

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Mgr. Barbora Kolářová

SENIORSKÁ PROBLEMATIKA V KONTEXTU

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Rigorózní práce

PRAHA 2009

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma „Seniorská problematika v kontextu speciální pedagogiky“ psala samostatně s použitím uvedené literatury a dalších pramenů.

V Praze 19. srpna 2009

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych tímto poděkovat všem, kteří mi vytvořili podmínky pro napsání této práce. Velice děkuji pracovníkům nestátních neziskových organizací Život 90 a Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách, kteří mi zprostředkovali kontakt se seniory a poskytli mi praktické poznatky a doporučení.

Závěrem patří mé velké poděkování Doc. PhDr. Lee Květoňové, Ph.D. za odborné rady, konstruktivní vedení a trpělivost.

ABSTRAKT

Rigorózní práce pojednává o stárnutí a stáří v lidském životě a o specifikách, která toto životní období provází. První část je zaměřena na stáří a stárnutí v obecné rovině z pohledu historického, filosofického, biologického, psychologického i demografického. Dále zde představuji vědní obory gerontologii a geriatrii. Závěr první kapitoly je věnován vzdělávání seniorů.

Druhá kapitola obsahuje nástin dostupných služeb pro seniorskou populaci v České republice. Na tuto kapitolou úzce navazuje třetí část, která je zaměřena na možnosti využití vybraných terapií při práci se seniory. Všechny výše uvedené kapitoly slouží jako teoretický podklad pro tvorbu studijního modulu.

Praktickou část práce tvoří výsledky empirického šetření, které bylo provedeno u studentů speciální pedagogiky. Cílem šetření bylo zjistit jejich názory na zahrnutí seniorské problematiky do osnov speciální pedagogiky. Závěry plynoucí ze získaných dat jsem také využila při formulaci studijního modulu „Seniorská problematika v kontextu speciální pedagogiky“, který navazuje na praktickou část a tvoří závěr této práce.

Klíčová slova: stárnutí populace, demografické změny, gerontologie, geriatrie, kvalita života, aspekty vzdělávání, zdraví, koncept úspěšného stárnutí, respitní péče, paliativní péče, terapie ve speciální pedagogice.

ABSTRACT

This rigorosis thesis focuses on specific problems related to ageing and later age and on the impacts ageing has on human life. Chapter 1 refers to how age and ageing are generally viewed in the historical, philosophical, biological, psychological and demographic context. Also, the gerontology and geriatrics sciences are brought to the attention. Outlined is the importance of education of older adults.

Chapter 2 gives an overview of services available for provision to the aged in the Czech Republic.

In Chapter 3 selected therapeutical methods are described and their suitability for use with regard to the aged is examined.

The findings contained in the above-mentioned chapters served as a theoretical basis for setting up a study module while the practical part of the thesis is based on the results of empiric examination carried out among special pedagogy students.

The examination was aimed at ascertaining whether or not the ageing and old age issue should be made part of the study program of special pedagogy.

All the data obtained were also used in preparing the body of study module “The problems of the aged in the context of special pedagogy.”

Key words: ageing population, demographic changes, gerontology, geriatrics, quality of life, education aspect, health, concept of active ageing, respite care, palliative care, therapies used in special pedagogy.

OBSAH

Poděkování.....	3
Abstrakt.....	4
ABstract.....	4
Obsah.....	1
Úvod.....	3
Teoretická část.....	4
1. Obecná charakteristika stáří.....	4
1.1 Stáří v historii společnosti.....	4
1.2 Fenomén stáří.....	9
1.3 Demografické trendy.....	11
1.4 Biologická charakteristika stárnoucího jedince.....	14
1.5 Psychologická charakteristika stárnoucího jedince.....	17
1.6 Nemoci spojené se stářím.....	22
1.7 Geriatrie a gerontologie.....	25
1.8 Vzdělávání seniorské populace.....	28
2. Služby poskytované seniorům v České republice	31
2.1 Zdravotní služby.....	32
2.2 Sociální služby	40
3. Možnosti vybraných terapií v práci o seniory.....	49
3.1 Teoretická východiska pro užití terapií	49
3.2 Arteterapie.....	51
3.3 Canisterapie.....	54
3.4 Fyzioterapie.....	56
3.5 Hipoterapie.....	58
3.6 Muzikoterapie.....	59
3.7 Reminiscenční terapie.....	62
3.8 Taneční terapie.....	64
Praktická část.....	67
4. Zpracování empirického šetření.....	67
4.1 Příprava šetření.....	67
4.2 Vlastní realizace sběru dat a jejich zpracování.....	69
4.3 Vyhodnocení výsledků šetření.....	70
4.4 Ověření hypotéz.....	85
4.5 Závěr šetření.....	86

5. Návrh studijního modulu pro studenty oboru speciální pedagogiky.....	88
5.1 Návrh studijního modulu.....	88
5.2 Shrnutí.....	94
Závěr.....	95
Použitá literatura.....	98
Přílohy.....	101

ÚVOD

„Každý si přeje dlouho žít, ale nikdo nechce být starý“

(Sofokles in Šiklová 2003, s. 59).

Demografické stárnutí se stává fenoménem, který je stále častěji vnímán v celospolečenském kontextu. Stárnutí je však nesprávně považováno za negativní jev. Je třeba učinit více pro zajištění kvality života ve stáří a pro využití moudrosti a zkušeností starých lidí. Negativní přístup ke stárnutí populace a ke starým lidem je zapotřebí přehodnotit. Nevhodné chování ve svém důsledku narušuje mezigenerační soužití a může vést až k projevům diskriminace na základě věku.

Speciální pedagogika, jako studijní obor, připravuje mladé studenty na jejich budoucí práci, ve prospěch potřebných, kterými se stále častěji stávají právě senioři.

Tato práce má za cíl ovlivnit změnu postoje ve vztahu k seniorům tvorbou studijního modulu „Seniorská problematika v kontextu speciální pedagogiky“. Prostřednictvím tohoto kurzu by měli studenti získat potřebné znalosti týkající se problematiky stáří a stárnutí. Speciální pedagog by měl vstupovat do praxe se základním povědomím o tom, jaká specifika tkví v práci se starými lidmi.

Domnívám se, že právě speciální pedagogika jako jeden z oborů „pomáhajících profesí“, má v oblasti péče o seniory své důležité místo. Příprava odborníků – speciálních pedagogů, pro možnou práci se seniory oblasti bude jistě jednou s cest, jak se připravit na stárnutí populace, které nás čeká.

Předložená práce má pět dílčích částí. První část je zaměřena na stáří a stárnutí v obecné rovině, z pohledu historického, biologického a psychického. Dále pak krátce představuji vědní obory geriatry a gerontologie, které řeší vybranou problematiku. Zabývám se okrajově i demografickým vývojem v České republice. Závěr první kapitoly je věnován vzdělávání seniorů.

Druhá kapitola obsahuje nástin dostupných služeb pro seniorskou populaci v České republice. Jsem si plně vědoma toho, že přehled dostupných služeb není vyčerpávající, ale snažila jsem se popsat situaci, tak aby bylo možné udělat si rámcovou představu o tom, kým a jak jsou služby u nás poskytovány.

Kapitola třetí se zaměřuje na možnosti využití vybraných terapií, které se používají ve speciální pedagogice. Ty může pracovník (speciální pedagog) zařadit i do přímé péče o seniory. Tato kapitola je doplněna obrazovou dokumentací, která je uvedena v příloze A. Všechny výše uvedené kapitoly jsou teoretickým podkladem pro tvorbu studijního modulu.

Poslední kapitola je praktickou částí této práce. Jsou zde popsány výsledky realizovaného empirického šetření. Závěry plynoucí ze získaných dat jsem také využila pro formulaci studijního modulu „Seniorská problematika v kontextu speciální pedagogiky,“ který navazuje na praktickou část práce. Studijní modul tedy vychází jak ze studia odborné literatury, tak i výsledků šetření, jež proběhlo mezi samotnými studenty speciální pedagogiky. Cílem bylo zjistit jejich názory na zahrnutí seniorské problematiky do osnov speciální pedagogiky.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Obecná charakteristika stáří

Lidský život je kontinuální příběh a stáří je jeho přirozená součást. Často je bohužel právě toto období spojováno s obavami z nemoci, bolesti a odloučení. Největší hrozbou stáří je pak obava ze ztráty nezávislosti. I člověk ve stáří však může prožívat plnohodnotný život a být šťastný. Abychom jednou prožili "podzim našeho života" co nejlépe, je dobré už nyní vědět o stáří co nejvíce. Poznatky následujících stránek jsou určeny zejména těm, kteří by se chtěli práci se seniory v budoucnu věnovat, nebo o tom zatím jen uvažují.

1.1 Stáří v historii společnosti

Z obecného hlediska by se dalo říci, že stáří má dvě základní složky. Složku individuální a složku společenskou. *Viewegh (1972, s. 13) uvádí: "Stárnutí je souhrn pochodů, především biofyzických, probíhajících v čase. Stárnutí jako postupující řada změn má u člověka stránku nejen biologickou, nýbrž i psychologickou a sociální. Všechny složky tvoří nedílnou jednotu a jejich izolace je pouhou umělou abstrakcí. Jako stáří potom označujeme výsledný jev, který vznikl procesem stárnutí"*. Každý člověk má tedy geneticky zakódován „program stárnutí“, který se spouští hned po narození. Z tohoto hlediska je stárnutí individuální proces, který má u jednotlivých osob různou rychlost i různé projevy. Společné pro stárnoucí osoby je skutečnost, že stárnou ve společenských souvislostech komunity, do které náležejí, a to už od dávných dob.

Pravěk

Je vůbec možné, aby se lidé v pravěku mohli dožít 60 nebo 70 let, tedy věku, který dnes považujeme za stáří? Z období před mnoha desetitisíci lety se nám nedochovaly žádné písemné záznamy. Informace o věku v okamžiku smrti však můžeme získat z kosterních pozůstatků, zejména pak lze o věku usuzovat podle zakončení dlouhých kostí a ze stavu chrupu. První pozůstatky člověka neandrtálského z doby ledové byly nalezeny v roce 1856 v Evropě na Středním východě. Na tomto nalezišti bylo odkryto více než 150 koster dospělých jedinců a asi 100 koster dětí. Z výzkumu vyplynulo, že žádný dospělý jedinec nežil déle než do 40 let věku. Dochované prameny informací však nejsou tak rozsáhlé, aby bylo možné s jistotou určit, že před 50 000 lety nebylo možné dožít se vysokého věku (*Austad, 1999*).

*„Jedna velmi dobře zachovalá kostra patřila člověku, který zřejmě zemřel na konci své třicítky. Vyhojená zranění ukazují, že v tomto věku byl na jedno oko slepý, měl zničenou pravou paži a chodil jen s obtížemi vzhledem ke zranění nohy. Svá zranění však přežil a to znamená, že se o něho jeho bližní starali a taková představa nebývá s neandrtálci spojována často“ (*Austad, 1999, s. 41*).*

Starověk

I z období starověku (nejvíce z doby antiky) máme dochovány informace o tom, že se o své přestárlé občany společnost starala. *„Péče o starce byla podle názorů starých Řeků povinností jejich dětí. Ty jim měly zajistit šťastné stáří, pohřeb a posmrtný kult. Tak shodně uvažují řečtí filosofové, k tomu směřují*

řecké zákony. V Aténách například existoval zákon připisovaný Solónovi, podle něhož špatná péče o rodiče mohla být trestána pokutou nebo pozastavením občanských práv“ (Horská, 1990, s. 45).

V případě, že děti nepečovaly o své rodiče řádně, mohl je v Delfách stihnout i trest uvězněním. Tehdejší zákonodárství pamatovalo i na situace, kdy muž či žena dožívali své stáří v osamělosti. Byla jim, tehdejším právním řádem, dána možnost dítě adoptovat.

Horská (1990, s. 45) uvádí informace o historické studii J. N. Corvisiera, kde se problematika stáří odráží i v klasické řecké literatuře. V dílech Homéra nalézáme pouze vážené starce, plné duševní i fyzické síly, kteří zauímají vážené místo ve společnosti. Tento jev je možné zdůvodnit tím, že bylo málo pravděpodobné, že se někdo dožije vysokého věku. Na tuto skutečnost bylo pohlíženo jako na něco neobvyklého. Starcům byla připisována moudrost a mimořádné schopnosti např. Platón (427-347 př.n.l.) se dožil 80 let a Sofokles (496-406 př.n.l.) 90 let. Oba byli považováni za velmi vážené občany pozeňnaného věku. Všeobecně žili lidé, podle dochovaných důkazů pouze 30 až 40 let. Život byl velmi krátký a 50letý člověk byl tehdy výjimkou.

Středověk

Proti tomuto pozitivnímu přístupu ve starověku bylo v dobách středověku stáří spojeno s tzv. ujdáním ze „společného talíře,“ jak uvádí *Haškovcová (1989, s. 69)*.

Určující podmínkou pro postavení stárnoucího člověka ve společnosti byl její ekonomický potenciál. V době středověku, kdy byly podmínky pro život opravdu kruté, lidské životy byly ohroženy neúrodou, epidemiemi, nakažlivými nemocemi, válkami a nízkou ekonomickou prosperitou, byli staří lidé často trpěni na okraji společnosti.

Možná tady, v dobách nízké ekonomické prosperity té které společnosti, leží prapříčina tradovaného názoru, *“že stáří je strašné a být starý znamená být chudý, ponížený a odstrčený“ (tamtéž)*. Z uvedeného plyne, že celospolečenské postavení starého člověka velmi záviselo na ekonomické a sociální vyspělosti daného společenství. Ve vztahu k ekonomické prosperitě se vyvíjela i „image“ stáří. Prosperující společnost mohla celkem dobře uživit i „závislou“ skupinu starých lidí, pak zpravidla tyto osoby uctívala a byla k nim loajální. Tato loajalita ke starším lidem je patrná z historických materiálů, které jsou nám dostupné.

Písemné prameny jsou dochovány zejména, pokud se jedná o panovníky, protože jmenování na trůn, je událost hodná zaznamenání. Z dostupných pramenů lze zjistit, že panovníci, pokud nepadli v boji či neonemocněli, se dožívali dnešního průměrného věku již v dávných dobách. Umírali později, protože jejich tělesná schránka nebyla zatížena těžkou fyzickou prací a byla jim zajištěna dobrá výživa. *„Prvních šest anglických králů, kteří zemřeli přirozenou smrtí (vládli v letech 1066 a 1400 po Kristu) se dožilo 56 až 68 let. Také na našem území máme podrobné prameny, které např. uvádějí, že kněžna Ludmila (859 či 860 – 921) babička sv. Václava se dožila věku 60 let i přes to, že měla závažné zdravotní problémy. Z kosterních pozůstatků lze určit nejen to, že kněžna byla na svou dobu statné postavy (měřila 168 cm), ale i fakt, že trpěla tzv. Morgagni – Stewart – Morelovým syndromem, o kterém svědčí ztluštění především čelní kosti. „U tohoto typu ztluštění lebeční klenby jsou*

typické dlouholeté bolesti hlavy, závratě, krize podobné epilepsii a ztráta paměti“ (Titzl, 2000, s. 200).

Je tedy zřejmé, že i v minulosti bylo při dobré péči blízkých možné dožít se věku, který dnes považujeme za stáří.

I v této době hrály mezi lidmi důležitou roli třídní rozdíly. Starý člověk, který byl zámožný, mohl vlastním komfortem čelit obtížím stáří a nebyl tedy úplně odháněn od „společného talíře“ a z centra společenského dění.

Ti, kteří toto štěstí neměli, tedy ti nechudší, otrhaní, špinaví a bez přístřeší se museli spokojit s azylem, který byl poskytnut v tehdejších chudobincích popř. starobincích. Tyto byly zakládány zejména z charitativních důvodů. Zde mohl i chudý člověk v relativně přijatelných podmínkách najít pomoc.

Dle *Haškovcové (1989, s. 172)* v Čechách existovaly tři základní typy ústavní péče, ve kterých dominovala charitativní pomoc. Byly to špitály, určené pro nemocné, pocestné, tuláky a další potřebné. Pak to byly klášterní nemocnice, kde byla poskytována ošetrovatelská služba řeholníkům či členům šlechtických rodin. Posledním typem zařízení byly nemocnice pro malomocné. Jejich hlavním úkolem bylo izolovat nakažené od zbytku společnosti. *„V Praze byly zakládány v 15. a 16. století obecní ústavy pro zchudlé a staré občany. Rovněž těmto ústavům se říkalo špitály. V roce 1448 byl na Újezdě v Praze založen králem Vladislavem II. tzv. malostranský špitál a v roce 1505 byl ustanoven novoměstský špitál Pod Slovany. Uvedené ústavy však kapacitně nestačily. Za vlády Ferdinanda I. je proto v říšském policejním řádu formulována povinnost obcí postarat se o své staré a chudé lidi.“ (Haškovcová, 1989, s. 174)* Tento výnos byl zrušen až v roce 1948. *V průběhu 17. století mizí azylový charakter nemocnic – špitálů a tyto ústavy se orientují spíše na léčení. Mnohé nemocnice však staré lidi nechtějí nebo spíš neumí léčit. Z tohoto důvodu se staré a závislé osoby uchylují do starobinců, nebo pokud jsou chudí, tak do chudobinců. Péče v těchto zařízeních však není kvalitní, protože si ji zpravidla poskytovali nemocní navzájem. Ošetrovatelství bylo prezentováno zejména na laické úrovni a opatrování nemocných spočívalo v zajištění základní hygieny a stravy. V chudobincích a starobincích byla tehdy na území Čech, Moravy a Slezska poskytována ošetrovatelská péče asi 40 000 osob. Po vzniku samostatného českého státu došlo v roce 1929 k založení tzv. Masarykových domů v Praze Krči (dnešní Thomayerova nemocnice). Tehdejší Zopatřovací ústav v Krči, jak zněl oficiální název, čítal 21 budov, z nichž 5 bylo starobincem, 5 chudobincem, a čítal celkem 2 400 lůžek (Haškovcová, 1989).*

Období po roce 1950

„Po zrušení domovského práva 1. října 1950 se zakládá kompetence poskytování sociální služby národním výborům. Socialistická společnost přebírá závazek postarat se o své staré a nemajetné občany. Domy odpočinku, jak se jim dříve říkalo, jsou přejmenovány na domovy důchodců. V roce 1959 je na území ČSSR jednotně řízeno všech 296 domovů důchodců s celkovým počtem 27 000 míst. Kromě péče o materiální a sociální zázemí starých lidí se souběžně rozvíjí i specializovaná zdravotní péče“ (*Haškovcová, 1989, s. 180*).

Mimo ústavní péči lze dále sledovat změny vztahu společnosti ke starým lidem zejména v kontextu vývoje rodiny, jako formující společenské jednotky, která v průběhu historie prošla výraznou transformací.

Rodina a její funkce

Ivo Možný ve své sociologické studii o rodině jasně dokládá, „že zejména v druhé polovině minulého století došlo k podstatným změnám reprodukčních zvyklostí v rodině. Starých lidí se tyto změny významně dotýkají. Rodina kdysi plnila přímé ekonomické funkce; tzn., že její členové společně žili a společně pracovali, aby se užívali. Spolehlivě fungovala výměnná služba mezi generacemi. To znamená, že děti i starci byli jak ve společnosti, tak v rodině tolerováni“ (in Haškovcová, 1989, s. 76).

Tradiční rodina

Určitá závislost na společenství rodiny byla u dětí „vyvážena“ budoucí vidinou prosperity ve smyslu pracovní síly např. v zemědělství. U starých lidí byl rodinnou „splácen dluh z minulosti“, za podporu a výchovu. Důležité je, že v tradiční rodině, která byla obvykle třígenerační (rodiče, děti a prarodiče) bylo pracoviště a bydliště všech členů rodiny stejné. Trojgenerační rodinu spojovala vazba k půdě, která byla hlavním zdrojem obživy. Vnuci a prarodiče žijící v jedné domácnosti se museli potýkat s tím, čemu dnes říkáme mezigenerační tolerance v každodenním životě. Starý člověk byl považován za moudrého, protože měl spoustu zkušeností, které předával dalším generacím. Klasická řemesla např. přecházela z otce na syna a s nimi i zkušenosti, které byly předávány (Haškovcová, 1989).

Nejstarší člen rodiny tedy stárnul pozvolna. Pokud už nemohl pracovat na poli, pomáhal v hospodářství a přítomnost osoby, která pomaleji mluví či obtížně chodí, byla v tradiční rodině něco zcela přirozeného. I v případě, kdy došlo u starého člověka k vážnější nemoci a třeba byl upoután na lůžku, měla rodinná komunita možnost se o péči o svého závislého člena podělit. *“Propojení generací mělo konkretizovaný obsah. Děti přejímaly do svého kodexu chování i jednání rodičů vůči prarodičům. Bezděčně se učily jak pečovat o staré v dobrém i zlém. Z dnešního pohledu bylo poskytování péče jednodušší, protože mezi rodiči a dětmi nebyla bariéra někdy značných územních vzdáleností“ (Haškovcová, 1989, s. 126).*

Moderní rodina

S rozvojem industrializace, na pozadí hospodářských změn došlo k atomizaci rodiny. Mladší generace odcházela do měst za prací a zůstávala pouze „nukleární rodina“ tzn. rodiče a děti. To, že členové rodiny žili odděleně, přinášelo i své klady. Mladý pár se rychleji osamostatnil a starší pár se mohl po letech strávených péčí o děti věnovat více svým zájmům a koníčkům, později i vnoučatům. Problém nastal v okamžiku, kdy jeden člen ze staršího páru onemocněl nebo zemřel. Jak bylo již uvedeno, tradiční rodina měla v péči o své staré členy výhodu v tom, že nemusela překonávat územní vzdálenosti. (Haškovcová, 1989).

Odklon od tradiční rodiny k moderní úzce souvisí i s majetkoprávními vztahy a změnou úlohou ženy v rodině. Žena získala během dvacátého století značnou samostatnost osobní, finanční i společenskou, dokonce jsou případy, kdy nepovažuje za nutné udržovat vztah s mužem kvůli společné výchově dětí. *„Zatím největší šíří tohoto úkazu můžeme dokumentovat v USA cca od osmdesátých let, kdy se dokonce stalo určitou prestiží žít jako svobodný“ dostupné na [www:http://cs.wikipedia.org/wiki/Rodina](http://cs.wikipedia.org/wiki/Rodina) [cit. 24. února 2009].*

Tento trend ovlivnil také rozvodovost v České republice, zejména od sedmdesátých let 20. století, kdy došlo k překonání společenského odsudku z rozvodu. V roce 2007 bylo dle podkladů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR rozvedeno 31 129 manželství, což je o 300 méně než v roce předchozím, z čehož plyne, že rozvodovost se nyní stabilizuje (*Zdravotnická ročenka ČR, 2008, s. 13*).

Důsledkem rozvodovosti je mimo jiné i fakt, že dnešní mladá generace postrádá některé vzorce chování, které neměla a nemá kde získat.

Hůře se orientuje v tradičních hodnotách a bylo zjištěno, že bez zkušenosti se širší rodinou se tyto vzorce chování, např. jak pečovat o staré osoby, nikdy později nemůže přirozeně „doučit.“ Z nedostatečné osobní zkušenosti v soužití se seniory pak vznikají pochopitelné obavy ze setkání se starými lidmi.



