pak její vedoucí PhDr. Kateřině Hádkové, dále MUDr. Kalvachovi CSc. za inspirativní přednášky, vedoucí Denního centra pro seniory v Domě senior Kateřině Tlusté a všem pracovnícím a seniorům za cenné zkušenosti, PhDr. Janě Grulichové za zprostředkování návštěvy Hospice Štrasburk a MUDr. Procházkovi za informace a provedení po hospici a samozřejmě všem, kteří si našli čas na vyplnění dotazníku.

ANOTACE

Petra Váchalová

Seniorská problematika ve speciální pedagogice

[Diplomová práce] Praha 2005

M. D. Rettigové 4, Praha 1, 110 00

Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Počet stran: 80

Počet příloh: 10

Práce vychází z předpokladu, že péče o populaci seniorů bude v budoucnosti patřit také do speciální pedagogiky. Teoretická část práce je rozdělena do dvou hlavních témat. První obsahuje základní poznatky z gerontologie a další důležité informace, které by měl speciální pedagog o stáří znát, druhé téma se snaží nastítnit možnosti práce speciálního pedagoga se seniory. Cílem praktické části je zmapovat postoj speciálně pedagogické akademické půdy k seniorům se zaměřením na to, zda běžní senioři budou, nebo nebudou patřit do oblasti působnosti speciální pedagogiky.

ANNOTATION

Petra Váchalová

Care of senior in special education

[Diploma work] Prague 2005

M. D. Rettigové 4, Prague 1, 110 00

Faculty of education, Charles University in Prague

Number of pages: 80

Number of supplement: 10

The work is based on the presumption that the care of intact senior population will become part of special education. The theoretical part of the work is divided into two main themes: the first contains basic facts on gerontology and other important information on seniors that a special educationalist working in this field should know; the second theme presents possibilities for their work. The practical part focuses on analyzing the approach of academical fields towards the integration of senior care in special education.

OBSAH

ÚVOD	8
1. TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1. OBECNÁ CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ	11
1.1.1. Definice stáří	11
1.1.2. Demografie stáří	13
1.1.3. Hodnocení seniorů podle funkční zdatnosti a výkonnosti	16
1.1.4. Koncept úspěšného stárnutí	18
1.1.5. Fyziologické změny ve stáří	20
1.1.5.1. Mozek	20
1.1.5.2. Zrak	21
1.1.5.3. Sluch	21
1.1.5.4. Pohybová soustava	22
1.1.6. Psychologie stáří	23
1.1.6.1. Změny aktivační úrovně	23
1.1.6.2. Změny orientace	23
1.1.6.3. Změny paměti a pozornosti	24
1.1.6.4. Změny intelektu	24
1.1.6.5. Změny osobnosti	25
1.1.6.6. Změny emočního prožívání	25
1.1.6.7. Specifické poruchy učení a chování ve stáří	26
1.1.7. Instituce a organizace pracující se seniory	27
1.2. APLIKACE POZNATKŮ O STÁŘÍ DO SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY	30
1.2.1. Proč by senioři měli být cílovou skupinou speciální pedagogiky	30
1.2.2. Case management	32
1.2.3. Speciální pedagog a práce se seniory	33
1.2.3.1. Poradenství	33
1.2.3.2. Nečinnost ve stáří a její aktivizace	33
1.2.3.3. Pohyb a stáří	35
1.2.3.4. Kognitivní trénink a trénink paměti	37
1.2.3.5. Reminiscenční terapie	39
1.2.3.6. Samota a volnočasové aktivity	40
1.2.3.7. Speciální terapie	41

1.2.3.8. Půjčovny kompenzačních pomůcek pro seniory	41
1.2.3.9. Demence	41
1.2.3.9.1. Stádia demence	43
1.2.3.9.2. Práce s lidmi trpícími demencí	44
1.2.3.10. Péče o pečující	47
1.2.3.10.1. Svépomocné skupiny	47
1.2.3.10.2. Respitní péče	47
1.2.3.11. Vzdělávání seniorů	48
1.2.3.11.1. Univerzity 3. věku	48
1.2.3.11.2. Akademie třetího věku	48
1.2.3.12. Týrání a zanedbávání seniorů	49
1.2.4. Specifika práce se seniory	51
1.2.4.1. Zrak a sluch	51
1.2.4.2. Dotek jako terapeutický prostředek	52
1.2.4.3. Trpělivost	52
1.2.4.4. Motivace	53
1.2.4.5. Bezpečnost	53
2. PRAKTICKÁ ČÁST	54
2.1. Cíl výzkumu	54
2.2. Hypotézy	54
2.3. Popis výzkumného vzorku	55
2.4. Organizace výzkumu	56
2.5. Popis a interpretace výsledků	56
2.6. Ověření hypotéz	70
2.7. Závěry	70
ZÁVĚR	72
RESUMÉ ČESKY	73
RESUMÉ ANGLICKY	74
Seznam použitých zkratk	75
Slovník použitých cizích slov	76
Použitá literatura	77

ÚVOD

Spolu se vzrůstajícím počtem seniorů se problematika stáří začíná dostávat i do speciální pedagogiky. Dnes ještě populace seniorů není právoplatnou cílovou skupinou tohoto oboru, ale během několika let se tato situace jistě změní. Bude nás k tomu nutit fakt, že se bude zvětšovat nabídka i poptávka služeb pro seniory a speciální pedagogové jsou a budou jedni z těch, kteří mají této skupině co nabídnout.

Je všeobecně známo, že lidská populace stárne. Toto stárnutí je způsobeno takzvanou demografickou revolucí. Na její důsledky je třeba se připravovat nejen v oblasti systémové (důchodová reforma, vznik nových institucí pro seniory atd.), ale i v oblasti vzdělávání. Je třeba, aby z oborů pomáhajících profesí odcházeli absolventi vzdělání také v této problematice. Protože, jak se Štílec (2003, s. 9) dovolává zkušeností ze západoevropských zemí: „se při 8 % seniorů v populaci ještě nejedná o zvláštní problém, při 10 % začínají z reálných potřeb již vznikat reálné služby a instituce, při 12% je nutná jejich koordinace a při 14 % se komplexní geriatrická péče stává zásadní a závažnou společenskou otázkou.“ A Česká republika možná oněch 14 % už dosáhla (Český statistický úřad udává ve svém odhadu z roku 2004 podíl 14,1% seniorů pro rok 2005).

Proto bude cílem mé diplomové práce přiblížit seniorský věk a nastínit možnosti práce speciálního pedagoga se seniory. Nejedná se však o seniory s postižením, ale o celou populaci seniorů, protože základní tezí této práce je, že za několik let rozšíří speciální pedagogika svoji působnost i o staré lidi. Většina osob se totiž s přibližujícím se koncem života stává závislou na svém okolí, má specifické požadavky, vyžaduje individuální přístup a individuální plán péče.

Jistě mi mnozí mohou namítnout, že takto pojatá koncepce není z různých důvodů možná, ale já přesto věřím, že s přibývajícím podílem seniorů a ubývajícím podílem dětí v naší populaci si senioři své místo ve speciální pedagogice najdou.

Podnětem k výběru tohoto tématu pro mne byly velmi přínosné přednášky z gerontologie MUDr. Kalvacha CSc. zařazené v rámci studia. MUDr. Kalvach,

výrazná osobnost naší gerontologie a geriatrie, ve mně vzbudil zájem o práci se starými lidmi a svými názory o potřebnosti speciálních pedagogů pro práci s nimi mě inspiroval ke zvolení právě tohoto tématu.

Teoretickou část práce jsem rozdělila do dvou hlavních kapitol. První z nich se zabývá stářím jako takovým a snaží se vysvětlit základní gerontologické poznatky, které jsou důležité pro speciálně pedagogickou praxi. Tato část má 7 podkapitol.

První podkapitola se snaží stručně vysvětlit pojem stáří, zabývá se hranicí stáří a dělí seniory podle věku do tří kategorií.

Druhá podkapitola se zabývá rozložením seniorů v populaci a prognózami jejich poměrného zastoupení v budoucnosti.

Třetí podkapitola vysvětluje dělení seniorů podle jejich funkční zdatnosti a výkonnosti, které je třeba zvažovat při výběru činností a aktivit.

Čtvrtá podkapitola nastiňuje koncept úspěšného stárnutí, který vychází z předpokladu, že na stáří je možné se aktivně připravovat, a podle kterého se tato práce řídí.

V páté podkapitole jsou vypsané nejvýznamnější fyziologické změny způsobené stářím, které jsou důležité pro speciálně pedagogickou praxi.

Šestá podkapitola se zabývá psychickými odlišnostmi stáří. Tyto poznatky jsou pro práci se starými lidmi nepostradatelné a hrají nezastupitelnou roli pro správné pochopení těchto osob i pro práci s nimi.

Sedmá podkapitola se věnuje státním, neziskovým a charitativním organizacím, které se seniory pracují. Je zde uveden příklad neziskové organizace, jejíž nabídka služeb je jednou z nejpestřejších v této oblasti.

Druhá část práce se snaží začlenit gerontologické poznatky do speciální pedagogiky a navrhuje možnosti práce speciálních pedagogů se seniory.

Její první podkapitola vysvětluje moje stanovisko, proč by speciální pedagogika měla zaměřit svůj zájem i na seniory.

Druhá podkapitola nastiňuje vývoj péče o staré lidi směrem ke komplexnímu pojetí case managementu.

Třetí podkapitola se snaží nastínit možnosti práce speciálního pedagoga se seniory.

Čtvrtá podkapitola je věnována specifikům práce se seniory, která by speciální pedagog měl znát.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Obecná charakteristika stáří

1.1.1. Definice stáří

Obvykle je stáří definováno jako poslední životní etapa, často spojená s poklesem výkonnosti a multimorbiditou. V mnohých knihách jsou změny doprovázející stáří stále ještě popisovány jako ireverzibilní. Ráda bych v pozdějších kapitolách své práce poukázala na to, že vhodným životním stylem se mohou negativní důsledky stáří zmírnit. Stáří dnes už není pouze závěrečnou kapitolou našeho života, doprovázenou nemocemi, bolestí, nemohoucností, závislostí a čekáním na smrt. Je to plnohodnotný úsek životní cesty srovnatelný s kteroukoli jinou etapou života, ve kterém je také možno prožívat štěstí, úspěchy a naplnění. Nepopírám, že nemoci, bolest, nemohoucnost a závislost nemohou být jeho součástí, ale právě naší snahou bude tato nepříjemná rizika stáří minimalizovat.

Stáří (senium, aetas) je ontogenetická fáze života. Za počátek kalendářního stáří byl ve vyspělých zemích donedávna považován věk 60 let, dnes už je to spíše 65 let a za několik desetiletí se předpokládá hranice stáří 75 let, což fakticky znamená, že zároveň s prodlužováním délky života a posouváním hranice stáří nahoru se prodlužuje i produktivní věk (Kalvach 1997).

Stáří biologické však přesně určit nelze. Jde o míru mladosti či opotřebovanosti našeho organismu. Někdo je na svůj věk mladý, jiný zase starý.

Podle věku rozeznáváme mladé seniory (65 – 74 let), staré seniory (75 – 84 let) a velmi staré seniory (very old old) (85, popř. 90, a více let). O dlouhověkosti můžeme mluvit u lidí starších devadesáti let.

Z hlediska sociálního můžeme hovořit ještě o tzv. stáří sociálním, jehož hranicí je odchod do důchodu. Ve stejné souvislosti se užívá i termín třetí věk, tedy věk postproduktivní (poproduktivní) (první věk – předproduktivní, druhý věk - produktivní).

Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky

O příčinách stáří existuje mnoho teorií, neexistuje však zatím jediná, která by byla považována za pravoplatně vysvětlující proces stárnutí. Její nalezení je otázkou budoucnosti.

Stářím a stárnutím se zabývá biomedicínský teoretický obor gerontologie. Jeho prakticko medicínským odvětvím je geriatrie, tedy lékařský obor do jehož působnosti spadají staří lidé.

1.1.2. Demografie stáří

Demografická revoluce je celosvětový fenomén, který lze ve vyspělých zemích pozorovat již od osmnáctého století. Jde o „pokles úmrtnosti (mortality) postupně převážený poklesem porodnosti (natality)“ (Kalvach 1997).

V příštích desetiletích se bude týkat především rozvojových států, ve kterých se má podle odhadů zvýšit počet obyvatel od roku 1995 do roku 2025 o 2,5 miliardy lidí. Celkový počet obyvatel planety se tedy v roce 2025 odhaduje na osm miliard, to znamená téměř o dvě miliardy lidí více než dnes. (Kalvach 1997)

Ve vyspělých státech se ve stejném období počet obyvatel příliš nezvýší. Podle Kalvacha (1997, s. 36.) se bude jednat pouze o 0,1 miliardy, zvýší se však podíl seniorů v populaci. Dnes činí podíl osob starších 60 let ve světě 22% a v ČR 21% (Štílec 2003) (Krahulcová dokonce uvádí celosvětový podíl 23% osob nad 65 let, ale tento údaj je poněkud nadhodnocený, evidentně se jedná o záměnu s 60 lety). Štílec (2003, s. 9) dále uvádí, že „počet obyvatel ve věku 60 a více let se bude v nejbližších 25 letech postupně zvyšovat, výrazněji od roku 2002. Zatímco v roce 1995 činil podíl seniorů starších 65 let v populaci ČR 12,9 %, v roce 2000 činil již 13,7 %. Současně se bude postupně snižovat počet dětí ve věku 0 až 14 let, takže v roce 2020 bude počet dětí mladších 15 let jen o málo vyšší než polovina jejich počtu v r. 1995. V roce 2020 přesáhne počet šedesátiletých a starších dvojnásobek počtu dětí, zatímco v roce 1995 byl počet obou věkových skupin téměř shodný.“

Odhaduje se, že v roce 2050 by podíl osob starších 60 let měl být 40 % a Česká republika by spolu s Řeckem a Itálií měla být nejstarší populací na světě (Kalvach, nepublikovaná přednáška z gerontologie pro studenty speciální pedagogiky UK ze 17. 2. 2004).

Co se týče podílu mužů a žen v tomto věkovém období, s přibývajícím věkem se výrazně zvyšuje podíl žen. Termínem feminita je označován poměr počtu žen na 1000 mužů. Je všeobecně známo, že se rodí více chlapců než dívek. Ve věku od narození do 4 let se udává poměr 1000 chlapců na 957 dívek. Tento stav se mezi 30. a 40. rokem vyrovnává. Po 60. roce připadá na 1000 mužů 1316 žen a po 85. roce je to dokonce

2428 žen (Pacovský; Heřmanová 1981). Důsledkem tohoto poměru je vysoký počet starších osamělých žen. Nad 85 let je mezi ovdovělými udáváno 15 % vdovců a 85 % vdov.

Očekávaná délka života (střední délka života, očekávaná doba dožití, obvyklá délka života, pravděpodobná doba dožití, naděje dožití, life expectancy) „vyjadřuje počet roků, které pravděpodobně ještě prožije osoba právě x-letá za předpokladu, že po celou dobu jejího dalšího života se nezmění řád vymírání, zjištěný úmrtnostní tabulkou“ (dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/10n1-04>> [cit. 21. 3. 2005]). Tuto tabulku pro jednotlivé věkové kategorie obsahuje příloha číslo 1.

Očekávaná délka života pro narozené v roce 2004 činila podle údajů Českého statistického úřadu 71,7 roků pro muže a 78,5 roků pro ženy. Do roku 2020 se počítá s navýšením očekávané délky života u mužů na „73,0 až 75,0 a u žen 78,0 až 80,0 roků“ (Štílec 2003).

Tabulka 1 zobrazuje očekávanou délku života mužů a žen v příslušných letech a prognózou pro rok 2020. Předpokládaný údaj pro tento rok je zde vyšší než u Štilce (viz výše), ale Kalvachova data (tabulka 1) jsou o několik let starší. Tabulka číslo 2 udává očekávanou délku života pro narozené v posledních pěti letech.

Z údajů obou tabulek je zřejmé, že za posledních 50 let se prodloužila očekávaná délka života v průměru o 10 let, což je v životě lidském poměrně dlouhá doba. Grafické znázornění očekávané délky dožití mužů a žen v České republice ukazuje graf 1.

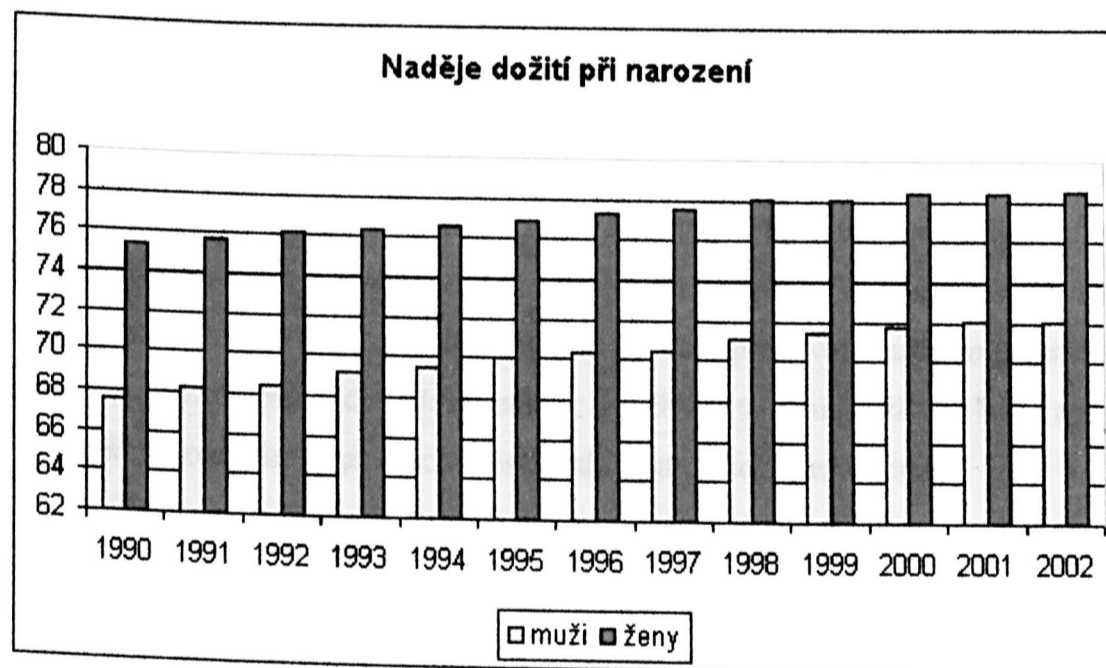
Tabulka 1, Očekávaná délka života v ČR (Kalvach 1997)

	1870	1900	1930	1950	1960	1990	1994	2020
Ženy	35	41	58	67	73	76	76,6	80,6
Muži	32	39	54	62	68	68	69,5	76,9

Tabulka 2, Očekávaná délka života v ČR v posledních pěti letech podle Českého statistického úřadu dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/10n1-04>> [cit. 21.3.2005]

	2000	2001	2002	2003	2004
Ženy	78,1	78,1	78,4	78,4	78,5
Muži	71,7	72,1	72,1	72,0	71,7

Graf 1, grafické znázornění očekávané délky života mužů a žen, dostupné na WWW: <[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf//nadeje doziti a prumerny vek](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf//nadeje%20doziti%20a%20prumerny%20vek)> [cit. 21.3.2005]



1.1.3. Hodnocení seniorů podle funkční zdatnosti a výkonnosti

Funkční zdatností a výkonností rozumíme praktickou stránku stáří, tedy jak daná osoba zvládá běžný život, zátěžové situace a aktivity denního života. Ve stáří totiž můžeme mnohem více pozorovat rozdíly mezi jedinci (interindividuální rozdíly jsou mnohem nápadnější, než v jiných věkových obdobích). Na jednom pólu existují senioři, kteří mají velké množství energie i ve vysokém věku a dokáží svými výkony předčit i mladší osoby, a na druhém pólu jsou senioři odkázaní výlučně na pomoc druhých.

Ještě než se dostaneme k samotné klasifikaci seniorů podle funkční zdatnosti a výkonnosti, je třeba vysvětlit pojem **aktivity denního života** (Activity of Daily Living, ADL). Jedná se o výčet činností, které by každá osoba měla zvládat, abychom o ní mohli prohlásit, že je samostatná a soběstačná.

Tyto aktivity můžeme rozdělit do dvou základních úrovní: osobní aktivity denního života (ADL) a instrumentální aktivity denního života (IADL). Osobní aktivity denního života (personální aktivity denního života, základní všední činnosti, personal ADL) jsou činnosti důležité pro péči o sebe sama a patří mezi ně sebesycení, osobní hygiena, použití WC, oblékání, přesun lůžko – židle (vozik), kontinence moči, stolice a kvalita chůze. Instrumentálními aktivitami denního života (instrumentální všední činnosti, instrumental ADL) rozumíme činnosti důležité pro život v určitém prostředí a řadíme mezi ně přípravu jídla, úklid, nákup, používání telefonu, užívání léků, pohyb mimo domov, používání dopravních prostředků, manipulaci s penězi apod.

Barthelův test pro vyhodnocování aktivit denního života obsahuje příloha číslo 2.