(Foto: Dagmar Hochová)

1.2 Fenomén stáří

Co je to stáří? Abychom mohli odpovědět na tuto otázku, musíme se zamyslet nad zákonitostmi stáří a nad tím, jak jej vnímáme. Vzhledem k tomu, že tato životní etapa evokuje nejen u mladých lidí, ale i u osob středního věku něco velmi vzdáleného, bude vcelku obtížné na tuto otázku uspokojivě odpovědět. Pro specifikaci pojmu stáří existují sice různé teorie, ale každá z nich řeší pouze jeho dílčí aspekt (biologický, psychologický či sociální), proto je tak těžké stáří definovat. Zjednodušeně lze říci, že stáří je poslední etapou ontogenetického vývoje v životě každého jedince se všemi jejími specifiky, které ji odlišují od ostatních vývojových etap.

„Stáří má vysoce individuální charakter. Každý jedinec stárne podle „vlastního programu“. Kalendářní věk se proto nekryje s věkem funkčním. Rozptyl různých funkčních ukazatelů u stejně starých jedinců je zvláště v průběhu stárnutí (60-75 let) velký a teprve vlastní stáří (nad 75 let) se vyznačuje relativně stabilním funkčním uspořádáním“ (Pacovský, 1990, s. 34). Při fyziologickém stárnutí dochází k řadě strukturálních i fyziologických změn, které jsou nevratné, neopakují se. Je zajímavé, že vedle nezvratných změn funkcí a jejich úbytku vznikají i jiné jevy, které jsou předmětem výzkumů. Bylo třeba zjištěno, že v organismu starého člověka se postupem přibývajících let některé funkce vůbec nemění nebo se ještě zlepšují např. tvorba a výdej katecholaminu (hormonu nutného pro přenos vzruchů v centrální nervové soustavě) v dřeni nadledvin (Pacovský, 1990). Stáří je tedy přirozený, individuální proces, který je geneticky naprogramován a je neopakovatelný.

Pro odpověď na druhou část výše uvedené otázky se zkusíme obrátit k filozofii. *„Slavný reprezentant německé klasické filosofie Immanuel Kant (1724 - 1804) rozlišoval věc o sobě a jev. Bez ohledu na další obtížnou gnozeologickou interpretaci věci o sobě a jevu použijeme příměru těchto dvou pojmů. Fenomén (fainomenon - řec. jevit se) je termín užívaný Kantem k označení objektivní reality, jak se jeví naší zkušenosti“ (Haškovcová, 1989, s. 18). To jak se nám realita jeví, však nemusí nutně znamenat, že taková doopravdy je. Filozofové se zabývali faktem, že k věci o sobě je nutné nějak dospět a ještě je důležité určit, zda je věc o sobě poznatelná či nikoliv. „Věc o sobě je pouze jedna, ovšem jevů může být mnoho. V každém z jednotlivých jevů musí být ale obsažena věc o sobě, která tvoří podstatu onoho jevu. Z uvedeného vyplývá, že je nutné postihnout a popsat co nejvíce jevů – fenoménů, aby se z věci o sobě stala věc pro nás“ (tamtéž).*

Pokud Kantovu teorii aplikujeme do oblasti stáří, zjistíme, že v pojetí stáří a starých lidí se k samotným jevům ani nedostaneme, pouze ze záblesků toho jak se nám stáří jeví, tvoříme obecně platnou představu o stáří jako takovém. O stáří příliš neuvažujeme, také proto, že o něm málo víme. Kombinace těchto faktorů vede k tomu, že máme ze stáří strach, v našich představách se toto období života stalo obávaným a nepříjemným. Člověk nechce být starý fakticky a nepřeje si být za „starého“ označován ani formálně. Tento obranný postoj znemožňuje stáří přijmout právě jako onu poslední ontogenetickou etapu lidského vývoje. Vztah ke starým lidem a k vlastnímu stáří je výsledkem formování během celého života. Velký formativní význam má vliv vzorů, kterých se nám dostalo v dětství. Formovalo nás vše, co jsme viděli, slyšeli a cítili tj. jak staří lidé vypadali, jak se

chovali, co se o nich říkalo. Záleželo také na rodičích, jakou emotivní interpretaci našim zkušenostem dali (Haškovcová, 1989).

Pro současnou dobu je charakteristická určitá krize. Stáří je přijímáno konfliktně. Na jedné straně chceme staré lidi ctít a uznávat, protože cítíme, že by to bylo správné. „*Senioři představují skutečné hodnoty pro společnost.*“ (Agren, 2007, s. 201.) Na druhou stranu nás „ti dříve narození“ dráždí svým pomalým tempem, zevnějškem či názory (tamtéž). Stále nám svou přítomností připomínají naši individuální perspektivu, při kontaktu s nimi si uvědomujeme, že jednou nebudeme aktivní a úspěšní. Vědomí vlastního stárnutí nás vede k tomu, že si závěrečnou etapu lidského života interpretujeme na základě informací např. z médií s určitými stereotypy a předsudky, v jejichž důsledku vznikají mýty o stáří.

Tošnerová (2002, s. 7) uvádí „šest nejčastěji přijímaných mýtů o stáří“:

- *Stáří žijí jen v rozvinutých zemích*
- *Stáří lidé jsou všichni stejní*
- *Stáří žen a mužů je stejné*
- *Stáří je křehké – potřebuje péči*
- *Stáří nemají čím společnosti přispět*
- *Stáří jsou ekonomickou zátěží společnosti*

Stereotyp – v psychologii a sociologii ustálený a navyklý vzorec myšlení nebo chování; soubor představ, které mají příslušníci společenské skupiny o sobě (autostereotyp) nebo o jiných (heterostereotyp), sociální stereotyp obsahuje hodnotící, často iracionální soudy. Změna individuálního i sociálního stereotypu je nesnadná a doprovázená negativními emocemi.

Předsudek – kriticky nezhodnocený úsudek (vycházející z myšlenkových stereotypů), který je silně ovlivněn tradicí, osobní zkušeností, respektive emocemi a z něj plynoucí postoj, názor přijatý jedincem (skupinou).

Mýtus – představa o někom nebo o něčem nekriticky přijímaná, uctívaná a zbožňovaná; expresivně: smyšlenka, výmysl, blud (Tošnerová, 2002, s. 6).

S těmito postoji také úzce souvisí tzv. „ageismus“. Jde o slovo, které nemá český ekvivalent. Tento pojem je odvozen od anglického slova „age“ neboli věk, stáří. Termín ageismus se začal používat v 60. letech minulého století v Americe a vznikl jako protipól kultu mládí. „*Ageismus zahrnuje prostředky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči staršímu člověku nebo skupině starších*“ (Sborník Diskriminace seniorů v ČR, 2004, s. 7).

Problematika vztahu mladší generace ke starším lidem a jejich postavení v naší společnosti bude nabývat na důležitosti, protože lepší životní podmínky, kvalitnější zdravotní a sociální péče přispívá k tomu, že lidé dnes mohou užít delší život, což také ukazuje demografická prognóza.

1.3 Demografické trendy

Demografie řeší reprodukci obyvatel, jejich rozmístění a strukturu. Zabývá se tedy vlivy, které souvisí s demografickým vývojem a snaží se sledovat pravidelnost, kterou se demografický proces řídí. Pro přehlednost považují za důležité uvést základní demografické pojmy.

Demografické procesy jsou ovlivňovány zejména porodností (natalitou) a úmrtností (mortalitou). Porodnost lze měřit různými způsoby, z nichž nejčastěji užívaný pojem je hrubá míra porodnosti, což je počet živě narozených dětí na 1000 obyvatel ve středním věku v daném roce. Podobným způsobem je měřena také úmrtnost, kdy je počet zemřelých vyjadřován také v závislosti na 1000 obyvatel středního stavu v kalendářním roce (Kalvach, 2004). Pro výpočet úmrtnosti se používají tzv. úmrtnostní tabulky. *„Výsledným ukazatelem úmrtnostní tabulky, která se obvykle počítá pro obě pohlaví odděleně a zároveň nejvýstižnějším ukazatelem úmrtnosti, je naděje dožití (střední délka života, life expectancy). Vystihuje předpokládaný počet let, který má x-letá osoba v průměru ještě před sebou“* (Kalvach, 2004, s. 50).

„Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionů občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání se 101 718 v roce 2006) a téměř tři miliony osob starších 65 let. Naděje na dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy (oproti 73,4 let pro muže a 79,7 let pro ženy v roce 2006).“ (Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 -2012, 2008, s. 9).

Stárnutí populace ovlivňují zejména faktory sociální a ekonomické. Za orientační hranici stáří je obvykle považován věk 65 let. *„Stárnutí populace v České republice bylo v roce 2007 charakterizováno dalším poklesem zastoupení dětské složky populace ve věku 0-14 let (na 14,2% procentního bodu) za současného nárůstu osob ve věku 65 let a více. Zvyšuje se index stáří, podle něhož nyní na 100 dětí připadá 102,4 seniorů. V roce 2006 to bylo pouze 100,2 seniorů“* (Zdravotnická ročenka ČR, 2008, s. 13).

Z uvedeného vyplývá, že v budoucnu bude docházet k prodlužování střední délky života vlivem snižování úmrtnosti ve středním a vyšším věku (vliv stále kvalitnější a dostupnější zdravotní péče). Prodlužování střední délky života tedy znamená, že máme všichni možnost prožít delší život, ale přináší to s sebou také jistá úskalí v podobě možných zdravotních obtíží např. chronických onemocnění, mozkových příhod a stavů spojených s demencí.

K dalším faktorům, které již byly zmíněny a mají značný vliv na populační změny ve společnosti, patří vývoj porodnosti.

V minulosti docházelo vlivem světových válek a v důsledku výrazných propopulačních opatření k častým výkyvům porodnosti. Byla období, kdy se rodilo více dětí a následně pak porodnost stagnovala. Nejvíce jsou tyto výkyvy patrné na tzv. „poválečných ročnících“, kdy na svět přicházelo hodně dětí. Právě tato věková kategorie bude v budoucnu výrazně přispívat k růstu stárnutí populace v České republice (Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008- 2012, 2008).

Na počátku devadesátých let minulého století proběhly společenské změny, které vedly k odkládání mateřství. Tento trend způsobil, že došlo k dlouhodobému poklesu porodnosti. Česká republika se řadí k zemím s nejnižší mírou porodnosti. Porodnost se od roku 1999, kdy byla vůbec nejnižší, již zvýšila (dle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky dále jen ÚZIS). V roce 2007 se narodilo 114 632 dětí, tedy o 8,8 tisíce víc než v roce 2006. Lze tedy dále sledovat spíše vzestupnou tendenci, v dlouhodobějším měřítku bude mít malý počet narozených dětí, ke kterému došlo v devadesátých letech minulého století velmi výrazný vliv na další populační vývoj (*Zdravotnická ročenka ČR, 2008*).

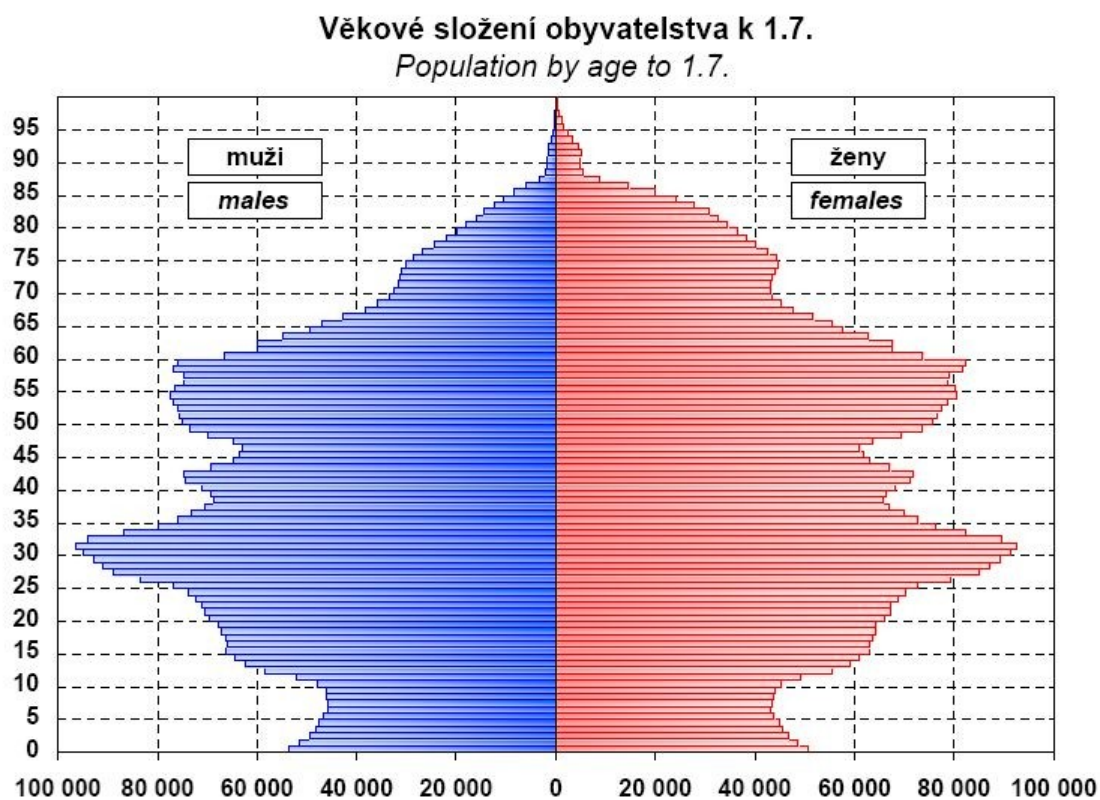
Posledním z důležitých faktorů, který ovlivňuje demografický vývoj je migrace obyvatel. Lze předpokládat migraci z venkova (především z malých obcí) do měst. Tato migrace se týká nejen mladších ročníků odcházejících za prací, ale i starší generace, která většinou nemá dostupné služby v místě bydliště. Ze zahraničí do České republiky přichází migranti zejména z Východu. Migrují k nám hlavně mladší ročníky. Dle údajů ÚZIS se zvýšil v roce 2007 přírůstek osob migrací o 84 tisíc obyvatel (*Zdravotnická ročenka ČR, 2008*).

Z hlediska změn v rozložení obyvatelstva v České republice je v současné době dle šetření ÚZIS za nejmladší považován region Středočeský a Hlavní město Praha, naopak nejmenší přírůstek byl pozorován v kraji Moravskoslezském (počítá se jak s nově narozenými dětmi, tak i s migranty) (*Zdravotnická ročenka ČR, 2008*).

Za závažný jev spojený s populačními změnami je považován fakt naděje delšího dožití pro ženy než pro muže. Tento fakt je označován jako mužská neúmrtnost. Je závažný zejména z pohledu psychosociálního, protože ve stárnoucí populaci je zastoupen vysoký podíl ovdovělých žen. Ve věkové skupině 70-79 je to 57% žen k 15,3% mužů a u žen 80 a více letých je to dokonce 81,5% k 32,5% u stejně starých mužů (*Kalvach, 2004, s. 59*).

Tuto skutečnost je třeba mít na zřeteli při přípravě služeb pro seniory (aktivizační programy, zdravotně-sociální služby atd.). Je důležité uvést, že prodloužení lidského života a očekávaný demografický vývoj s sebou nepřinese pouze problémy a těžkosti spojené s poskytováním sociálně-zdravotní péče těm, kteří tyto služby budou potřebovat, ale také obrovský potenciál ekonomický a společenský, jenom je třeba se na tuto zásadní změnu včas připravit.

Graf - „strom života“ – Věkové rozložení obyvatelstva k 1.7. 2007 ¹



¹ Zdravotnická ročenka České republiky, Ústav zdravotnických informací a statistiky, Praha, 2008, s. 22

1.4 Biologická charakteristika stárnoucího jedince

„Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn atrofie, (pokles funkční zdatnosti), změny regulačních a adaptačních mechanismů“ (Mühlpachr, Staníček, 2001, s. 9). Tyto změny probíhají specifickou rychlostí se značnou interindividuální rozdílností a ve svém důsledku vedou k typickému obrazu, který označujeme jako stařecký fenotyp.

Stařecký fenotyp je modifikován vlivem vnějšího prostředí, způsobem života konkrétního člověka, jeho aktuálním zdravotním stavem a v neposlední řadě sociálními, ekonomickými a psychologickými podmínkami. Mnohočetnost těchto jevů, které se vzájemně ovlivňují, je příčinou toho, že biologické stáří je obtížné exaktně vymezit. Obvykle se proto vychází z tzv. kalendářního věku, který je dán datem narození. Pro kalendářní stáří užíváme také termín chronologický věk (Kalvach, 2004).

„Podle návrhu Světové zdravotnické organizace z roku 1980 se za stáří označuje věk od 60 let a výše.

Období od 64-74 let – rané stáří – senescence

od 75-89 let – vlastní stáří – senium

od 90 let a více - dlouhověkost“ (in Gruberová, 1998, s. 7).

V souvislosti s prodlužováním doby dožití a se zlepšováním funkčního a zdravotního stavu současné stárnoucí generace byly také dle B. L. Neugartenové (Kalvach, 2004) zavedeny pojmy „mladí senioři“ pro věk 55-74 let a „staří senioři“ pro 75 let a více.

Z lékařského hlediska je kalendářní věk velmi obecným měřítkem, daleko důležitější je věk funkční, který se s věkem kalendářním nemusí shodovat.

Kalvach (2004) uvádí, že fenotypické změny, které jsou určující pro sledování tělesných projevů, mohou být posuzovány dvojím způsobem – longitudinálně jako změny daného jedince nebo skupiny jedinců v čase, což je metodologicky náročné, ale umožňuje to hodnocení vlivu různých proměnných (např. způsobu života), anebo průřezově jako rozdíly jedinců různého věku. Tyto změny jsou zastoupeny různými faktory:

- fylogenetické změny nových a tedy mladších generací (např. větší tělesná výška)
- ontogenetické změny starších jedinců – změny involuční, změny chorobné (příznaky, projevy a důsledky chorob a úrazů)
- změny související se životním stylem (např. atrofie a hypertrofie svalové hmoty, obezita)
- vlivy psychické (vizualizace deprese či demence v držení těla)
- vlivy sociálně ekonomické a ekologické

S procesem stárnutí dochází k pozvolnému úpadku tělesných funkcí. Stáří se v počátečním období začíná projevovat různými drobnými obtížemi. K tělesným změnám dochází pozvolna a některé z nich jsou tak malé, že si jich člověk ani

nevšimne. UVědomění si funkčních změn nastává zpravidla náhle jako reakce na nějakou zátěž.

Tělesná výška se s věkem snižuje. Dochází k tomu ze dvou důvodů. Prvním důvodem je, že nová generace je dnes obecně vyšší. Druhým důvodem pro snižování výšky je komprese (stlačení) obratlů v oblasti trupu a dochází k vysychání meziobratlových plotének. Ke zmenšení postavy dochází i v důsledku zvětšujícího se zakřivení páteře (hyperlordóza a hyperkyfóza, skolióza a jejich možné kombinace) (Kalvach, 2004).

Tělesná hmotnost do 80 roku věku obvykle stoupá, pak se snižuje. Významná je změna tělesného složení. Ubývá aktivní tělesná hmota tzv. "lean body mass" a přibývá tuk a vazivo. S těmito změnami souvisí i významný úbytek vody v těle. Poměr tuku a svalové hmoty v těle je ve stáří ovlivněn zejména životním stylem, stravovacími návyky a energetickým výdejem. Se změnou ve struktuře těla dochází i ke změnám povrchu těla, který se také zmenšuje (Kalvach, 2004).

Na změnách v obličeji je stařecký fenotyp asi nejvíce patrný. Výrazné jsou kožní vrásky, kůže ztrácí svou elasticitu a ubývá podkožního tuku. Dochází k šedivění vlasů, k prodlužování ušních lalůčků, k poklesu tváří a k poklesu horního víčka. Zužují se i oči, které nejsou čiré, nýbrž zakalené. Ztrátou zubů dochází ke změně výrazu dolní části obličeje, která má mimořádně identifikační a osobnostně specifický význam. Snižuje se dolní čelist, ztenčuje se horní ret a zkracuje se vzdálenost mezi bradou a nosem (Kalvach, 2004).

Chůze starých lidí je nápadná tím, že se zkracuje a zpomaluje, protože dochází k úbytku svalové hmoty tzv. sarkopenie a tím dochází ke snižování svalové síly. Pro co nejdelší zachování svalové síly je proto ve vyšším věku tak důležitá fyzická aktivita. Postoj či držení těla jsou jiné v důsledku změn na meziobratlových ploténkách, kdy vlivem tuhnutí vaziva dochází až k nahrbení postavy či k jinému nefyziologickému zakřivení páteře (Kalvach, 2004).

Výrazné přeměny nastávají i v oblasti smyslového vnímání. U zraku dochází vlivem ontogenetických změn zejména ke snižování zrakové ostrosti – akomodace. Oční čočka není dostatečně pružná. Schopnost akomodace výrazně klesá od 40. až 45. roku věku. (Hayflick in Kalvach, 2004) uvádí presbyopii (vetchozrakost) u 42 % osob ve věku 53-65 let, 73 % u 65-74letých a 92 % u starších 75 let. Pod presbyopii můžeme také zařadit sníženou schopnost vidění za šera a zužující se periferní vidění. Mění se také refrakční schopnosti a nápadně přibývá hypermetropie – dalekozrakosti. To znamená, že starší člověk stále vidí docela dobře na dálku, ale má problémy s viděním nablízko. Tyto obtíže lze zmírnit vhodně zvolenou kompenzační pomůckou tj. brýlemi. Minimální nutná intenzita světla pro čtení je u člověka staršího šedesáti let až 3x větší než u dvacetiletého.

Kvalita sluchu se s přibývajícím věkem také mění. 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 kolem čtyřicátého roku věku. Nejvíce se projevuje sluchová ostrost ve vnímání vysokých tónů. Později se zhoršuje i slyšení ostatních tónů. Narušena je také schopnost lokalizace zvuku. Presbyakuze tj. snížená sluchová ostrost či stařecká nedoslýchavost výrazně ovlivňuje nejen vnímání hudby, ale zejména vnímání řeči. Vnímání řeči druhých lidí se pro starého člověka tak stává namáhavější a vyžaduje větší pozornost a soustředění. Syka (1999) uvádí, že je porušeno především vnímání řeči na pozadí

šumu. *Kalvach (2004)* udává všeobecný odhad, že 30 % lidí starších 75 let trpí těžkou nedoslýchavostí až ztrátou sluchu. Také nedostatky v oblasti sluchu je možné do značné míry kompenzovat vhodně zvoleným sluchadlem.

K poklesu čichu a chuti nejvýrazněji dochází u kuřáků. U čichových receptorů byly zjištěny stejné změny jak u osob ve věku 60-74 let tak ve věku 75-90 let a to v rozsahu asi 70% (*Kalvach, 2004*).

Změny v oblasti mozku jsou prokázány na úbytku váhy mozku v pozdějším věku. Od narození se váha mozku zvyšuje a svého maxima dosahuje po dvacátém roce. V této době je prokázán jeho váhový úbytek. *Kalvach (2004)* udává pokles o 100 gramů do 70 let a v dalších 10 letech o dalších 100 g. Atrofie mozku se projevuje úbytkem mozkové kůry a zvyšováním objemu mozkových komor (*Vágenerová, 2000*).