Z hlediska funkční zdatnosti a výkonnosti můžeme seniory rozdělit do šesti skupin (Kalvach, nepublikovaná přednáška z gerontologie pro studenty speciální pedagogiky UK z 24. 2. 2004):

1. **elitní senioři** – i ve vysokém věku zvládají extrémní zátěž, dokonce i takovou, kterou mladší lidé nezvládnou (let do vesmíru, vylézt na Mount Everest, uběhnout maratón, skočit s padákem z letadla apod.).

2. **zdatní senioři (fit)** – udržují se v dobré kondici pravidelnou fyzickou aktivitou. Přijde-li kalamitní stav (= zátěž), mají natrénováno a vše bez problémů zvládnou.
3. **nezávislí senioři (independent)** – v běžném životě od okolí nic nepotřebují, ale v kalamitní situaci potřebují pomoc, nemají funkční zdatnost.
4. **křehcí senioři (fragile)** – mají sníženou odolnost vůči zátěži už v běžných podmínkách.
5. **závislí senioři (dependent)** - nezvládají náročnější činnosti v rámci běžného dne, nezvládají instrumentální aktivity denního života, ale osobní ADL ještě zvládnou.
6. **úplně závislí senioři (totaly dependent)** – nezvládají ani ADL, často bývají upoutáni na lůžko.

Důležitost tohoto členění je následující. Při práci se starými lidmi nehraje takovou roli jejich kalendářní věk, ale právě funkční zdatnost a výkonnost. Podle této klasifikace můžeme například rozdělovat klienty do skupin na některé činnosti, pro které se to jeví jako žádoucí.

Jako vhodný příklad se nabízí skupinové tělesné cvičení. Jiné cviky zvolíme pro skupinu elitních seniorů, jejichž cvičení se nebude příliš lišit od běžného cvičení pro dospělé. Jiné cviky vybereme pro nezávislé seniory, kterým bude spíše vyhovovat pomalejší cvičení bez prudkých pohybů a častých změn polohy. A úplně jiné bude cvičení pro seniory křehké a závislé, jejichž cvičební jednotka se bude odehrávat pouze v sedě na židli. Míšení těchto skupin by v tomto případě mělo za následek malý přínos cviků pro první kategorii a vysokou náročnost pro poslední kategorii klientů. Co se týče úplně závislých seniorů, ti by měli být z hlediska pohybu výhradně v péči rehabilitačních pracovníků a fyzioterapeutů.

1.1.4. Koncept úspěšného stárnutí

Tato kapitola je zpracována volně podle Kalvacha (Kalvach 1997).

Nebylo-li by stáří ovlivnitelné, znamenalo by prodlužování očekávané délky života zvyšování počtu osob závislých na svém okolí s nízkou kvalitou života a vysokou potřebou zdravotnické a sociální péče. V praxi by to znamenalo zřizování stále většího počtu ústavů sociální péče a zdravotnických zařízení věnujících se výlučně péči o nemohoucí staré a nemocné občany. Tento model stárnutí populace je však nadměrně pesimistický, proto se budu spíše opírat o koncept úspěšného stárnutí.

Koncept úspěšného stárnutí však „předpokládá nejen prodlužování, ale především zkvalitňování života ve stáří.“ Jeho prvořadým úkolem není zvyšovat počet institucí pečujících o nesoběstačné osoby, ale „zlepšování zdravotního a funkčního stavu osob stárnoucích s maximální prevencí vzniku závislosti.“ (1997, s. 51)

Podle tohoto konceptu je funkční a zdravotní stav organismu ve stáří dán následujícími okruhy faktorů, z nichž některé jsou „významně ovlivnitelné“. Hlavní faktory, které uvádí Kalvach, jsou:

- **zákonitá biologická involuce** - je dána na základě dědičnosti. Tuto složku, kromě energetické restrikce, nelze ovlivnit. Energetickou restrikcí rozumíme snížení příjmu energie v potravě. Nejedná se však o propagaci podvýživy, ale o snížení energetického přísunu za podmínky zachování všech důležitých složek potravy. Experimentálními pokusy bylo prokázáno, že sníženým příjmem energie o 30% je možno prodloužit život jedince až o dvanáct měsíců se současným snížením rizik některých onemocnění – např. nádorových (Kalvach, nepublikovaná přednáška z gerontologie pro studenty speciální pedagogiky UK ze 17. 2. 2004; Kalvach, 1997; Bortz, 1995).
- **chorobné procesy** – zdravotní stav výrazně ovlivňuje funkční stav organismu. Medicíně se podařilo minimalizovat až eliminovat některá onemocnění nebo kompenzovat jejich následky (katarakta, rachitis, chlopenní vady, tuberkulóza, korekce sluchových vad sluchadly atd.).

V současné době jsou hlavními onemocněními ovlivňujícími funkční stav seniorů ateroskleróza, obstrukční plicní choroba, osteoartróza, osteoporóza, Alzheimerova demence a poruchy zraku a sluchu.

- **životní způsob** – mezi nejzákladnější životní způsoby řadíme:

fyzickou aktivitu – která je nezanedbatelným faktorem ovlivňující nejen fyzickou kondici, ale i funkční stav organismu. Pohyb má blahodárny vliv na krevní oběh. Nejen, že příznivě ovlivňuje krevní tlak, ale okysličování celého organismu, tedy i mozku, významně působí na kognitivní funkce, především na paměť. To druhotně podněcuje i lepší prožívání vlastního stárnutí. Více viz kapitola Pohyb a stáří.

stravovací návyky – střídavá, zdravá a vyvážená strava je předpokladem snížení následků špatných stravovacích návyků, jako jsou hypo-, hyper- či avitaminózy, zažívací obtíže, dehydratace, obezita a s ní spojené přetížení kloubů, zatíženější krevní oběh, snížená pohyblivost atd.

nezdravé návyky jako kouření a alkoholismus

psychohygienu, umění relaxace, dostatek spánku, psychická pohoda apod.

životní podmínky – mohou výrazným způsobem ovlivnit samostatnost a soběstačnost člověka, který v nich žije. Podle Kalvacha (1997, 56) je můžeme rozdělit na měkké a tvrdé. Pod pojmem měkké podmínky rozumíme, že životní prostředí daného jedince na něj neklade zvýšené nároky. Naopak tvrdé podmínky vyžadují od člověka více úsilí, které musí vynaložit v běžném životě. Například osoba žijící v měkkých podmínkách (bezbariérový přízemní byt, obchodní síť v místě bydliště apod.) a nejevící výraznější známky závislosti by v tvrdých podmínkách (čtvrté patro bez výtahu, vzdálený obchod atd.) mohla být nesoběstačná.

- **subjektivní hodnocení a prožívání** – vnímání vlastního stáří

1.1.5. Fyziologické změny ve stáří

Kromě věku můžeme stáří charakterizovat také některými involučními změnami (vývojové změny způsobené přirozeným úbytkem funkcí a struktur). Ale stejně tak, jako změny ve vývoji neprobíhají u všech jedinců stejně, probíhají i změny involuční zcela individuálně (interindividuální rozdíly).

Druhou základní charakteristikou stárnutí je, že stárnutí je procesem asynchronním. Asynchronní (heterochronní) znamená, že různé orgány a funkce mohou involvovat různým tempem. Stárnutí je tedy proces nerovnoměrný. Některé struktury nebo funkce postihuje více, jiné méně (intraindividuální rozdíly).

Stáří můžeme rozdělit na fyziologické, které je přirozenou součástí ontogenetického vývoje, a patologické, které je ovlivněno morbiditou. Základní otázka, jak by vypadalo stáří, kdyby nebylo doprovázené chorobnými procesy, je od počátku v popředí gerontologického zkoumání. Podle Pacovského lze za zdravého „považovat člověka, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí se nemocný a je soběstačný“ (Vágnerová 2000).

Klasickým jevem stárnutí je atrofie, která pozvolna postihuje (individuálně a asynchronně) snad všechny orgány. Z hlediska speciálně pedagogického nás asi budou nejvíce zajímat změny mozku, sluchu, zraku a změny na pohybovém ústrojí (viz níže). Úbytek nepostihuje pouze struktury orgánů, ale i jejich funkci. Obecně platí, že „změna struktury má za následek změnu funkce“ (Pacovský; Heřmanová 1981).

1.1.5.1. Mozek

Z morfologického hlediska je prokázán úbytek váhy mozku v pozdějším věku. Od narození se váha mozku zvyšuje a svého maxima dosahuje po dvacátém roce. Od té doby je prokázán jeho váhový úbytek. Kulišťák (2003, s. 233) udává snížení o 10 % v devátém decéniu, Kalvachovy (1997, s. 26) údaje jsou vyšší, ten udává pokles o 100 gramů do 70 let a v dalších 10 letech o dalších 100 g. Atrofie mozku se projevuje rozšířením rýh (sulci), svrašťováním závitů (gyrů), narůstáním objemu

cerebrospinálního moku (Kulišťák 2003), úbytkem mozkové kůry a zvyšováním objemu mozkových komor (Vágnerová 2000).

1.1.5.2.Zrak

Z hlediska stárnutí se ve vyšším věku často setkáváme s presbyopií. Jedná se o věkem podmíněné zhoršování zraku, které je způsobeno především postupnou ztrátou akomodační schopnosti čočky. Tato schopnost výrazně klesá od 40. až 45. roku věku. Hayflick (Hayflick 1997) uvádí presbyopii u 42 % osob ve věku 53 – 65 let, 73 % u 65 – 74 letých a 92 % u starších 75 let. Pod presbyopií můžeme také zařadit sníženou schopnost vidění za šera a zužující se periferní vidění. Naštěstí se vady čočky dají dobře korigovat brýlemi, ale jejich správný výběr je výhradně v rukou očního lékaře nebo optika.

Z chorob zraku je u starších osob často diagnostikován glaukom a katarakta, v nejhrošším případě i amauroza (amaurosis, slepota). U starších lidí je však častější praktická slepota, než úplná amauroza. Závažnost poruch zraku je především v jejich důsledcích. U starších osob zhoršují jejich orientaci a soběstačnost, zvyšují riziko závislosti a pádů, které mohou být ve vysokém věku až smrtelně nebezpečné.

1.1.5.3.Sluch

Sluch se v životě jedince začíná zhoršovat velmi brzy. Různí autoři se však s datováním jeho počátku rozcházejí a podle jednotlivých autorů je tento počátek udáván od průběhu 2. až 4. decennia. Nejprve je postiženo slyšení vysokých tónů, později se zhoršuje i slyšení tónů ostatních. Je narušena lokalizace zvuku a zhoršena identifikace zvuku v šumu. Později se může zhoršovat vnímání řeči a zvyšovat citlivost na velmi hlasité zvuky. Tyto poruchy sluchu starých lidí nazýváme presbyakuzií. Kalvach (Kalvach 1997) udává všeobecný odhad, že 30 % lidí starších 75 let trpí těžkou nedoslýchavostí až ztrátou sluchu.

1.1.5.4. Pohybová soustava

Kosti trpí ve vyšším věku především tzv. prořidnutím. Jedná se o nemoc zvanou osteoporóza, která postihuje převážně ženy. Podstatou této choroby je rovnoměrný úbytek kostní hmoty, který narušuje správnou funkci kosti, tedy její mechanickou oporu. Snáze dochází k zlomeninám i při zcela banálních pádech.

Z hlediska kostry dochází k zmenšování tělesné výšky v důsledku komprese obratlů a vysychání meziobratlových plotének. Zcela patologicky může také docházet ke zmenšování postavy v důsledku zvětšujícího se zakřivení páteře (hyperlordóza a hyperkyfóza, skolióza a jejich možné kombinace). Dalším závažným onemocněním postihující pohybovou soustavu je osteoartróza, což je degenerativní postižení kloubní chrupavky.

Úbytkem svalové hmoty se zabývá kapitola Pohyb a stáří.

1.1.6. Psychologie stáří

Tato kapitola je zpracována volně podle Vágnerové (Vágnerová 2000) a Pacovského a Heřmanové (Pacovský; Heřmanová 1981).

Výše zmíněné změny mozku způsobují (podle pravidla „změna struktury má za následek změnu funkce“) i změny v psychické oblasti. Vágnerová (Vágnerová 2000) tyto změny nazývá biologicky podmíněné. Ty mohou být fyziologického původu v důsledku stárnutí nebo patologického původu, vyvolané chorobným procesem. Fyziologické změny se mohou projevovat zpomalením myšlení a reakcí, které může být způsobeno sníženým průtokem krve mozku nebo sníženou produkcí neurotransmiterů umožňujících přenos nervových vzruchů. Fyziologickými i patologickými procesy mohou být způsobeny změny prožívání, uvažování a chování seniorů. Od biologicky podmíněných změn je třeba odlišit změny psychosociálně podmíněné, které mohou ovlivňovat inteligenci, adaptační schopnosti a pokles funkčních rezerv. (Vágnerová 2000).

1.1.6.1. Změny aktivační úrovně

U starých lidí je prodloužená reakční doba. To se projevuje celkovým zpomalením psychomotorického tempa, na které může mít vliv i častější únava. Je pro ně těžké se rozhodovat, proto v pozdějším věku raději nechávají rozhodování na někom jiném.

1.1.6.2. Změny orientace

Orientace je narušena především v důsledku zmiňovaných smyslových oslabení. Ve vyšším stáří ale mohou přestávat pomáhat i kompenzační pomůcky (sluchadla, brýle, lupy). Aby se člověk správně orientoval (ne pouze v prostoru, ale například i v komunikaci), je třeba čím dál tím většího soustředění, které se na druhou stranu primárně promítá ve zvýšené unavitelnosti, sekundárně v emočních reakcích (úzkost, deprese, afektivní výbuchy, podezřívavost, vztahovačnost).

Negativní změny v komunikaci někdy působí to, že se člověk od společnosti izoluje. Chce se vyhnout nedorozuměním, která pro něj mohou mít ponižující charakter. Vzniká tak další problém: osamělost a sociální deprivace.

1.1.6.3. Změny paměti a pozornosti

I v paměti dochází k jejímu zpomalování. Na její funkci má vliv více faktorů. Na jedné straně to jsou genetické a biologické vlivy, na straně druhé je duševní činnost a trénovanost paměti. Je prokázáno, že u lidí s vyšším vzděláním (kteří svou paměť v podstatě více trénovali) jsou paměťové funkce ve stáří na lepší úrovni než u lidí s nižším vzděláním. Velký vliv zde má i nečinnost podle často udávaného hesla „lenivět, znamená rezivět“. Proto se v posledních letech klade velký důraz na trénování paměti u seniorů (více viz kapitola Speciální pedagog a práce se seniory).

Většina autorů uvádí pokles paměti ve všech jejích složkách, Kalvach (Kalvach, nepublikovaná přednáška z gerontologie pro studenty speciální pedagogiky UK z 9. 3. 2004) uvádí, že všípivost paměti narušena není, ačkoli se to leckdy jeví. Pro její správnou funkci jsou však zapotřebí specifické podmínky: motivace, delší doba, častější opakování a nepociťování časového stresu.

Z hlediska vybavnosti je narušeno především vybavování nových poznatků. Staré informace jsou vybavovány bez výraznějších obtíží. To znamená, že trénování paměti seniorů se zaměřuje především na krátkodobou paměť.

Pozornost není za normálního stavu CNS narušena, můžeme však konstatovat, že vyrovnáváním sníženého výkonu senzorických funkcí (zhoršený zrak a sluch) je třeba věnovat vnímání okolí více pozornosti, která je v důsledku snáze unavitelná.

1.1.6.4. Změny intelektu

Věk se projevuje také v oblasti intelektu. I zde jsou ale výrazné interindividuální rozdíly. Tato variabilita je způsobena jak biologickými, tak psychosociálními faktory. Obecně lze říci, že se s věkem příliš nemění schopnost „používat dříve osvojené znalosti a způsoby uvažování“ (Vágnerová 2000). Mění se však (ubývá) schopnost řešit

nové obtížné situace a úkoly. Řečeno jiným způsobem: zatímco krystalická inteligence (schopnost řešit úkoly podle známého vzorce, schématu) se s věkem zlepšuje, fluidní inteligence (schopnost rychle se zorientovat v nových situacích a najít pro ně vhodná řešení) se s věkem zhoršuje (Kalvach, nepublikovaná přednáška z gerontologie pro studenty speciální pedagogiky UK z 9. 3. 2004). V důsledku toho je u starší populace patrná rigidita způsobená snížením flexibility. To se však podle Kalvacha (Kalvach 1997) týká pouze jedinců netrénovaných (zde myšleno ve smyslu trénování kognitivních funkcí), kdy se Kalvach dovolává výzkumů fluidní inteligence posledních dvaceti let, jejichž výsledky ukázaly, že i „po relativně krátkém kognitivním tréninku dosáhly mnohé osoby ve věku 60 – 80 let výkonové úrovně, která byla srovnatelná s mnohými mladými, netrénovanými jedinci.“ (1997, s. 65). Tyto závěry jen potvrzují důležitost trénování paměti a ostatních kognitivních funkcí u seniorů.

1.1.6.5. Změny osobnosti

Ve stáří dochází k zvýraznění jednotlivých povahových a charakterových rysů jedinců. Říká se, že „stáří karikuje svou vlastní povahu“ (Pacovský; Heřmanová 1981). Toto zvýrazňování charakterových rysů může zajít až do extrémů, kdy například člověk uzavřený se stává nepřístupným a nekomunikativním, nerozhodný ovlivitelným nebo člověk neústupný se může stát tvrdošíjným obhájcem svých „pravd“.

1.1.6.6. Změny emočního prožívání

Zpomalení a oslabení regulačních mechanismů má za následek labilitu v emočním prožívání. Staří lidé bývají více ovlivnitelní, a to jak druhými, tak vlastním prožíváním. Často jsou to právě senioři, kteří trpí depresemi a úzkostí. K takovému ladění může přispívat především zdravotní stav, samota, ale i počasí a mnoho dalších faktorů. Tyto seniory je třeba co nejlépe motivovat a znovu začlenit do společnosti. Pouhá léčba antidepressivy nestačí.

1.1.6.7. Specifické poruchy učení a chování ve stáří

U jedinců se specifickými poruchami učení a chování může ve stáří docházet k oslabování mechanismů, které tyto poruchy v období dospělosti potlačovaly. Otázkou je, do jaké míry jsou tyto projevy způsobené SPUCH a do jaké míry reakcí na snižující se výkony kognitivních a smyslových funkcí (Jesenský 2000).

Instituce a organizace věnující se seniorům

Do nedávné doby byli objektem péče pouze senioři z hlediska funkčního stavu závislí a úplně závislí, kteří byli výhradně v péči domovů důchodců a zdravotnických zařízení typu LDN (léčebna dlouhodobě nemocných).

V dnešní době už existuje mnohem širší spektrum nabídky služeb pro seniory. Tyto služby se už nevztahují pouze na osoby, které se sami o sebe nemohou postarat, ale i na jedince samostatné a soběstačné, kteří chtějí pro sebe buď něco udělat, nebo „jenom“ chtějí zaplnit svůj volný čas či být v nějaké společnosti. Vedle státních organizací se seniory pracují také instituce církevní a neziskové organizace.

Oblast státních služeb zastupují včetně domovů důchodců a léčeben dlouhodobě nemocných také domovy – penziony pro důchodce a pečovatelská služba. V některých nemocnicích je možno najít geriatrické kliniky nebo oddělení. Pod státní instituce věnující se vyššímu věku bychom mohli zařadit také univerzity 3. věku.

Jesenský (Jesenský 2000) dělí státní geriatrické služby na domácí (domácí ošetrovatelská péče, pečovatelská služba), ambulantní, nemocniční a ústavní.

Mnohem větší pokrytí služeb pro seniory nabízejí instituce církevní a neziskové. Jejich výčet však není pro velkou početnost možný. Nabídky a rozsah služeb těchto organizací jsou velmi různorodé. Počínaje činností klubovou a konče hospicovou péčí. Některá zařízení poskytují pouze služby ambulantní, jiná nabízejí dlouhodobou péči. Existují zařízení nabízející jenom jeden druh služby a jsou jiná, nabízející široké spektrum služeb. Pražskou nabídku velmi dobře mapuje brožura: „Informace, kontakty a sociálně zdravotní služby pro seniory“ vydaná v roce 2005 Městským centrem sociálních služeb a prevence. Důležitými nebo nejčastěji nabízenými službami jsou: poradenství, pečovatelské služby, stacionáře, denní centra, respitní péče, volnočasové aktivity, tréninky paměti, reminiscenční terapie, tísňové telefonní linky a linky důvěry, půjčovny kompenzačních pomůcek, rehabilitační pobyty, doprava, přednášky, počítačové kurzy, kulturní činnosti, vycházky a výlety, hospicová péče a mnohem více.