Ve stáří dochází k poklesu tělesné síly a pohybová koordinace. Zpomaluje se také rychlost a pohotovost reakcí. Pokles reakcí bývá poměrně plynulý a pozvolný. Pokud uvedené změny nemají vliv na výkon povolání, tak člověku v běžném životě příliš nevadí a dokáže se jim přizpůsobit. Akceptuje je jako přirozenou součást procesu stárnutí. S přibývajícím věkem se začínají stále častěji objevovat zdravotní potíže (viz blíže kapitola 1.6). Mnozí lidé jsou již v období senia postiženi nějakou chorobou (např. cukrovkou, vysokým krevním tlakem, artritidou tj. onemocnění kloubů). Chronická onemocnění jsou obvykle důsledkem současného životního stylu, který je často provázen nedostatkem pohybu a nevhodnými stravovacími návyky a zhoršeným životním prostředím, zejména ve městech. Drobné bolesti a únava přispívají ke zhoršení každodenního běžného komfortu.



(Foto: Lucia Nimcová)

1.5 Psychologická charakteristika stárnoucího jedince

Tělesné změny ve stáří a možné zdravotní potíže vytvářejí tlak na změnu v hodnotovém systému člověka. Stáří s sebou přináší celou řadu nových věcí např. odchod ze zaměstnání, změna sociálního statusu, ztráta životního partnera. Člověk musí přijmout skutečnost vlastního stáří a právě reakce člověka na tento fakt je u každého jiná a není možné ji dopředu odhadnout ani složitým testováním. To, jak bude člověk reagovat, jak stáří přijme, ovlivňuje celá řada různých činitelů. Významnou roli hraje rozvoj osobnosti v průběhu celé životní dráhy. Každý člověk má zcela odlišný individuální osud. Při sledování psychických procesů je velmi důležité poznat životní dráhu starého člověka, která výrazně ovlivňuje i jeho schopnost adaptovat se na stáří. Lidé, kteří uměli tzv. "držet krok" a dovedli se přizpůsobit nastalé situaci např. změně pracovního postupu, změně v rodinném soužití jsou schopni lépe přijímat i změny ve stáří. Naproti tomu lidé, kteří měli problémy se změnami v životě a trpěli špatnou adaptací, budou mít ke stáří jisté těžkosti.

Proces adaptace na stárnutí lze rozdělit do pěti strategických modelů:

"Konstruktivnost"

Člověk se smířil s faktem stárnutí a stáří, je soběstačný, realizuje přiměřené plány a cíle. Konstruktivně přistupuje k problémům stáří, bere život takový jaký je a má vysokou schopnost přizpůsobení a tolerance. Navazuje srdečné osobní vztahy s ostatními lidmi, může počítat s podporou lidí kolem sebe. Dívá se spokojeně na prožitý život, zbytečně se nestresuje tím, co se mu v životě nepovedlo, se zájmem hledí do budoucnosti. Nedošlo ke ztrátě tzv. „životního programu“.

Závislost

Tato strategie směřuje více k pasivitě a závislosti než k soběstačnosti a aktivitě. Krédem takového člověka je „necht' se ostatní postarají“. Člověk je poměrně vyrovnaný, není však ctižádostivý, rád se vzdal své práce a odešel do důchodu. V psychických a fyzických aktivitách nenachází radost a uspokojení. Rád „odpočívá“ v soukromí svého domova. Jeho vztah k ostatním lidem je směsí pasivní tolerance, podezření vůči novým známým a neochoty navazovat styky, které hrozí narušit jeho pohodlí.

Obranný postoj

Zaujímají jej lidé, kteří byli profesionálně i společensky úspěšní. Aktivně se zapojovali do činností ve společenských organizacích. Jsou soběstační, jsou na to hrdí. Často odmítají pomoc, jen aby dokázali, že nejsou závislí na druhých, že pomoc nepotřebují, že vlastně nejsou staří. „Brání“ svůj předcházející život. Nechtějí myslet na fakt stáří. K akceptaci stáří jsou donuceni teprve objektivními okolnostmi. Jak bylo uvedeno v dopise jednoho bezmála 80letého muže, který píše...“kdybych měl dobrý chrup a kdyby občas v tramvaji nevstávaly mladé ženy, aby mi udělaly místo, věřte, že bych pro práci a stálé plánování ani nevěděl, že se blíží osmdesátce. Člověk musí žít myšlenkami v budoucnu, ve stálém plánování a tvoření.“

Nepřátelství

Do této kategorie patří „rozhněvaní muži“. Již v předcházejícím životě měli sklon svalovat vinu za své neúspěchy na jiné, v jednání s lidmi byli agresivní a podezřívaví. Jsou otroky svých zvyků, neústupní v postojích a hodnocení. Žijí v ústraní a hrozí jim izolace. Dávají najevo svůj silný odpor k představě stáří, odkládali „černý den odchodu do důchodu“, pokud jen mohli. Mnohým z nich chybí schopnost realisticky a konstruktivně reagovat na problémy stáří. Nevyznají se dobře ve svých vlastních motivech jednání a postojích, hledají různé výmluvy a zdůvodnění, aby ospravedlnili své nesprávné chování. Reagují na všechno svou nevrlou mrzutostí. Závidí mladým lidem a jsou vůči nim nepřátelští.

Sebenenávist

Reprezentanti této skupiny se liší od předcházející v podstatě jen tím, že nepřátelství obracejí vůči sobě samým. Na svůj předcházející život hledí kriticky a pohrdavě. Vůbec netouží po tom, aby mohli svůj život znovu prožít. Jejich společensko-ekonomický standard se vyznačuje stálým sestupem, byli a jsou pasivní, někdy depresivní. Smiřují se sice s faktem stáří, ale nedovedou k němu zaujmout konstruktivní postoj. Jen zřídka mají koníčky, jsou nepraktičtí a rádi přehánějí svou tělesnou nebo duševní neschopnost. Ve svém pesimismu nevěří, že by jednotlivec mohl uplatňovat svůj vliv na průběh vlastního života, považují se za oběti okolností. Zanedbávají společenské styky, cítí se osamělí a zbyteční. Mají pocit, že už si dost užili života a nezávidí mladým lidem” (Pacovský, 1990, s. 41-42).

V úvodu kapitoly jsem uvedla, že adaptace člověka na stáří je zcela individuální záležitostí. I přes obrovskou rozdílnost povah a životních osudů, které můžeme mezi starými lidmi sledovat, existují některé psychické projevy, které jsou společné všem lidem vyššího věku. Říká se, že stáří karikuje povahu. Typické vlastnosti člověka se ke stáru skutečně zvýrazňují. Veřejnost, patrně v duchu konfliktně pojímaného stáří, registruje nepříjemné projevy stařecké povahy. „*Kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý. „Kdo vyhledával šarvátky a cítil se v nich jako ryba ve vodě, může být ke stáru až nesnášenlivý. Kdo byl trpělivý a klidný, jeho rozvážnost a trpělivost se ve stáří ještě umocní“ (Haškovcová, 1989, s. 86). Toto obecné pravidlo však neplatí bez výjimky.*

Ve stáří dochází také k výrazným změnám v oblasti psychických funkcí. Některé změny jsou podmíněné biologicky a jiné jsou důsledkem různých psychosociálních jevů.

Biologicky podmíněné změny mohou mít různý charakter. V první řadě se jedná o změny, které jsou projevem tzv. opotřebením organismu a lze je považovat za normální. Jedná se například o celkové zpomalení reakcí, obtíže v zapamatování, snížení tolerance ke změnám. V druhé řadě jde o změny, které byly vyvolány nějakým chorobným procesem a nelze je hodnotit pouze jako důsledek stárnutí např. problémy s pamětí v důsledku počínající demence.

Psychosociálně podmíněné změny se projevují zejména v poklesu adaptačních schopností. Tyto změny ovlivňuje zejména tzv. kohortová zkušenost. Znamená to, že lidé stejné generace získali v průběhu života stejnou sociální zkušenost, působily na ně podobné sociálně-kulturní vlivy, které ovlivňovaly jejich jednání a chování.

Ke změnám v psychické sféře může dále přispívat individuální a specifický životní styl a také očekávání a postoje společnosti, které manipulují seniory k přijetí určitých vzorů a modelů chování. Lze tedy říci, že psychické změny ve stáří obecně závisí na biologických a sociálně-kulturních aspektech. Doba, způsob a dynamika projevu těchto změn je u každého seniora zcela individuální.

„Ve stáří dochází k nerovnoměrné proměně, resp. úpadku různých dílčích schopností i celkové struktury. Změny dané stárnutím se projevují v oblasti těch procesů, které slouží k zaznamenávání, ukládání a využívání informací“ (Vágnerová, 2000, s. 451).

Vágnerová (2000) dále uvádí následující změny poznávacích procesů ve stáří:

Změny aktivační úrovně

U starších osob dochází k celkovému zpomalení v jednání. Prodlužuje se délka zpracování informací a sám fakt, že se senior musí nějak rozhodnout je stresující. Staří lidé se snáze unaví, což se rovněž projevuje snížením tempa v jednání. Tato změna v reakcích má však i své pozitivní stránky. Staří lidé se stávají rozvážnějšími a trpělivějšími než byli dřív.

Změny v oblasti orientace v prostředí

Biologicky podmíněné změny v oblasti smyslových funkcí (viz kapitola 1.3) mají za následek, že se senior musí daleko více soustředit, aby viděl a slyšel. Použití kompenzačních pomůcek může člověku pomoci, ale zároveň pomůcky mají pro své nositele stigmatizační charakter. Staří lidé se, i přes velký technický pokrok, obtížně adaptují na sluchadla. Zesílení zvuku zabírá různé šумы a to může seniora rušit a dráždit. Někteří senioři své kompenzační pomůcky obecně neradi nosí, i když jim pomáhají.

Výsledkem zátěže spojené s obtížemi ve vnímání je zvýšená únava a s ní spojené emoční reakce třeba afekt, úzkost až deprese. Problémy např. v komunikaci pak vedou k podezíravosti a vztahovačnosti. Člověk raději zůstává sám v domácím prostředí, aby se vyhnul nepříjemným situacím.

Úbytek paměťových kompetencí a obtížnost učení

Poruchy paměti jsou známým projevem stárnutí. Starší člověk takové změny už dopředu očekává. Ve stáří dochází k celkovému snížení a zpomalení ukládání (zpracovávání) informací a snižuje se i jejich vybavnost. Viewegh (1972, s. 27) uvádí: *“Staří lidé si novou látku osvojují obtížněji, data časově blízká si vybavují nesnadno, kdežto naopak na časově vzdálené události (např. z dětství) si pamatují velmi dobře“*. Úbytek kompetencí se tedy projevuje nejvíce v tzv. epizodické paměti, která zahrnuje osobní zkušenost. Senior si například nepamatuje, zda si vzal lék. Paměť sémantická, jež obsahuje obecné znalosti je trvanlivější. Informace, která je dobře zafixována, se uchová delší dobu a je možné si ji snáze vybavit.

Tošnerová (Vágnerová, 2000, s. 453) uvádí, *“že paměť funguje hůře u lidí s nižším vzděláním”*. Pokud je však paměť trénovaná, jsou její funkce narušeny mnohem méně a jsou uchovány delší dobu. Z tohoto důvodu se klade v posledních letech důraz na tzv. trénování paměti u seniorů (viz kapitola 3.).

Pokles paměťových funkcí je individuálně specifický. Závisí nejen na genetických předpokladech, ale také na aktuálním zdravotním stavu, na postojích seniora a na tom jak je senior fyzicky i duševně aktivní.

Změny intelektových funkcí

Na změny v této oblasti má vliv dosažené vzdělání, způsob života i osobnostní vlastnosti člověka. Projevují se určitě i vrozené dispozice, které byly předpokladem rozvoje intelektu v průběhu předchozího života.

Vývojově podmíněné změny nepostihují všechny složky inteligence ve stejné míře. Vrozená inteligence, kterou nazýváme též fluidní, je křehčí a ubývá rychleji. Je to ta složka inteligence, která nám umožňuje řešit nové a neznámé situace. Tvoří dispoziční základ pro další rozvoj intelektových schopností. (Holmerová, Jurašková, 2007).

Krystalická inteligence proti tomu zahrnuje okruh schopností, jejichž rozvoj závisel na podnětnosti prostředí, především na výchově a vzdělávání. Velmi často jde o verbální kompetence. Je to tedy schopnost uchovávat a používat již naučené způsoby řešení situací. Oproti fluidní inteligenci je tato daleko trvanlivější. Proto má senior tendenci využívat již zafixovaných strategií i ve vztahu k novým situacím (*tamtéž*).

Čím více se člověk naučil, tím lépe se uplatní i ve stáří. Vlivem stáří může dojít ke zpomalení výkonu, ale nemusí dojít ke zhoršení celkové kapacity. V praxi to znamená, že seniorovi trvá některá činnost déle, ale je schopen ji vykonat. I zde je velmi důležité trénovat co nejvíce udržení a rozvoj kognitivní (poznávacích) funkcí u seniorů (viz kapitola 3).

Změny v intelektové sféře mají za následek, že starý člověk obtížně chápe nové situace, i když jsou pozitivní. Hůře se učí novým věcem a má problémy s přizpůsobením se všemu novému. K tomuto faktu je třeba přihlížet při vzdělávání seniorů (viz. kapitola 1.8). Pokles schopnosti koordinovat různé kognitivní funkce způsobuje, že si staří lidé vybírají nejjednodušší variantu nebo ulpívají na jedné zafixované strategii a dávají přednost rutině a stereotypu. Zvýšená rigidita (ulpívání) a unavitelnost starých lidí se projevuje v myšlení určitou rozvláčeností a odbíháním od tématu, ale i rigidita má svou kladnou stránku. Zvyšuje stabilitu názorů a postojů seniorů.

“Jedním z typických znaků stárnutí je zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí. V důsledku toho dochází ke snížení adaptability, k narušení odolnosti proti zátěži“. (Pacovský in Vágnerová, 2000, s. 456).

Změny regulačních procesů dle Vágnerové (2000)

- Změny emočního prožívání a emoční reaktivity

Zpomalení a oslabení regulačních mechanismů má za následek labilitu v emočním prožívání. Staří lidé bývají více ovlivnitelní ve vlastním prožívání. Často u nich dochází k různým úzkostem a depresivním stavům. Může dojít ke zhoršení pozornosti, paměťových funkcí, k omezení motivace. 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.

- Změny volních procesů

Staří lidé se velmi pomalu a obtížně rozhodují. Bývají ulpívaví a někdy až tvrdohlaví. Důraz na prosazování či udržování určitého režimu slouží jako důkaz zachování vlastních kompetencí. Někdy však může být přílišná tvrdohlavost signálem úbytku soudnosti. Takový projev je možné chápat i jako neadekvátně zvolenou obrannou reakci.

Staří je charakteristické poklesem potřeby změny a naopak vzrůstá potřeba jistoty a stability. Prožívání změn, ke kterým ve stáří dochází, je spojeno větší koncentrací seniora na vlastní potřeby.

Je snížena potřeba stimulace. Větší nakupení podnětů starého člověka unavuje a dráždí. Senior je dezorientovaný a neví si s nastalou situací rady. Dále se s věkem snižuje i potřeba učení. Nové informace vyvolávají pocit ohrožení a pocit nejistoty. Stejným způsobem se mění i vztah ke společnosti. Starší člověk cítí, že nerozumí mladší generaci a tempo života mladých lidí je pro něj velmi rychlé. To má za následek posílení vazby na stejně starou generaci. Stejně staří lidé mají podobné zážitky, názory i zkušenosti. Staří lidé se vracejí do minulosti, protože prožité zážitky a vzpomínky, staré fotografie či filmy jim dodávají pocit jistoty a něčeho co znají.

S věkem dochází naopak ke zvyšování potřeby citové jistoty a bezpečí. Starší člověk se obecně cítí více ohrožen vnějšími vlivy a pojmy jistota a bezpečí nabývají na větší důležitosti. Starý člověk, který má pocit nejistoty, hledá obvykle oporu u svých nejbližších tj. u rodiny.

S věkem vzrůstá i potřeba vlastní seberealizace. Důvodem této potřeby je fakt, že člověk intenzivně vnímá úbytek vlastních schopností a potřebuje je někomu předat. Může dojít k identifikaci s jiným blízkým člověkem, většinou s dítětem nebo s vnukem. Zprostředkované uspokojení této potřeby je úspěch vlastních potomků.

Člověk má silnou potřebu otevřené budoucnosti a naděje. Tento přesah je důležitý v pokročilejším věku, protože člověk uvažuje o věcech, které jej tíží. Má obavy zejména z osamělosti, nemoci a smrti. Příchod smrti člověk přijímá jako nevyhnutelný a těší se na existenci jiných hodnot např. hodnot duchovních. Starší člověk také bilancuje svůj dosavadní život, vrací se ke svým vzpomínkám.

1.6 Nemoci spojené se stářím

K největším subjektivním obavám ve stáří, jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, patří kromě strachu ze samoty a opuštěnosti (ovdovění), také strach z onemocnění.

Tato obava je oprávněná, protože téměř každý orgán ztrácí během přibývajících let svou funkční rezervu. Pro staršího člověka je stále náročnější přizpůsobovat se měnícím se podmínkám zevního i vnitřního prostředí. Organismus seniora se stává méně odolným a tudíž je náchylnější k různým nemocem.

„Interakcí procesu stárnutí s chorobným stavem se vytvářejí různé patologické stavy, které potom charakterizují zvláštnosti chorob ve stáří“.
(Topinková, Neuwirth, 1995, s. 18).

- Polymorbidita - je ve stáří specifickým rysem. Dochází k ní buď spojením více nemocí u téhož jedince bez kauzální (příčinné) souvislosti, pak se jedná o choroby přidružené. Nebo dochází ke kauzálnímu řetězení chorob, kdy jedna vyvolává druhou. Klasickým příkladem může být zlomenina dolní končetiny, která vede k imobilizaci a může dojít až k plicní embolii. (Topinková, Neuwirth, 1995).

Zvláštnosti klinického obrazu ve stáří je charakteristické, že řada chorob probíhá odlišně než u mladších osob. Je to způsobeno jednak tím, že průběh chorobného stavu, je modifikován fyziologickými změnami stárnutí, které postihují jednotlivé orgánové systémy, jednak ztrátou funkčních rezerv a kompenzačních mechanismů.

Topinková, Neuwirth (1995) uvádějí následující zvláštnosti klinického obrazu ve stáří:

- Mikrosymptomatologie - chorobné příznaky jsou jen minimálně vyjádřené, např. chybí horečka u akutní infekce.
- Monosymptomatologie - nemoc se neprojevuje obvyklou škálou příznaků, ale jen jedním nebo několika z nich např. úbytkem hmotnosti a únavou, přičemž ostatní příznaky chybějí.
- Nespecifické příznaky - chorobný stav se projevuje jen nespecifickými příznaky. Např. počínající srdeční slabost se projeví jen únavou a nechutenstvím.
- Symptomatologie druhotného postižení - na chorobný stav zareaguje jiný než postižený orgán. Obvykle ten nejzranitelnější. Symptomy z druhotného postižení mohou způsobit zcela jiné atypické klinické obrazy.
- Zvýšená úmrtnost - všechny choroby, zvláště běžné akutní choroby např. virózy jsou provázeny zvýšeným rizikem úmrtí.

Podle Kalvacha (in Mühlpachr, Staníček, 2001) lze identifikovat, u současných seniorů, zhruba 7 hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu:

- Arterioskleróza (kornatění tepen) a její orgánové projevy:

Ischemická choroba srdeční – vede nejen k akutnímu infarktu myokardu (selhání srdečního svalu), ale způsobuje také těžké chronické poruchy mechanické srdeční činnosti se závažnou dušností (dýchacími obtížemi).

Postižení mozkových tepen – nejzávažnější jsou cévní mozkové příhody či mozkové mrtvice. V důsledku tohoto onemocnění dochází k různým ochrnutím. Obvykle se jedná o hemiparézu, což je ... *“částečné ochrnutí jedné poloviny těla či hemiplegii, kdy se jedná o úplné ochrnutí jedné poloviny těla”* (Edelsberger, 1984, s. 132) u osob, které mrtvici přežili. Cévně podmíněné jsou také poruchy svalového napětí, jež se projevují ztuhlostí nebo třesem. Jedná se o tzv. parkinsonický syndrom, který je na rozdíl od Parkinsonovy choroby způsobem nikoliv nedostatkem přenašečového působku (dopaminu) v mozku, ale chyběním cílových struktur. Poruchy funkce mozku může způsobit jedna ze dvou nejčastějších příčin chorobného úpadku duševních schopností (demence) ve stáří tzv. multiinfarktová demence (MID), neboli mozková skleróza.

Postižení tepen dolních končetin – má za následek špatný krevní oběh a může dojít až k invalidizujícím bolestem.

V současné době je možné výrazně ovlivňovat rizikové faktory arteriosklerózy a tím oddálit nebo úplně eliminovat její projevy. Mimo samotný věk jsou hlavními rizikovými faktory poruchy metabolismu tuků (především vysoká hladina cholesterolu), poruchy metabolismu cukrů (diabetes mellitus – cukrovka), vysoký krevní tlak (hypertenze). Dále je to obezita, nedostatek tělesného pohybu a kouření.

- Obstrukční choroba bronchopulmonální (rozedma plic) – její příčinou je chronický zánět průdušek obvykle v důsledku silného kouření. Dochází k úporné dušnosti obvykle až s modrofialovým zbarvením pokožky a sliznic (cyanóza) a k otokům dolních končetin. Prevencí je omezení kouření a zlepšení životního prostředí (exhalace).
- Osteoartróza - jedná se o degenerativní postižení chrupavky. Příčinou bývá jednak vrozená dispozice (nižší odolnost chrupavky), ale zejména přetěžování a drobná poranění kloubů. Závažná jsou zvláště postižení kloubů na dolních končetinách – kyčlí (koxartróza), kolen gonartróza i drobných kloubů nohou. Prevencí tohoto onemocnění je nepřetěžování kloubů, korekce ortopedických abnormalit např. vhodně upravenou ortopedickou obuví.
- Osteoporóza - vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hustoty (density) a zvýšením rizika zlomenin. Vede k typické změně postavy (snížení výšky, nahrbený postoj), dále jsou přítomné bolesti zad a dochází k obávanému zvýšenému výskytu zlomenin při pádech (tzv. krček stehenní kosti, předloktí). Toto onemocnění je časté především u žen v klimakteriu (v přechodu). Rizikem pro vznik tohoto onemocnění je „podvýživa“ způsobená zejména různými dietami, dále je nevhodný balet, gymnastika, nadměrná konzumace kávy a kouření. Účinnou prevencí je u indikovaných žen dlouhodobé dodávání estrogenů po klimakteriu, ve vlastním stáří pak dostatečný příjem vápníku a vitamínu D, dostatek vhodného tělesného pohybu.

- Alzheimerova choroba – je spolu s multiinfarktovou demencí cévního původu nejčastější příčinou demence (úpadek psychických, intelektových schopností) ve stáří. Její podstatou je vystupňovaná, často předčasná atrofie *“zmenšení normálně vyvinutého orgánu”* (Edelsberger, 1984, s. 49) mozku, spojená se zánikem mozkových buněk.

V důsledku chorobného procesu dochází k podstatnému snížení kognitivních (poznávacích) funkcí oproti původní úrovni. Mezi kognitivní funkce náleží např. intelekt, paměť, motivace exekutivní (výkonné) funkce. Toto snížení je tak zásadní, že není slučitelné s pracovními aktivitami ani s osobností postiženého. Druhotně jsou porušeny také nekognitivní funkce, jako jsou emoce, spánek nebo chování. Počet výskytu demencí rapidně vzrůstá jednak zvyšujícím se věkem obyvatelstva, jednak negativními civilizačními vlivy. *„Ve věku 60 let trpí 1-3 % populace klinicky vyjádřenou formou demence. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba“* (Holmerová, Jurašková, 2007, s. 82). Riziko stále čtenějšího výskytu dvou nejčastějších forem, tedy Alzheimerovy choroby a vaskulární demence, jeví potřebnost i akutnost intervence u této skupiny obyvatel a jejich pečujících rodinných příslušníků v plné šíři.

- Poruchy zraku – vlivem moderních chirurgických metod bylo možné značně ovlivnit postižení sítnice u diabetické retinopatie (poškození sítnice způsobené diabetem). Také se daří operativně odstraňovat šedý zákal (kataraktu), který způsobuje zakalení čočky a zelený zákal (glaukom), který je způsoben poškozením nervových vláken nitroočním tlakem. Mimo těchto očních chorob, které významně snižují kvalitu vidění, také seniory ohrožuje především degenerativní postižení žluté skvrny (makuly), místa nejostřejšího vidění. Z rozvoje těchto změn jsou na tkáňové úrovni podezírány velmi reaktivní chemické látky – volné radikály. Prevence postižení není dosud známa.
- Poruchy sluchu – do určité míry lze tyto nedostatky kompenzovat sluchadly. Je zde však obava, že příští generace seniorů bude mít častěji závažnější poruchy sluchu tj. těžkou nedoslýchavost až hluchotu. Bude to způsobeno v důsledku nadměrné expozice hluku ve středním věku a v mládí (doprava, výroba, hudební produkce tj. hlasité diskotéky, časté užívání sluchátek k reprodukci hudby přímo do ucha).

Velmi důležité je při péči o seniory tzv. hodnocení funkční zdatnosti. 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 dokážou svými výkony předčít i mladší osoby, a na druhém pólu jsou senioři odkázaní výlučně na pomoc druhých. Zdraví je vysoká hodnota individuální i sociální a jeden z faktorů kvality života. Změna věkové struktury populace zásadně ovlivňuje výskyt nemocí spojených s vyšším věkem. Pro zajištění odpovídající péče ve stáří je nutná specializovaná péče, zaměřená na potřeby seniorů. Jedná se o tzv. geriatrii a geriatricky modifikované přístupy v rámci jednotlivých specializací.

1.7 Geriatrie a gerontologie

Gerontologie

„Gerontologie je nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří. Akcent na lidskou dimenzi je symbolizován již převažujícím označením oboru, který je odvozen od řeckého gerōn (gen gerontos) – stařec, starý člověk nikoliv od gerās – stáří“ (Kalvach, 2004, s. 48).

Původně se gerontologie utvářela jako multidisciplinární souhrn poznatků různých oborů a vědních disciplín. V současnosti je obor zaměřen na specifické potřeby a zkvalitňování života různých skupin starých lidí.

Kalvach (2004) uvádí, že autorství pojmu gerontologie je připisováno nositeli Nobelovy ceny, mikrobiologovi a imunologovi I. I. Mečnikovovi (1845-1916), který jej zřejmě poprvé použil v roce 1903.

Rozlišuje se:

- „Gerontologie teoretická (empirická) – zabývá se příčinami stárnutí, koncipuje teorie stárnutí, soustřeďuje a třídí poznatky o stárnutí a stáří a provádí jejich syntézu.
- Gerontologie klinická – zabývá se starým člověkem jako jedincem a hodnotí ho komplexně a to jak ve zdraví, tak v nemoci. Ta část klinické gerontologie, která se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří, se nazývá geriatrie.
- Gerontologie sociální – se zabývá vztahy starého člověka vůbec ke společnosti jako celku.

Studium gerontologie má význam pro pochopení problematiky stárnutí populace. Toto téma se stává stále více aktuální, protože počet starých lidí stále narůstá“ (Gruberová, 1998, s. 5-6). (viz. část 1.3 Demografické trendy).

Geriatrie

Geriatrie (gerōn – starý člověk, iatriē – léčení) je samostatný lékařský vědní obor poskytující specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku. Autorství pojmu geriatrie je připisováno I. L. Nascherovi (1863-1944), který jej zřejmě poprvé použil v roce 1909. Jako ostatní vědní obory, má i tento svou bohatou historii (Kalvach, 2004).

Poznámka:

Stručně k historii světové a české geriatrie

„Skutečnost, že ve stáří probíhají nemoci jinak u mladých lidí či lidí středního věku, byla zřejmá pozorným klinikům již před mnoha lety. „K zakladatelským osobnostem patří M.W. Warnerová (189-1960). S ní jsou ve 40 letech 20. století v Británii spojeny počátky geriatrických nemocničních oddělení, geriatrického posuzování i domácí ošetrovatelské péče. První katedra geriatrie vznikla ve skotském Glasgow v roce 1965“. (Holmerová, Jurašková, 2007, s. 13). V roce 1942 vznikla Americká geriatrická společnost, která začala v roce 1953 vydávat *Jurnal of American Geriatric Society*. Vývoj oboru akceleroval v roce 1975 programem GRECC (Geriatric Research Education and Clinical Centers – Geriatrické výzkumné, vzdělávací a klinické centrum)“. (Kalvach 2004, s. 49).

„V českých zemích již v roce 1843 ohlásil profesor J. Hamerník (1810-1887) na pražské lékařské fakultě své přednášky o „nemocech pokročilého věku“ s klinickými demonstracemi.

O několik desetiletí později počínaje školním rokem 1904/1905 přednášel o chorobách stáří prof. Procházka. Ve dvacátých letech minulého století se zabýval problematikou nemocí ve stáří profesor R. Eiselt (1881-1950), který byl od roku 1926 přednostou Ústavu pro nemoci stáří v dosavadním chudobinci Sv. Bartoloměje a později založil při pražské lékařské fakultě kliniku nemocí stáří. Jednalo se o první kliniku tohoto typu ve světě a profesor R. Eiselt setrval v jejím čele do roku 1939. O další vývoj v oboru po válce usiloval B. Dusík (1886-1964) pražský profesor vnitřního lékařství. Od roku 1948 vedl jednání o založení mezinárodní vědecké společnosti, která by se věnovala problematice stáří. Je i jeho zásluhou, že Mezinárodní gerontologická asociace (IAG) byla skutečně v roce 1953 ustavena. Inicivoval také vznik gerontologické sekce při Československé internistické společnosti, která se později osamostatnila, a tak již 22. 6. 1962 vznikla samostatná Československá gerontologická společnost při Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně. Od roku 1994 platí nový název společnosti: Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP. Samostatným nástavbovým atestačním oborem se stala geriatrie v roce 1983". (Holmerová, Jurašková, 2007, s. 15).

"V užším slova smyslu jde o specializační obor (v ČR od roku 1983), který je v různých státech různě vymezován, obvykle jako obor vycházející z vnitřního lékařství. Některé tradiční obory mají své geriatrické profilace např. gerontopsychiatrie" (Kalvach, 2004, s. 49) (viz. kapitola 2).

Holmerová (Holmerová, Jurašková, 2007) uvádí následující vymezení pojmu geriatrie dle koncepce oboru geriatrie z roku 2001:

Geriatrie jako lékařský obor plní specifické úkoly léčebně preventivní, ale také integrační a metodické při vytváření uceleného systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory.

Tato metodická role je umožněna zejména propojením geriatrie, klinické gerontologie s gerontologií experimentální a sociální. Geriatrie si klade za cíl optimalizaci zdravotního a funkčního stavu seniorů, zvláště snižování chronické disability, snižování nemocnosti v pokročilém věku, odvracení ztráty soběstačnosti a vytvoření podmínek pro zachování účinnosti a účelnosti léčebných metod do nejvyššího věku. Geriatrie cílevědomě rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláštностech chorob ve stáří, rozpracovává hodnocení funkčního stavu starého člověka, rozvíjí specifický režim podporující adaptaci, rekonvalescenci a snaží se zabránit specifickým komplikacím u křehkých geriatrických pacientů (mohou to být jedinci s chronickým rizikem pádu, se zhoršenými kognitivními schopnostmi, psychickou labilitou). Zvláštní pozornost je věnována rozvoji následné a dlouhodobé péče včetně rehabilitačního ošetřovatelství.

Z výše uvedeného vyplývá, že předmětem zájmu tohoto vědního oboru je starý člověk ve zdraví, ale zejména v nemoci. Nemocný starý člověk má svá specifika a odborná geriatrická péče respektuje tyto potřeby tím, že např. používá modifikované vyšetřovací metody.

Geriatrie aktivně usiluje o úzkou spolupráci s ostatními lékařskými obory (neurologií, psychiatrií, rehabilitací a s praktickým lékařstvím), touto týmovou spoluprací dochází k tvorbě tzv. multidisciplinárních týmů, které při péči zajistí komplexní posouzení zdravotního stavu pacienta. Tato mezioborová spolupráce však vychází ze zásady,... "že každý obor má své staré a nemocné (tzv. oborová geriatrie), o něž pečuje svými specifickými prostředky". (Holmerová, Jurašková, 2007, s. 13).

Geriatrická medicína shrnuje a zobecňuje napříč všemi obory seniorskou problematiku zdravotního a funkčního stavu specifických potřeb geriatrických pacientů, zvláštnosti ve výskytu, klinickém obraze, průběhu, vyšetřování, léčení, prevenci i sociálních souvislostech chorob ve stáří (*tamtéž*).

Geriatrie se ujímá především těch starších a nemocných, u nichž dominují nespecifické projevy onemocnění, u nichž je závažná multimorbidita. Dále se zabývá těmi pacienty, kterým může gerontologický režim odvrátit možné komplikace. Geriatrie také přináší a aplikuje na české prostřední poznatky a zkušenosti ze zahraničí. Zabývá se také kvalitou poskytované péče se zvláštním zřetelem na zařízení, kde je poskytována péče dlouhodobá (*Holmerová, Jurašková, 2007*).



(Foto: Jiří Hanke)

1.8 Vzdělávání seniorské populace

Tak jako se lékařští odborníci prostřednictvím gerontologie zabývají otázkami zdraví a nemoci ve stáří, vznikla vědní disciplína, která řeší možnosti a způsoby pedagogického působení na osoby vyššího věku.

“Gerontagogika, ačkoliv se primárně zabývá staršími a starými, je sama o sobě velmi mladá. Je to relativně nova disciplína, která stále ještě prochází svým procesem legitimizace a obsahově i terminologicky se vyvíjí.” (Špatenková, 2009, č. 4).

Podle Livečky (in Špatenková, 2009) je tato věda nazývána gerontopedagogikou, Čornaničová (tamtéž) se přiklání k názvu geragogika a můžeme se setkat i s označením gerontogogika, jak uvádí Kalvach (2004). Ať už se rozhodneme ji pojmenovávat jakkoliv, je nesporné, že v souvislosti se změnou demografické struktury obyvatelstva a prosazováním konceptu zdravého stárnutí, získává a bude získávat další vzdělávání seniorů na důležitosti.

Gerontagogika²

„Gerontagogiku můžeme vymezit jako hraniční vědní disciplínu na pomezí andragogiky (jako vědy o výchově, vzdělávání a péči o dospělé) a gerontology (jako vědy o procesech stárnutí člověka zabývající se somatickými a psychickými aspekty stárnutí a stáří). Kromě andragogiky a gerontology se gerontagogika významně opírá o poznatky z jiných věd, především psychologie, sociologie, demografie, ekonomie, lékařských věd, filozofie a práva“. (Špatenková, 2009, s. 4).

Čornaničová zahrnuje gerontagogiku do systému věd o výchově a v jejich rámci ji považuje za andragogickou disciplínu. Cílem gerontagogiky je zejména seniorská edukace. Dále zahrnuje preseniorskou edukaci, zejména přípravu na stáří a konečně proseniorskou edukaci, která zahrnuje společenskou podporu stáří (tamtéž).

Je zřejmé, že to, zda se starší člověk zapojí do systému dalšího vzdělávání, ovlivňuje řada faktorů. Hlavním z nich je zdravotní stav a sním související fyzická a psychická výkonnost, dále životní status, předchozí vzdělání, rodinná situace atd. Pro zajištění kvality života ve stáří je důležitým kritériem různorodost potřeb a možnost si tyto potřeby naplnit. Pokud se člověk cítí zdravý a odejde do důchodu, může dojít ke ztrátě aktivity a s tím spojené ztrátě sociálních kontaktů.

Haškovcová (1989) v souvislosti s odchodem „na zasloužený odpočinek“ hovoří o tzv. druhém životním programu. Tento program však v životě starého člověka chybí. Starší lidé už nepatří k zaměstnaným a s ohledem na současné pojetí stáří vytvářejí určitou subkulturu. Je nutné pro tuto skupinu osob zajistit nějakou náhradu za činnost, kterou bylo dříve zaměstnání. Tato náhrada či druhý životní program by měl být smysluplný, dostupný a řešený s ohledem na specifika cílové skupiny. Měl by člověku přinášet alespoň částečný pocit uspokojení ze seberealizace.

² Dle Špatenkové (2009, s. 4) je termín *Gerontagogika* vytvořen podle vzoru *Pedagogika*, resp. *Andragogika* (z řec. gerón-stařec a agón-vedení).

Zde si myslím je prostor pro další vzdělávání pro ty, kteří mají o tuto aktivitu zájem. „*Výzkumy potvrzují, že vzdělávací aktivity v postproduktivním věku přispívají k pocitu důstojnosti a životního uspokojení*“ (Mühlbacher in Staníček, 2001, s. 28).

Dle Kalvacha (2004) však učení a vzdělávání ve vyšším věku, ale plní i další úkoly:

- Uspokojuje základní potřebu člověka poznávat nové věci
- Je důležité pro zachování sociálních rolí, také poznávání nových technologií
- Skupinové formy vzdělávání přináší kontakt s novými lidmi a je prevencí sociální izolace a vzniku deprese
- Významná je i role vzdělávání při rozvoji nové identity seniora např. po ovdovění, penzionování
- Nejvýznamnějším faktorem pozitivního vlivu vzdělávání je stimulace psychické aktivity a výkonnosti při procesu vzdělávání, což brání duševnímu úpadku pramenícího z nečinnosti
- Získané zkušenosti lze využít v běžném životě třeba k posílení mezigenerační solidarity (význam zvládnutí počítačových technologií pro komunikaci generace seniorů s jejich vnuky)

Obecně lze říci, že vzdělávací funkce mohou být preventivní, anticipační, rehabilitační a posilovací.

Preventivní funkce je naplňována opatřeními, která pozitivně ovlivňují stáří a stárnutí. Anticipační funkce je důležitá pro snazší adaptaci na změny v životě seniora např. ovdovění. Rehabilitační funkce úzce souvisí s udržováním a rozvíjením psychických a fyzických sil a jako příprava na realizaci nových činností. Poslední funkce je funkce posilovací či stimulační, která přispívá k rozvoji zájmů, potřeb a schopností lidí v postproduktivním věku. (Mühlbacher, in Staníček, 2001).

Senioři, kteří chtějí být aktivní, chtějí se něco naučit a poznat se s novými lidmi stejné či o něco mladší generace, si mohou vybrat z pestré nabídky různých forem vzdělávání. Dle Mühlbachera a Staníčka (2001) jde zejména o Lidové univerzity, Kluby aktivního stáří, Akademie třetího věku a Univerzity třetího věku:

- Lidové univerzity - představují specifickou podobu vzdělávání v postproduktivním věku, která se osvědčila zejména ve skandinávských a německy mluvících zemích. Starší člověk, který má zájem o studium, absolvuje vzdělávací program spolu s mladými posluchači. Pozitivní je zejména ovlivňování a sblížování dvou generací.
- Akademie třetího věku a kluby aktivního stáří – mají v našich podmínkách poměrně dobrou tradici. Obě tyto formy uspokojují vzdělávací potřeby seniorů zejména v těch regionech, kde nejsou vysoké školy. Akademie třetího věku (Akademie volného času) jsou provozovány pod záštitou různých organizací např. Český červený kříž

či institucí Akademie J. A. Komenského, Domy kultury apod. Jejich specifikem je přístupnost výkladu a přizpůsobení tematických bloků místním potřebám a zájmu posluchačů.

Kluby aktivního stáří mají podobné poslání s tím rozdílem, že jsou méně formální a jsou zaměřené na uspokojování zájmů seniorů a rozvíjení potřeb vzájemného kontaktu.

- Univerzity třetího věku – jsou nejvíce formálním a nejnáročnějším způsobem vzdělávání. Jedná se o oficiálně uznané instituce, které umožňují seniorům vysokoškolské studium různých oborů. Jako lektori zde působí vysokoškolští učitelé a posluchači mají obvykle statut mimořádných studentů. Univerzity třetího věku buď probíhají formou přednášek pro větší počet posluchačů, nebo aktivněji v podobě seminářů, v menších skupinách kolem 20 posluchačů, kteří mají možnost aktivně spoluvytvářet průběh vzdělávacího procesu svými příspěvky.

Název Univerzita třetího věku (U3V) poprvé použil, v roce 1975, profesor Pierre Vellas na ženevské univerzitě.

V České republice je 26 veřejných vysokých škol, které umožňují vzdělávání osob vyššího věku. Vznikla také Asociace univerzit třetího věku (AU3V). Úlohou AU3V je koordinovat kurzy a studijní programy na jednotlivých U3V, zprostředkovat informace a výměnu zkušeností s cílem přispět ke zvýšení kvality života seniorských studentů. AU3V také garantuje úroveň poskytovaných kurzů. Díky Asociaci je jasně deklarováno jaké parametry musí vzdělávací program mít. *„Česká vláda poskytuje významnou finanční podporu na tuto činnost prostřednictvím Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, je to ročně kolem 28 milionů korun“ (Vavřín, 2009, s. 12).*

V předchozích letech bylo vzdělávání seniorů založeno spíše na bázi zájmové činnosti sloužící k vyplnění volného času. Je třeba uvést, že podle platného vysokoškolského zákona není možné potvrzení o ukončení U3V použít jako doklad o zvýšení kvalifikace a ke zvýšení šancí k uplatnění se na trhu práce ve vyšším věku.

V poslední době se dostávají do popředí zájmu také ekonomické aspekty vzdělávání. *„Stále větší důležitost získává i další profesní (kvalifikační a rekvalifikační) vzdělávání starších osob. Především v důsledku stárnutí populace a následného úbytku ekonomicky aktivních osob bude pro společnost životně důležité, aby se jí podařilo integrovat seniory do pracovní sféry např. zvyšováním věku odchodu do důchodu, prosazováním snížení pracovních úvazků.“ (Šerák, 2009, č. 8).*

V zahraničí je např. stále častější tzv. mentoring, kdy manažeři a specialisté po dosažení důchodového věku přecházejí z pozic výkonných na poradenské pozice a poskytují své rady a pracovní zkušenosti mladším kolegům.

Stále častěji se budeme setkávat s osobami v důchodovém věku, které budou alespoň částečně ekonomicky aktivní. Jako takový bude muset senior získávat stále nové a nové zkušenosti v procesu celoživotního vzdělávání, zejména v oblasti nových informačních technologií. Vzdělávání v seniorském věku bude stále více směřovat k aktivnímu udržení na trhu práce.

2. Služby poskytované seniorům v České republice

„Měřítkem společnosti je úroveň její péče o nejslabší občany.“ (John F. Kennedy)

Naše společnost se snaží, stejně jako ostatní evropské země, vytvořit nejlepší možné podmínky pro poskytování sociálních a zdravotních služeb tak, aby všechny služby a produkty vyhovovaly i potřebám, omezením a preferencím starších lidí.

Tento cíl byl možná jedním z důvodů, proč si vláda ve svém programovém prohlášení stanovila za jednu ze svých priorit věnovat zvýšenou pozornost kvalitě života ve stáří.

Jako nástroj k naplnění svého úkolu vláda přijala svým Usnesením č. 8 ze dne 9. ledna 2008 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012.

„Tento program stanovuje základní předpoklady pro to, abychom vytvořili podpůrné, integrující prostředí pro sebe i druhé. Jeho cílem je podpořit solidaritu a soudržnost mezi generacemi a zájem o situaci, těžkosti a preference starších lidí v České republice“ (Národní program přípravy na stárnutí na období, 2008, s. 11).

Strategické oblasti a priority, které je žádoucí prosazovat horizontálně napříč sektory, na všech úrovních veřejné správy, jsou zejména: Aktivní stárnutí, Prostor pro komunitu vstřícná ke stáří, Zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, Podpora rodiny a pečovatelská služba, Podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv (*tamtéž*).

Zmíněný dokument se zabývá také žádoucími změnami v poskytování zdravotních a sociálních služeb. Služby by měly být kvalitnější a flexibilnější a musí vyhovovat všem, bez ohledu na jejich zdravotní stav a omezení spojená s věkem. Jedním z hlavních cílů veškerých zdravotně – sociálních služeb pro seniory je co nejdříve zachování zdraví, soběstačnosti a i při zhoršení zdravotního stavu, co nejdříve možné setrvání v přirozeném sociálním prostředí seniora. Uvedený cíl však předpokládá, že systém služeb seniorům na sebe bude navazovat a tyto budou vytvářeny tzv. „na míru“, dle aktuálních potřeb daného jedince a jeho rodiny.

V 80 letech 20. století byly na evropské úrovni diskutovány zásady přístupu k osobám s ohroženou či ztracenou soběstačností (*Kalvach, 2004*).

Žádoucí změny byly shrnuty do čtyř bodů:

- **Demedicinalizace** - zvláště u chronicky a dlouhodobě nemocných osob je třeba usilovat o to, aby aspekty léčby byly podřízeny kvalitě lidského života. Znamená to, že je třeba usilovat o zachování či obnovení sociální role, tak aby bylo zabezpečeno nejen kvalitní ošetření, ale také zachována důstojnost, seberealizace a participace (účast). Ústavní dlouhodobá péče by měla usilovat o zachování civilního prostředí i způsobu života včetně civilního oblečení pacientů.
- **Deinstitucionalizace** - těžiště péče a služeb by mělo být v komunitních a terénních službách, které jsou poskytovány v domácím prostředí. Úprava domácího prostředí, tj. zajištění jeho vhodnosti a bezbariérovosti s použitím vhodných kompenzačních pomůcek, má přednost před ústavním zařízením. Tyto podmínky jsou v některých zemích např. ve Švédsku, zakotveny přímo v legislativě. V ústavním prostředí (Léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory, ošetrovatelská centra) je třeba usilovat o vytvoření podnětného a

harmonického prostředí, které stimuluje aktivitu a předchází smyslové a sociální deprivaci. V řadě zemí a i v České republice je patrný odklon od velkých ústavů směrem k menším komunitním zařízením.