Jako příklad širokospektré nabídky služeb pro seniory bych ráda uvedla naši asi nejznámější organizaci věnující se seniorům, kterou je Život 90. Tato organizace se

během několika málo let vypracovala na vysokou úroveň. V Praze sídlí v domě Portus v ulici Karolíny Světlé, ale její působnost není zaměřena jen na lokalitu Prahy. Své pobočky má i ve třech dalších městech (Hradec Králové, Zruč nad Sázavou, Jihlava). Hlavní nástin činnosti a nabídek domu Portus, který funguje od roku 1995, zobrazuje následující tabulka:

Tabulka 3, Nabídka domu Portus (dostupné na WWW: www.zivot90.cz)
[cit. 24.1.2005]

Centrum aktivizačních programů

AKADEMIE SENIORŮ - vzdělání, kultura, tělocvik, hobby	460 osob
CENTRUM DOBROVOLNÍKŮ - svépomoc, uplatnění, rekvalifikace	15 osob
SENIORSKÉ DIVADLO A KULTURNÍ SENIORSKÁ VYSTOUPENÍ	100 osob
SENIORSKÁ KAVÁRNA	40 osob

Služby sociální péče a intervence

PEČOVATELSKÁ SLUŽBA - NON-STOP	50 osob
NEPŘETRŽITÁ KRIZOVÁ POMOC + SENIOR – TELEFON	24 hodin
PORADENSTVÍ	15 osob
DIETNÍ JÍDELNA + rozvážková služba	200 osob
PRANÍ A OPRAVY PRÁDLA	10 osob
TĚLESNÁ HYGIENA	30 osob
PEDIKÚRA	5 osob
SPECIÁLNÍ DOPRAVA ZP SENIORŮ	20 osob
SENIOR-BAZAR SE ZÁNOVNÍM ŠATSTVEM A OBUVÍ	30 osob

Zdravotně - sociální služby

AREION - TÍSNOVÁ PÉČE - non stop monitoring, rychlá pomoc v krizi, zdravotní poradenství, psychologická podpora rizikové skupiny	700 osob
CENTRUM DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÉ SLUŽBY (nestátní zdravotní zařízení)	20 pacientů
PŮJČOVNA KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK	10 osob
LŮŽKA PRO RESPIT A REHABILITACI	10 pacientů
TERÉNNÍ REHABILITAČNÍ PÉČE	5 pacientů
ERGOTERAPIE	25 pacientů
FYZIOTERAPIE	10 pacientů
ZDRAVOTNÍ GERIATRICKÉ PORADENSTVÍ (VŠEOBECNÉ, ODBORNÉ)	10 pacientů
ZUBAŘSKÁ ORDINACE SPECIALIZOVANÁ NA PROGRAM ZUBNÍCH NÁHRAD	20 pacientů
TRÉNING PAMĚTI- MENS SANA SENIORUM	8 osob

Publikační a osvětová činnost

ČASOPIS GENERACE - servis informací, kontaktní práce, aktivizace	20000 kusů měsíčně
BESEDY, PŘEDNÁŠKY	20 osob
AKTIVIZAČNÍ A PORADENSKÉ SETKÁNÍ – DNY SENIORŮ	8000 osob ročně
PSYCHOTERAPEUTICKÉ SETKÁNÍ – VÁNOČNÍ PROJÍŽDKA PRAHOU	500 osob ročně

Z tabulky je patrné, že toto občanské sdružení je schopné denně pojmout několik set klientů a že jeho nabídka pokrývá snad všechny možnosti, které ambulantní péče nabízí.

Organizace klade velký důraz na dobrovolnictví, které nejlépe vyjádří následující citace. „Podpora dobrovolnické práce patří k základním činnostem humanitárního sdružení ŽIVOT 90. V souladu s ideou vyjádřenou heslem „Pomáhej druhým, pomůžeš tím i sám sobě“ jsou všichni členové a příznivci Života 90 povzbuzováni k tomu, aby si v rámci svých možností individuálně pomáhali. Aktivní uplatnění při pomoci druhým jim totiž může přinést jak navázání nových kontaktů či prohloubení jejich znalostí a dovedností, tak i vnitřní uspokojení a radost. Dobrovolná výpomoc se tak stává i důležitým nástrojem sociální terapie. V Životě 90 pracuje v současné době až 200 aktivních a příležitostných dobrovolníků.“ (dostupné na: WWW: www.zivot90.cz [cit. 24.1.2005])

Bylo by žádoucí, aby takto široce zaměřené komplexy služeb vznikly ve všech velkých městech a v menším měřítku i ve městech menších.

1.2. Aplikace poznatků o stáří do speciálně pedagogické praxe

1.2.1. Proč by senioři měli být cílovou skupinou speciální pedagogiky?

Od svého počátku rozšiřuje speciální pedagogika svoji působnost. Při svém zrodu se věnovala pouze výchově a vzdělávání dětí s postižením. Postupem času se její působnost rozšířila i do oblasti dospělosti a je jen otázkou času, kdy se začne věnovat také seniorské problematice. Cílovou skupinou však tentokrát nebudou pouze jedinci s postižením (kteří by už měli být v tomto oboru samozřejmostí), ale všichni jedinci vyššího věku se speciálními potřebami, tedy naprostá většina seniorů. Stáří je totiž ve svých důsledcích velmi křehké a zranitelné.

Každý jedinec, který patří do skupiny křehkých seniorů až úplně závislých seniorů (viz kapitola Hodnocení funkční zdatnosti a výkonnosti seniorů) má specifické potřeby, omezené možnosti a vyžaduje individuální přístup a individuální plán péče. Nemluvě o potřebě volnočasových aktivit pro seniory s vyšší funkční zdatností a výkonností a vypracovaném poradenském systému nejen pro seniory, ale i pro jejich rodinné příslušníky.

Speciální pedagogové, jakožto znalci problematiky osob se speciálními potřebami, mohou být velkým přínosem v týmech (case management), které se budou o staré spoluobčany vyžadující jejich péči starat (Kalvach, nepublikovaná přednáška z gerontologie pro studenty speciální pedagogiky UK z 30. 3. 2004).

Předpokladem práce speciálního pedagoga se seniory jsou však základní znalosti z gerontologie. Důležitost vzdělávání speciálních pedagogů v této oblasti potvrzuje i Kalvach ve svém článku Vysokoškolská výuka gerontologie pro nelékaře. Z hlediska speciální pedagogiky pojímá seniory jako její potencionální klienty. Význam tohoto vzdělávání dokládá srovnáním vlastní zkušenosti s mediky a se studenty speciální pedagogiky. Vidí mezi nimi rozdíl v přístupu ke klientovi (resp. k pacientovi). Speciální pedagogové jsou vnímavější k starým lidem a jejich potřebám a „aktivnější a

konstruktivnější v přístupu“ k osobám s demencí (2000, s.213). Oproti tomu medicí hledí na tyto jedince pouze jako na pacienty, které je buď možné vyléčit, nebo nikoli.

Dále Kalvach ve své publikaci z roku 1997 (1997, s. 131) navrhuje název gerontopedie, pro obor terapeutických pracovníků s „handicapovanými geriatrickými pacienty“. Otázkou je, jak v tomto případě máme chápat termín handicap. V užším pojetí by se jednalo pouze o jedince s postižením, v širším bychom mohli zahrnout všechny znevýhodněné jedince, v tomto případě tedy většinu seniorů.

1.2.2. Case management

Jak již bylo napsáno v první části práce, podíl seniorů v populaci se nezadržitelně zvyšuje a v souvislosti s tím se zvyšuje i potřeba pracovníků v této oblasti. Pracovníků, kteří budou po odborné stránce schopni uspokojovat potřeby osob, jejichž funkční a zdravotní stav se bude častěji než zlepšovat spíše zhoršovat.

Pro co nejlepší zachování kvality života a co nejdéle udržení dobrého zdravotního a funkčního stavu, pro zmírnění fyzických, psychických a sociálních důsledků stárnutí bude s vysokou pravděpodobností v budoucnu o seniory pečovat odborný interdisciplinární tým. Jeho členy budou: lékař, ošetrovatelský personál, psycholog, sociální pracovník a své místo zde najde i speciální pedagog (Kalvach, nepublikovaná přednáška z gerontologie pro studenty speciální pedagogiky UK z 30. 3. 2004).

Tento model koordinující péči o staré osoby je převzat ze zahraničí a v současné době se o jeho realizaci u nás v budoucnosti pouze hovoří. Jeví se však pro ni jako velmi přínosný.

Cílem tohoto pracovního týmu bude minimalizovat negativní následky stáří, zvyšovat samostatnost a soběstačnost a předcházet závislosti, jak z hlediska zdravotního, tak z hlediska sociálního a psychologického.

Tento druh koordinace péče a služeb by měl pojmut seniorskou problematiku z komplexního hlediska. To znamená, že se bude úzce týkat nejen seniorů, ale i jejich pečujících rodinných příslušníků.

1.2.3. Speciální pedagog a práce se seniory

Speciální pedagog se při práci se seniory může uplatnit v mnoha oblastech. Zde je výčet těch nejzákladnějších možností práce speciálního pedagoga s tímto typem klientů:

1.2.3.1. Poradenství

Poradenství je velmi důležitou složkou každého systému. V oblasti péče o seniory má nezastupitelný význam a rozsáhlé pole působnosti. „Gerontologické poradenství“ je zaměřeno na oblast zdravotní, sociální, právní a psychologickou (Gabura; Pružinská 1995). Tento druh poradenství je zaměřený na dvě skupiny. První skupinou jsou sami senioři, druhou skupinou jsou jejich rodinní příslušníci.

Jednotlivé oblasti gerontologického poradenství pokrývají státní služby i neziskové organizace.

Do budoucna je důležité propracovat tento systém, protože zatím ještě neexistuje ucelená koncepce v tomto směru a chybí literatura o tomto tématu.

Speciální pedagog by se zde mohl uplatnit především ve zdravotní a sociální sféře poradenství jak pro samotné seniory (doporučování vhodných kompenzačních pomůcek, výběr vhodných cvičení pro kognitivní trénink, doporučování různých institucí a služeb podle zájmů a potřeb klienta apod.), tak pro pečující (poradenství týkající se demence, umístění do vhodného zařízení atd.).

1.2.3.2. Nečinnost ve stáří a její aktivizace

Nejnovější studie prokazují, že proti fyzickým, ale především duševním úbytkům ve stáří se dá do jisté míry bojovat. Stejně jako nečinnost svalová způsobuje její atrofii, nečinnost psychická má za následek úbytek kognitivních funkcí. Je sice

pravdou, že s přibývajícím věkem ubývá v mozkové tkáni nervových buněk¹, ale mnohem důležitější než jejich počet je kvalita jejich spojení (Lairová, 1999). S každým učením se novým věcem nebo procvičováním získaných dovedností se vytvářejí nové neuronální spoje (synapse) a zlepšuje se propojení jednotlivých neuronů. Vzniká tak vysoce integrovaná síť, která je odolnější vůči poškození.

V této souvislosti je možno zmínit například hypotézu mozkové rezervy. Její těžiště spočívá v poznatku, že u osob s vyšším vzděláním existuje jistá kognitivní rezerva, která do určité míry kompenzuje narušení mozkových struktur. To znamená, že při stejně rozsáhlém postižení mozku nebude u osoby s vyšším vzděláním kognitivní deficit tak výrazný jako u osoby s nízkým vzděláním, a naopak lze předpokládat, že při stejném projevu deficitu kognitivních funkcí budou rozsáhlejší poškození mozkových struktur u jedinců s vyšším vzděláním (Kulišťák, 2003). Z této teorie jasně vyplývá důležitost „trénování mozku“ nejen v pozdějším věku, ale i pro pozdější věk, protože „o úspěšném nebo neúspěšném stáří se rozhoduje po celý život“ (Pacovský; Heřmanová, 1981).

Kalvach (Kalvach 1997) udává, že nečinnost je patogenní tělesně (pokles kondice), duševně (deprese, netečnost) i sociálně (izolovanost, závislost) a má na ni vliv např. zdravotní stav, pocit neovlivnitelnosti stáří, životní prostředí člověka. Atrofie z nečinnosti (atrophia ex inactivitate) je spojena s „prázdnou a nízkou kvalitou života“ (1997, s. 82).

Aktivizací rozumíme podněcování klienta k fyzické a psychické aktivitě. Důležité je respektovat jeho přání a možnosti. Základní myšlenkou aktivizace je, že klienta nenutíme, ale snažíme se ho motivovat a podněcovat, aby on sám chtěl.

Aktivita (není-li předimenzována) působí vždy pozitivně na celý organismus. Zvyšuje jeho obranyschopnost, „obnovuje nebo vytváří zdravé fyziologické stereotypy, a tím utlumuje patologické stránky stavu nemocného. Odvádí pozornost od bolesti, obav, úzkosti, od některých příznaků choroby,“ zaplňuje volný čas, vyvolává pocit

¹ Langmameier s Krejčířovou (1998, s. 184) uvádějí, že některé nové studie poukazují, že zmenšování hmotnosti mozku není způsobeno odumíráním neuronů, ale zmenšováním jejich objemu a snižováním počtu synapsí.

uspokojení s vykonanou činností a zapojuje člověka do kolektivu nebo společnosti (volně podle Pacovského; Heřmanové 1981).

1.2.3.3. Pohyb a stáří

Pohybová aktivita hraje velkou roli během celého života. Prostřednictvím pohybu si udržujeme fyzickou sílu a kondici, zlepšujeme prokrvení organismu, stáváme se odolnější vůči zátěži a z psychologického hlediska má pohyb vliv i na zmírňování stresu, kdy sport může fungovat jako ventil.

Existuje několik názorů na pohyb ve stáří. Názory vylučující pohybovou aktivitu ze seniorského života jsou snad už dávno překonány. Všeobecně rozšířený je názor, že pohybová aktivita zpomaluje a zmírňuje proces stárnutí. Na tomto názoru není nic špatného, ale věda nám dokazuje ještě mnohem větší vliv pohybu na stáří.

Bylo doloženo, že kondiční cvičení seniorů zvyšuje jejich sílu, vytrvalost, obratnost, koordinaci a rovnováhu, zlepšuje jejich reflexy a srdeční a plicní výkonnost (Dessaintová 1999, Bortz 1995). Kromě fyzického přínosu má cvičení vliv i na psychiku. Jak bylo řečeno výše, pohyb zlepšuje mimo jiné prokrvení organismu, tedy i mozku, což má pozitivní vliv na jeho funkce. To se může pozitivně zrcadlit především na paměti a následně i na nazírání na sebe sama. Celkový přínos tělesných cvičení je v prodloužení samostatnosti a soběstačnosti, oddálení závislosti a tedy i v zlepšování kvality života.

Speciální pedagog, který je zároveň cvičitelem zdravotní tělesné výchovy, může po odborné stránce zaplnit mezeru na ose mezi fyzioterapeuty a rehabilitačními sestrami na jedné straně a každodenní potřebou pohybu starých osob na straně druhé. Zmiňovaný zdravotnický personál totiž velmi často nabízí pouze individuální rehabilitační cvičení, jehož četnost závisí na počtu „hlav“ spadajících do pole jeho působnosti. Proto ústavy sociální péče nemohou tyto potřeby pokrýt i se sebelepším fyzioterapeutem, když se na každého jedince dostane pouze jednou za týden.

Důležitost denního odborného cvičení bývá podceňována, a přestože už více institucí nabízí ve svých službách možnost pohybového vyžití, není ještě zajištěné, že ji

vykonává člověk k tomu oprávněný. A přitom i u seniorů je systematickou a cílenou pohybovou aktivitou možné dokázat zlepšení fyzického i psychického stavu. Obecně je udáváno, že fyzicky aktivní sedmdesátník na tom může být po výkonnostní stránce stejně jako neaktivní čtyřicátník (Kalvach 1997, Bortz 1995, Hayflick 1997, Dessaintová 1999). Pro kladení ještě většího důrazu na cvičení cituji Dessaintovou (1999, s. 180) „...z příslušných studií vyplývá, že člověku nad osmdesát let věku stačí několik měsíců cvičení, aby znovu získal velkou část svalové síly. Dr. Raimond Thibodeau uvádí, že muži ve věku od 87 do 96 let, kteří začali cvičit s činkami, mohli ztrojnásobit maximální váhu, kterou dokázali zvednout nohama, již po dvou měsících.“ Štílec uvádí výzkum Voopripse, Lemenika a Heuvelena, kteří prokázali u fyzicky aktivních sedmdesátiletých a starších žen, že dosahují lepších výsledků v testech vytrvalosti, flexibility kyčelního kloubu a páteře a mají nižší index „tělesné plnosti“ (Štílec, 2003).

Mnoho poznatků o vlivu pohybu na stáří přináší i publikace Dr. W. M. BORTZE II. *Zdravě a úspěšně až do přirozené stovky*. Jeho základní myšlenkou je, že člověk žil jako „velmi aktivní tvor“ až do období zemědělské revoluce a přežil díky technice „vytrvalostního lovu“, tedy schopnosti běžet za zvěří až do jejího uštvení. Dokud byl tedy člověk nucen lovit, jeho fyzická zdatnost byla mnohonásobně vyšší, než je dnes. V souvislosti s popsáním názorem je velmi zajímavý i tento jeho postřeh: „Ještě před nedávnem se soudilo, že atleti mají abnormálně velké srdce – že je to vlastně projev nemoci. Ale když porovnáme váhu našeho srdce s celkovou tělesnou váhou, zjistíme, že výsledný poměr je nižší než u volně žijících zvířat. To naznačuje, že abnormální je ve skutečnosti naše „nepoužívané“ srdce, protože je příliš malé.“ (1995, s. 111).

Cvičení se seniory má svá specifika, která by měl znát každý, kdo s nimi pohybové aktivity provádí. Doporučená četnost, kterou uvádí Štílec (Štílec 2003), je 3krát týdně po 60 minutách nebo 5krát týdně po 30 minutách.

Jednou z nejdůležitějších věcí je znát obecné projevy stáří a zdravotní stav svých cvičenců. Jiná skladba cvičení bude pro diabetiky, jiná pro kardiaky, atp. Seniory, kterým dělá problémy chůze a vstávání, nenutíme cvičit v lehu, ale připravíme si pro ně cvičení na židli.

V institucích nabízejících kondiční cvičení a sportovní aktivity, kam senioři pouze docházejí, si každý senior vybere pro něj vhodnou a přitažlivou formu, a pokud ne, má možnost obrátit se na jinou organizaci (týká se velkých měst). V ústavní péči nebo v zařízeních nabízející dlouhodobé pobyty seniorů je tento výběr omezený, nenulový. Proto by bylo v těchto podmínkách dobré, rozdělit klienty dle výkonnosti. Fyzicky zdatnějším nabídnout těžší typ cvičebního programu, než méně zdatným jedincům. Aby cvičení mělo ještě větší efekt, měly by jednotlivé cvičební jednotky být rozdělené podle potřeb seniorů (cvičení pro diabetiky, kardiaky, cvičení při osteoporóze, cvičení při artróze, kondiční cvičení, relaxační cvičení, zdravotní cvičení atd.) a systematicky propojené, s ohledem na co největší efekt a přínos pro cvičence.

Pro cvičení se seniory je v dnešní době možné využít spoustu cvičebních pomůcek především pak velké míče (fitbally), malé balanční míče (overbally), gumové pásy (terabandy). Právě poslední dvě pomůcky mohou být velmi užitečné pro cvičení v sedě na židli, kdy nám mohou sloužit jako zátěž vytvářející odpor a protitah. Oproti klasickým činkám je jejich výhoda v tom, že tolik nezatěžují klouby, protože jejich vlastní váha je z tohoto hlediska zanedbatelná. Cvičení s činkami má ještě druhou nevýhodu: vyžaduje správné držení těla, ale tíha činek toto držení mnohdy deformuje. Senioři, jejichž posturální návyky bývají už tak narušené, si při nesprávně provedeném cvičení mohou toto špatné držení těla ještě posilovat. Proto je důležité dbát na vzpřímené držení postavy nejen při práci s činkami, ale při jakémkoli pohybu a cvičení.

Tuto kapitolu bych ráda ukončila citací Kalvacha: „Bylo jednoznačně prokázáno, že lidé jsou zdatní a zdravější proto, že jsou pohybově aktivní a že neplatí fatalistická představa, že aktivní jsou pouze ti, kteří jsou zdraví a zdatní.“ (Kalvach 2004).

1.2.3.4. Kognitivní trénink a trénink paměti

Kognitivním tréninkem rozumíme trénink všech kognitivních funkcí, tedy vnímání, paměti, pozornosti, představivosti, myšlení a řeči. Jedná se o preventivní působení na tyto funkce. Od kognitivního tréninku je nutno odlišit kognitivní rehabilitaci, kdy se snažíme zlepšit zhoršený stav těchto funkcí při narušené CNS

(například u demence). Kognitivní rehabilitace se neprovádí pouze stimulací zmíněných kognitivních funkcí, ale využívá se rovněž pohyb, který je s těmito funkcemi úzce spojen.

V posledních letech se klade velký důraz především na trénování paměti seniorů. Téměř všechny instituce poskytující služby pro seniory mají ve svých základních nabídkách tzv. tréninky paměti. Jde o různě pojatá asi hodinová sezení, jejichž cílem je zlepšování paměťových funkcí seniorů. Cílem tréninku je „aktivizace mozkové výkonnosti a / nebo léčení poruch výkonnosti mozku“ (Stengel 1996). Trénink paměti je možné provádět skupinově i individuálně.

Individuální trénování se provádí spíše u jedinců, kteří nejsou schopni trénovat svou paměť ve skupině a mělo by trvat přibližně 15 minut každý den. Skupinová sezení by měla být pořádána minimálně jednou týdně a měla by trvat jednu hodinu.