- Desektorializace - v zájmu komplexnosti a kvality péče je třeba usilovat o prolomení tradičních bariér, které jsou stále patrné jak v sektoru zdravotnickém, tak v sektoru sociálním, mezi službami ambulantními a ústavními, mezi péčí profesionální a laickou. S tím souvisí změna kompetencí a zodpovědností tradičních odborností.
- Deprofesionalizace - je žádoucí posilovat účast laických pečujících, tj. úzkou spoluprací s rodinou a podpora neformálních pečovatелů, včetně práce dobrovolníků a sousedské angažovanosti. Odborníci v ošetrovatelství a rehabilitaci by měli přijmout mimo své profesní role také roli instruktorů a supervizorů. Součástí podpory rodinám je bezesporu nejen péče terénní, ta, která je poskytována ve stacionářích, ale zejména péče úlevová (respitní). Tyto služby pomáhají zajistit tolik nezbytný oddech pečovatелů z kruhu rodiny.

I přes výše uvedený celosvětový trend, kterým je stále těsnější provázanost těchto služeb, zejména u seniorské populace si zdravotní a sociální služby, pro lepší názornost, uvedeme odděleně. Dostupné služby pro seniory můžeme tedy rozdělit následovně:

2.1 Zdravotní služby

Ambulantní

- Primární zdravotní péče – „Základem je péče, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé. Péči praktického lékaře vyhledává většina, až 80% starých osob. Praktický lékař stanovuje diagnózu, doporučuje léčbu a odbornou péči. Zná své nemocné dlouhou dobu, zná jejich zdravotní i sociální problémy. Může tak předejít vzniku nesoběstačnosti a závislosti i snížit potřebu další specializované péče. Praktický lékař musí v péči o staré osoby spolupracovat se všemi složkami primární péče – s rodinou, domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou, s pracovníky komunity, charitou a jinými neziskovými organizacemi“ (Kalvach, 2004, s. 471).
- Specializovaná ambulantní odborná péče – seniorští klienti nad 60 let věku čerpají odbornou ambulantní péči ve značné míře. Jedná se zejména o obory vnitřního lékařství, jako jsou urologie, oční, neurologie a další.
- Domácí zdravotní péče – neboli „home care“ je poskytována klientovi na doporučení praktického lékaře, odborného nebo ústavního lékaře v místě bydliště. Tato péče je hrazena ze zdravotního pojištění v rozsahu 3x týdně po jedné hodině. Nadstandardní služby jsou hrazeny podle posudku ošetřujícího lékaře pacienta (Kalvach, 2004).

Domácí péči poskytují agentury zřizované státní správou, zdravotnickými zařízeními, privátními lékaři i humanitárními organizacemi. Domácí péči poskytuje víceoborový tým pracovníků, který je složený ze zkušených pracovníků s dlouhodobou praxí (tvoří jej lékaři, sestry, rehabilitační pracovníci, psychologové, logopedové, sociální pracovníci a další), do

péče jsou samozřejmě zapojeni i rodinní příslušníci. Tento tým koordinují agentury domácí péče, které mají svůj dispečink i manažera péče, který odpovídá za kvalitu a dostupnost domácí péče. Cílem péče je zajištění péče o nemocné v domácím prostředí po propuštění z nemocnice i dlouhodobé péče o chronicky nemocné. Tato péče by měla přispívat ke snížení opakované nutnosti hospitalizace a oddálení institucionální péče (*tamtéž*).

Pro indikaci domácí služby lékařem je nutný stabilizovaný stav pacienta (senior), vhodné domácí prostředí, které umožňuje poskytování domácí péče a předpoklad zajištění dalšího pečovatele, který pomůže s péčí o částečně závislého seniora během dne např. rodinný příslušník či soused.

K typickým úkonům, které patří do domácí péče, je ošetřování chronických ran (bércové vředy, dekubity). V rámci domácí péče je možné poskytovat v omezené míře i rehabilitační služby a pro pečující rodinné příslušníky je významná možnost zapůjčení rehabilitačních a kompenzačních pomůcek např. polohovacích lůžek, chodítek, francouzských holí apod. (*Kalvach, 2004*).

Dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (*dostupné na http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100, [cit. 5. března 2009]*) ke konci roku 2008 poskytovalo v České republice domácí zdravotní péči 437 pracovišť. Služby domácí péče zajišťovalo přibližně 3 tisíce pracovníků. Služby využilo celkem 137 tisíc klientů, z nichž 78% bylo ve věku 65 let. Výše uvedené informace potvrzují, že domácí péče hraje u seniorských klientů důležitou roli. Nesporným kladem je, že poskytování domácí péče napomáhá udržet a posilovat nezávislost seniora v jeho přirozeném prostředí.

Příklad:

Agentura domácí péče Geria s.r.o.

Adresa: Kartouzská 6, 150 00 Praha 5

Platba: domácí péče je hrazena pojišťovnou, služby navíc si platí klient

Web:<http://www.geria.cz>

Popis služeb:

Péče o klienty z celé Prahy. Služby odborné zdravotní, rehabilitační, pečovatelské, půjčovna kompenzačních a rehabilitačních pomůcek.

Ústavní – institucionální

Nemocniční péče je dle povahy nemoci poskytována diferencovaně. Průměrná doba akutní hospitalizace je dle *Kalvacha (2004)* u osob na 60 let věku v průměru 21 dní. Nejčastější příčinou hospitalizace u starších osob jsou nemoci kardiovaskulární, respirační a kožní. Pokud nastanou okolnosti, že se pacient na doléčení nemůže vrátit do domácího prostředí (např. z důvodu ošetřovatelské náročnosti, žije sám), bývá z akutního lůžka přeložen do léčebny dlouhodobě nemocných.

- Léčebny pro dlouhodobě nemocné – tato zařízení (dále je LDN) poskytují převážně ošetřovatelskou a rehabilitační péči, zejména lidem ve vyšším věku s chronickým onemocněním, jejichž zdravotní stav je

stabilizovaný. Péče je hrazena ze zdravotního pojištění. V zařízeních následné péče bývá až na výjimky doba pobytu omezena na tři měsíce.

LDN je určena pro nemocné, kteří v důsledku nesoběstačnosti a značné míry ošetrovatelské náročnosti nemohou být ošetřováni v domácím prostředí (ani v domově pro seniory) a u nichž nelze předpokládat podstatné zlepšení jejich zdravotního stavu v době kratší než tři měsíce. (Kalvach, 2004).

Pobyt v nemocničním zařízení představuje psychickou zátěž asi pro každého člověka, tím spíše je pobyt v nemocnici rizikem pro pacienty vyššího věku. Starší člověk bývá vytržen ze svého přirozeného prostředí, ze svých sociálních rolí a musí se adaptovat na roli pacienta. Pokud má takový člověk ještě závažné zdravotní problémy, může se reakce na psychickou zátěž projevovat různě např. stavy zmatenosti. Závažná bývají také zranění, která jsou způsobena např. pády, zejména u seniorů s poruchou pohyblivosti, stability, komunikace a smyslového vnímání.

Vzhledem k tomu, že personálu v zařízení bývá nedostatek a je přetížen, nemohou se zaměstnanci pacientům věnovat, tak jak by bylo třeba. Při dlouhodobějším pobytu v zařízeních následné péče, jako je LDN může starší člověk trpět nedostatkem komunikačních a smyslových podnětů, což může vést až k psychické deprivaci.

V rámci předcházení deprivace je vhodné, aby byl starší člověk co nejčastěji navštěvován ať už rodinnými příslušníky či dobrovolníky.

V České republice bylo dle statistiky ÚZIS (dostupné na http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100, [cit. 5. března 2009]) v roce 2008 70 léčených dlouhodobě nemocných. Ošetrovatelská péče je mimo to dále poskytována v nemocnicích následné péče a na odděleních následné péče v nemocnicích tj. celkem na 196 pracovištích. Zřizovatelem těchto zařízení může být stát, nebo soukromé osoby.

Příklad:

Sociálně ošetrovatelské zařízení

Adresa: Gercenova 911/12, 101 00 Praha 10

Kapacita: 45 míst

Platba: cca 8.000,- Kč

Web: <http://www.csop10.cz>

Popis služeb:

Pobyty pro klienty z Prahy 10 na 6 měsíců s možností prodloužení o dalších 6 měsíců. Pokud nejsou místa obsazena, přijímají se i klienti odjinud, ale pouze na 1 měsíc. Je poskytována rehabilitace, ergoterapie.

- Geriatrická nemocniční oddělení – jsou určena pro tu skupinu pacientů, jejichž charakteristikou není dlouhodobá nesoběstačnost, jako je tomu u pacientů, kteří jsou v LDN, ale křehkost a ohroženost. Oddělení jsou lůžková a bývají umístěna v areálu nemocnic nyní také jako součást LDN. Toto umístění plyne z potřeby využít znalostí odborníků z různých oborů, protože pacienti na těchto odděleních vyžadují interdisciplinární přístup. Také tým odborníků, který se stará o tyto křehké pacienty, převážně vysokého věku je složen z lékařů geriatrů, psychiatrů,

odborníků na ošetřovatelství, logopedů, sociálních pracovníků a dalších. Podstatnou součástí pobytu pacienta je komplexní geriatrické hodnocení, na základě kterého je vytvořen tzv. léčebně – rehabilitační a ošetřovatelský plán. (Kalvach, 2004).

- Gerontopsychiatrická oddělení - jsou součástí psychiatrických léčebe. Péče na těchto odděleních je dlouhodobá s malou nadějí na návrat pacienta do domácího ošetření. Klienty těchto oddělení mohou být osoby, které trpí pokročilými stádii onemocnění, zvláště pokud se jedná o závažné poruchy chování spojené s motorickým neklidem, blouděním apod.
- Paliativní péče – přístup, který zlepšuje kvalitu života těch pacientů a jejich rodin, kteří řeší problémy související s onemocněním ohrožujícím život. Jde o prevenci a mírnění utrpení, zejména léčbou bolesti a ostatních tělesných problémů, tlumení úzkosti, deprese s ohledem na psychosociální a spirituální (duchovní) potřeby pacienta. Paliativní péče smrt ničím neurychluje ani neoddaluje, mírní bolest a jiné symptomy a snaží se zachovat kvalitu života pacienta. Celá problematika spojená s terminálním (nevléčitelným onemocněním) je psychologicky mimořádně náročná jak pro pacienty, tak pro jejich blízké i pro zdravotnický personál.

Paliativní péče by měla být poskytována v místě a čase tak, aby odpovídala potřebám pacienta a jeho rodiny, např. pokud pacient trpí onkologickým onemocněním, či jiným onemocněním, které je provázáno bolestmi. V České republice se paliativní péče poskytuje nejčastěji v hospici. Hospic je jednou z několika možných forem, kde se poskytuje paliativní péče a léčba bolesti. Je to specializované lůžkové zařízení, kde je poskytována odborná péče. Pro pacienty v terminálním stádiu života se v hospicích snaží vytvořit co nejpřirozenější civilní, přátelské a pohodlné prostředí. Samozřejmostí je přítomnost příbuzného na pokoji pacienta po celou dobu jeho pobytu.

Ve světě se stále více prosazuje domácí hospicová péče, která umožňuje lidem co nejdelší pobyt v domácím prostředí. Mobilní hospic, který tvoří tým lidí poskytujících odbornou péči tj. lékař, ošetřovatelka, psycholog, duchovní aj., se snaží v co největší míře pomoci pacientovi zejména při tišení bolesti a ve spolupráci s rodinou zajistit, aby kvalita jeho života i v posledních dnech byla co možná nejlepší. Paliativní péče zahrnuje jako svou integrální část i podporu ošetřujících osob a péči o ně. Zaměstnanci hospice se snaží pomoci rodině připravit se na odchod jejich blízkého a poskytují podporu i ve fázi truchlení (Kalvach, 2004).

V České republice je dnes 13 samostatných hospiců, z nichž nejznámější je hospic v Červeném Kostelci a v Rajhradě u Brna (dostupné na <http://hospice.cz> [cit. 25. března 2009]).

V Praze jsou v současné době dvě hospicová zařízení, jejichž kapacita nemůže pokrýt poptávku po těchto službách.

Příklad:

Cesta domů

Adresa: Bubenská 3, 170 00 Praha 7

Kapacita: 15 míst

Platba: služby jsou zdarma

Web: <http://www.cestadomu.cz>

Popis služeb:

Domácí hospic Cesta domů se snaží o to, aby těžce nemocný člen rodiny mohl zůstat v důvěrně známém prostředí domova, netrpěl zbytečnými bolestmi a konec života mohl prožít uprostřed svých blízkých. Klienty jsou pacienti z celé Prahy.

Hospic Štrasburk

Adresa: Bohnická 12, 180 00 Praha 8

Kapacita: 25 míst

Platba: 300,- Kč/den

Web: http://hospice.cz/hospice1/org_info.php?id=6

Popis služeb:

Hospic nabízí pokoje s přistýlkou pro člena rodiny, je zejména určen pro onkologická onemocnění.

Do budoucna se předpokládá vznik obdobně fungujících paliativních oddělení v rámci jednotlivých nemocnic či LDN.

Ke specifikům stáří patří, že část křehkých a nezdatných geriatrických pacientů, kteří jsou např. v dlouhodobé ústavní péči, nespěje bezprostředně ke smrti, ale po různé dlouhou dobu žije v jejím riziku (Kalvach, 2004). U těchto pacientů nejde o pravý hospicový režim, ale je nutné zajistit důstojnost a kvalitu dlouhodobé péče.

Respektování lidské důstojnosti klientů, zejména v institucionálních zařízeních, je stále diskutovanějším tématem. Tuto problematiku považuji za velmi důležitou a to zejména v péči o staré lidi, protože právě senioři jsou v tomto směru jedna z nejzranitelnějších společenských skupin. Tato problematika jde nejen napříč celým spektrem poskytovaných služeb, ale zasahuje také každého uživatele péče. Z tohoto důvodu by poskytovatelé služeb měli dbát na to, aby se příjemci péče cítili co možná nejlépe. Profesionálové v přímé péči by měli ochraňovat a zachovávat důstojnost příjemce péče, v každé situaci.

Z právního hlediska je důstojnost zajištěna Ústavou České republiky, jejíž součástí je Listina základních práv a svobod. Článek 1.) říká: "*Lidé jsou si rovni v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné*" (dostupné na [http://www.mvcr.cz / Ústava České republiky č.1/1993.Sb.](http://www.mvcr.cz/Ústava%20České%20republiky%20č.1/1993.Sb.) [cit. 25. března 2009]).

Bohužel dochází i k tomu, že pracovníci v přímé péči se někdy nechovají ke svým klientům tak, jak je žádoucí. Je to často způsobeno nedostatkem základních znalostí v komunikaci se seniorem, velkým množstvím náročných pracovních povinností a stále častěji profesním vyhořením pracovníka. Klient, který vstupuje do systému péče však a priori očekává, že při pobytu v zařízení bude jeho lidská důstojnost respektována.

Nerespektování důstojnosti v péči o seniory

Nedostatek respektu při individuální péči může mít mnoho podob a může se lišit od osoby k osobě. Může mít např. podle SCIE (Social Care Institute for Excellence – instituce zabývající se úrovní poskytování sociálních služeb ve Velké Británii) následující podoby:

- *“pocit zanedbávání nebo ignorování během poskytování péče*
- *poskytování péče nebo služeb beze slova nebo nepříjemně*
- *být ošetřován více jako objekt než jako skutečná osoba*
- *pocit, že není respektováno soukromí během poskytování intimní péče, např. poskytování hygienické péče na lůžku místo odvezení do koupelny*
- *jíst lžící nebo rukama místo moci použít vidličku a nůž*
- *obecně být ošetřován ve spěchu a nebýt vyslyšen” (dostupné na <http://www.scie.org.uk> [cit. 25. března 2009]).*

Podle studie Důstojnost a starší Evropané (Holmerová, 2003) může mít nerespektování lidské důstojnosti také tyto projevy:

- přezíravost
- projevy slovní nebo fyzické hrubosti
- nevšímavost a projevy lhostejnosti
- přivádění lidí do situací, kdy si připadají směšně
- zacházení s lidmi jako s věcmi
- zabývání se pouze materiální stránkou péče
- nerespektování studu a soukromí
- nezaklepání na dveře před vstupem do místnosti
- nesdělování člověku, o kterého pečujeme, co se bude dít
- nezdvořilé vyjadřování, neformální oslovení
- hovor o někom v jeho přítomnosti, jako by tam nebyl
- provádění ošetřovatelských výkonů bez souhlasu
- neposkytnutí prostoru pro rozhovor
- lhaní nebo podvádění
- neúcta ke smrti

Zanedbávání někdy probíhá tak nenápadně, že si ho ani blízké osoby nemusí povšimnout. Pokud však dochází k opakování nevhodného zacházení, které poškozují seniory nebo jim způsobuje utrpení, k němuž dochází v jakémkoli vztahu, kde je předpokládána důvěra, hovoříme o zneužívání.

Rozlišujeme:

- Fyzické týrání – způsobení fyzické bolesti nebo i zranění, fyzický nátlak
- Psychické týrání – vyvolává duševní úzkost. Zahrnuje např. urážky, ponižování, zastrašování
- Sexuální zneužívání – zahrnuje pokus o znásilnění, sexuální akty bez souhlasu osoby nebo pod nátlakem
- Finanční a materiální zneužívání – nečestné nebo nezákonné používání prostředků a zdrojů. Zahrnuje krádež, podvod, vykořisťování
- Diskriminace - zahrnuje rasismus, sexismus, diskriminaci osob s postižením, ageismus – diskriminace z důvodu věku
- Zanedbávání a opomenutí – zahrnuje ignorování fyzických a psychických potřeb, neposkytování vhodné zdravotní a sociální péče nebo informací, nepodávání léků, adekvátní stravy a nezajištění tepla (Holmerová, 2003).

Pokud má někdo s personálu či rodinných příslušníků podezření na nevhodné zacházení, je třeba informovat nadřízené zařízení, kde se pacient nachází. V případě ublížení na zdraví je třeba podat trestní oznámení, což je zákonná povinnost, kterou má každý občan České republiky.

Kroky vedoucí k zajištění lidské důstojnosti

Doporučení SCIE k zajišťování lidské důstojnosti zahrnuje tyto oblasti:

- Respekt – tento pojem zahrnuje vážnost či úctu. V přímé péči je potřeba zajistit, aby poskytování péče s respektem k člověku bylo součástí vzdělávání všech pracovníků poskytujících péči. Dále je třeba zajistit, aby samotná péče byla orientována na osobu, nikoliv na službu nebo úkol. Podporovat reminiscenční terapii (terapie ohlednutím se do minulosti) u osob s demencí, která může podporovat udržení jejich osobní identity. V možné míře zapojit klienty do plánování péče a respektovat jejich názory a přání.
- Mezilidská komunikace – zahrnuje mnoho složek od adekvátního oslovení (dle přání klienta např. paní Nováková, paní doktoro...) přes naslouchání k předávání informací. Zajistit, aby lidé dostali všechny nezbytné informace v přiměřené formě a na přiměřené úrovni. Při komunikaci je velmi důležité, aby byl personál vyškolen, jak správně komunikovat s osobami s fyzickým handicapem, se smyslovým postižením či s osobami s demencí.
- Sociální inkluze (začlenění) – je hlavně u starších osob nesmírně důležitá z hlediska kvality jejich života a jejich nezávislosti. Staří lidé často přicházejí při pobytu v rezidenčních zařízeních o své přirozené sociální vazby, protože bývají odloučeni od rodiny a od svých blízkých. Uvolněním těchto vazeb dochází k poklesu aktivity a starší člověk často nabývá dojmu, že není potřebný pro své okolí. Při sociální inkluzi se osvědčilo využití práce dobrovolníků, zejména v zařízeních dlouhodobé

péče. Vztah, který si pacient se „svým dobrovolníkem“ vytvoří, bývá přínosný pro obě strany.

- Autonomie – je klíčový faktor, který zahrnuje důstojnost. Dle slovníku cizích slov autonomie znamená „svébytnost, nezávislost, samostatnost“ (Klimeš, 1981, s. 48). V přeneseném slova smyslu autonomie znamená svobodu rozhodování, rozhodování o sobě samém. Autonomie bývá ohrožena v těch případech, kdy lidé potřebují pomoc druhé osoby v uspokojování základních fyzických potřeb např. při osobní hygieně. K ohrožení autonomie člověka může dojít zejména během pobytu v nemocnici nebo při užívání rezidenčních služeb.
- Soukromí – veškeré péče by měla být poskytována diskrétně, tak aby nebyla pro uživatele pokořující a neuváděla jej do rozpaků. Diskrétnost by měla být zachována i v souvislosti s osobními informacemi. Soukromé rozhovory s uživateli péče a s jejich rodinnými příslušníky by se měly odehrávat ve zvláštních místnostech nikoliv na recepcích či na chodbách (dostupné na <http://www.scie.org.uk/> [cit. 25. března 2009]).

Pohled různých generací na problematiku důstojnosti se liší. Důstojnost jako morální kategorie je ovlivněna výchovou, prostředím a vlastními zkušenostmi. Při poskytování péče je důležité snažit se především pochopit potřeby pacienta, o kterého je pečováno. Vnímat jej ne jako nepřítele, oběť či protivníka, ale jako partnera v komunikaci. Jako rovnocenný partner má svou hodnotu, názory a stejně jako všichni ostatní má své slabé a silné stránky. Úspěšná komunikace je důležitým aspektem v procesu léčení i v procesu uzdravování.



(Foto: Daniel Šperl)

2.2 Sociální služby

Sociální služby jsou v České republice poskytovány podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon stanovuje podmínky, za kterých jsou poskytovány sociální služby, těm, kteří potřebují pomoci. Poskytování sociálních služeb se týká zejména zajištění stravování, ubytování, pomoci při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktů se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Výše uvedené služby mají za cíl podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele. Napomáhají k návratu člověka do vlastního domácího prostředí a k obnovení původního životního stylu. Pokud se osoba nemůže vrátit do svého přirozeného prostředí a stává se součástí komunity v rezidenčním zařízení (v instituci), pak se poskytování služeb zaměřuje na to, aby i v této situaci byla zachována co nejlepší kvalita života.

Poskytovateli sociálních služeb jsou: Ministerstvo práce a sociálních věcí a jím řízené organizační složky státu. Územní samosprávné celky, jako jsou krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, okresní správy sociálního zabezpečení (Kalvach, 2004).

Obce a kraje by měly vytvořit vhodné podmínky pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení. Kraje mohou sami zřizovat různé organizace poskytující služby např. nestátní neziskové organizace. Služby mohou poskytovat i fyzické osoby.

V zákoně o sociálních službách je uvedeno: „*Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace*“ (Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, část 3, Hlava I, díl 2 – Sociální poradenství, § 37, s. 17).

Tyto informace může občan získat např. na městských, případně obecních nebo krajských úřadech (odborné sociálních věcí) v občanských nebo jiných specializovaných poradnách anebo přímo u poskytovatelů sociálních služeb.