V dnešní době se už na trhu začínají objevovat publikace zabývající se posilováním paměťových funkcí (LAIROVÁ, S.: *Trénink paměti*, BERCHEM, F.: *Velká kniha mozkového joggingu*, BERCHEM, F.: *Velká kniha mozkového superjoggingu*, KATZ, L.M., RUBIN, M.: *Jak trénovat mozek*, BRAGDON, A., D.; GAMON, D.: *Nedovolte mozku stárnout a jiné*) a tento stav se bude bezesporu zvyšovat.

V české republice provádí odborné školení pro trenéry paměti MPSV, které vydalo další dvě knihy: teoretické *Cvičení paměti ve vyšším věku* a praktické návody *Cvičení paměti pro seniory*.

V Praze v Kulturním domě Vltavská sídlí Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging. Tato společnost provádí také odborné školení tzv. cvičitelů – trenérů paměti, kteří jsou zaměřeni speciálně na trénování paměti seniorů. Dále nabízí tzv. „mozkový jogging“, který se zaměřuje na trénování kognitivních funkcí mladších generací (např. manažerů) (Křivohlavý).

Mohu-li krátce porovnat didaktický materiál pro trenéry paměti od této společnosti a knihu MPSV *Cvičení paměti pro seniory*, existuje v pojetí trénování jeden rozdíl. Zatímco Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging se zaměřuje

na zlepšování paměťových funkcí prostřednictvím různých her, obrázků a jiných speciálních materiálů, MPSV se soustřeďuje spíše na trénování při běžných denních činnostech. To znamená, že jejich cvičení podněcují klienta, aby si všiml věcí a dějů okolo sebe a snažil si je zapamatovat.

Speciální pedagog specializující se na rozvíjení kognitivních funkcí u starších osob by měl projít kurzem tohoto typu.

1.2.3.5. Reminiscenční terapie

Ze zahraničí k nám přišel trend reminiscenčních terapií („léčba vzpomínkami“). Jejich těžiště spočívá ve vzpomínkách a vzpomínání na uplynulý život. Tento druh terapie lze provádět individuálně i skupinově. Základem této terapie je vytvoření vhodné atmosféry pro vzpomínání a povídání si o určitém tématu. Volba témat není omezená žádnými kritérii (kromě kritérii morálních), proto je jich neomezené množství. Příkladem vhodných námětů je například kino, divadlo, první rande, puberta dětí, škola, cestování, trapasy, neobyčejné zážitky atd.

Výhoda skupinové formy této terapie je, že se na průběhu sezení podílí svými zážitky každý účastník. Osamělí klienti zde mohou navazovat nové sociální kontakty, někdy mohou vznikat i přátelství. Klienti si jednotlivá témata mohou volit sami podle svého zájmu.

Při individuální terapii se pracuje spíše s klienty vyžadujícími zvláštní péči, jejichž začlenění do kolektivu je nemožné.

Podpůrnými prostředky této terapie mohou být podle zvoleného tématu fotky rodiny, herců, výstřižky ze soudobých novin, staré hudební ukázky (nejlépe reprodukované na gramofonu) a mnoho dalších předmětů a efektů evokujících vzpomínky.

Převážně pro pacienty s demencí se při této terapii používají další podpůrné prostředky. První je takzvaná „krabice mého života“ neboli „memory box“. Jedná se o jakoukoli krabici nebo kufřík, do které jsou vloženy předměty, obrázky a fotografie pojící se k životu klienta. Klient se těmito předměty probírá a přitom vzpomíná na

zážitky a události, které v něm tyto předměty vyvolávají. Nejde o pouhé zpestření vzpomínání, ale při práci s konkrétními předměty se mnohem více uplatňují emoce a vzpomínání je pro jedince s demencí mnohem jednodušší a intenzivnější.

Druhý je memory book – album nebo kniha s okomentovanými událostmi. Jeho funkce je stejná jako u memory boxu.

1.2.3.6. Samota a volnočasové aktivity

Jedním ze závažných problémů vysokého věku je samota. Děti už jsou většinou odrostlé, dochází k úmrtí partnera a postupně odcházejí i přátelé. Volnočasové aktivity mohou být vhodnou kompenzací osamocení. Jejich dalším důležitým přínosem je i antidepresivní a stimulační účinek a tvorba nových sociálních kontaktů.

Nabídka je v tomto směru velmi široká a poskytují ji převážně neziskové organizace. Neměla by být zaměřena pouze na staré a velmi staré seniory (viz kapitola Definice stáří), ale i na seniory mladé, protože právě ti mohou procházet tíživým obdobím navykání na důchod. Tento životní zlom může být pro mnohé těžkou životní zkouškou. Je to období, kdy děti „vylétly z hnízda“, některá manželství se mohou rozpadnout, někteří se musí vyrovnávat se smrtí svého partnera a navíc je tu velké množství volného času, na který může být pro někoho, po desítkách let téměř každodenní práce, těžké si zvyknout (potom mluvíme o maladaptaci na penzionování, důchodovém syndromu nebo důchodové nemoci).

Volnočasových aktivit je nepřehledné množství a záleží pouze na klientovi, kterou si zvolí. Speciální pedagog se může podílet na jejich přípravě, realizaci i koordinaci. Do volnočasových aktivit mohou být z oblasti speciální pedagogiky zařazeny kognitivní tréninky, speciální terapie (především ergoterapie) a zdravotní tělesná výchova (i často nabízené tzv. kondiční cvičení, musí, vzhledem k věku klientů, vycházet z poznatků zdravotní tělesné výchovy).

1.2.3.7. Speciální terapie

Z oblasti speciální pedagogiky můžeme využít tyto terapie: arteterapii, ergoterapii, muzikoterapii a dramaterapii.

Ergoterapie a arteterapie mají ve starším věku velmi pozitivní vliv na jemnou motoriku a samozřejmě jako každá aktivita na oddalování závislosti. Jsou často využívány v ústavní péči ale i v nabídkách volnočasových aktivit neziskových organizací. Ergoterapie je velmi přínosná u osob s demencí, protože aktivita působí na zpomalování degenerativního procesu CNS.

Muzikoterapie je využitelná u všech seniorů. Blahodárné účinky hudby se dají využít pro psychohygienu. Muzikoterapie je vhodná i pro osoby s demencí, protože po nich nevyžaduje žádnou aktivitu a nabízí jim možnost relaxace. Setkala jsem se v praxi však se zkušeností, že se stává, že starší senioři při muzikoterapii usínají.

1.2.3.8. Půjčovny kompenzačních pomůcek pro seniory

Mnohé organizace nabízí seniorům půjčování kompenzačních pomůcek. Jedná se především o pomůcky kompenzující ztrátu zraku a pohyblivosti. Speciální pedagog, který je odborníkem v této oblasti, se tak může uplatnit při doporučování vhodných pomůcek a při zaučování v jejich správném používání.

1.2.3.9. Demence

Demence je „získaná globální porucha intelektu, paměti a osobnosti, ale bez poruchy vědomí“ (Ambler 2000). Vzniká na základě organického poškození centrální nervové soustavy. Výskyt demence v populaci je přibližně 5 % u starších 65 let a minimálně 20 % u starších 85 let.

Podle etiologie můžeme demence rozdělit do tří skupin:

- **primárně degenerativní demence** (60 – 70 % demencí) – je způsobena degenerativními procesy v CNS (patří sem především demence

Alzheimerova typu (též zvaná Alzheimerova choroba nebo Alzheimerova nemoc), kterou trpí 1- 2,5 % osob starších 65 let a více než polovina všech osob postižených demencí).

- **ischemicko-vaskulární demence** (15 – 20 % demencí) – vzniká kumulací defektů po mozkovém infarktu, rozvíjí se rychleji než demence u první skupiny.
- **sekundární demence** – jsou vyvolány jinými příčinami (intoxikace, infekce, demence způsobené tumorem apod.). U těchto demencí je důležité si uvědomit, že některé z nich jsou po odstranění příčiny reverzibilní (Hrdlička; Hrdličková 1999).

Do demence progredují některá onemocnění jako Pickova choroba, Creutzfeld-Jakobova choroba, Huntingtonova chorea, Parkinsonova nemoc nebo AIDS.

Nejčastější projevy demence jsou (Škodová; Jedlička 2003):

- deteriorace intelektu
- poruchy paměti
- poruchy orientace
- poruchy úsudku a schopnosti abstraktního myšlení
- poruchy pozornosti a motivace
- poruchy korových funkcí typu afázie, apraxie, agnozie
- poruchy komunikace
- poruchy emotivity
- poruchy chování
- degradace osobnosti

Diagnostická kritéria pro demenci podle MKN 10 a DSM – IV zobrazuje příloha číslo 3.

K orientační diagnostice demence se nejčastěji používají tyto dva testy, které mohou použít i laici: MMSE a test hodin.

MMSE – Mini-Mental State Examination, Krátká škála mentálního stavu (příloha číslo 4) je neznámější a nejpoužívanější test vytvořený v roce 1975 psychiatry Folsteinem, Folsteinem a McHughem (Bragdon; Gamon 2002). Jedná se o jednoduchý test, který nezabere více než 15 minut. Jeho pomocí lze orientačně zjistit přítomnost demence. Test obsahuje 30 položek, z nichž každá představuje jeden bod. Výkon 30 – 28 bodů se považuje za normální, 27 – 25 ještě neprokazuje demenci, ale skóre nižší než 24 bodů pro ni svědčí. (Růžička et al. 2003)

Test (kreslení) hodin – Clock (Drawing) Test (příloha číslo 5) je ještě rychlejší orientační test, vytvořený Wolf-Kleinem et al. Jeho princip spočívá v zakreslení hodin a času do prázdné kružnice, která neobsahuje ciferník. Hodnotí se umístění číslic, počet ručiček a označení času. Na demenci ukazuje nesprávné umístění číslic, kresba mimo kružnici, více čísel na ciferníku apod. (Hrdlička; Hrdličková 1999)

1.2.3.9.1. Stádia demence

Jednotlivé druhy demencí se manifestují různě rychlým nástupem příznaků. Například vaskulární demence je charakterizována nejčastěji náhlým vznikem, oproti tomu Alzheimerova demence se vyvíjí mnohem pomaleji. Následující etapy průběhu demence se týkají demence Alzheimerova typu, která je nejčastější demencí vůbec.

Počáteční stádium (2 – 4 roky)

V tomto stádiu je především lehce narušena krátkodobá paměť, což někdy může být mylně považováno za běžné projevy stáří (tzv. benigní stařecká zapomnětlivost). Proto se někdy může stát, že je tato fáze choroby přehlédnuta. Dále jsou zhoršeny orientace (především prostorová), rozhodování, početní výkony a psaní. Objevuje se pokles aktivity, úzkostná a depresivní nálada v důsledku uvědomování si těžkostí.

Střední stádium (2 – 10 let)

Toto stádium bývá pro své zjevné poruchy nazýváno afázicko – aprakticko – agnostické (Hrdlička; Hrdličková 1999). V této fázi už není pochyb, že se jedná o demenci. Projevuje se zhoršenou pamětí jak krátkodobou, tak dlouhodobou (nepamatuje si nedávné události, jména), dezorientací (přestává se orientovat i ve vlastním bytě, zaměňuje současnost s minulostí), myšlenkovou perseverací, ztrátou náhledu, obtížemi při vyjadřování. Mohou se objevovat bludy a halucinace. Nemocný je stále schopen vykonávat činnosti samostatně, ale potřebuje k tomu podporu a pomoc (v poslední době se používá termín provázení). Špatně analyzuje realitu a v důsledku nepochopení okolního světa se může objevit slovní hrubost až agrese (verbální i fyzická). V této fázi si nemocný své těžkosti už neuvědomuje.

Pozdní stádium (těžká demence)

Zde můžeme hovořit o terminální fázi tohoto onemocnění. Dochází ke „kompletní dezintegraci všech psychických funkcí“ (Hrdlička; Hrdličková 1999). Nemocný se sám o sebe už nedokáže postarat a je závislý na celodenní péči svého okolí. Ztrácí schopnost komunikace (přestává rozumět významu slov), často bývá přítomný mutismus. Tělesný stav se zhoršuje, objevuje se inkontinence a potíže s příjmem potravy. Nemocný v důsledku své nemoci často nepoznává ani rodinné příslušníky.

1.2.3.9.2. Práce s lidmi trpícími demencí

O těchto lidech se říká, že jsou „cizinci ve světě, kterému přestávají rozumět, v němž se přestávají orientovat“ (Kalvach 1997). Toto tvrzení je velmi výstižné. Nemocní nemají od středního stádia vhled do reality. Diví se, proč jsou věci okolo nich jiné, proč ničemu nerozumí. Nejsou schopni pochopit, co po nich druzí chtějí. Proto je důležité, aby lidé pracující s osobami s demencí (a samozřejmě i příbuzní pečující) znali jejich odlišnosti a specifika práce s nimi.

V první řadě je potřeba snažit se pochopit svět z úhlu jedince s demencí. Když se nám to podaří, je to začátek slibné spolupráce, ale pokud ne, nemusí se vypěstovat mezi nemocným a pečujícím vztah plný důvěry a bezpečí, který je u této choroby

nejdůležitější. Nemocný musí cítit, že je ze strany pečujícího respektován a správně chápán. Zgola (Zgola 2003) uvádí, že osoba „s narušenou poznávací schopností potřebuje mít pocit partnerství,“ protože není schopna přijmout podřízenější roli.

Právě u osob s demencí je důležitá aktivizace a animace. Většina z nich působí apaticky, jako by nevnímali, často ani nevyhledávají kontakt. Je důležité připravit pro ně vhodný plán péče a rozmanité aktivity, které jsou však v jejich silách. Činnosti, na které osoba nestačí, protože jsou pro ni náročné, není vhodné zařazovat. Může si při nich uvědomovat svůj neúspěch, který může vnímat jako selhání, ale my potřebujeme, aby tito lidé zažívali především pocit potřebnosti a užitečnosti. S neúspěchem se totiž setkávají mnohokrát denně.

Je důležité podněcovat tyto lidi k aktivitě (zde nám může stačit třeba jen aktivita při komunikaci, záleží na stupni demence), ale ještě mnohem důležitější je umět přijímat jejich iniciativu a správně jí porozumět. Zachytit ten moment, kdy se klient snaží navázat kontakt, dát podnět k nějaké komunikaci nebo nám něco sdělit, by měl umět každý dobrý pečovatel a taky by měl na tyto signály umět správně zareagovat. Vždy bychom měli dát přednost iniciativě klienta před naší vlastní.

Při komunikaci osob s demencí je nutno využívat co nejvíce komunikačních kanálů najednou. To znamená používat především mimiku, gesta, oční kontakt a doteky. Když klient neporozumí, bývá většinou zbytečné hlasitější opakování. Klient nerozumí ne proto, že by neslyšel, ale proto, že nechápe význam slov. Nerozumí, co mu je sdělováno, co se po něm žádá. Proto se doporučuje neopakovat, ale vyjádřit sdělení jinými slovy.

Vyjadřování musí být krátké a jasné. Člověk s demencí postupně přestává rozumět významu slov a v dlouhých větách a souvětích ztrácí orientaci o sdělovaném. Proto je třeba vyjadřovat se věcně a jednoznačně. Snažíme se používat slova, která klient nejčastěji užívá, o těch víme, že jim rozumí. Otázky pokládáme spíše uzavřené, abychom klientovi ulehčili rozhodování a nenutili ho ke konfabulacím.

Konfabulace se u lidí s demencí objevují často. Nejedná se však o cílené lhaní, ale o to, dát věcem smysl. Když klient nerozumí, co se okolo něj děje, musí si situaci nějakým způsobem vysvětlit, a tak si z toho, co ví a zná, vytváří své vlastní závěry.

Pokud rozumíme, co nám klient sděluje, vyvarujme se opravování, nepoužije-li správná slova. Nechceme, aby byl z komunikace stresován nebo aby zapomněl, co říká.

Nikdy na klienty nemluvíme stejně, jako bychom mluvili s dítětem. Musíme si uvědomit, že se jedná o člověka, který toho má mnohem více za sebou než my, a to, že se občas jako dítě chová, nás neopravňuje s ním takto jednat, a potažmo tak snižovat jeho důstojnost.

Při společných činnostech je vhodné pojmenovávat to, co právě děláme (tady a teď – Koběřská 2003). Je důležité hovořit vždy o jednom tématu, aby se klient ve sdělovaném neztrácel.

Téma demence je velmi rozsáhlé a není cílem této diplomové práce. Proto všem, kteří se o práci s lidmi s demencí zajímají, doporučuji knihu PETRY KOBĚŘSKÉ *Společnou cestou*, která obsahuje mnoho obrazového materiálu získaného videotréninkem interakcí. Druhou knihu, kterou doporučuji, je kniha JITKY M. ZGOLA *Úspěšná péče o člověka s demencí*, která mimo jiné přináší i mnoho zajímavých příkladů ze života lidí s touto chorobou.

Toto téma ukončím potenciální nadějí do budoucnosti pro klienty s Alzheimerovou demencí článkem publikovaném v březnovém čísle (roku 2005) časopisu *Psychologie dnes* s názvem *Časná diagnostika Alzheimerovy choroby*: „Na prvních pacientech byl demonstrován mimořádně citlivý test, který dokáže odhalit Alzheimerovu chorobu dávno před tím, než se začne projevovat svými typickými příznaky. Informace o tomto experimentu provedeném na vzorku 30 lidí byly publikovány v *Proceedings of the National Academy of Sciencia*. Test je založen na detekci nepatrných množství bílkovinných molekul ADDL, které se u lidí postižených Alzheimerovou chorobou shromažďují v mozku. Již dříve se zjistilo, že molekuly ADDL napadají a narušují synapse nervových buněk v mozku, které se účastní procesů zpracování informací a paměťových funkcí. Zdá se, že toto působení molekul ADDL

v časných fázích nemoci je reverzibilní a že by v budoucnu mohly být nalezeny způsoby léčby Alzheimerovy choroby.“

1.2.3.10. Péče o pečující

Péče o závislého rodinného příslušníka je psychicky i fyzicky vyčerpávající. Proto mnohé organizace nabízejí své služby i pečujícím osobám. Vedle poradenství to jsou svépomocné skupiny a respitní péče.

1.2.3.10.1. Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny jsou vhodné především pro rodinné příslušníky osob s demencí, kteří o daného člověka pečují. Slouží k výměně zkušeností, pocitů, názorů a přispívají k získávání psychické podpory a pohody. V Praze tuto službu poskytuje například Gerontologické centrum při České Alzheimerovské společnosti, kde se pečující schází jednou za 14 dní ve čtvrtek odpoledne.

1.2.3.10.2. Repitní péče

Termín respitní péče pochází z anglického slova oddech. Tyto služby, které známe i ze speciální pedagogiky, nabízí rodinným příslušníkům možnost odpočinout si od každodenní a vyčerpávající péče formou dočasného umístění seniora do respitního centra. Služba může být poskytována v různých podobách. Organizace mohou nabízet souvislý pobyt od jednoho týdne do tří měsíců, dočasné umístění do denního nebo nočního stacionáře nebo mohou nabízet občasné docházení pracovníků do místa bydliště (www.gerontocentrum.cz). Repitní péče je často vyhledávaným řešením po čas dovolené nebo jiné krátkodobé záležitosti znemožňující péči.

Tuto službu mohou nabízet jak státní, tak nestátní zařízení. V obou případech se však jedná o službu placenou. Klientům jsou stejně jako v jiných institucích nabízeny volnočasové a rozvíjející programy. Často se jedná o vycházky, diskuse, předčítání, tréninky paměti, ergoterapii apod. V těchto složkách péče by mohl působit i speciální pedagog.

1.2.3.11. Vzdělávání seniorů

Pro vzdělávání seniorů se používá několik termínů (gerontogogika, gerontagogika, gerogogiky, geragogiky apod.), teprve budoucnost ukáže, který se bude jevit jako nejvhodnější. Vzdělávání seniorů je vyhledávanou oblastí. Podle Kalvacha jí však chybí metodika, která by byla charakteristická konkrétně pro vzdělávání jedinců tohoto věkového období (Kalvach 1997).

1.2.3.11.1. Univerzity 3. věku

Název je převzat z anglického Universities of the Third Age (U3A), ale 1. U3A vznikla ve francouzském Toulouse na Vysoké škole ekonomické v sedmdesátých letech. Záhy se U3A rozšířily po celém světě (u nás vznikla první U3A v roce 1986 na 1. lékařské fakultě UK v Praze). V roce 1977 vzniklo Mezinárodní sdružení U3V AIUTA, které sídlí v Toulouse ve Francii, a jehož cílem je koordinace aktivit U3V. jejím členem je i Asociace U3V České republiky, sdružující české U3V.

Cílem těchto institucí je poskytovat vzdělávání seniorům na vysokoškolské úrovni. Jedná se o kurzy vzdělávání, které nabízejí jednotlivé fakulty vysokých škol a které jsou součástí celoživotního vzdělávání. Neposkytují však ucelené vysokoškolské vzdělání, ani vysokoškolskou kvalifikaci. Jednotlivé fakulty nabízí jedno i více semestrální vzdělání, po jehož absolvování obdrží uchazeč osvědčení o absolvování kurzu. Podle Jesenského (2000, 299) se jedná o „jediný, do značné míry formalizovaný a soustavně rozvíjený typ vzdělávání určený seniorům.“ Není však cílem, ale prostředkem naplnění života - osobní rozvoj, vyplnění volného času (Jesenský, 2000).