Právě této možnosti by měli využít senioři, kteří se stávají, vzhledem ke svým potřebám, jednou z nejpočetnějších skupin uživatelů sociálních služeb. Senioři často nemají dostatečné informace o tom, na jaké sociální služby mají vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo ke své sociální situaci nárok. Je potřeba, aby se potřebné informace, spolu s pomocí např. jak vyplnit žádost dostaly k seniorům třeba prostřednictvím pořadů v televizi, které řeší seniorskou problematiku, od ošetřujícího lékaře, od sociální pracovnice v nemocnici nebo na místech kam senioři nejčastěji docházejí (zájmové kroužky, kluby).

Senioři mohou čerpat sociální služby a příspěvek na péči pokud splní podmínky, které stanovených v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007. Jednou z uvedených podmínek je, že osoba, která chce čerpat sociální služby, musí být trvale hlášena k pobytu na území České republiky.

Další podmínkou, kterou musí žadatel splnit k poskytnutí služby je, jak už bylo uvedeno, že si o službu musí sám požádat. U některých typů sociálních služeb vydávají obce a kraje rozhodnutí o poskytnutí služby, a to ve správním řízení.

Jedná se zejména o pečovatelskou službu a pobytové služby v domovech pro seniory. V případě, že službu poskytuje nestátní nezisková organizace, uzavírá její uživatel s poskytovatelem smlouvu. V rozhodnutí, respektive smlouvě, je také stanovena finanční spoluúčast uživatele na poskytování služby. Při financování sociálních služeb může klientovi pomoci tzv. příspěvek na péči. Příspěvek se poskytuje osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby.

V Zákoně o sociálních službách jsou stanoveny přesné úkony, které se při určování stupně závislosti posuzují, např. schopnost komunikace, obstarávání osobních záležitostí, chůze po rovině. Jsou stanoveny čtyři stupně závislosti od lehké až po úplnou závislost. Výše příspěvku se pohybuje od 2 – 12 tisíc korun, dle stupně závislosti. Zákon také vymezuje podmínky, za kterých se příspěvek vyplácí. (*Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů*).

Stejně jako u zdravotních služeb jsou i sociální služby poskytovány buď v instituci, nebo v místě bydliště osoby, která službu užívá.

Ústavní – institucionální (dle *Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb.*)

- Domovy pro osoby se zdravotním postižením - domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplaty. Velký dluh má naše společnost k potřebám starých neslyšících osob, které komunikují ve znakovém jazyce. Pro tuto komunitu je společnost dalších neslyšících osob zcela přirozeným prostředím, protože tvoří jazykovou a kulturní menšinu. V budoucnu bude potřeba zřídit domov, ve kterém bude umožněno neslyšícím seniorům závislým na pomoci druhých důstojně strávit podzim jejich života.

Příklad:

Palata – Domov pro zrakové postižené

Adresa: Na Hřebenkách 373/5, 150 00 Praha 5

Kapacita: 143 míst

Platba: dle interních podmínek domova

Web: <http://www.palata.cz>

Popis služeb:

Posláním Domova je poskytování komplexní péče osobám se zrakovým postižením, udržení jejich plnohodnotného života a zvyšování jejich soběstačnosti s důrazem na individuální přístup. Domov není určen pro osoby s demencí.

- Domovy pro seniory - v Zákoně o sociálních službách je použito nové, vhodnější označení, které zahrnuje dřívější domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou i penziony pro seniory. Někde se ještě setkáme s původním označením.

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Příklad:

Domov pro seniory Háje

Adresa: K Milíčovu 734/1, 149 00 Praha 4

Kapacita: 200 míst

Platba: v rozmezí od 6.450,- Kč do 8.370,- Kč

Web: <http://www.dshaje.cz>

Popis služeb:

Domov pro seniory Háje je pobytové zařízení s celoročním poskytováním služeb pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku (od 65 let) a zdravotního stavu. Poskytované služby: ubytování, stravování, sociální péče, ošetrovatelská péče a rehabilitace.

- Domovy se zvláštním režimem - v domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Příklad:

Gerontologické centrum

Adresa: Šimůnkova 1600, 180 00 Praha 8

Kapacita: 31 míst

Platba: dle ceníku

Web: <http://www.gerontocentrum.cz/>

Popis služeb:

Lůžkovou část Gerontologického centra tvoří lůžka odborného léčebného ústavu geriatrického, kam jsou přijímáni pacienti na základě doporučení lékaře většinou z domácí péče nebo překladem z nemocnice (nejčastěji Fakultní nemocnice Bulovka). Na oddělení Šimůnkova 1600 (kapacita 12 lůžek) jsou přijímáni pacienti, kteří vyžadují speciální ošetrovatelskou péči pro pacienty s demencí a léčbu v rámci specifického geriatrického režimu. Na oddělení Benáková 6 (s kapacitou 31 lůžek) jsou přijímáni pacienti, kteří vyžadují intenzivní rehabilitaci a ošetrovatelskou péči a léčbu v rámci specifického geriatrického režimu. Předpokládaná doba hospitalizace na lůžkovém oddělení je asi 1 měsíc (na oddělení Šimůnkova až 6 týdnů), průměrný věk pacientů je více než 80 let. Cílem péče je zlepšení zdravotního stavu pacienta a zlepšení jeho soběstačnosti, popř. u pacientů s demencí - přebrat na smlouvanou dobu péči o pacienta s demencí a dopřát tak pečující rodině možnost odpočinku.

Terénní

- Sociální poradenství - sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení

jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

- Osobní asistence - osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.
- Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba - Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba se poskytuje osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Příklad:

Okamžik – sdružení na podporu nejen nevidomých

Adresa: Pacovská 869/31, 140 00 Praha 4

Web: <http://www.okamzik.cz>

Platba: poskytováno za úplatu

Popis služeb:

Sdružení nabízí různé formy průvodcovských služeb (jednorázový doprovod, dlouhodobá spolupráce). Cílem průvodcovské služby je pomoc nevidomému při zabezpečení činností spojených s výkonem zaměstnání či studia (doprovázení při pochůzkách na úřady, vyhledávání textů v knihovnách a na internetu, dále při zabezpečování běžných záležitostí např. nákupy, i doprovázení za kulturou či společenským životem). Organizace nabízí i načítání knih dobrovolníky dle individuálního přání nevidomého klienta.

- Pečovatelská služba - pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje rodinám pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

Příklad:

Pečovatelská služba Vinohrady, Vršovice, Diakonie ČCE SKP v Praze

Adresa: Kozácká 24/23, 120 00 Praha 2

Kapacita: 45 míst

Platba: Podle platného Ceníku pečovatelské služby. U základních činností v rozmezí 85 až 100,- Kč/hod. Na úhradu služeb lze využít především příspěvek na péči. Fakultativní služby hradí uživatel v plné výši z vlastních zdrojů.

Web: <http://skp.diakoniecce.cz/index.php>

Popis služeb:

Terénní pečovatelská služba pro Prahu 2, 3 a 10 poskytuje služby v oblasti Vinohrad a Vršovic a přilehlých okrajích Žižkova a Strašnic 7 dní v týdnu. Služby jsou určeny: – seniorům se sníženou soběstačností, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu nebo psychickému stavu potřebují pomoc jiné osoby k zajištění svých potřeb. Je poskytována pomoc a podpora při péči o vlastní osobu, pomoc při zajištění stravování, pomoc při zajištění chodu domácnosti a při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (doprovod k lékaři, na úřady apod.). Kromě těchto základních činností poskytuje fakultativní služby: půjčování kompenzačních pomůcek.

- Odlehčovací služby - odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Příklad:

Domov sv. Karla Boromejského

Adresa: K Šancím 50, 163 00 Praha 17- Řepy

Kapacita: 34 míst

Platba: dle ceníku

Web: <http://www.domovrepy.cz/>

Popis služeb:

Odlehčovací služba slouží rodinám, které se starají o nesoběstačného seniora v domácím prostředí. Odlehčovací službu rodiny využívají v okamžiku, kdy není možné seniorovi péči zajistit např. z důvodu odpočinku pečujících. Domov sv. Karla Boromejského se snaží poskytovat komplexní služby, kromě lékařské a ošetřovatelské péče také rehabilitaci a dle možností klienta aktivizaci pomocí ergoterapie, kulturních akcí, zájmových činností s pomocí dobrovolníků. Hlavním cílem je udržet či zlepšit schopnost sebeobsluhy a udržení dobré kondice klienta.

- Tísňová péče - tíšňová péče (telefonická krizová intervence) je soubor metod a technik krizové práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou a ohrožující, založený na jednorázovém nebo opakovaném telefonickém kontaktu tohoto klienta s pracovištěm telefonické krizové intervence.
- Centra denních služeb - centra denních služeb poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost osob se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro

osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, prostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Příklad:

Centrum sociálně zdravotních služeb

Adresa: Bendova 5/1121, 163 00 Praha 6

Web: <http://web.telecom.cz/cszs.cz>

Popis služeb:

Centrum zajišťuje péči v oblasti zdravotní a sociální pro občany Řep a dle dohody i pro jiné. Činnost je zaměřena především na pomoc seniorům, dlouhodobě nemocným a handicapovaným spoluobčanům. Služby: pečovatelská služba, domácí zdravotní péče, speciálně logopedická poradna, sociálně-právní poradenství. Půjčování zdravotních pomůcek.

- Týdenní a denní stacionáře - stacionáře denní poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Stacionáře týdenní poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Příklad:

Dům Portus (os. Život 90)

Adresa: Karolíny Světlé 18, 110 00 Praha 1

Kapacita: 10 lůžek

Platba: pokoj jednolůžkový 566,- Kč a dvoulůžkový 366,-Kč/den

Web: <http://www.zivot90.cz>

Popis služeb:

Pobytové respitní (odlehčovací) a rehabilitační centrum je určeno především seniorům, jejichž funkční stav vyžaduje pečovatelské zajištění a dohled. Pečujícími rodinám umožní absolvovat např. dovolenou či vlastní léčení v nemocnici, jejich dlouhodobou starost přebere dočasně kolektiv respitního centra. Osamělým seniorům nabízí podpůrné pobyty např. v období rekonvalescence či za kalamitních situací. Délka pobytu od 1 dne do 3 měsíců. Vedle respitního centra funguje v Domě Portus i denní stacionář.

Službám poskytovaným v Domě Portus bych se nyní ráda věnovala podrobněji. Dům Portus provozuje občanské sdružení Život 90. Tato organizace se jako jedna z prvních nestátních neziskových organizací začala po revoluci věnovat seniorům. Za dobu své existence, funguje od roku 1995, se organizace rozrostla i mimo Prahu. Má své pobočky v Hradci Králové, v Jihlavě a ve Zruči nad Sázavou.

Myslím si, že Dům Portus je příkladem ideálního komunitního centra pro seniory, které nabízí dostupné služby „pod jednou střechou.“ Velmi hezky je vyjádřeno poslání zakladatelů sdružení na webových stránkách Života 90:

„Jsme tu proto, abychom zlepšovali kvalitu života celé společnosti tím, že budeme přispívat svou humanitární činností k řešení problémů seniorů, kterým umožníme aktivně a smysluplně žít v jejich vlastním domově tak dlouho, jak je to jen možné a budeme je provázet podzimem života tak, aby se nikdo za své stáří nemusel stydět“ (dostupné na <http://www.zivot90.cz/>, [cit. 25. března 2009]).

Organizačně jsou služby rozdělené do čtyř hlavních sekcí:
(Výroční zpráva za rok 2006, Život 90)

- Krizová pomoc a poradenství - klíčovou sociální službou této sekce je „Senior telefon.“ Telefonická krizová pomoc zaměřená na seniory v ČR. Nízkoprahová telefonická linka je v provozu od 1. listopadu 2003 a funguje nepřetržitě 24. hodin denně, sedm dní v týdnu. Službu „na telefonu“ vykonávají pracovníci s vysokoškolským vzděláním sociálního zaměření se specializovaným výcvikem telefonické krizové intervence. Cílem pracoviště je nejen poskytnout klientovi bezpečí a podporu v krizových situacích, ale také zvýšit informovanost a orientaci seniorů v sociální a zdravotní problematice, v sociální a právní ochraně. Za velmi varující považuji, že např. v roce 2006 bylo prostřednictvím krizové telefonické pomoci odhaleno 186 případů týrání a zneužívání starších lidí. Tato služba využívá pomoci dobrovolníků, kteří navštěvují osamělé seniory v domácnosti.

V rámci poradenství jsou poskytovány služby z databáze informačního a mediálního centra. Databáze obsahuje skoro pět tisíc záznamů a slouží k vyhledávání informací z oblasti sociální, zdravotní, kulturní, nabídky, aktivit v oblasti sportu, vzdělávání. Informace jsou seniorům a jejich blízkým předávány prostřednictvím Senior telefonu, v informačním centru v Domě Portus, v časopisech, letácích apod.

Tato sekce nabízí i právní poradenství zaměřené na konzultace v otázkách majetko-právních a trestných činů, přestupků, rodinného práva, nájmu, formulování a ukládání závěti apod. Dále mají senioři možnost využít psychologického poradenství např. k řešení problémů nejčastěji v mezigeneračním soužití a je k dispozici i poradenství pastorační.

- Zdravotní a zdravotně sociální služby - sdružení Život 90 nabízí služby domácí péče, která je prováděna kvalifikovanými sestrami přímo v domácnostech klientů podle indikace praktických lékařů. Senioři mohou využívat také půjčovny rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, do doby než jim je zdravotní pojišťovnou přidělena pomůcka vlastní. V rámci sekce zdravotních a zdravotně sociálních služeb je také provozováno výše zmíněné respitní (odlehčovací) a rehabilitační centrum.

Od roku 1992 je v provozu tzv. tísňová péče Areion. Tato služba je poskytována osaměle žijícím seniorům či zdravotně postiženým občanům. „Zdravotní stav klientů je monitorován 24 hodin denně a to

jim umožňuje samostatný život v jejich vlastním domově. V případě krizové situace – pád, zhoršení zdravotního stavu, napadení apod. zašle klient pomoci stisku tísňového tlačítka (zavěšeného na krku) do dispečinku zprávu. Pracovníci tísňové péče se okamžitě s bytem přes telefon propojí na hlasitý odposlech, zjistí klientův stav a potřeby, rychle zorganizují odbornou pomoc. Klienti jsou pravidelně pracovníky dispečinku kontaktováni, při zhoršení zdravotního stavu dle potřeby, např. každou hodinu“ (Výroční zpráva za rok 2006, Život 90, s. 10).

V roce 2006 bylo tímto systémem monitorováno 814 klientů. Průměrný věk klientů byl 81,8 roků (z toho 100 klientů bylo ve věku 90 let a více).

Za tento projekt dostalo občanské sdružení Život 90 cenu Ministerstva zdravotnictví ČR. Cenu Makropulos předala ministryně zdravotnictví Doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc. v Praze na Žofíně u příležitosti Mezinárodního dne seniorů dne 7. 10. 2005. Cena se uděluje mimořádnému a v praxi osvědčenému projektu, který řeší zdravotní a zdravotně sociální potřeby seniorů v České republice.

Tento projekt byl také zařazen mezi 30 evropských projektů „dobré praxe“ na mezinárodní konferenci „Health pro elderly“ (Zdraví pro starší), která se konala 15. - 16. května 2008 v polské Varšavě. ()

- Publikační činnost - tato sekce zahrnuje vydávání časopisu Generace, což je celobarevný měsíčník určený začínajícím i pokročilým seniorům. Cílem časopisu je motivovat seniory k aktivitě a nabídnout jim potřebné informace a zajímavosti. Pomáhá nacházet cesty ke zpestření života ve vyšším věku. Dále vychází pravidelně jednou měsíčně brožura „Senioři – Zpravodaj Domu Portus.“ Tato tiskovina poskytuje informace o akcích, které Život 90 pro seniory pořádá a nabízí i prostor pro osobní inzerci. (Výroční zpráva za rok 2006, Život 90)
- Dobrovolnictví a aktivizační programy - v rámci této sekce je k dispozici pestrá nabídka různých činností. Pro názornost uvádím čtyři nejnavštěvovanější aktivity.

Akademie seniorů – cílem akademie je udržet a zvyšovat aktivní přístup seniorů k účasti na společenských i vzdělávacích aktivitách a využívat jejich potenciálu k realizaci programů pro ně samé. Tato aktivita vede ke zlepšení zdravotního stavu a omezuje růst počtu závislých seniorů.

Výuka v akademii seniorů probíhá pravidelně 5 dní v týdnu od 8:00 do 18:00 hodin a svým harmonogramem kopíruje školní rok. Z nabídky je možné si vybrat třeba muzikoterapii, arteterapii, ergoterapii, odborné přednášky, keramiku, bridge, šachy či břišní tanec.

Salón nostalgie – nabídka reminiscenčních pořadů. Reminiscenční setkání navštíví týdně asi 232 starších občanů. Salón nostalgie zahrnuje klub sběratelů, literární klub, pořádání tematických výstav (krajkové Betlémy, z výbavy našich babiček, věci z půdy).

Internetová kavárna – je specializovaná služba, která chce posilovat znalosti a dovednosti seniorů. Internetová kavárna je v provozu od roku 2004 a je přístupná těm, kteří mají zájem naučit se pracovat s počítačem a internetem. Výuka je pořádána v místnosti

s bezbariérovým přístupem, kde je k dispozici osm počítačových terminálů. Kurzy jsou vedeny odborným lektorem s ohledem na snížené motorické schopnosti seniorů.

Vánoční projížďka Prahou – každoroční předvánoční setkání seniorů a dobrovolníků. Cílem je umožnit seniorům, zejména imobilním, osaměle žijícím lidem návštěvu staré Prahy spojenou s odborným historickým výkladem a s návštěvou vánočních trhů. V roce 2006 bylo ve 28 autobusech (z toho 14 uzpůsobených pro imobilní osoby) provedeno Prahou 690 zdravotně postižených seniorů z 11 měst ČR. Na akci se podílelo 64 dobrovolníků. Na zapojování dobrovolníků do aktivizačních činností klade občanské sdružení Život 90 velký důraz. 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 znalostí a dovedností, tak i vnitřní uspokojení a radost. Dobrovolná výpomoc se tak stává i důležitým nástrojem sociální terapie. (*Výroční zpráva za rok 2006, Život 90*)

Organizace, jako je Život 90 nejen poskytují služby seniorům a jejich blízkým, ale také svým způsobem formují, svou činností, postoje společnosti k této cílové skupině. Je velmi důležité, aby se k veřejnosti dostala informace o tom, že i občané nad 60 let věku mohou být aktivní, jsou schopni naučit se novým věcem, mají chuť předávat své zkušenosti, chtějí se bavit a tvořit plnohodnotnou součást naší společnosti.



(Foto: Jindřich Štreit)

3. Možnosti vybraných terapií v práci o seniory

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, senioři v dnešní době mají široký výběr aktivit, které mohou navštěvovat v proseniorských a seniorských organizacích, pokud jim v tom nebrání nějaké zdravotní či jiné problémy.

Motivace seniorů k navštěvování akademií volného času či univerzit třetího věku a dalších aktivit jsou různé. Většinou jsou zmiňovány následující:

- udržení psychické kondice
- snížení pocitu osamění
- udržení sociálních vazeb s okolím
- udržení soběstačnosti
- realizace toho, co člověk nestihl v dobách své ekonomické aktivity

Hlavním smyslem aktivizace seniorů do co nejvyššího věku je oddálení závislosti staršího člověka na druhých a naplnění tzv. druhého životního programu, který má spojitost s prodlužováním délky lidského života.

Ke zvýšení kvality života ve stáří je nezbytné dát příležitost pro uplatnění, učení a vzdělávání v průběhu celého života. Lineární model „vzdělávání – práce – důchod“ pomalu přestává platit a hranice mezi jednotlivými fázemi běhu lidského života se stávají více flexibilní a jsou méně ostré. Starší lidé se svými znalostmi a zkušenostmi by měli stát ve středu dění v souvislosti změn v kontextu stárnutí populace. Tomuto trendu se přizpůsobují i obory prostřednictvím, kterých je možné rozvíjet tvůrčí potenciál starších osob. Jedná se o různé druhy terapií, jejichž pozitivní vliv byl v minulosti používán zejména v rámci edukace handicapovaných jedinců. V současné době jsou některé z terapií pro svůj prokazatelně příznivý vliv přizpůsobeny a používány v interakci se seniory. V této kapitole jsou rozpracovány jednotlivé formy terapií jako např. muzikoterapie, arteterapie, fyzioterapie a další a jsou uvedeny příklady jejich využití u seniorů. Výběr terapií má souvislost s poskytovanými aktivitami v Domě Portus (viz. kapitola 2.2). Jednotlivé terapie jsou řazeny abecedně a v příloze je k dispozici obrazová dokumentace k jednotlivým terapeutickým aktivitám.

3.1 Teoretická východiska pro užití terapií

Při využití terapií vycházíme z vývojového modelu lidské ontogeneze. Tento model odpovídá vývoji člověka a pokouší se ho napodobit.

„Model vnímání (fyzická činnost) – představy (psychická činnost) – myšlení chápeme jako vztahový rámec pro diagnostiku, terapii, rehabilitaci a především také pro prevenci.

V oblastech vnímání – představy – myšlení vycházíme z kategorie člověka, přičemž se sem počítají např. potenciální možnosti člověka, které mimo jiné spočívají v jeho duševnu. V celkovém vývojovém procesu musíme vidět dialektiku kolísání vjemu a vyjádření, aktivity a pasivity“ (Pipeková, Vítková, 2001, s. 11). Podle von Weizsäckera (in Pipeková, Vítková, 2001) bychom měli materiální a spirituální dimenzi člověka vnímat uceleně, protože tělo a duše jednají společně.

Jsou nejenom vzájemně propojené, ale různě se vzájemně ovlivňují. Hovoříme o tzv. bio-psycho-duševně-sociální jednotě člověka.

Právě při používání všech terapií je důležité respektovat tělesné (neuronální), emocionální a kognitivní integrační procesy, které umožňují propojení, sloučení a diferenciaci získaných zkušeností s aktuálními zážitky. Zejména je důležité využití smyslů. Vedle hmatového vnímání se zapojuje také vnímání pohybu, rytmu, rovnováhy, chuti, vnímání sebe a také použití distančních smyslů sluchu, zraku a čichu (*Pipeková, Vítková, 2007*).

Speciálně pedagogické aktivity zaměřené na:

- Tělesné vnímání - základna pro poznání a příprava pro přechod na druhou úroveň. Do poznávacího procesu je třeba aktivně zařadit co nejvíce smyslů (bazální stimulace, autogenní trénink, hipoterapie, atd.).
- Představy - poskytují nám zpětnou vazbu k smyslové úrovni a jsou propojení k úrovni myšlenkové. Představy rozvíjí všechny druhy činností, které jsou zaměřené na symboliku a asociace (malování, taneční terapie). Dochází k propojení subjektu a objektu v smyslu vnímání.
- Myšlení - myšlenky můžeme vyjadřovat různými způsoby (verbální komunikace, komponování psaní veršů, esejí apod.). Potřebujeme však zpětnou vazbu na úrovni smyslové a symbolické. Pokud účastníci terapie hovoří např. o snění a fantazii, měli by umět pozorovat své tělo. Tak dospějí k psycho-somaticko-sociálnímu porozumění, což představuje ve zkratce podstatu modelu vnímání – představy – myšlení (*tamtéž*).

3.2 Arteterapie

Arteterapie je jedním z psychoterapeutických postupů, který se opírá o výtvarné projevy klientů jako o hlavní léčebný prostředek.