Na některých vysokých fakultách je jejich nabídka ještě chudá, ale některé jiné se mohou pochlubit poměrně početnou nabídkou.

1.2.3.11.2. Akademie třetího věku

Velký zájem je i o akademie třetího věku. Tento typ vzdělávání je poskytován různými organizacemi, ale ne na akademické půdě. Jedná se především o samostatné přednášky nebo přednáškové cykly, semináře, vzdělávací pobyty, rozhlasové relace.

Tento druh vzdělávání není určen výlučně seniorům. Například Akademie třetího věku Českého rozhlasu se účastní i matky na mateřských dovolených a lidé v předdůchodovém věku (www.senio.cz).

1.2.3.12. Týrání a zanedbávání seniorů

Týrání a zanedbávání seniorů (elder abuse, abuse of the elderly) je poměrně tabuizované téma. Do popředí zájmu společnosti se dostalo o více než 10 let později než týrání dětí. V ČR neexistují přesné údaje o početnosti, obecně se však udává, že je takto postiženo přibližně 5% seniorů. (Kalvach, 1997; Kalvach, nepublikovaná přednáška z gerontologie pro studenty speciální pedagogiky UK z 27. 4. 2004)

Pokud je týrání uskutečňováno rodinnými příslušníky, potom se o něm málokdy dozví jeho okolí. Senior se bojí o tomto problému hovořit. Stydí se, že jeho vlastní děti se k němu chovají takovýmto způsobem a vnímá to jako osobní selhání ve výchově. Často také své děti omlouvá a nechce si připustit krutou realitu.

Důvodem, proč se senioři stávají oběťmi týrání (ale i násilí všeobecně) je jejich křehkost, důvěřivost, bezbrannost a izolovanost. Pro agresory jsou velmi snadným cílem.

Rozeznáváme 6 nejčastějších forem týrání a zanedbávání seniorů:

Fyzické týrání – jedná se o „záměrné působení bolesti, záměrné zraňování nebo záměrné odpírání základních životních potřeb“ (Kalvach 1997). Svědčí pro něj mnohočetná poranění různého stáří, častější nevysvětlené pády, popáleniny, nezájem „pečující“ rodiny při hospitalizaci, úzkost, deprese, zanedbání atd.

Citové a psychické týrání – do této kategorie řadíme především verbální agresi (urážky, výhrůžky, ponižování, podceňování...), omezování osobní svobody (zákaz vstupovat do kuchyně, zákaz vycházení...) apod. Takto omezovaný a verbálně napadáný člověk bývá často uzavřený a depresivní.

Sexuální zneužívání – je ve starším věku méně časté, přesto se s ním lze setkat. Týká se téměř výhradně žen a nejčastěji je pácháno gerontofilními devianty.

Ekonomické zneužívání – do této skupiny patří neoprávněné přivlastňování majetku a financí seniora. Často se jedná o zabavování věcí, důchodu, bytu, převody majetku, se kterými starší osoba nesouhlasí, nedobrovolné změny v závěti, finanční vydírání (například vyhrožování vystěhováním) atd. O týrání tohoto typu svědčí především špatná ekonomická situace člověka, který by podle výše důchodu neměl mít finanční problémy, a ubývání cenných věcí z bytu.

Zanedbávání – je „selhání osoby zodpovědné za bezpečnost a za uspokojování přiměřených potřeb závislé osoby,“ otázkou však je, koho považovat u zletilé osoby za osobu zodpovědnou (Kalvach 1997). Zanedbáváním můžeme rozumět nezabezpečení závislé osoby osobami ve společné domácnosti nebo rodinnými příslušníky, kdy tato osoba nezvládá aktivity denního života a v důsledku toho je podvyživená, dehydrovaná, sociálně izolovaná, komunikačně deprimovaná, úzkostná a nedostatečně hygienicky zajištěná. (Kalvach 1997)

Systemové ponižování (druhotné týrání) – znamená „utrpení působené společenskými normami, institucemi, postupy a často přímo systémem, který byl založen pro pomoc a ochranu postiženým“ (Kalvach 1997). Můžeme tím rozumět například neumožnění práva rozhodovat o sobě samém v ústavní péči, nerespektování vlastního rozhodnutí (např. ve zdravotnictví) apod.

Oblasti týrání a zanedbávání seniorů je třeba věnovat mnohem více pozornosti a uskutečnit ještě hodně metodické práce a osvěty. Stejně jako patří do pole působnosti speciální pedagogiky práce s dětmi z oblasti CAN, mohla by sem v budoucnosti patřit i práce s takto postiženými seniory.

Ekonomické zneužívání – do této skupiny patří neoprávněné přivlastňování majetku a financí seniora. Často se jedná o zabavování věcí, důchodu, bytu, převody majetku, se kterými starší osoba nesouhlasí, nedobrovolné změny v závěti, finanční vydírání (například vyhrožování vystěhováním) atd. O týrání tohoto typu svědčí především špatná ekonomická situace člověka, který by podle výše důchodu neměl mít finanční problémy, a ubývání cenných věcí z bytu.

Zanedbávání – je „selhání osoby zodpovědné za bezpečnost a za uspokojování přiměřených potřeb závislé osoby,“ otázkou však je, koho považovat u zletilé osoby za osobu zodpovědnou (Kalvach 1997). Zanedbáváním můžeme rozumět nezabezpečení závislé osoby osobami ve společně domácnosti nebo rodinnými příslušníky, kdy tato osoba nevládá aktivity denního života a v důsledku toho je podvyživená, sociálně izolovaná, kapitola

zahrnuje... in podmíněné funkční změny brát
nejenom při práci s klientem, v potaz a respektovat tyfopedické a surdopedické zásady práce. To spolupráci s jejich rodinami a ošetřujícím personálem. Často totiž dochází k mylným diagnózám demence ze strany rodiny nebo personálu, nejčastěji není-li správně diagnostikována nedoslýchavost (v takovém případě hovoříme o pseudodemenci). Tato mylná diagnóza může mít velmi negativní důsledky, které mohou vyvrcholit i předčasnou smrtí (Mühlpachr, 2001).

... klientům tištěné texty a obrázky ve zvětšeném formátu, využíváme lup a dalších vhodných kompenzačních pomůcek. Dbáme na správné osvětlení nejen místností, ale i pracovních ploch klientů. Dveře v institucích poskytujících dlouhodobou péči mohou být barevně rozlišeny, schody a prahy by měly být vizuálně zvýrazněny.

Pro nevidomé klienty je žádoucí organizovat nácvik orientace, každodenní předčítání (lze využít i audio nahrávky), kognitivní trénink, zdravotní tělesnou výchovu, konverzační skupiny (i eizojazyčné) apod.

Při zhoršeném sluchu mluvíme na klienta přiměřeně hlasitě, ale nekřičíme (není-li to nutné, většinou ale postačí mluvit hlubším hlasem, protože slyšení nízkých tónů

1.2.4. Specifika práce se seniory

Práce se seniory, stejně jako s ostatními skupinami klientů, má svá specifika. Speciální pedagogové by v budoucnosti měli odcházet z vysokých škol s jejich znalostmi. Většina těchto specifíků se váže na psychické a fyzické zákonitosti vývoje popsané v první části práce.

1.2.4.1. Zrak a sluch

Jak bylo zmíněno již výše, s postupem věku dochází k atrofii těchto dvou důležitých smyslových orgánů (mluvíme o presbyopii a presbyakuzii, viz kapitola Fyziologické změny ve stáří). Proto je třeba tyto věkem podmíněné funkční změny brát při práci s klienty v potaz a respektovat tyflopédické a surdopedické zásady práce. To nejenom při práci s klientem, kdy využíváme kompenzačních pomůcek, ale i při spolupráci s jejich rodinami a ošetřujícím personálem. Často totiž dochází k mylným diagnózám demence ze strany rodiny nebo personálu, nejčastěji není-li správně diagnostikována nedoslýchavost (v takovém případě hovoříme o pseudodemenci). Tato mylná diagnóza může mít velmi negativní důsledky, které mohou vyvrcholit i předčasnou smrtí (Mühlpachr, 2001).

Co se týče zraku, předkládáme klientům tištěné texty a obrázky ve zvětšeném formátu, využíváme lup a dalších vhodných kompenzačních pomůcek. Dbáme na správné osvětlení nejen místností, ale i pracovních ploch klientů. Dveře v institucích poskytujících dlouhodobou péči mohou být barevně rozlišeny, schody a prahy by měly být vizuálně zvýrazněny.

Pro nevidomé klienty je žádoucí organizovat nácvik orientace, každodenní předčítání (lze využít i audio nahrávky), kognitivní trénink, zdravotní tělesnou výchovu, konverzační skupiny (i cizojazyčné) apod.

Při zhoršeném sluchu mluvíme na klienta přiměřeně hlasitě, ale nekřičíme (není-li to nutné, většinou ale postačí mluvit hlubším hlasem, protože slyšení nízkých tónů

oslabuje později, než tónů vysokých). Mluvíme pomaleji a zřetelně artikulujeme. Při rozhovoru se ke klientovi neotáčíme zády, abychom mu neztěžovali porozumění a on si mohl napomáhat odezíráním. Používáme mimiku, gesta a při nepochopení ze strany klienta, vždy ochotně zopakujeme, co jsme řekli. Důvod je jednoduchý. Bude-li klient cítit neochotu v komunikaci, začne si připadat obtížně a raději se přestane ptát, pokud něco přeslechne nebo něčemu neporozumí. Tento stav potom vede k apatii, depresím, uzavřenosti, úzkosti nebo i k oné nesprávné diagnóze demence. Také je vhodné eliminovat okolní šumy, jako například zavřít okno do ulice, ztišit rádio, přemístit se na klidnější místo.

1.2.4.2. Dotek jako terapeutický prostředek

Při práci se seniory co nejčastěji používáme úsměv a dotek. Najde se malé množství osob, kterým je fyzický kontakt nepříjemný, ale většině lidí přináší dotek potěšení a pocit sdílení. Sama jsem se během své praxe u seniorů z jejich strany setkala nejen s přijímáním doteků, ale i s jejich nabídkou. Než jsem se klientům sama osmělila doteky a pohlazení dávat, nejprve jsem jich několik od klientů dostala a jako člověku, který právě přišel do nového prostředí, mi to bylo velice příjemné. Potom jsem zase já sama mohla pozorovat kladné reakce na má pohlazení. Dotek má totiž nespočet významů. Může být vyjádřením poděkování, radosti, pochopení, podpory, ale i strachu, obavy, úzkosti... I malým nepatrným dotekem můžeme druhému dát více, než si myslíme.

1.2.4.3. Trpělivost

Při práci se starými lidmi je velmi důležitá trpělivost. Celkové zpomalení psychomotorického tempa má za následek potřebu mnohem delšího času na všechny aktivity a činnosti. Je důležité si uvědomit, že klient musí pracovat svým tempem a my se mu musíme přizpůsobit. Těžištěm naší práce není udělat co nejvíce věcí za klienta, abychom toho stihli více, ale dopomoci klientovi, aby co nejvíce činností udělal on sám svým vlastním přičiněním (ale i tempem). Často jde o to, dát klientovi pocit potřeby, ale tím, že za něj bude věci dělat někdo jiný, ho nezíská. Navíc každá vynaložená energie může být chápána jako trénink pro uchování samostatnosti a soběstačnosti.

1.2.4.4. Motivace

Někteří staří lidé už nemají chuť do života. Provází je pesimismus a celkové negativní ladění. Neexistuje žádný návod, „jak na tyto lidi“. Citlivý přístup a vhodná motivace dokáží zázraky, je to ale otázka dlouhodobého pozitivního působení. Je nutné dodat těmto lidem alespoň trochu životního optimismu a elánu, nabídnout jim vhodný program trávení volného času a co nejčastěji jim umožnit kontakt s vrstevníky. Zde by mohlo být přínosné zavést do života zejména: aktivační programy, petterapii, reminiscenční terapii a ergoterapii.

1.2.4.5. Bezpečnost

Velký důraz je třeba klást na bezpečnost starých lidí při pohybu. V tomto věku může i banální pád způsobit velké zdravotní komplikace. Při pádech jsou ohroženy především kosti, které s věkem křehnou. Nejčastější zlomeninou ve stáří je zlomenina krčku kosti stehenní. Sama zlomenina není důvodem zhoršování zdravotního stavu, jsou to její následky - dekubity a zápaly plic, způsobené dlouhým ležením. Proto se medicína snaží, aby se starý člověk po této zlomenině mohl co nejdříve pohybovat.

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1.1. Cíl výzkumu

Cílem praktické části je zmapovat názory členů kateder speciálních pedagogik na zařazení seniorů do speciální pedagogiky, dále se zaměřuje na jejich názor na odbornou přípravu pro práci se seniory v rámci studia speciální pedagogiky a na to, zda respondenti měli během své kariéry možnost se seniory pracovat.

Zjištění postoje akademické půdy jsem si zvolila proto, abych si svou základní tezi ověřila u těch nejpovolanějších.

2.1.2. Hypotézy

Pro tento výzkum jsem si stanovila tři hypotézy:

Hypotéza číslo 1

„Předpokládám, že v současné době běžní senioři nejsou cílovou skupinou speciální pedagogiky.“

Hypotéza číslo 2

„Domnívám se, že oslovení respondenti předpokládají, že v budoucnosti budou běžní senioři patřit do speciální pedagogiky.“

Hypotéza číslo 3

„Předpokládám, že absolventi oboru speciální pedagogika neodcházejí ze škol připraveni na práci se seniory.“

2.1.3. Popis výzkumného vzorku

Respondenti jsou členy kateder speciálních pedagogik, konkrétně katedry speciální pedagogiky (dále jen KSPPG) Univerzity Karlovy v Praze (UK), Univerzity Palackého v Olomouci (UPOL), Masarykovy univerzity v Brně (MUNI), Univerzity Hradec Králové (UHK) a Ostravské Univerzity (OSU).

Osloveni byli všichni jejich členové. Z 59 oslovených odpovědělo 28 respondentů. Od pěti však přišel dotazník nevyplněný (a na opětovnou prosbu nereagovali) a od jednoho pedagoga přišla odpověď s odmítnutím účasti. Šetření je tedy zpracováno z odpovědí 22 respondentů.

Následující tabulka zobrazuje, kolik členů jednotlivých kateder bylo osloveno a kolik jich zaslalo zpět vyplněný dotazník:

FAKULTA	OSLOVENO		ODPOVĚĎĚLO	
	POČET	V %	POČET	V %
PEDF	13	100%	8	61,5%
MUNI	17	100%	4	23,5%
OSU	6	100%	2	33,3%
UPOL	16	100%	3	18,8%
UHK	7	100%	5	71,4%
CELKEM	59	100%	22	37,3%

2.1.4. Organizace výzkumu

Výzkum probíhal v měsíci únoru a březnu 2005 a byl prováděn dotazníkovou metodou vlastní produkce (příloha číslo 6). Členům KSPPG Univerzity Karlovy byl předložen dotazník v písemné formě na papíře, ostatní respondenti byli osloveni jednotlivě přes své e-mailové adresy na internetu. Respondenti z KSPPG Univerzity Karlovy zanechávali vyplněné dotazníky na sekretariátu katedry, ostatní respondenti mohli zasílat vyplněné dotazníky buď poštou na uvedenou adresu nebo opět přes internet.

Všichni respondenti oslovení prostřednictvím internetu využili k odpovědi opět internet.

Respondenti byli upozorněni, že se dotazník „netýká seniorů s postižením, ale celé seniorské populace bez ohledu na postižení a zdravotní stav.“

Záměrně jsem v dotazníku nepoužila ani nezminila žádnou oblast péče o seniory, abych odpovědi respondentů neovlivnila (např. v otázce číslo 7).

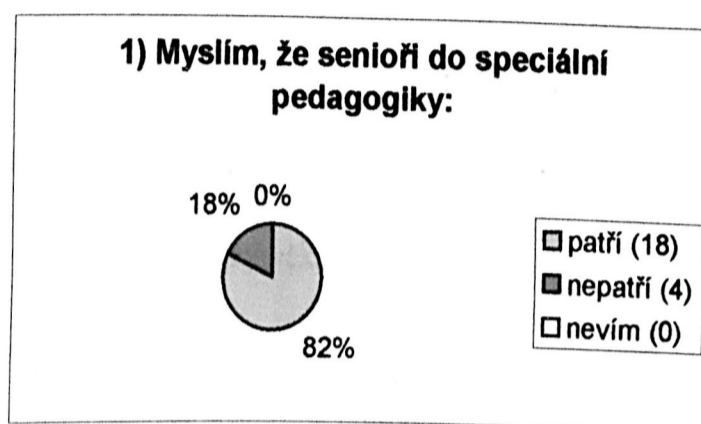
Pro většinu otázek (9 z 11) jsem použila uzavřené odpovědi pro snadnější zpracování. Respondentům byla dána možnost v závěru dotazníku uvést své další názory k tomuto tématu.

2.1.5. Popis a interpretace výsledků

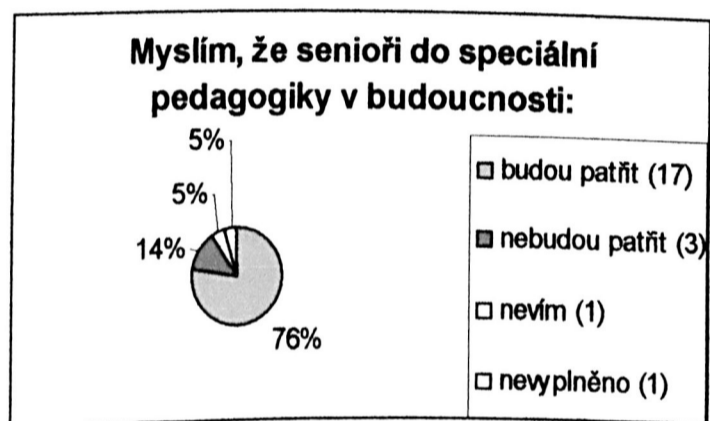
Pro přehlednější zpracování výsledků jsem si vybrala výsečový graf (tzv. koláč), kterým jsem znázornila odpovědi omezené volbou možnosti (a), b), c), popř. d)). Pořadí odpovědí uvedené v legendách ke grafu je shodné s pořadím v dotazníku. V závorkách u legendy je vypsán počet respondentů, kteří zvolili danou možnost. U grafu jsou tato data převedena na procenta.

Příloha číslo 7 obsahuje tabulku, ve které jsou anonymně uvedeny odpovědi každého respondenta.

Otázka číslo 1



Otázka číslo 2



Vyhodnocení otázky 1 a 2:

Většina respondentů (16) vybrala u obou otázek shodně odpověď a), tedy že senioři do speciální pedagogiky patří a budou patřit. Tři respondenti (každý z jiné katedry) zvolili shodně odpověď b), tedy že nepatří a nebudou patřit. Pouze jeden respondent vybral možnost, že senioři do speciální pedagogiky nepatří, ale budou patřit, jeden respondent zvolil, že patří, ale v budoucnosti neví, zda budou patřit a poslední zbývajících respondent zvolil, že v současnosti patří a odpověď na druhou otázku nezaškrtl.

Otázka číslo 3

„Proč si myslíte, že senioři do SPPG patří / nepatří / budou patřit / nebudou patřit?“

U odpovědí „patří – budou patřit“ odpověděli respondenti následovně:

- „Populace stárne a lidský věk se prodlužuje“
- „Senioři jsou specifická skupina, která má své potřeby, a měl by se jimi někdo zabývat, myslím že se to dá uskutečnit na poli speciální pedagogiky.“
- „Speciálně pedagogickou edukaci u seniorů v rámci uceleného pojetí nemůžeme vynechat. Skupina seniorů se zvyšuje, v kontextu s celoživotním vzděláváním a také v kontextu zdravotního stavu má svá edukační specifika. To jenom velice stručně.“
- „Už minimálně proto, že se demenci nikdo nevyhne a úbytek rozumových schopností je problémem speciální pedagogiky.“
- „Jedná se o skupinu, jež má svá psychická, somatická a psychosomatická specifika, jež je třeba vhodně v přístupu k těmto osobám zohledňovat a v rámci intervence poskytovat také servis odborných služeb založený na speciálním – erudovaném přístupu, jenž by měl být speciálním pedagogům vlastní. Navíc nastíněná problematika (...psychické zvláštnosti, nemoc, zdravotní oslabení, afázie, demence, atp.) výrazně zasahuje do speciálně pedagogických disciplín – zejména somatopedie, logopedie, ale i psychopedie, tyflopédie a surdopedie.“
- „Speciální pedagogika se jako obor rozvíjí rychleji a rychleji a přibývá počet postižených, kteří přežívají déle než tomu bylo dříve. (Viz přirozená úmrtí v mladším věku – viz statistiky). Nemáme ústavní seniorskou péči pro postižené s kombinovanými vadami. Neexistuje zařízení pro mentálně retardované seniory a tito lidé jsou zařazováni spolu s různými jinými věkovými kategoriemi do domovů a zařízení, které nezná problematiku seniorů a problematiku seniorů s postižením.“

- „S narůstajícím věkem se zvedá počet osob s nemocemi a handicapy, které spadají do péče a oblasti SPP (např. zrakové vady, tělesná omezení,...).“
- „Představují skupinu osob se speciálními potřebami.“
- „Tvoří skupinu se speciálními potřebami.“
- „Jsou hendikepovaní, mají speciální potřeby, SPPG péče může zlepšit kvalitu jejich života.“
- „Speciální pedagogika se týká všech věkových kategorií.“
- „Jedná se o kategorii osob se speciálními potřebami (obvykle znevýhodněných v samostatném pohybu a orientaci).“
- „Senioři – jedinci se specifickými potřebami.“
- „SPPG je vědní disciplína orientovaná na zákonitosti rozvoje, výchovy a vzdělávání, pracovní a společenské možnosti postižených osob. V celé populaci je asi 10% osob se zdravotním postižením, ale u osob nad 80 let má zdravotní postižení více než 50% jedinců. SPPG zahrnuje do své působnosti úsek lidského života od narození po stáří, <od pediatrie po geriatrii>.“

U odpovědi „nepatří – nebudou patřit“ respondenti odpověděli:

- „Patří do obecné gerontagogiky, vzniknou-li u seniora speciální potřeby spadající do referenčního pole SP, pak do ni patří.“
- „Jde o problematiku pedagogickou, stáří přece není druh postižení, Jde jenom o omezení ve fungování.“
- „Podle některých autorů (např. Knowles) se jedná po pedagogiku či vzdělávání „sobě rovných“ tedy o zcela odlišnou cílovou skupinu , než je tomu u SPPg.“

U odpovědi „nepatří – budou patřit“ odpověděl respondent takto:

- „Patří do gerontopedagogiky, ale tyto obory se v budoucnu pravděpodobně prolnou.“

U odpovědi „patří – nebudou patřit“ odpověděl respondent následovně:

- návaznost péče – ta nekončí ukončením vzdělání... okrajově sem patří, v budoucnu – to je můj názor, sem patřit nebudou - věnovat se jim bude samostatná disciplína.

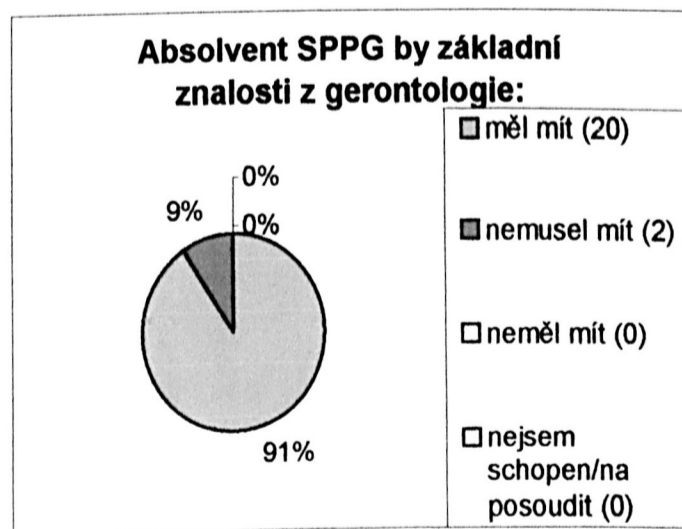
U odpovědi „patří – nezodpovězeno“ respondent odpověděl:

- „SPPG se zabývá člověkem v průběhu jeho života.“

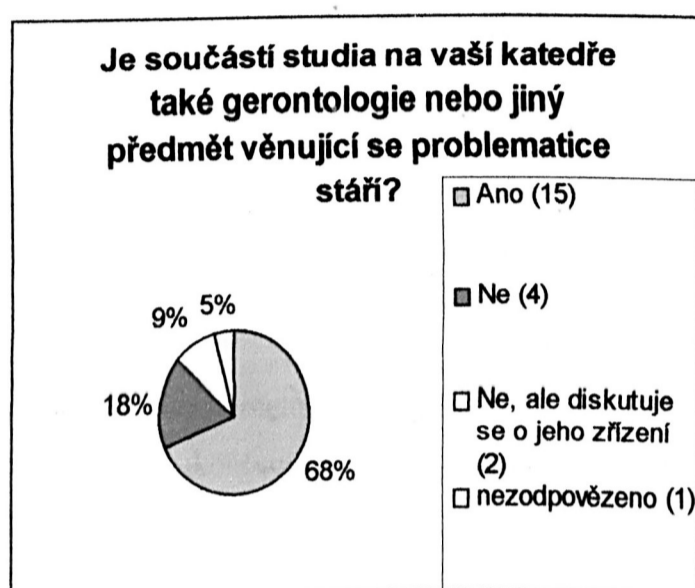
Vyhodnocení otázky číslo 3

U respondentů ze skupiny patří – budou patřit (16), převažují názory, že senioři jsou jedinci se speciálními potřebami a často v důsledku svého zdravotního stavu přesahují do speciální pedagogiky. Respondenti odpovídající nepatří - nebudou patřit (3) se zaměřují pouze na vzdělávací složku tohoto věku. Oba názory ze skupin patří – nebudou patřit a nepatří – budou patřit (1,1) se zaměřují na budoucnost péče o seniory a je možné, že tato se vyvine i těmito směry (přesto se přikláním spíše k pojetí case managementu).

Otázka číslo 4



Otázka číslo 5



U této otázky je zajímavé porovnat odpovědi členů stejných kateder, proto jsem k zhodnocení vypracovala následující tabulku:

	Ano	Ne	Ne, ale diskutuje se o jeho zřízení	Nevyplněno
MUNI	3	1	0	
OSU	0	1	1	
UHK	3	1	1	
UK	7	0	0	1
UPOL	2	1	0	

K odpovědi a), tedy ano, měli respondenti vypsát ještě název předmětu a jeho stručnou charakteristiku. Zde jsou vypsány odpovědi, seřazené podle kateder:

MUNI

- „Gerontopedagogika – charakteristika je k dispozici na inetu.“

- „Geronopedagogika – dvě hodiny týdně pro spec. pedagogy v prezenčním studiu, zakončeno zkouškou. V kombinovaném studiu je specializace volitelná SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA DOSPĚLÝCH A SENIORŮ – státní zkouška. Náplň dle monografie: Muhlpaecher: Gerontopedagogika“
- „Nevím, vyučuje ho kolega Doc. Mühlpaechr, obraťte se prosím na něho. Víím, že u státních zkoušek jsou i témata vztahující se na problematiku seniorů a stáří. Kolega je i autorem publikace Gerontopedagogika“
 - Bohužel, na internetu jsem našla pouze informace o rozsahu, zařazení a způsobu ukončení předmětu gerontopedagogika. Jeho náplň nebo obsahová charakteristika chybí.

OSU

- Nemá podobný předmět

UHK

- „Předmět v následném magisterském studiu studijního programu Speciální pedagogika rehabilitační a humanitární činnosti je předmět andragogika a gerontagogika handicapovaných, také ve všech pediích je téma seniorů přednášeno.“
- „Problematika gerontů je řešena vzhledem k typu specifických potřeb vyplývajících z postižení v rámci jednotlivých pedií.“
- „Viz strukturované seznamy Speciální pedagogiky (veřejně přístupná část).“
- „Nejde o samostatný předmět. Problematika seniorů je řešena v dílčích pediích. Př. Somatopedie – kvality života seniorů se zdravotním, tělesným postižením, možnosti jejich vzdělávání, aktivizace – gerontagogika.“
 - Charakteristika studijního programu Speciální pedagogika rehabilitační a humanitární činnosti je dispozici v příloze číslo 8.

UK

- „Součást SPPG dospělého věku“
- „M24, K213 (1/1, 26. Z/Zk), II. Cyklus studia, viz sylaby“
- „gerontologie – viz sylaby“
- „předmět je součástí komplexu biomedicínských disciplin v oborovém studiu SPPG.“
- „II. Cylus studia SPPG: M24, K213, gerontologie.“
- „K213, gerontologie, 26 1/1, Z/Zk, LS“
 - Sylaby předmětu gerontologie jsou k dispozici v příloze číslo 9.

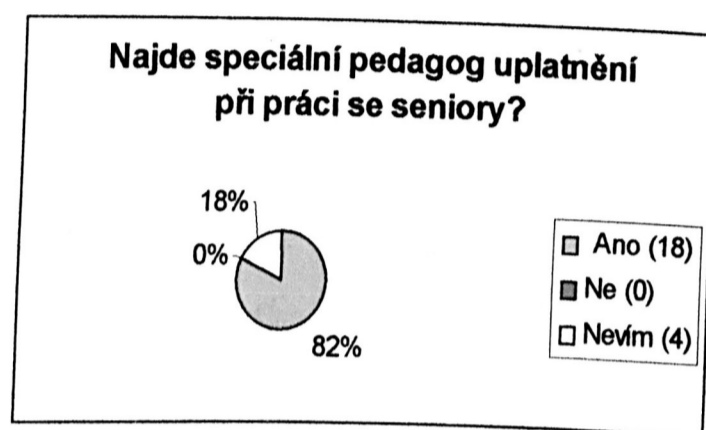
UPOL

- „Gerontologie v rámci Bc. studia dramaterapie – 1 semestr; Bc. + navazující Mgr. Speciálně pedagogická andragogika (2 semestry)“. Na konci dotazníku je přidána poznámka týkající se otázky připravenosti absolventů studia na práci se seniory, ale rozhodla jsem se ji zařadit právě sem, aby byla zřejmá souvislost s předměty: „Ad bod 8) nelze adekvátně posoudit (připravenost absolventů – pozn. autorky) – jedná se o nově akreditované obory, jejichž absolventi dosud v praxi nepůsobí!!! – proto nelze zhodnotit jejich připravenost pro práci v dané oblasti!“
- „Tento předmět má akreditaci od příštího semestru a pokud se nepletu jmenuje se Speciální andragogika.“
 - základní charakteristika studijního oboru Speciálně pedagogická andragogika je k dispozici v příloze 10.

Původně jsem u této otázky chtěla porovnat nabízené předměty. Bohužel informace získané z dotazníků ani z internetu nepřinášejí tolik informací, aby byla možná objektivní analýza. Navíc nelze srovnávat 2 předměty (Gerontologie – UK a Gerontopedagogika – MUNI) se dvěma studijními obory (Speciálně pedagogická

andragogika – UPOL a Speciální pedagogika rehabilitační a humanitární činnosti – UHK).

Otázka číslo 6



Otázka číslo 7:

„V jakých činnostech (popř. složkách péče) by podle Vás mohl speciální pedagog pracovat se seniory? – vypište“

Tato otázka byla záměrně zvolena jako otevřená, aby nedošlo k ovlivnění odpovědi respondentů nabízenými možnostmi.

Následuje výčet jednotlivých odpovědí seřazený podle četnosti. Jeho jednotlivé položky se mohou prolínat, jedná se pouze o vyčíslení respondenty vypsanych pojmů.

Volnočasové aktivity - 8

Vzdělávání - 5

Kognitivní trénink - 3

Poradenství - 2

Zdravotní tělesná výchova – 2

Rehabilitace - 2

Aktivizace a animace - 2

Speciální terapie - 6

konkrétně: Arteterapie - 5

Ergoterapie - 3

Muzikoterapie - 3

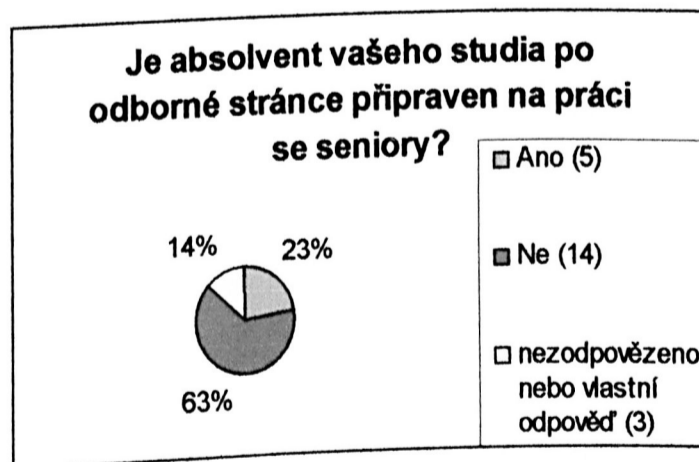
Dramaterapie - 1

Canisterapie - 1

Odpovědi, které vypsál pouze jeden respondent: individuální rozhovory; rehabilitace po iktu; jakákoli práce, obzvláště ... (již vyčísleno výše – pozn. autorky); ve všech resortech a formách pomoci; podpora sociálních kompetencí; poznávání vlastních potřeb; rozvoj kvality života; koordinace komplexní péče o seniory; kulturní akce; reminiscenční terapie; demence

Očekávala jsem mnohem vyšší počty odpovědí u prvních pěti položek, ergoterapie a demence. Soudím, že bychom z výsledků této otázky mohli vyvodit, že respondenti ještě nejsou plně seznámeni s možnostmi práce speciálního pedagoga se seniory.

Otázka číslo 8



Tato otázka nebyla třikrát zodpovězena (3xUK), ale u dvou z těchto nezodpovězených otázek je připojena poznámka:

- „Částečně“
- „Jen oborové studium (je připraveno – pozn. autorky), kde těž (myšleno kromě gerontologie – pozn. autorky) v prvním cyklu M09 K77 Pedagogika dospělých (jedná se však o povinně volitelný předmět – pozn. autorky).“
Pokud bychom zařadili tuto odpověď do kategorie „Ano“, změnil by se procentuální poměr takto: Ano – 27 %, Ne – 63 %.

Porovnáme-li výsledky, zjistíme, že názor členů kateder jednotlivých univerzit, kteří participovali na výzkumu, je (v závorkách je uveden počet respondentů):

MUNI – 75 % nepřipraven (3) X 25 % připraven (1)

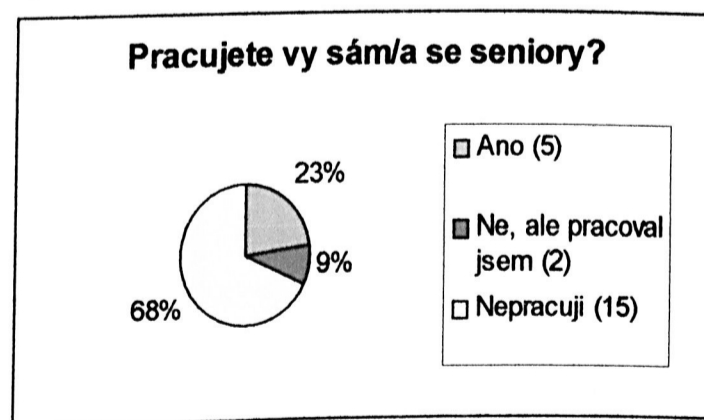
OSU – 100 % nepřipraven (2)

UHK – 80 % nepřipraven (4) X 20 % připraven (1)

UK – 60 % nepřipraven (3) X 40 % připraven (2)

UPOL – 66,6 % nepřipraven (2) X 33,3 % připraven (1)

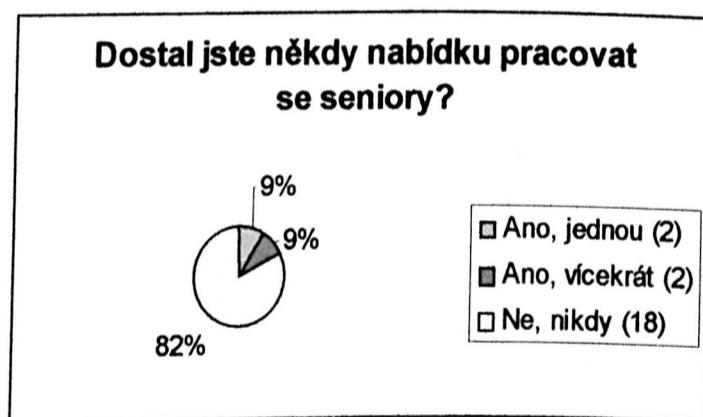
Otázka číslo 9



Pokud respondent se seniory pracuje nebo pracoval, měl vypsát, jaký druh práce se seniory vykonával. Zde jsou jejich odpovědi:

- „Aktivizační intervence v ústavní péči.“
- „Instruktor sociální rehabilitace zrakově postižených v oblastním ambulantním středisku Tyfloservis o.p.s.“
- „Terapie, v ústavní péči – mentálně retardovaní.“
- „Osobní podpora, podporování zájmů, cvičení krátkodobé paměti.“
- „Péče v rodině mnoho let.“
- „Pokud chápu věk jako dospělý, pak stále v individuálních případech s lidmi, kteří mají též tělesné postižení.“ + „V rodině bylo více příležitostí...“
- „Supervize, práce se seniory po mozkové mrtvici.“

Otázka číslo 10



Pokud respondent někdy dostal nabídku pracovat se seniory, měl vypsát, o jakou nabídku se jednalo. Zde jsou jejich odpovědi:

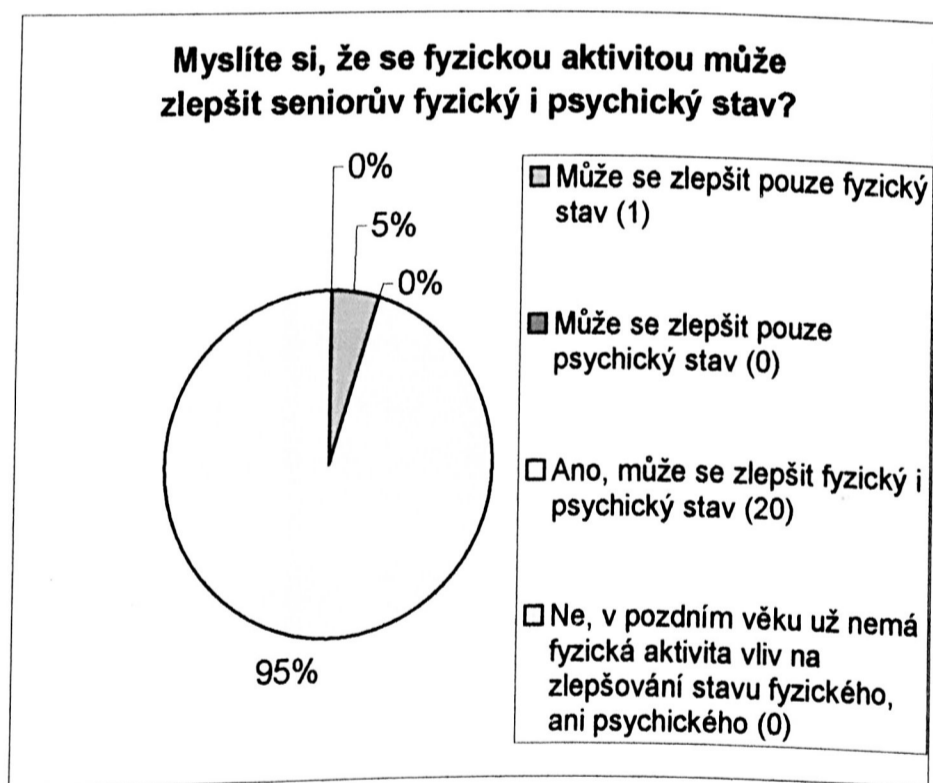
- Ano jednou: „Právě již popsanou, Tyfloservis o.p.s.“

- Ano jednou: nevypsáno
- Ano, vícekrát: „Ústavní péče, domov důchodců s různými druhy postižení.“
- Ano, vícekrát: „3x, nereflektovala jsem.“

Vyhodnocení otázky 9 a 10

Nabídku pracovat se seniory dostalo během své profesní dráhy poměrně málo respondentů. Když však vezmeme v úvahu, že 5 respondentů uvedlo, že se seniory v současné době pracují, je to z celkového počtu 22 téměř jedna čtvrtina a to je dost. Většina z těchto respondentů však pracuje nebo pracovalo se seniory s postižením.

Otázka číslo 11



Tuto otázku jsem zařadila z osobního zájmu, protože se zabývám zdravotní tělesnou výchovou. Samozřejmě, že se fyzickou aktivitou může docílit zlepšení

fyzického i psychického stavu (více viz kapitola Pohyb a stáří) a je dobře, že tato teze je 95 % respondentů známa.

Respondenti měli možnost na konci dotazníku připsat ještě něco k tomuto tématu. Zde jsou jejich názory a doplnění, která souvisejí s touto diplomovou prací:

- „Je nutné si uvědomit, že schopnost učení je celoživotní, i když v období stáří samozřejmě degenerativní změny působí, můžeme je právě fyzickou, psychickou i sociální aktivitou zmírnit a přispět tak ke kvalitě života této cílové skupiny. A mimo jiné i my budeme (možná) jednou staří ...“
- „S tématem inkluze a společného života všech nejde vyčleňovat skupiny lidí (s postižením, staré, nemocné...) ani z problematiky obecné pedagogiky. Vzdělávání patří v současnosti ke kvalitě života a možnost participace ve společenském bytí je podmíněna celoživotním vzděláváním, takže se mně nezdá, že by o problematice stáří měl vědět speciální pedagog a ne pedagog jako takový.“
- „Myslím, že seniorská péče je v oboru speciální pedagogika velmi potřebná. Mám dojem, že jsme seniory a vyšší věk ze spec.pedag. vyčlenili i v této době integrace a socializace. V rámci seniorské péče by mělo především dojít ke členění seniorů s postižením a bez postižení ...“
- „Ačkoli jste napsala, že tematika dotazníku se netýká pouze seniorů s postižením, ale celé této populace, domnívám se, že s vzrůstajícím věkem většina seniorů nějaká omezení (pokud ne přímo postižení) jistě má – problémy kostí, šlach a kloubů, cévního zásobení, zrakové vady, nedoslýchavost,... toto je jen krátký výčet onemocnění či postižení, se kterým se každá z nás ve vyšším věku jistě setká.“

- „V tomto oboru vidím spíše uplatnění studentů Fakulty sportovních studií, kteří mají průpravu na zdravotní tělesnou výchovu.“

2.1.6. Ověření hypotéz

Hypotéza číslo 1

„Předpokládám, že v současné době běžní senioři nejsou cílovou skupinou speciální pedagogiky.“

Tato hypotéza byla vyvrácena. 82 % respondentů (18 osob) odpovědělo, že běžní senioři do speciální pedagogiky patří a pouze 18 % (4 osoby) vybralo možnost, že nepatří.