Základní principy arteterapie

Arteterapeutické techniky usnadňují klientům uvědomit si a vyjádřit vlastní pocity. Arteterapie může dodat psychoterapeutickému působení nebo pedagogickému procesu další rozměr. *Matoušek (in Landischová, 2007)* uvádí, že během výtvarného vyjadřování dochází k mimovolnému slučování klientových vědomých a nevědomých pocitů a ve zkratce se odehraje totéž, co by psychoterapie omezená na slovní vyjadřování propracovávala delší dobu.

Terapeut by měl klienty podporovat zejména ve volném výtvarném vyjadřování, měl by je nechat zvolit techniku a interpretaci konkrétní produkce by měl nechat na klientech samých. Základní indikací pro užití tohoto druhu terapie je zájem klienta o tuto aktivitu.

Druhy terapie

Arteterapie receptivní – představuje terapii zaměřenou především na vnímání daného uměleckého díla. Klientovo vnímání chápání umělecké tvorby vyžaduje projevení empatie. Vlastní projevené pocity, které jsou promítány do uměleckého artefaktu, mohou klientovi pomoci v pochopení sebe sama.

Arteterapie produktivní – zaměřuje se především na vlastní uměleckou tvorbu (malbu, kresbu, modelování). Arteterapie může probíhat buď ve skupinách, nebo individuálně. (*Landischová, 2007*)

- Psychodynamická východiska arteterapie - „Ačkoliv většina teoretických východisek jednotlivých arteterapeutických směrů souvisí s modely jednotlivých psychoterapeutických škol, arteterapie nepředstavuje jednu z forem psychoterapie. Arteterapie nachází další teoretická východiska v teorii umění, filosofii, teologii, pedagogice a sociální práci“ (*Landischová, 2007, s. 50*). Existuje mnoho arteterapeutických teorií. Jejich kompletní přehled však není cílem této práce. Pro názornost si uvedeme pouze dvě nejhlavnější.
- Freudovská psychoanalytická teorie - byl to právě rakouský psycholog a psychiatr Sigmund Freud (1856 -1936), který již v počátcích své práce rozpoznal, že mnoho pacientů popisuje své vlastní pocity pomocí vizuálních představ. Zejména přikládal velký význam představám ve snu, které pak analyzoval. „*Sen vnímáme především prostřednictvím zrakového smyslu. Nejobtížnější je vizuální představu vyjádřit slovy*“ (tamtéž).“

Průkopnice arteterapie Margaret Naumburgová, která se při své práci inspirovala freudovskou psychoanalýzou, se soustředila na spontánní uvolnění potlačených přání a obav v průběhu umělecké tvorby. Sama svůj přístup nazývala „dynamicky orientovanou arteterapií.“ Tvrdila, že proces arteterapie je založen na poznání, že nejzákladnější myšlenky a

pocity člověka derivované z nevědomí dosáhnou výrazu lépe v obrazech než ve slovech.

- Arteterapie podle C. G. Junga - Jungův největší přínos je v nastínění konceptu chápání psychiky člověka. Tento švýcarský myslitel, lékař a psycholog tvrdil, že existují pouze nepřímé vědecké důkazy o existenci duševní oblasti, která je pod prahem vědomí. Jung (1882 – 1961) propracoval originální psychologickou typologii a teorii výkladu snů. Za nejdůležitější považoval tzv. kolektivní nevědomí, které je uloženo nejloubeji v lidské duši, a nese pudové vzory myšlení a chování.

Tyto prapůvodní obrazy nemůžeme přivolat do vědomí, ale můžeme je vyjádřit v podobě symbolů tzv. archetypů. Za ústřední archetyp Jung považuje veličinu nadřazenou vědomému já. Je to pravé bytostné já, které zahrnuje vědomou i nevědomou podstatu osobnosti (Landischová, 2007). Podle Junga je symbolickým znázorněním tohoto archetypu kruh, čtverec nebo mandala (viz. závěr kapitoly 3.2).

Jung byl jedním z mála psychologů 20. století, který tvrdil, že psychický vývoj člověka se neomezuje pouze na dětství a mládí, ale pokračuje i ve středním věku a ve stáří. Tento celoživotní vývojový proces nazval individualizací.

Arteterapie v České republice

V České republice je rozšířen zejména psychoanalytický přístup k výtvarné formě arteterapie. Jeho podstatou je nechat nejdříve klienta v co největší míře volně vyjádřit. Pak klient společně s terapeutem pracují na vhodné interpretaci (Landischová, 2007). Mezi hlavní cíle psychoanalytické terapie patří:

- odkrýt do nevědomí odsunutý osobní materiál a příčiny, které způsobily problémy
- pomoci pacientovi získat vhled do významů jeho chování

„Psychický konflikt člověka může být podmíněn buď vnějšími okolnostmi (extrapsychický konflikt) nebo vnitřními faktory (intrapsychický konflikt). V případě intrapsychického konfliktu, se dle freudovské terminologie jedná o konflikt mezi id-pud, egem-já a superegem-nad já“ (Landischová, 2007, s. 52).

Své první průkopníky našla česká arteterapie v padesátých a šedesátých letech 20. století zejména z řad psychoterapeutů, kteří ji uplatňovali jako doplňkovou metodu v rámci komplexní psychoterapeutické péče. V 70 letech 20. století vznikla na půdě České psychoterapeutické společnosti arteterapeutická sekce a v roce 1994 bylo založeno samostatní profesní sdružení Česká arteterapeutická asociace. Tato organizace, jež sídlí v Praze, sdružuje lidi, kteří mají hlubší zájem o arteterapii bez ohledu na profesi nebo na momentální pracovní zařazení. Cílem je vzájemná výměna informací z tohoto oboru. V roce 1990 byl na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích založen Ateliér arteterapie (Landischová, 2007).

Arteterapeutická práce se seniory

Při arteterapeutických činnostech se seniory nemá tato forma terapie klasický analytický aspekt. Zaměřujeme se spíše na momentální prožitek při aktivitě samé

než na následný terapeutický rozbor klientovi tvorby. Tvůrčí činnost by měla seniorům přinášet příjemné pocity, možnost relaxace, funguje jako prevence *úpadku dovedností*. Umožňuje společenský kontakt s ostatními a v neposlední řadě může senior prostřednictvím těchto technik dokázat sobě i svému okolí, že je schopen sám kreativní činnosti. Kreativní činnost napomáhá ke zvyšování jeho sebevědomí. Arteterapie se budou rádi účastnit ti senioři, kteří měli dříve vztah k tvůrčí činnosti.

U klientů po cévních mozkových příhodách napomáhá arteterapie při procvičování jemné motoriky (viz. příloha A. obr. 1 – 3). U klientů s poruchou řeči např. s afázií můžeme použít některé arteterapeutické techniky k vyjádření pocitů. Arteterapeut by měl být pro klienta průvodcem. Měl by klientovi nechat volnost projevu (užití nedirektivního směru) a zároveň volit užívané techniky, tak aby nebyly pro klienta příliš obtížné. Mohlo by pak u klienta dojít ke zklamání a k nechuti pokračovat v arteterapeutické aktivitě.

Arteterapie má množství různých technik, které lze použít. Při práci se seniory se jako nejvhodnější ukázaly tyto:

- *„Mandaly – jsou symbolické geometrické obrazce, které představují posvátná díla a zároveň slouží jako pomůcka pro hlubinou meditaci“ (Landischová, 2007, s. 54).* Při práci se seniory se používají šablony a ty se vybarvují. Mandaly slouží k relaxaci. Práce na mandale může trvat až hodinu. (viz příloha A. obr. 5-8.).
- Malování na hedvábí – technika je jednoduchá a efektní, akvarelové barvy se zapouští do vlhkého materiálu, který je příjemný na dotek, lze použít i šablony z mandal a přenést je na hedvábí.
- Malování na sklo – abstraktní malba na sklenici, konkrétní téma, záleží na volbě a schopnostech klienta.
- Malování na kameny – maluje se obvykle temperami, je dobré volit větší tvar kamene.
- Ubrousková technika – velmi oblíbená technika, která se dá použít na různé povrchy (kameny, vajíčka, květináče, sklenice), motivy z ubrousků se nanášejí na zvolený povrch speciálním lakem.
- Modelování z vosku – u seniorů je vosk oblíbenější než hlína, protože vosk tak nešpiní a je teplý, což při práci přináší příjemné pocity, odbourává stres. Vzhledem k tomu, že nešpiní tak jako hlína, lze jej použít při individuální práci s klientem upoutaným na lůžku např. v hospici.

Při přípravě činností je dobré mít v zásobě více různých činností (3–4 techniky), aby bylo možné si vybrat dle momentální nálady klienta. Program je možné koncipovat dle ročních období (Vánoce, Velikonoce). Seniory baví takové činnosti, které mají další praktické využití např. dárek, který mohou někomu dát.

3.3 Canisterapie

Canisterapie je označení způsobu terapie, při které dochází k interakci člověka a psa. Je to nová metoda psychoterapie, která vychází ze zooterapie (stejně jako hipoterapie), jež obecně užívá zvířat k různým formám terapeutického kontaktu (Pipeková, Vítková, 2001). Lidé v přítomnosti psa ožívají, zapomínají na problémy a starosti. Přítomnost psa má prokazatelně příznivý vliv na jejich fyzický i psychický stav.

Rozlišujeme dvě základní formy:

- Animal assisted therapy (AAT) – zvíře je integrální součástí terapeutického procesu, který je veden profesionálem (psychologem, lékařem, pedagogem).
- Animal assisted activity (AAA) – zvířetem asistované aktivity, zvíře je přítomno, není součástí plánovaného procesu, aktivity provádí laik ve spolupráci s odborníkem. Cílem je poskytnout klientům nový zážitek, rozveselení a odpoutání pozornosti např. od nemoci. Terapie má motivační charakter. Předpokládá se přínos přítomnosti zvířete pro pacienta (dostupné na <http://www.canisterapie.org/index.php?articleid=76> [cit. 20. 8. 2009]).

Pro canisterapii musí být pes speciálně vycvičený a připravený (bývá pojištěn proti způsobení škody). Své dovednosti pak pes prokazuje při speciálních zkouškách. Jednou z podmínek pro zahájení canisterapie je domluva psovoda se zařízením, předpokládané návštěvy, smlouva atd. Podmínkou je souhlas klienta. Pokud se jedná o AAT je nezbytná přítomnost odborníka (lékař, fyzioterapeut, speciální pedagog).

Canisterapie v České republice:

Canisterapie od svého vzniku v ČR, který lze datovat rokem 1993 prochází stále energickým vývojem. Využívání psích pomocníků jako „co – terapeutů“ je dnes již uznávaným oborem, který se však neustále především po stránce legislativní a metodologické konstituuje.

U nás tomu není jinak a právě proto je terminologie doposud nejednotná (dostupné na <http://www.canisterapie.org/index.php?articleid=6> [cit. 20.8.2009]).

V ČR probíhá v současné době velmi důležité období. Především dochází k navázání spolupráce mezi jednotlivými členskými organizacemi. Canisterapeutické asociace (CTA) je zastřešující organizací. Díky každoročním odborným konferencím zaměřeným na problematiku zooterapie dochází i ke hlubší mezinárodní spolupráci. Důležitá je také tvorba pravidel a metodik, bez kterých není možné zajistit odbornost a kvalitu v praktickém provádění canisterapie (*tamtéž*).

„Canisterapie klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně integračních přičemž působení na fyzické zdraví je druhotné a zahrnuje spíše složku motivace“

(dostupné na <http://www.canisterapie.org/index.php?articleid=7> [cit. 20.8.2009]).

Je prováděná formou skupinovou či individuální. Pes je výborným společníkem a také výchovným prostředkem pro klienta. Canisterapie přispívá také k rozvoji

jemné a hrubé motoriky, podněcuje verbální a neverbální komunikaci, orientaci v prostoru, zvyšuje motivaci podílet se na vlastním léčebném procesu, zlepšuje interakci klienta s ostatními klienty či ošetřovateli atd. Prostřednictvím canisterapie dochází k nácviku koncentrace a zvýšení pozornosti, rozvoji sociálního citění, zlepšení kvality života.

Canisterapie u seniorů

Canisterapie je obor velmi široký. Nabízí celou škálu aktivit a forem nebo jejich kombinace. Canisterapii můžeme využít nejen při nejrůznějších pobytových či vzdělávacích akcích, ale i při pouhém navázání kontaktu s klientem nebo skupinou klientů. Mezi nejrozšířenější formu canisterapie u cílové skupiny seniorů patří tzv. návštěvní programy (viz. příloha A. obr. 10-11).

Důležitou podmínkou pro realizaci úspěšného návštěvního programu je kvalitně připravený a otestovaný pes, ale také problematiky znalý člen canisterapeutického týmu. Výhodou týmu je, že si klient může podle svých preferencí vybrat vhodného psa a v případě nemoci psa nebo psovoda se jednotliví členové mohou navzájem zastoupit. Není tedy narušena kontinuita terapie. U seniorů se užívá zejména druhého typu terapie tj. animal assisted aktivity (zvířaty asistované aktivity).

Návštěvní programy se obvykle odehrávají na předem dohodnutém místě ve stejném časovém intervalu a po individuálně vymezenou dobu. Nejčastěji se jedná o domovy pro seniory, týdenní a denní stacionáře, léčebny dlouhodobě nemocných či domácnosti klienta. V návštěvním programu rozlišujeme dvě formy canisterapie:

„Individuální forma – je zaměřena především na přímou práci terapeutického týmu s klientem na jeho rozvoji. Terapeut si vede dokumentaci a spolu s personálem zařízení stanovuje dílčí cíle, které mají být při návštěvním programu řešeny.

Skupinová forma – (více canisterapeutických týmů + větší skupina klientů) má za požadavek vzájemně dobré vztahy mezi psy ve skupině a jejich nekonfliktnost“ (Dostupné na <http://www.canisterapie.org/index.php?articleid=58> [cit. 14.9.2009]).

Další formou canisterapie užívané u seniorů je tzv. pobytový program, který probíhá v rámci rekondičních pobytů mimo domov pro seniory či domácnost klienta. V současné době je canisterapeutické praxi hodně používaná technika tzv. polohování. Tato technika je založena na přímém fyzickém kontaktu klienta a psa za přímé účasti fyzioterapeuta. Pro správný průběh je důležité navodit důvěru mezi klientem a psem. Technika se používá zejména u seniorů po mozkové příhodě, protože terapií můžeme dosáhnout navození libých pocitů, zklidnění, zahřívání končetin, uvolnění spasmů, zvýšení citlivosti (*tamtéž*).

3.4 Fyzioterapie

Fyzioterapie, „využívá fyzikálních prostředků (světla, tepla, vzduchu, vody, záření, elektrického proudu) k vylepšení obraných schopností organismu, posilování hojivých pochodů a k zlepšování schopnosti vyrovnávat se s porušenou funkcí některých orgánů“ (Klimeš, 1981, s. 212).

Fyzioterapie nalézá uplatnění ve všech subsystémech péče o zdraví, jak v oblasti výchovy ke zdraví, podpory zdraví, v prevenci (primární, sekundární, terciární), tvoří nedílnou složku léčebné rehabilitace.

Definice fyzioterapie

„Fyzioterapie je obor zdravotnické činnosti zaměřený na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických postupů cíleně ovlivňuje funkce ostatních systémů včetně funkcí psychických“ (dostupné na <http://www.unify-cr.cz/koncepce/koncepce-oboru-fyzioterapie.html>).

Z definice vyplývá, fyzioterapie čerpá poznatky z oblasti anatomie a fyziologie pohybového aparátu. Léčba je zaměřena na odstranění funkčních poruch např. na blokády kloubů, svalové spasmy a další. Dále působí tam, kde jsou psychické i fyzické funkce ohroženy procesem stárnutí, zraněním, nemocí nebo vrozenou vadou (*tamtéž*).

Užití fyzioterapie

K fyzioterapeutické diagnostice se užívá řady speciálních kineziologických (pohybových) postupů a fyzikálních měření, které umožňují určit nejen rozsah pohybu v kloubech, ale i stupeň svalové síly. Diagnostika je důležitá pro hodnocení správných pohybových vzorů a ke stanovení terapeutického plánu (*tamtéž*).

Pro terapii samotnou se používá zejména pohyb, ať už aktivní nebo pasivní. Jedná se o cvičební programy a masáže mající za cíl zlepšit pohyblivost a svalovou sílu. Existují různé speciální metody, jež používají pouze terapeuti, kteří prošli specifickým kurzem (Vojta, Bobath, McKenzie, Mojžíšová, Škola zad atd.) Využívají se i různé prostředky fyzikální povahy např. gravitace, teplo (cílem je zvýšit prokrvení), chlad (tišení bolestivých a zánětlivých pochodů v organismu), tlakové a vztakové síly vodního prostředí (vodoléčba, cvičení ve vodě). Dále se zapojuje i stimulační účinek sluneční nebo elektrické energie (elektroléčba např. ultrazvuk urychluje proces hojení) či magnetického pole. Všechny tyto prostředky se používá s cílem zachovat nebo obnovit optimální funkce pohybového aparátu. Při léčebné rehabilitaci hraje velmi důležitou úlohu osobnost terapeuta. Jeho vedení zahrnuje široké spektrum specifických diagnostických a terapeutických postupů, které harmonizuje a kombinuje tak, aby léčba klienta byla co nejefektivnější. Prioritou terapeuta je nahlížení na člověka jako na celek.

Fyzioterapie může:

- pomoci urychlit léčebný proces uzdravení po onemocnění nebo poranění

- zlepšit stabilitu při chůzi a tím odstranit váš strach z pádů
- pomůže zlepšit oslabenou sílu svalů, která vznikla po cévní mozkové příhodě nebo po jiných neurologických onemocněních
- zlepšit a odstranit dechové potíže
- zmenšit až odstranit bolesti ramen, krku, kyčlí, zad a dalších kloubů a obnovit jejich pohyblivost
- může zlepšit držení těla v sedu, stoji, lehu a dalších denních aktivitách tak, aby se organismus příliš nepřetěžoval

Fyzioterapie u seniorů

Jak bylo již dříve uvedeno, rozdíly ve stáří jsou značné. Na jedné straně může být člověk v 85 letech velmi vitální, výkonný a duševně vyrovnaný. Na straně druhé může být stejně starý člověk, který nemá tak dobrou tělesnou zdatnost a vytrvalost jako jeho vrstevník a potřebuje značnou pomoc v aktivitách každodenního života. Záleží nejen na genetických faktorech, ale i na způsobu života. *„Základ dlouhého a zdravého života je v pravidelném každodenním cvičení. Důvod je jasný. V průběhu celého dlouhého vývoje se musel člověk pohybovat, aby unikl predátorům a zajistil si dost potravy. Celoživotní pohyb byl pro něho tak samozřejmý a nepostradatelný jako dýchání. Teprve v několika posledních stoletích začalo čím dál tím víc lidí vést sedavý způsob života“* (Austad, 1999, s. 166).

Ve vyšším věku dochází k přirozeným změnám zejména v oblasti, která má vliv na rychlost reakcí nervového systému. Snížení rychlosti reakcí může být problémem, pokud omezuje chování např. v silničním provozu (sluch, zrak, postřeh). Sníženy bývají také výkonnostní rezervy důležitých funkčních oblastí těla. Výkonnostní rezerva je zvláště dobře patrná na rozsahu srdečního výkonu. Staršímu člověku se častěji nedostává dechu, bývá při vyšší fyzické zátěži rychleji vyčerpán. *„Změny reaktivity a schopnosti zátěže organismu během stárnutí musíme vést v patrnosti“* (Krauss, 1990, s. 256).

U terapie aktivním pohybem např. léčebným tělocvikem by zátěž neměla dosáhnout stupně bolesti nebo dokonce svalové křeče. Cílem cvičení by mělo být posílení svalové síly a uvolnění procvičovaného svalu. Léčebný tělocvik může probíhat jak ve skupině, tak individuálně (viz. příloha A obr. 12-18). Cvičební program přizpůsobujeme vždy schopností a momentálního stavu klienta. Při cvičení používáme protahovací a vyrovnávací cviky, dynamická a rytmická cvičení přiměřené intenzity. Za vhodný způsob pohybu je považována rychlejší chůze. Starším osobám se naopak nedoporučují ty cviky, při kterých dochází k náhle změně polohy těla, pohyb s doskoky a za nevhodný bývá považován i běh.

Léčebný tělocvik můžeme provádět např. vsedě na židli, kde procvičujeme zejména: upevnění správného držení těla, uvolnění páteře a ramen, zlepšení stability a protažení svalů trupu, uvolnění krční páteře, procvičení svalů paží a trupu, procvičení dolní končetiny včetně plosky nohy, posílení svalů dolní končetiny a trupu. Svaly můžeme také mimo protahování posilovat házením měkkým míčem. Veškeré cviky provádíme s pravidelným dýcháním.

3.5 Hipoterapie

Definice hipoterapie

Někdy se jí také říká hiporehabilitace, protože je speciální formou léčebné rehabilitace, která ideálně spojuje fyzické a psychické prvky. Název pochází z řeckého slova hippos - kůň, terapie - léčba.

Kůň slouží jako léčebný prostředek díky trojrozměrnému pohybu svého těla (frontální, sagitální, horizontální). Při němž dochází k ustavičnému střídání napětí a uvolňování těla pacienta, který je nucen se neustále přizpůsobovat pohybové sinusoidě koňského hřbetu a to i při své naprosté pasivitě (Pipeková, Vítková, 2001, s. 132). Dochází tak k souznění pohybů pacienta s pohyby koně a o rehabilitaci ve smyslu fyzikálním.

Po stránce personální je hipoterapie zajišťována 2-4 pracovníky, dle stavu a zkušeností pacienta. Jízdy se účastní fyzioterapeut, jež má na starosti pacienta a hipolog, který ovládá koně během rehabilitace. Obvyklá délka jízdy je 20-40 minut a k vyvolání pozitivního efektu je třeba jízdy opakovat 2-3 týdně po dobu nejméně 3 měsíců (Pipeková, Vítková, 2001).

Hipoterapie u seniorů

Velmi dobrých výsledků bylo dosaženo při hipoterapii u seniorů po cévní mozkové příhodě (dále jen CMP). Zejména tím, že „posazením na koně u klienta vyloučíme jeho nefunkční celkový pohyb např. dolní končetiny, zatímco pánev, páteř, trup a pletenec ramenní, horní končetiny, šíje a hlava se uvolní k fyziologickým souhybům v souladu s pohyby zvířete.“ (Pipeková, Vítková, 2001, s. 132) (viz. příloha A obr. 19- 22).

Posazení na koni umožňuje klientům po CMP s postižením dolních končetin „projít se“ ve vzpřímené chůzi, která odpovídá poloze zdravých částí těla. Při jízdě na koni dochází také k sensorické integraci a ke stimulaci hybných a řečových funkcí, k silné emoční motivaci. Všechny tyto faktory mají pozitivní vliv na proces rehabilitace u osob po CMP.

Dobrou rehabilitační intervenci je možné zajistit jedině při důkladné přípravě obou aktérů rehabilitace, tedy koně a klienta.