Hypotéza číslo 2

„Domnívám se, že oslovení respondenti předpokládají, že v budoucnosti budou běžní senioři patřit do speciální pedagogiky.“

Tato hypotéza byla potvrzena 76 % respondentů (17 osob). Opačného názoru bylo pouze 14% respondentů (3 osoby).

Hypotéza číslo 3

„Předpokládám, že absolventi oboru speciální pedagogika neodcházejí ze škol připraveni na práci se seniory.“

Ačkoli byla tato hypotéza potvrzena pouhými 63 % respondentů (14 osob), opačného názoru bylo pouze 23 % (5 osob).

2.1.7. Závěry

Cílem výzkumu bylo poznat názory členů kateder speciálních pedagogik, bez kterých by realizace této diplomové práce nebyla možná. S ohledem na počet respondentů však nelze z výsledků vyvozovat obecné závěry.

Výzkum prokázal, že respondenti si jsou vědomi potřebnosti péče o staré spoluobčany a že se nebrání myšlence zahrnout tuto péči i do speciální pedagogiky, ale ještě nejsou plně obeznámeni se všemi možnostmi péče, činností a aktivit, které této cílové skupině speciální pedagogika nabízí.

Z výsledků dále vyplývá, že respondenti si uvědomují důležitost vzdělávání studentů v oboru gerontologie, ale absolventi těchto kateder ještě neopouštějí školu připraveni působit i v této oblasti.

Dále je z výsledků patrný vliv pojetí studia speciální pedagogiky na jednotlivých katedrách, především na brněnské. KSPPG MUNI se hodně zaměřuje na edukační složku speciální pedagogiky (hlavně na integraci a inkluzi), což se často zrcadlí i v odpovědích jejích respondentů. Předmět gerontopedagogika je vyučován pouze na této katedře, a proto často její respondenti zahrnují seniory právě do její působnosti. Na KSPPG UK existuje volitelný kurz Zdravotní tělesná výchova (proto je také pohyb součástí této práce) a absolventi tohoto kurzu, kteří z něj vykonali i státní závěrečnou zkoušku, jsou kvalifikovanými cvičiteli zdravotní tělesné výchovy. Zřejmě proto, že na jiných katedrách není zdravotní tělesná výchova takto pojata, se v odpovědích pohybová složka péče o seniory téměř nevyskytuje.

Ačkoli první hypotéza byla vyvrácena, jsem tomu ráda. Výsledky ukazují, že speciální pedagogika je přizpůsobivá potřebám společnosti a že je ochotná zahrnout do své péče všechny, kteří její služby potřebují.

ZÁVĚR

Za několik desítek let se výrazně zvýší počet seniorů v populaci a je nesporné, že to s sebou přinese i výrazné změny v sociálním systému. Také pojetí „důchodového věku“ se změní. Bude se klást větší důraz na prevenci závislosti nejen v tomto období, ale během celého života.

Speciální pedagogika se svým širokým polem působnosti může přispět ke zkvalitnění služeb pro tuto cílovou skupinu. Speciální pedagog se při práci se seniory může uplatnit hned v několika oblastech. Jako pracovník poradenských center může napomáhat seniorům a jejich rodinám v zodpovídání jejich dotazů a v řešení jejich situací. V institucích nabízejících volnočasové aktivity se může podílet na vymýšlení, přípravě a organizaci těchto činností. Může také psychoterapeuticky působit jako psychoterapeut, muzikoterapeut, arteterapeut, ergoterapeut, dramaterapeut, canisterapeut apod. (samozřejmě, pouze má-li k tomu příslušnou kvalifikaci). Jako odborník může najít uplatnění v půjčovnách kompenzačních pomůcek pro seniory, může pracovat na seniorských krizových telefonních linkách, rozvíjet kognitivní funkce těchto lidí a v neposlední řadě může využít svůj potenciál při rozvíjení schopností, dovedností a možností svých klientů.

V žádném případě nebylo cílem této práce zahrnout uspokojování potřeb seniorů pouze do speciální pedagogiky. Stejně jako lidé s postižením jsou zároveň v péči lékařů, učitelů, speciálních pedagogů, sociálních pracovníků, psychologů apod., jsou i staří lidé v rukou několika pracovníků různých oborů.

Je pravděpodobné, že v budoucnosti vznikne obor, z jehož studijních programů budou odcházet specialisté na práci se seniory ve všech složkách péče. Zatím se ale o seniory musí „podělit“ již vytvořené a podobným způsobem zaměřené pomáhající profese.

Praktická část ukázala, že speciální pedagogika se nebrání přijmout tuto skupinu znevýhodněných lidí, ale vhodné podmínky, které by zaručovaly, že absolventi budou připraveni i na práci v této oblasti zatím nejsou.

RESUMÉ

Práce se zaměřila na populaci intaktních seniorů jako potenciálních příjemců péče z oblasti speciální pedagogiky. Její teoretická část je rozdělena do dvou kapitol.

První kapitola, nazvaná Obecná charakteristika stáří, přináší informace o stáří, stárnutí populace, demografii stáří, konceptu úspěšného stárnutí a o změnách, které s sebou toto životní období přináší.

Cílem druhé kapitoly „Aplikace poznatků o stáří do speciálně pedagogické praxe“ bylo nastínit možnosti práce, které se speciálním pedagogům nabízí s touto věkovou skupinou, jako je poradenství, kognitivní trénink, aktivizace, práce s lidmi s demencí, zdravotní tělesná výchova apod., a určit hlavní zásady práce se seniory a se starými lidmi s demencí.

Praktickou část tvoří průzkum názorů členů kateder speciálních pedagogik na možnost začlenění seniorů do tohoto oboru. Výzkum ukázal, že většina pedagogů už zahrnuje seniory do speciální pedagogiky, ale že ještě nejsou vytvořené podmínky pro vzdělávání studentů tohoto oboru i v této oblasti, nebo jsou vytvořeny pouze částečně.

RESUMÉ

The work focuses on the population of intact seniors as potential recipients of special-education care.

Its theoretical part is divided into two chapters. In the first chapter, called "General Characteristics of Old Age", information on age and ageing of the population is brought and related demographic data mentioned; changes that third-age period brings are dealt with throughout the chapter.

The second chapter, "Applications of Age-Related Theories into Practical Special Education", focuses on suggesting the field of concern of a special educationalist concerning senior age group, such as consultant services, cognitive training, activation, support for people suffering from dementia etc. General principles of work with third-age population and dement seniors are established.

Practical part consists of a survey conducted among members of different university departments of education; it maps their opinion on the role of care of non-handicapped seniors. The survey proved that most of the educationalists do include intact-senior care in special education, but is also documented that conditions for education of specialized educationalists in this field are insufficient or unsatisfactory.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- ADL – Aktivita denního života
- CNS – Centrální nervová soustava
- KSPPG – Katedra speciální pedagogiky
- LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných
- MUNI – Masarykova Univerzita v Brně
- OSU – Ostravská Univerzita
- SPUCH – Specifické poruchy učení a chování
- U3A – Univerzita třetího věku
- UHK – Univerzita Hradec Králové
- UK – Univerzita Karlova
- UPOL – Univerzita Palackého v Olomouci

SLOVNÍK POUŽITÝCH CIZÍCH SLOV

Amauróza – slepota

Ateroskleróza – kornatění tepen

Atrofie - zmenšení orgánu nebo tkáně na podkladě zmenšení nebo snížení počtu jeho buněk.

Dekubit - proleženina

Geriatricie – obor medicíny zabývající se starými lidmi a nemocemi stáří.

Gerontologie – teoretická nauka o stárnutí a stáří

Involuce – úbytek a zánik morfologických struktur a biologických funkcí vlivem přirozených změn v organismu

Katarakta – šedý zákal

Morbidita – nemocnost

Osteoartróza – degenerativní onemocnění kloubní chrupavky a přilehlé kosti, není příznakem stáří

Osteoporóza – prořidnutí kostí, rovnovážný úbytek organické i neorganické složky kosti.

Presbyakuzie – věkem podmíněné zhoršování sluchu

Presbyopie – věkem podmíněné zhoršování zraku

Rachitis – křivice

POUŽITÁ LITERATURA:

- AMBLER, Z. *Neurologické poruchy ve vyšším věku*. Praha : Triton, 2000. ISBN 80-7254-116-1
- BORTZ, W., M. *Zdravě a úspěšně až do přirozené stovky*. Praha : Alternativa, 1995.
- BRAGDON, A., D.; GAMON, D. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-567-9
- Časná diagnostika Alzheimerovy choroby. *Psychologie dnes*, 2005, roč. 11, č. 3, s. 5. ISSN 1212-9607.
- DESSAINTOVÁ, M., P. *Nezačínajte stárnout*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6
- ĎOUBAL, S.; KLEMER, P.; FILIPOVÁ, M., aj. *Teoretická gerontologie*. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-481-0
- GABURA, J.; PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-10-9
- HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha : Knižní klub, 1997. ISBN 80-7176-536-8
- HRDLIČKA, M.; HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. Praha : Grada Publishing, spol. s r.o., 1999. ISBN 80-7169-797-4
- JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9
- KALVACH, Z. *Úspěšné stárnutí a aktivní stáří*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2004.
- KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0
- KALVACH, Z. Vysokoškolská výuka gerontologie pro nelékaře. *Speciální pedagogika*, 2000, roč. 10, č. 4-5, s. 209-214. ISSN 1211-2720

- KOBĚRSKÁ, P. a kol. *Společnou cestou : Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1
- KRAHULCOVÁ, B. a kol. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha : Pedagogická fakulta UK, 2002. ISBN 80-7290-094-3
- KŘIVOHLAVÝ, J. . *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů, 1994. ISBN 80-85495-33-3
- KŘIVOHLAVÝ, J.;KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha : Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0
- KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. 2. aktualizované a přepracované vydání. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7
- LAIROVÁ, S. *Trénink paměti*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-293-9
- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X
- MĚSTSKÉ CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A PREVENCE. *Informace, kontakty a sociálně zdravotní služby pro seniory*. Praha: Městské centrum sociálních služeb a prevence, 2005.
- MÜHLPACHR, P. Syndrom demence z pohledu speciální pedagogiky. *Speciální pedagogika*, 2001, roč. 11, č. 5, s. 297-304. ISSN 1211-2720
- PACOVSKÝ, V.; HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha : Avicenum, 1981.
- PIPEKOVÁ, J.; VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno : Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7
- POSPÍŠILOVÁ, A. *Cvičení paměti pro seniory*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1996. ISBN 80-85529-23-8
- RŮŽIČKA, E., et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí : Příručka pro praxi*. Praha : Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6

ŠTILEC, M. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha : Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0788-3

ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-687-0

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie : Dětství, dospělost, stáří*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0

VORLÍČEK, J.; ADAM, Z.; POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7

ZGOLA, J., M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha : Grada Publishing a.s., 2003. ISBN 80-247-0183-9

Metodický materiál ČSTPMJ k vedení kurzů trénování paměti pro seniory. Vydala Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging (ČSTPMJ) (bez bližších bibliografických údajů). Tento materiál se skládá ze tří částí (též bez bibliografických údajů):

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Úvod do psychologie paměti*.
- STENGEL, F. *Heitere Gedachtnisspiel im Grossdruck*. Stuttgart : Hedwig Ladner Stuttgart, 1996. ISBN 3-929317-61-3. Do češtiny pro potřeby ČSTPMJ přeložil a upravil TŮMA, J. jako *Veselé hrátky s pamětí ve velkém tisku, svazek 1*.
- STEINOVÁ, D. *Mnemotechniky, zapomenuté dědictví antiky*.

Encyklopedie DIDEROT [CD-ROM]. Praha : Diderot, 1999.

Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky

www.zivot90.cz

<http://www.czso.cz>

<http://www.stari.cz>

<http://www.gerontologie.cz>

<http://www.alzheimer.cz>

<http://www.gerontocentrum.cz>

<http://www.muni.cz>

http://www.mcssp.cz/novinky/adresa_seniors.htm

<http://www.remedium.cz>

<http://www.upol.cz>

<http://www.osu.cz>

<http://www.pedf.cuni.cz>

<http://www.uhk.cz>

<http://www.vse.cz>

<http://www.diakoniecce.cz>

<http://www.senio.cz>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha číslo 1 – Tabulka očekávané délky života v ČR*
- Příloha číslo 2 – Barthelův test pro vyhodnocování aktivit denního života*
- Příloha číslo 3 – Diagnostická kritéria pro demenci podle MKN 10 a DSM – IV*
- Příloha číslo 4 – Mini-Mental State Examination*
- Příloha číslo 5 - Test (kreslení) hodin*
- Příloha číslo 6 – Dotazník*
- Příloha číslo 7- Tabulka odpovědí respondentů.*
- Příloha číslo 8 - Charakteristika studijního oboru Speciální pedagogika rehabilitační a humanitární činnosti (UHK)*
- Příloha číslo 9 – Sylaby předmětu gerontologie (UK)*
- Příloha číslo 10 - Charakteristika studijního oboru Speciálně pedagogická andragogika (UPOL)*

Příloha číslo 1

Tabulka očekávané délky života v ČR

Věk (roky) Age (Years)	Naděje dožití, e_x Life expectancy, e_x								
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	Muži Males								
0	70,0	70,4	70,5	71,1	71,4	71,7	72,1	72,1	72,0
1	69,5	69,8	70,0	70,5	70,7	71,0	71,4	71,4	71,3
5	65,6	65,9	66,1	66,6	66,8	67,1	67,5	67,5	67,4
10	60,7	61,0	61,1	61,7	61,9	62,1	62,5	62,6	62,5
15	55,8	56,1	56,2	56,8	57,0	57,2	57,6	57,6	57,5
20	51,0	51,3	51,4	52,0	52,1	52,4	52,8	52,8	52,7
25	46,3	46,5	46,7	47,2	47,4	47,6	48,0	48,0	47,9
30	41,3	41,8	41,9	42,4	42,6	42,9	43,3	43,3	43,2
35	36,8	37,0	37,2	37,7	37,9	38,1	38,5	38,5	38,4
40	32,2	32,4	32,6	33,0	33,2	33,4	33,8	33,8	33,8
45	27,7	27,9	28,1	28,5	28,7	28,9	29,3	29,3	29,2
50	23,5	23,7	23,9	24,3	24,5	24,7	25,0	25,0	24,9
55	19,6	19,8	20,0	20,4	20,5	20,7	21,0	21,0	20,9
60	15,9	16,3	16,4	16,7	16,9	17,0	17,3	17,3	17,2
65	12,7	13,1	13,2	13,4	16,6	13,7	14,0	13,9	13,8
70	9,8	10,3	10,4	10,5	10,6	10,8	10,9	10,9	10,8
75	7,5	7,9	8,0	8,1	8,1	8,2	8,3	8,3	8,1
80	5,8	5,9	6,0	6,1	6,0	6,1	6,2	6,0	5,9
85	4,3	4,4	4,4	4,5	4,3	4,4	4,5	4,3	4,1
90	3,2	3,2	3,2	3,2	3,0	3,1	3,1	2,9	2,8
95	2,4	2,3	2,3	2,3	2,1	2,1	2,1	1,9	1,8
100	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2
	Ženy Females								
0	76,9	77,3	77,5	78,1	78,1	78,4	78,4	78,5	78,5
1	76,4	76,7	76,9	77,4	77,5	77,6	77,7	77,8	77,8
5	72,5	72,8	73,0	73,5	73,5	73,7	73,7	73,9	73,9
10	67,6	67,9	68,1	68,6	68,6	68,8	68,8	69,0	68,9
15	62,6	62,9	63,1	63,6	63,7	63,8	63,8	64,0	63,9
20	57,7	58,0	58,2	58,7	58,7	58,9	58,9	59,1	59,0
25	52,8	53,1	53,3	53,8	53,8	54,0	54,0	54,2	54,1
30	47,9	48,2	48,4	48,9	48,9	49,1	49,1	49,3	49,2
35	43,1	43,3	43,5	44,0	44,0	44,2	44,2	44,4	44,3
40	38,2	38,5	38,7	39,1	39,2	39,3	39,4	39,5	39,4
45	33,5	33,8	34,0	34,4	34,4	34,6	34,6	34,8	34,7
50	28,9	29,2	29,4	29,8	29,8	30,0	30,0	30,1	30,1
55	24,5	24,7	24,9	25,3	25,3	25,5	25,5	25,6	25,6
60	20,2	20,4	20,7	21,0	21,0	21,2	21,2	21,3	21,3
65	16,2	16,4	16,6	16,9	16,9	17,1	17,1	17,2	17,1
70	12,5	12,7	12,9	13,2	13,2	13,3	13,3	13,3	13,3
75	9,3	9,4	9,7	9,9	9,8	9,9	9,8	9,9	9,8
80	6,7	6,7	7,0	7,2	7,0	7,1	7,0	6,9	6,9
85	4,6	4,6	4,8	4,9	4,8	4,8	4,7	4,6	4,5
90	3,1	3,0	3,2	3,3	3,1	3,1	3,0	2,9	2,8
95	2,0	1,9	2,1	2,1	2,0	1,9	1,8	1,8	1,6
100	1,2	1,1	1,2	1,3	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0

Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/10n1-04>>

[cit.21.3.2005].

Příloha číslo 2

Barthelův test pro vyhodnocování aktivit denního života

Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkové skóre		

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech
0–40 bodů vysoce závislý 65–95 bodů lehká závislost
45–60 bodů závislost středního stupně 100 bodů nezávislý

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže použít telefon	0
2. transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	samostatně v určenou dobu správnou dávkou, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
Celkové skóre		

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech
 0–40 bodů závislý v IADL
 45–75 bodů částečně závislý v IADL
 80 bodů nezávislý v IADL

RŮŽIČKA, E., et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí : Příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003, s. 170,171. ISBN 80-7262-205-6

Příloha číslo 3

Diagnostická kritéria pro demenci podle MKN 10 a DSM – IV

ICD – 10 (<i>Mezinárodní klasifikace nemocí, 10.revize, Praha 1992</i>) Musí být splněna všechna kritéria:
1. Poruchy paměti.
2. Zhoršení myšlení, úsudku, zpomalený tok myšlenek.
3. V době vyšetření nutný průkaz jasného vědomí.
4. Úbytek emoční kontroly nebo změna v sociálním chování: a) emoční labilita; b) podrážděnost; c) apatie; d) obhroublost ve společenském vystupování.
5. Trvání stavu nejméně 6 měsíců.
DSM – IV (<i>Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington, D.C., 1994</i>)
A. Vývoj mnohočetného kognitivního deficitu v obou bodech: 1. Poruchy paměti. 2. Nejméně jedna z následujících kognitivních poruch: a) afázie; b) apraxie; c) agnózie; d) narušení výkonných funkcí (např. plánování, organizování, abstrakce).
B. Kognitivní deficity způsobují zřetelné zhoršení výkonu sociálních a pracovních funkcí a znamenají zřetelné snížení předchozí úrovně fungování.
C (D). Deficity se nevyskytují výlučně v průběhu deliria.

HRDLIČKA, M.; HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. Praha : Grada Publishing, spol. s r.o., 1999, s. 12. ISBN 80-7169-797-4

Příloha číslo 4

Mini-Mental State Examination

Orientace

Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.

Jaké je dnešní datum?

Pokud je odpověď nesprávná nebo neúplná, zeptejte se na chybný údaj znovu, v následujícím pořadí:

- | | |
|---------------------------|-------|
| 1. Který je rok? | 0 0 1 |
| 2. Které je roční období? | [] |
| 3. Který je měsíc? | [] |
| 4. Kolikátého je dnes? | [] |
| 5. Který je den v týdnu? | [] |

Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.

- | | |
|---|-----|
| 6. Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme? | [] |
| 7. Ve kterém městě jsme? | [] |
| 8. Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice? | [] |
| 9. Ve kterém státě jsme? | [] |
| 10. Ve kterém jsme poschodí? | [] |

Registrace

Řeknu Vám 3 slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.

- | | |
|-------------|-----|
| 11. klobouk | [] |
| 12. citron | [] |
| 13. auto | [] |

Pozornost a počty

Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.

- | | |
|--------|-----|
| 14. 93 | [] |
| 15. 86 | [] |
| 16. 79 | [] |
| 17. 72 | [] |
| 18. 65 | [] |

Paměť

Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl opakovat a zapamatovat si.

- 19. klobouk
- 20. citron
- 21. auto

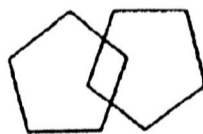
Jazyk

- 22. Ukažte pacientovi tužku.
Můžete mi říci, co to je? (')
- 23. Ukažte pacientovi hodinky.
Můžete mi říci, co to je? (')
- 24. Pozorně poslouvejte a opakujte po mně:
Žádná jestli, ano, nebo ale. (')
- 25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu:
Pozorně poslouvejte, co Vám teď řeknu: vezměte papír do pravé ruky.
- 26. Přeložte ho napolovic.
- 27. A hoďte ho na podlahu. (')
- 28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči“ a řekněte pacientovi:
Prosím udělejte to, co je zde napsáno.
- 29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu: **Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná. (')**

Praxe

- 30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky a řekněte mu:
Prosím, nakreslete stejný obrázek.

Vzor k úkolu



Celkové skóre (0 až 30)

Mini-mental status examination Základní instrukce pro vyšetřování

Vyšetření MMSE jsou přítomny pouze dvě osoby – vyšetřující a pacient, nesmějí být přítomni příbuzní pacienta. Provádění testu nesmí být ničím rušeno (např. telefony, sekretářka). Instrukce k testu musí být striktně dodržovány, vyšetřující musí pokládat otázky v přesném znění tak, jak jsou zde uvedeny. Pokud pacient zvolí dvě (nebo více) odpovědí, je třeba mu dát tuto instrukci: »Vyberte si pouze jedinou odpověď.« Ohodnoňte každou správnou odpověď jedním bodem, za špatnou nebo žádnou odpověď dejte 0 bodů. Je třeba provést test kompletně (vykonat všechny instrukce).

Orientace

- Na každou odpověď má pacient 10 sekund.
- Pouze přesná odpověď na otázky může být uznána za správnou.
 - Pouze v případě, že se právě mění měsíc nebo roční období nebo v případě bodu 10 (počet podlaží) umožněte pacientovi opravit špatnou odpověď a zeptejte se ho: »Jste si jist?«
 - Jediné přípustné tolerance jsou tyto:
 - a) Otázka č. 6 (místně přizpůsobeno): přípustné jsou i odpovědi »Všeobecná nemocnice«, »U Hennerů«, »Neurologie Kateřinská«, »Neurologie Viničná« apod.
 - b) Otázka č. 8 (místně přizpůsobeno): pokud pacient nezná odpověď a nepochází z Prahy, zeptejte se, v jakém kraji se město nachází. Pokud odpoví: Středočeský kraj, Střední Čechy, Čechy, kraj Praha, počítejte 1 bod.

Registrace (místně přizpůsobeno)

- Objekty jmenujte v rozmezí 1 sekundy, mluvte jasně a dívejte se přítom na pacienta.
- Na odpověď má pacient 20 sekund.
- Udělte 1 bod za každé slovo, které pacient zopakuje na první pokus.
- Pokud pacient neodpoví správně na první pokus, opakujte mu tato tři slova tak dlouho, dokud nedokáže zopakovat všechna tři správně. Opakování má smysl pouze tehdy, když pacient všechna tři slova správně zaregistroval.
- Maximální počet pokusů je 6.

Pozornost a počty

- Povoleno více pokusů, protože tato úloha je obtížná. Je možné usnadnit úkol otázkou: »Kolik je 100 minus 7?«, pokud je to nutné, opakujte dále otázku ve formě: »Kolik je 93 minus 7?«, pokud pacient odpoví nesprávně, můžete se ho zeptat: »Jste si jist?« Pacient smí opravit nesprávný výsledek. Pokud tentokrát již odpoví správně, počítejte mu 1 bod.
- Na každou odpověď má pacient 10 sekund.
- Ukončete úlohu po třech chybách.

Paměť (místně přizpůsobeno)

- Na každou odpověď má pacient 10 sekund.
- Není přípustná žádná tolerance, protože správná registrace byla ověřena.

Jazyk

- Na každou odpověď má pacient 10 sekund.
- Každá správná odpověď znamená 1 bod.

(*) Je třeba použít tužku (nikoli pero nebo kuličkové pero). Jakákoli jiná odpověď než »tužka« je považována za nesprávnou.

(**) Jakákoli jiná odpověď než »hodinky« nebo »náramkové hodinky« je považována za nesprávnou.

(***) (místně přizpůsobeno) Větu vyslovte hlasitě, tak, aby ji pacient jasně slyšel a dívejte se přitom na pacienta. Povolte pouze jeden pokus. Počítejte 1 bod pouze tehdy, jestliže pacient větu zopakoval naprosto správně.

(****) Povel, skládající se ze tří částí: počítejte 1 bod za každou část, jež byla správně vykonána. Pokud pacient přestane a zeptá se vás, co má dělat, neopakujte instrukci, pouze řekněte: »Udělejte to, co jsem Vám řekl.«

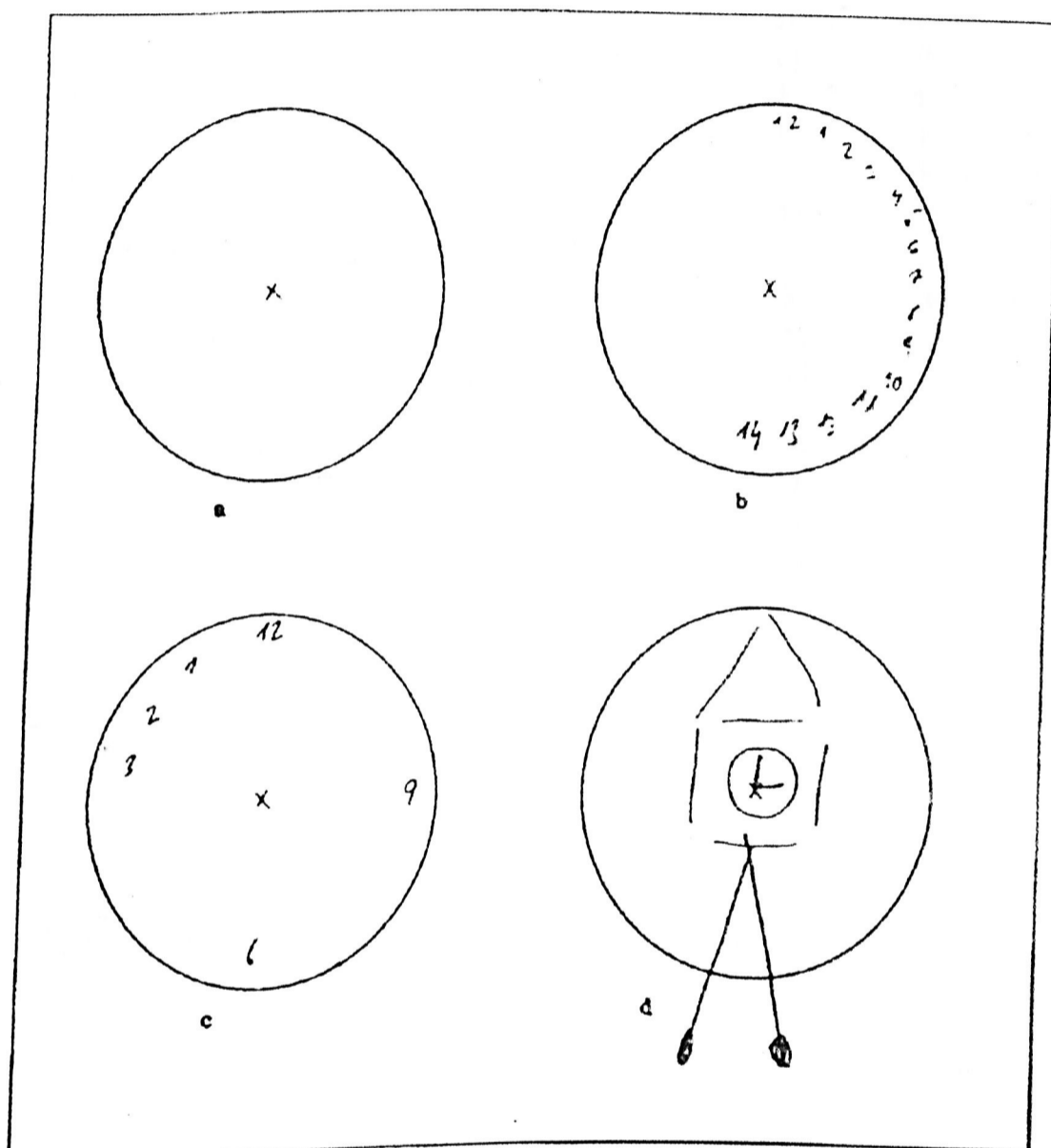
(*****) Nediktujte větu, pacient ji musí napsat spontánně. Počítejte 1 bod, jestliže věta obsahuje podmět a přísudek. Nezáleží na pravopisu ani syntaxi. Vymezený čas je 30 sekund.

Praxe

- Počítejte 1 bod, jestliže se obrazce protínají dvěma odlišnými hranami a zároveň souhlasí počet stran a úhlů.
- Umožněte několik pokusů, celkový čas je 1 minuta.

Příloha číslo 5

Test (kreslení) hodin



Test hodin
a – vstupní zadání
b, c, d – příklady nesprávných odpovědí

HRDLIČKA, M.; HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. Praha : Grada Publishing, spol. s r.o., 1999, s 25. ISBN 80-7169-797-4

Příloha číslo 6

Dotazník (internetová podoba)

Dobrý den,

Jmenuji se Petra Váchalová a jsem studentka oborového studia speciální pedagogiky na PedF UK. Právě píším diplomovou práci s názvem Seniorská problematika ve speciální pedagogice. Chtěla bych Vás poprosit o pomoc. Pro svůj výzkum bych potřebovala, aby co největší počet členů kateder speciální pedagogiky vyplnil tento dotazník. Proto Vás prosím o jeho vyplnění a doručení zpět (nejlépe do 25. 3. 2005, nejpozději však do konce března), formou elektronickou na adresu vachalka@seznam.cz, popř. poštou na adresu Váchalová Petra, Maroldova 1322, Úvaly, 250 82.

Ráda bych zdůraznila, že se dotazník netýká seniorů s postižením, ale celé seniorské populace bez ohledu na postižení a zdravotní stav.

Za Vaši pomoc Vám mnohokrát děkuji, s pozdravem Petra Váchalová

Pokyny k vyplnění dotazníku: dotazník se skládá z 11 otázek. Vyplňujete-li dotazník ručně, stačí zakroužkovat popř. vypsát vaši odpověď. Pokud jste se rozhodli vyplnit dotazník elektronicky, označujte správnou odpověď vepsáním křížku do okénka tabulky pod vybrané písmeno odpovědi. Při vpisování vlastní odpovědi pište za pomlčku, nepoužívejte však, prosím, klávesu enter.

1) Myslím, že senioři do speciální pedagogiky:

- a) Patří
- b) Nepatří
- c) Nevím

a	b	c

2) Myslím, že senioři do speciální pedagogiky v budoucnosti:

- a) Budou patřit
- b) Nebudou patřit
- c) Nevím, jestli do SPPG budou patřit

a	b	c

3) Proč si myslíte, že senioři do SPPG patří / nepatří / budou patřit / nebudou patřit?

-

4) Absolvent SPPG by základní znalosti z gerontologie:

- a) Měl mít
- b) Nemusel mít
- c) Neměl mít
- d) Nejsem schopen/na posoudit

Petra Váchalová

a	b	c	d

5) Je součástí studia na vaší katedře také gerontologie nebo nějaký jiný předmět věnující se problematice stáří:

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ne, ale diskutuje se o jeho zřízení

a	b	c

i) Pokud vaše katedra nějaký předmět nabízí, napište sem prosím jeho název a rozsah, popř. stručnou charakteristiku –

6) Najde speciální pedagog uplatnění při práci se seniory?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

a	b	c

7) V jakých činnostech (popř. složkách péče) by podle Vás mohl speciální pedagog pracovat se seniory? Vypište -

8) Je absolvent vašeho studia po odborné stránce připraven na práci se seniory?

- a) Ano
- b) Ne

a	b

9) Pracujete vy sám/a se seniory?

- a) Ano
- b) Ne, ale pracoval jsem
- c) Nepracuji

a	b	c

- i) Pokud pracujete, nebo jste pracoval, napište prosím stručně a konkrétně, co jste se seniory dělal -

10) Dostal jste někdy nabídku pracovat se seniory?

- a) Ano, jednou
b) Ano, vícekrát (kolikrát? -)
c) Ne, nikdy

a	b	c

- i) Pokud ano, napište jakou -

11) Myslíte si, že se fyzickou aktivitou může zlepšit seniorův fyzický i psychický stav?

- a) Může se zlepšit pouze fyzický stav
b) Může se zlepšit pouze psychický stav
c) Ano, může se zlepšit fyzický i psychický stav
d) Ne, v pozdním věku už nemá fyzická aktivita vliv na zlepšování stavu fyzického, ani psychického

a	b	c	d

Pokud byste chtěl/a ještě něco připsat k tomuto tématu, máte prostor právě zde -

Příloha číslo 7

Tabulka odpovědí respondentů

FAKULTA/OTÁZKA	1	2	4	5	6	8	9	10	11
1 MUNI	a	c	a	a	a	b	c	c	c
2 MUNI	a	a	a	a	a	a	a	c	c
3 MUNI	b	b	a	b	a	b	c	c	c
4 MUNI	b	a	b	a	a	b	c	c	c
5 OSU	a	a	a	b	c	b	c	c	c
6 OSU	a	a	a	c	a	b	a	b	c
7 PEDF	a	a	a	a	a	b	c	c	c
8 PEDF	a	a	a	a	a	částičně	c	c	c
9 PEDF	a	a	a	x	a	x	a	c	c
10 PEDF	a	a	a	a	a	b	b	c	c
11 PEDF	a	a	a	a	a	a	c	c	c
12 PEDF	a	x	a	a	a	a	a	c	c
13 PEDF	a	a	a	a	a	x	a	c	c
14 PEDF	a	a	a	a	a	a	a	b	c
15 UHK	a	a	a	a	c	b	c	a	c
16 UHK	b	b	a	c	a	a	b	c	c
17 UHK	a	a	a	a	a	b	c	a	a
18 UHK	a	a	a	a	c	b	c	c	c
19 UHK	a	a	a	b	a	b	c	c	c
20 UPOL	a	a	a	a	a	a	c	c	c
21 UPOL	a	a	a	a	a	b	c	c	c
22 UPOL	b	b	b	b	c	b	c	c	c
CELKEM									
a	18	17	20	15	18	5	5	2	1
b	4	3	2	4	0	14	2	2	0
c	0	1	0	2	4	0	15	18	21
d	-	-	0	-	-	-	-	-	0
nezodpovězeno	0	1	0	1	0	3	0	0	0

Příloha číslo 8

Charakteristika studijního oboru Speciální pedagogika rehabilitační a humanitární činnosti (UHK)

Studijní program: N 7507 Speciální pedagogika

Obor: SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA REHABILITAČNÍ A HUMANITÁRNÍ ČINNOSTI

2005/2006

(forma studia kombinovaná, navazující magisterské studium)

Standardní doba studia: 2 roky

Toto studium je určeno pouze absolventům bakalářského stupně studijního programu B7506 - Speciální pedagogika.

Profil studia a absolventa, jeho uplatnění v praxi:

Dvouleté následné magisterské studium je zakončeno státní závěrečnou zkouškou složenou z obhajoby diplomové práce, z integrativní speciální pedagogiky, z komprehenzivní rehabilitace a edukačně rehabilitačních metod a výběrové specializace.

Absolvent bude vybaven znalostmi a dovednostmi poskytovat pedagogicko rehabilitační, sociální, diagnostické a poradenské služby jedincům se specifickými potřebami v oblasti edukace a socializace. Zvláštní důraz je kladen na schopnost řešit problémy integrace napříč všemi věkovými skupinami.

Absolvent bude kompetentní pracovat : ve vedoucích funkcích a dalších funkcích výchovných zařízení (dětských domovech, internátních zařízeních, diagnostických ústavech apod.) ve speciálně pedagogických centrech, pedagogicko psychologických poradnách, v zařízeních náhradní rodinné péče, v zařízeních pro rizikové skupiny, jako herní specialista a asistent učitele v integrovaném vzdělávání.

Takto může pracovat v zařízeních MŠMT, MPSV, MZ, MS, v servisních zařízeních a neziskových a humanitárních organizacích.

Dostupné na WWW: <<http://www.uhk.cz/doc/pdf/prijriz/NSPPED.doc>> [cit. 8. 4.2005].

Příloha číslo 9

Sylaby předmětu gerontologie (UK)

Gerontologie [05318213]

Zajišťuje:	KSPPG
Stav předmětu:	vyučován
Rozsah v LS:	1/1 Z+Zk [hodiny/týden]
Kredity:	2
Platnost:	neomezena
Počet míst:	neomezen
Vyučující:	Kalvach, Z.

Anotace

Stáří jako společenský fenomén, pojmy, syndrom demence, vzdělávání ve stáří a ke stáří;

Osnova

Cíl kurzu: Pochopení problémů starého člověka a heterogenity seniorské populace podmiňující individualizaci služeb a společenské podpory pro seniory. Důraz je kladen na problematiku ohrožení seniorů (podcenění a diskriminace), jejich důstojnosti, seberealizace, autonomie, společenské participace a také na zkvalitňování jejich života v souvislosti s osamělostí, poklesem funkční zdatnosti a s některými zdravotními problémy. Pozornost je věnována i pojetí ústavní péče a integrovaných komunitních služeb či metodám validace života.

Obsah kurzu

Vymezení základních gerontologických pojmů
Demografické trendy a jejich sociálně ekonomické důsledky
Příčiny stárnutí a fenotypu stáří
Tělesné a psychické změny ve stáří
Koncept úspěšného stárnutí a starého stáří
Stáří jako společenský fenomén, heterogenita seniorské populace
Specifická problematika starých žen
Stáří a rodina
Ageismus, věková diskriminace
Funkční přístup ke starému člověku - komplexní geriatrické hodnocení
Pojetí zdraví a nemoci ve stáří
Soběstačnost, její hodnocení a poruchy
Hlavní funkčně významné zdravotní problémy stáří a možnosti jejich prevence
Gerontopsychiatrie a problematika práce s osobami trpícími syndromem demence
Zanedbávání a týrání starých lidí - elder abuse a adult protection act
Bezpečnost starého člověka (úrazy, kriminalita, nezabezpečení)
Gerontogogika - vzdělávání ve stáří
Zdravotní a sociální gerontologické služby
Gerontologické ústavnictví a integrovaná komunitní péče

Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky

Animace a validace života
Geriatrické ošetřovatelství - imobilizační syndrom, inkontinence

Literatura

Muhipacher, P.: Geragogika pro speciální pedagogy. Brno: MU 2001.
Respektování lidské důstojnosti. Praha: Cesta domů, 2004
Kalvach, Z., Zadák, Z., Jirák, R., Závazalová, H., Sucharda, P. (eds) Geriatrie a Gerontologie. Praha: Grada Publishing, 2004, 864 s (vybrané obecné kapitoly)

Příloha číslo 10

Charakteristika studijního oboru Speciálně pedagogická andragogika (UPOL)

„Charakteristika oboru:

Studium je koncipováno jako neučitelské strukturované dvoustupňové se zaměřením na přípravu odborných pracovníků, kteří budou kvalifikováni pro práci s dospělými s různými druhy postižení či znevýhodnění.

Profil a uplatnění absolventa:

Absolvent studia bude kvalifikován jako pracovník se zaměřením na speciálně pedagogickou, výchovnou a poradenskou činnost v těchto zařízeních:

- v ÚSP pro dospělé se zdravotním postižením
- v chráněných bydleních
- v chráněných dílnách či jiných nově vznikajících alternativních formách zaměstnávání
- na úřadech práce realizujících rekvalifikační kurzy a školení pro dospělé se speciálními vzdělávacími potřebami
- na krajských úřadech, okresních úřadech, odborech sociálních věcí
- v agenturách podporovaného zaměstnávání,
- v nestátních a neziskových organizacích působících ve prospěch lidí s postižením či jiným znevýhodněním
- v psychiatrických léčebnách
- v speciálně pedagogických a poradenských centrech a střediscích (například pedagogicko – psychologické poradny v případě adolescentů anebo jedinců s opožděným psychomotorickým vývojem, střediska výchovné péče, psychologické poradny pro dospělé, manželské poradny apod.)
- v zařízeních nápravné péče
- v centrech pro léčbu závislostí
- v azylových střediscích pro uprchlíky
- v domovech důchodců, v hospicích.

Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky

Absolvent studia bude kromě uvedeného připraven realizovat kvalifikovanou speciálně pedagogickou diagnostiku, poradenskou práci v oblasti edukace příslušníků znevýhodněných skupin občanů se zvláštním zřetelem na dospívající a dospělé lidi. Bude schopen tvořivě přistupovat k různorodým vzdělávacím a výchovným potřebám a bude schopen reagovat na aktuální požadavky pedagogické praxe v této oblasti.

Dostupné na WWW: < <http://ksp.upol.cz/10.htm> > [cit.21.3.2005].

Petra Váchalová