Kůň - potřebuje čas, aby si zvykl na rehabilitační pracovníky a klienty. Pro hipoterapii jsou nevhodnější koně starší a klidní, dává se přednost valachům a klisnám před hřebci. Požadavky na koně jsou zvolna stupňovány tak, aby byl kůň postupně výkonnější a získával příslušné návyky.

Klient – se seznamuje s koněm, což zahrnuje přípravné cviky, nácvik rovnováhy, správného dýchání, zvládnutí základních dovedností jako je nasednutí, sed na koni, překonání strachu ze zvířete. Dále je realizován odborný rehabilitační program, který odpovídá individuálnímu postižení klienta (Pipeková, Vítková, 2001).

3.6 Muzikoterapie

Definice muzikoterapie

V rituálech původních kultur nalézáme magickou, náboženskou a mediální funkci hudby. Očistné rituály plnily roli duševní hygieny a jejich léčivý aspekt spočíval v uvolnění emocí. Původní archetypální struktura hudby se pravděpodobně částečně přenesla i do současných muziko-terapeutických sezení (Zelevá, 2007).

„Muzikoterapie jako pragmaticky a empiricky orientovaná vědní disciplína stojí v systému hudebních věd na hranici s hudební psychologií, pedagogikou, sociologií, hudební akustikou a hudební teorií, filosofií a estetikou“ (Zelevá, 2007, s. 27). Tento rozsah nám ukazuje různé orientace muzikoterapie. Stejně tak, jako se liší muzikoterapie ve svém zaměření, jsou různé i její definice.

Nejvíce se muzikoterapie začala rozvíjet po druhé světové válce. V Evropě získala muzikoterapie léčebně -, sociálně,- speciálně pedagogickou podobu díky osobnostem Christopa Schwabeho a Julietty Alvin. O rozvoji oboru svědčilo i zakládání odborných institucí pro výuku tohoto oboru. Poprvé byla muzikoterapie, jako studijní obor otevřena v roce 1944 v USA. V Evropě to bylo ve Vídni roku 1959. V roce 1998 vznikla spojením dvou různých organizací AMTA (American Music Therapy Assotiation). AMTA definuje muzikoterapii takto:

„Muzikoterapie je používání hudby k terapeutickým cílům: znovuoobnovení, udržení a zlepšení mentálního a fyzického zdraví. Je to systematická aplikace hudby řízená terapeutem v terapeutickém prostředí tak, aby se dosáhlo kýžené změny v chování. Hudba pomáhá jedinci k rozvíjení celkového potenciálu a přispívá k jeho větší sociální přizpůsobivosti“ (Zelevá, 2007, s. 28).

3.6.2 Muzikoterapie v České republice

V České republice se terapií hodně zabývají Tomáš Procházka a Alena Dušková, kteří nabízejí pod záštitou Pedagogické fakulty výcvikový kurz s názvem Celostní pojetí muzikoterapie. Dále muzikoterapii v hudebně-dramatické výchově používá Zdeněk Šimanovský, který v roce 2003 založil s kolegy Sekci muzikoterapie České psychoterapeutické společnosti při České lékařské společnosti JEP. (Zelevá, 2007)

Mezi různými terapiemi je muzikoterapie neobvyklá tím, že k intervenci a medializaci dochází prostřednictvím zvuku. Na rozdíl od ostatních tedy impuls nevychází od terapeuta, ale z nástroje. Hlas terapeuta i klienta mohou plnit stejnou funkci jako nástroje. Cílem terapie je aktivovat prostřednictvím rozšířených vjemů klientovu sebeúctu a jeho komunikační rezervy. Prostředky, kterými lze klienta aktivovat jsou různé:

Muzikoterapeutické prostředky

- Hudební improvizace - hudební improvizace je spontánní vytváření hudby, ať už se jedná o „hru na tělo“, zpěv nebo použití hudebních nástrojů. Prostředek, kterým se klient vyjadřuje, zastupuje jeho alter ego (druhé já). Prostřednictvím druhého já může dojít k formulaci

pocitů, jež je těžké sdělit slovy. Podle formálního uspořádání může být hudební improvizace buď individuální, nebo skupinová. Měla by probíhat v emocionálně příznivém prostředí, které vytváří terapeut spolu s účastníky terapie.

- Hudební interpretace - tento způsob projevu je daleko „přísnější“ než improvizace, protože spočívá v produkci předem připraveného materiálu. Hudební interpretace je vhodná pro klienty, kteří mají strach ze spontánního projevu a pomáhá rozvíjet motorické dovednosti a sociální funkce. Účastník terapie si může prostřednictvím hudební interpretace budovat schopnost sebekontroly.

Jednou z možností hudební interpretace je zpěv písní. Píseň je možné použít jako prostředek k vlastnímu sebevyjádření. U osob s narušeným řečovým projevem pomáhá zpěv písní zlepšit artikulaci, rytmus řeči a dechovou kontrolu.

- Poslech hudby - poslouchaný hudební materiál může mít vokální nebo instrumentální formu. Reprodukovaná hudba prohlubuje vyjádření myšlenek a pocitů nedirektivním způsobem. Během poslechu hudby nedochází k žádné interakci mezi účastníkem terapie a terapeutem. Ke vzájemnému sdílení prožitého však dochází po skončení poslechu, kdy si i účastníci v rámci skupiny mohou sdělit své imaginace a zážitky. (dostupné na <http://www.muzikoterapie.cz/?p=muzikoterapie> [cit. 20. dubna 2009]).

Muzikoterapie u seniorů

Terapie prostřednictvím hudby je vhodná pro všechny věkové kategorie. U seniorů více než terapeutickou složku využíváme složku relaxační a aktivizační.

Hudba může komplexně a zároveň diferencovaně ovlivňovat lidské prožitky. Každý účastník terapie je jedinečná osobnost se specifickými potřebami, které mohou být do značné míry ovlivněny např. onemocněním nebo postižením. Proto je velmi důležité jakou metodu nebo techniku terapeut zvolí. Výběr vhodného žánru je důležitý, protože vibrace určitých tónů mohou vyvolat v každém jiné reakce. Velmi záleží na významu hudby pro účastníka, na vztahu jaký má k dané hudbě. „*Fyziologický a psychický účinek hudby spolu souvisí. Problémy vznikají tehdy, je-li orgán přetížený množstvím zvuků a zvukovým stresem. S tím souvisí i sociální a psychické problémy*“ (Zelevová, 2007, s. 15). Při poslechu hudby měl tedy terapeut brát v úvahu zejména hudební preferenci klienta a délku koncentrace jeho pozornosti.

V seniorském věku je možné poslechem hudby vyvolat vzpomínky a asociace klienta, které se vztahují k příjemným zážitkům z minulosti. Touto formou může následně dojít ke snadnější interakci mezi klientem a terapeutem nebo k interakci v rámci celé skupiny formou rozhovoru. Při poslechu hudby můžeme u seniorů využít i prvků imaginace. Moreno (in Zelevová, 2007) popisuje doporučení pro imaginační proces „Při poslechu nahrávky moře si můžeme představit následující imaginaci. Ležíme na břehu moře na teplé poklidné pláži. Všemi smysly můžeme vnímat sluneční paprsky na tváři, vůni moře, sůl na rtech. Slyšíme mořské vlny, jak se něžně převalují po pobřeží. Dýcháme pomalu a hluboko (v rytmu vln). S odlivem každé vlny v nás ubývá napětí.“

Dechová cvičení při hudbě

Techniku dechového cvičení při hudbě je vhodné použít zejména u seniorů s vysokým krevním tlakem. Krevní tlak se díky zpomalení dechu sníží. Pomalé a pravidelné dechové vzorce jsou sladovány s rytmem a tempem poslouchané hudby.

V rámci dechového cvičení můžeme zařadit i další relaxační techniky s prvky imaginace, které slouží k odbourání stresu a k celkovému uvolnění. Můžeme vyzvat účastníky terapie, aby si sebe představili jako pířko, které se snáší k zemi, kde přistane a odpočívá.

Vedle relaxace a dechových cvičení můžeme hudbu využít jako jednu z metod pro aktivizaci seniorů. Nevhodnější formou aktivizace je zpěv známých písní nebo hra na hudební nástroj.

„Použití písní podle principů strukturovaného učení usnadňuje orientaci klientů v čase, prostoru a posloupnosti aktivit během dne. Seniorům připomínají písně významné okamžiky jejich života, které mohou sdílet s ostatními. Každý klient se může identifikovat s nějakou písní a jejím textem. Vhodná píseň dokáže poskytnout potřebné emocionální zázemí“

(dostupné na <http://www.muzikoterapie.cz/?p=muzikoterapie> [cit. 20. dubna 2009]).

Skupinový zpěv přináší interpretům nejen radost, ale přivádí zúčastněné ke společenskému kontaktu, poskytuje anonymitu projevu a možnost odreagování. U seniorů procvičuje zpívání písní nejen paměť, ale má vliv na emocionální, motorické a další funkce. (viz příloha A. obr. 23).

Stejný efekt má i hra na hudební nástroj. Přináší příjemné pocity interpretovi i posluchačům. Posiluje sebedůvěru hudebníka, což má vliv na jeho psychiku a upevňuje sociální vazby mezi zúčastněnými a to je velmi významné jako prevence pocitů osamělosti. (viz příloha A. obr. 24).

3.7 Reminiscenční terapie

Definice reminiscenční terapie

Jako reminiscenční terapii označujeme metodu, která je založena na poznání toho, že v mozku zůstávají nejdéle zachovány vědomosti, vzpomínky a návyky, které jsou zafixovány v dlouhodobé paměti.

(dostupné na <http://alzheimercentrum.sk/cz/poskytovana-pece/reminiscencni> [cit. 20. září 2009]).

Reminiscenční terapie tedy využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Tato terapie může mít formu individuální nebo skupinovou.

Terapeut vede obvykle rozhovor s jedním účastníkem terapie nebo se skupinou účastníků (max. 5-8 osob). Rozhovor se týká nejen dosavadního života, ale zejména dřívějších aktivit, prožitých událostí a osobních zkušeností. Má-li být terapie pro účastníky přínosná, je důležité vytvořit vhodné prostředí. Terapie většinou probíhá v tzv. reminiscenční místnosti, kde by měl být prostor i pro instalaci reminiscenčních pomůcek (např. dobové fotografie, knihy, dobová nahrávka, předměty denní potřeby užívané v minulosti), tak aby byla vytvořena příjemná a motivující atmosféra. Důležité je také vhodně zvolené téma hovoru, které bude účastníky zajímat a povede k samotnému vzpomínání a k následné interakci uvnitř skupiny. (dostupné na <http://melnicek.cz/node/2640> [cit. 20. září 2009]).

Vzpomínání dává účastníkům terapie možnost bilancovat svůj dosavadní život, dávat mu smysl, potvrzovat svou vlastní identitu, být aktivní a zejména procvičovat paměť a myšlení, předávat zkušenosti a informace z minulosti. Proces vzpomínání také usnadňuje vzájemnou komunikaci mezi účastníky a pomáhá tak překonávat izolaci. Jednotlivci jako takovému přináší příjemné emotivní zážitky něčeho důvěrně známého třeba i dávno zapomenutého, něčeho co jej sblížuje s ostatními (viz. příloha A obr. 25-27).

Reminiscenční terapie u seniorů

Terapie se používá u zdravých seniorů jako preventivní a aktivizační. U aktivních seniorů může místo rozhovoru užít možnosti písemného vyjádření k danému tématu např. „Co bylo a už nebude“ nebo „Jak to vypadalo u nás doma“. Účastníci mohou pak své práce přechít ostatním. (viz příloha 1. obr. 27). U aktivních a zdravých seniorů je také možné reminiscenční terapii vhodně propojit s trénováním paměti.

Nejnovější výzkumné výsledky prokazují, že člověk si i ve stáří ponechává schopnost učit se, že se může dále psychicky rozvíjet, a že má k dispozici velkou kapacitu myšlení, z níž často není dost čerpáno, a jež by měla být využívána. Specifické trénování psychických funkcí může nervové buňky stimulovat k vytváření nových větví a sítí. Činnost mozku je možno srovnat s činností svalu. Není-li sval zatěžován (např. je-li v sádrovém obvazu), mizí jeho substance a funkční zdatnost. Psychické deficity, jako oslabení všípivosti, narůstající zapomnětlivost, poruchové nalézání slovních pojmů nebo ubývající schopnost koncentrace mohou být proto u zdravých starších osob přisuzovány

nedostatečnému tréninku. Aktivní činnost, procvičování paměti a myšlení může sloužit jako prevence vzniku demence ve vyšším věku.

Také u osob, které již demencí trpí lze vhodně využít tuto formu terapie. Pacienti s demencí trpí poruchami krátkodobé paměti, ale často si velmi dobře vybavují události dávno minulé. Terapie je vhodná pro pacienty s lehkou či středně těžkou demencí, tedy pro pacienty, pro něž mnoho jiných terapeutických alternativ nemáme. Jejím cílem je nejen zlepšení stavu pacienta, ale také posílení jeho lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a ve svých důsledcích také pomoc a podpora rodinnému pečovateli.

Při práci s pacienty s demencí, kteří žijí v rezidenčním zařízení je důležitou součástí reminiscenční terapie tzv. práce s biografií. Tato forma reminiscenční terapie pracuje se sesbíranými informacemi o klientovi, získanými od samotného pacienta nebo od jeho příbuzných. Je možné využít jeho rodinné fotografie, dále pracujeme s historickými událostmi, které se týkají života osoby postižené demencí. Znalost životního příběhu a charakteru nemocného nám pomáhá ho pochopit, vědět jak k němu přistupovat a jak o něj pečovat.

(dostupné na <http://alzheimercentrum.sk/cz/poskytovana-pece/reminiscenci> [cit. 20. září 2009]).



(Foto: Jindřich Štreit)

3.8 Taneční terapie

Tanec provází člověka už od pradávna, je součástí historie lidského pohybu, do jisté míry ovlivňuje kulturu dané společnosti a je také prostředkem dorozumívání. Tanec je považován za jeden z neucelenějších způsobů nonverbální (mimoslovní) komunikace. Je to tedy způsob pohybu, kterým lze přirozeně vyjadřovat emoce. Právě ona možnost projevit své pocity prostřednictvím tance a radost z něj působí blahodárně na lidský organismus (Veleta, Holmerová, 2004).

Tanec v terapeutickém procesu

Snaha využívat tance, jako terapeutické metody při působení na lidskou psychiku vznikla po druhé světové válce. Tato metoda se pro svou účinnost a relativní nenáročnost stala velmi rychle populární a nyní je rozšířená po celém světě. „*Přestože je správné užívat širší označení taneční a pohybová terapie“ obecně se používá pouze označení taneční terapie“ (Veleta, Holmerová, 2004, s. 11).*

Při tanci se v terapeutickém procesu klade důraz na pohyb samotný a estetická stránka projevu ustupuje do pozadí. Jsou vyzdvihovány faktory psychologické (schopnost nonverbálně komunikovat, zlepšit emotivitu apod.), fyzické (rozvoj koordinace pohybu, rovnováhy a celkové síly) a sociální (interakce ve skupině lidí, kteří si mají vzájemně co sdělit) (Veleta, Holmerová, 2004).

Taneční terapie v České republice

Začátky užívání taneční terapie v České republice ovlivnily dvě dámy. První dáma prof. Jarmila Radechovská, která vyučovala taneční terapii na Miami Dade Community College na Floridě v USA. Od návratu do vlasti v roce 2000 předává své životní zkušenosti, využití tance u různých skupin osob (drogově závislí, osoby upoutané na invalidní vozík), odborné i laické veřejnosti. Druhou dámou, která přinesla také své zkušenosti ze zahraničí je Libuše Šlenerová, která působila jako taneční terapeutka v Rakousku a věnovala se užití taneční terapie při práci se seniory (Veleta, Holmerová, 2004).

„*V současné době se taneční terapie používá na rozvoj a podporu zdraví, na zlepšení stavu lidí trpících chronickými chorobami atd. Byly vypracovány a jsou připravovány programy zaměřující se na taneční terapii u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním (nemoci srdce), hypertenzí (vysoký krevní tlak), chronickou bolestí, demencí a Alzheimerovou chorobou, diabetem (cukrovka), astmatem (dýchací potíže) a onkologickými onemocněními (rakovina)“ (Veleta, Holmerová, 2004, s. 11-12). Taneční terapie je užívána také u osob na invalidním vozíku.*

Taneční terapie u seniorů

Z uvedeného vyplývá, že použití taneční terapie je velmi široké. Pro potřeby této práce se zaměřím pouze na využití taneční terapie u seniorů s Alzheimerovou demencí a u seniorů s postižením hybnosti, kteří jsou upoutáni na invalidní vozík.

- Terapie u seniorů s Alzheimerovou demencí - nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba. Je to chronické degenerativní („způsobující chátrání a upadání ve vývoji“) (Klimeš, 1981, s. 102) onemocnění postihující mozek. Poškození se projevuje nejvíce v oblastech intelektu, paměti a myšlení. V případě rozvinutých forem demence nejsou již osoby schopné postarat se sami o sebe a žijí ve „svém světě.“ Neznamená to však, že nepotřebují různé formy stimulace. Naopak. Právě tyto osoby potřebují vlídné, bezpečné prostředí s přiměřeným množstvím vhodných podnětů. Poznatky a způsob práce u seniorů s Alzheimerovu demencí (dále jen demence) je možné použít i na ostatní formy demencí (Veleta, Holmerová, 2004).

„Pro seniory s demencí je nejvhodnější formou taneční terapie hodina, která probíhá v kruhu. Mají tak možnost se vzájemně pozorovat i napodobovat terapeuta, který je součástí kruhu. Kruh je zároveň nejbezpečnější formou této aktivity a ti, kteří se obtížně soustřeďují na jiné činnosti, vydrží v této formaci cvičit relativně dlouho. Již první kroky, zejména hraje-li hudba, způsobují napřímení cvičících. Je zřejmě dávno uloženou zkušeností, že člověk musí mít při tanci dobré držení těla“ (Veleta, Holmerová, 2004, s. 30).

Při samotné práci s osobami s demencí je velice důležitý individuální, trpělivý a laskavý přístup. Činnost by měla přinášet radost všem účastníkům terapie.

Terapii je vhodné zahájit vsedě na židlích krátkým rozcvičením při pomalé relaxační hudbě. Po rozcvičení může následovat např. pochod s výrazným rytmem, který můžeme vytleskávat nebo vydupávat. Aktivity volíme dle aktuálního stavu účastníků. Po rozcvičení je možné začít s tancem. Účastníky kurzu vyzýváme k tanci jednotlivě. Pro navázání kontaktu je důležité zřetelné oslovení a úsměv. Všichni účastníci tančí jednotlivě v páru s terapeutem. Vhodný je pomalejší valčík. Za stálého očního kontaktu pomalu zkoušíme kroky a se seniorem verbálně komunikujeme a povzbuzujeme jej. Motivujeme seniory, aby tančili i spolu a aby napodobovali pohyby terapeuta. Po samotném tanci by mělo následovat opět uvolnění při relaxační hudbě. Senioři s demencí jsou schopní dobře propojit zpěv s pohybem. Samotný fakt toho, že zvládli nějaký „úkol“ jim přináší pocit radosti a uspokojení. Tanec má prokazatelně pozitivní vliv na rozvoj fyzické i psychické kondice seniorů s demencí. (Veleta, Holmerová, 2004)

- Taneční terapie pro pohybově postižené seniory - charakteristickým rysem zdravotních komplikací ve vyšším věku je již zmíněná multimorbidita (přítomnost více onemocnění najednou), sklon k netypickým projevům onemocnění a ke komplikacím. U seniorů se často mimo hlavní onemocnění projevuje celková slabost, dezorientace, zhoršení soběstačnosti apod. Tyto projevy stáří vedou k tomu, že se pro mnohé seniory stává invalidní vozík velmi potřebnou kompenzační pomůckou. Vozík je využíván nejen v případě ochrnutí či

ztrátě dolních končetin, ale také pro určité činnosti či na omezeně dlouhou dobu např. v případech chronického onemocnění spojeného s bolestivými stavy nosného aparátu. (Veleta, Holmerová, 2004)

Taneční terapie na vozíku je na rozdíl od práce se seniory s demencí náročnější na prostor. Jinak probíhá úvodní rozcvička jako u pacientů s demencí. Pouze se necvičí v kruhu, ale v půlkruhu, tak aby všichni na terapeuta viděli. Při rozcvičce by měl terapeut také citlivě reagovat na zdravotní stav účastníků např. nezařazovat do rozcvičky dolní končetiny, pokud je ve skupině někdo po oboustranné amputaci nohou či paraplegik. Dále je velmi vhodné v rámci taneční terapie nacvičovat ovládání vozíků pro ty seniory, kteří mají v této oblasti nějaké těžkosti, např. vyjedou ze svých míst, objedou půlkruh a zase se vrátí nebo se potkají ve středu místnosti, chytí se za ruce a vrátí se zpět na místo.

Při tanci na vozíku je vhodná pomalejší hudba např. waltz. Tanec je opět individuální, terapeut tančí zvlášť s každým účastníkem terapie. Terapeut začne jezdit s vozíkem po prostotu, drží vozík za madla nebo tanečnicka za ruce a mění směr tance. Po získání větších zkušeností je pak možné volně improvizovat. Při taneční terapii na vozíku platí stejně jakou u předchozí terapeutické skupiny, že s klientem komunikujeme a udržujeme vhodný sociální kontakt. Aktivita by měla přinášet relaxaci radost a potěšení všem zúčastněným (Veleta, Holmerová, 2004). (viz příloha A. obr. 28-30).

Z výše uvedeného vyplývá, že možnosti aktivizace seniorů prostřednictvím terapeutických metod jsou široké. Smyslem této kapitoly nebylo představit co možná největší počet terapií. Cílem bylo, poskytnout souhrnnou informaci o tom jaké terapeutické metody jsou k dispozici v jednom konkrétním zařízení tj. v Domě Portus. Zde jsou terapie užívány zejména pro aktivizaci seniorů bez postižení, kde lze terapie více rozvíjet a modifikovat. Výhodou je, že aktivní senioři mohou na jednotlivé aktivity do komunitního centra Domu Portus docházet. V rámci respitního centra jsou poskytovány terapie i seniorům s vážnějšími zdravotními problémy (poruchy hybnosti např. po cévních mozkových příhodách, osoby upoutané na invalidní vozík).

V Domě Portus nejsou poskytovány služby osobám s Alzheimerovou demencí. Vzhledem k tomu, že se toto onemocnění vyskytuje u populace starší 60 let stále častěji, považovala jsem za důležité zmínit několik terapií, které je možné použít právě u seniorů s demencí.

Uvedené informace v kapitole Možnosti vybraných terapií v práci se seniory by měli sloužit jako základ pro orientaci v dostupných metodách aktivizace seniorů, těm studentům, kteří se budou chtít práci se starými lidmi v budoucnu věnovat.

PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem praktické části této práce, bylo zjistit názory studentů speciální pedagogiky na některé otázky spojené se stářím a stárnutím. Šetření zahrnovalo stanoviska respondentů k seniorské problematice, jako k součásti studijního oboru speciální pedagogiky. Respondenti se vyjadřovali k možnostem dalšího uplatnění v oblasti péče o seniory po ukončení tohoto studijního oboru. Měli také možnost uvést oblast seniorské problematiky, které by z jejich pohledu měla být věnována větší pozornost.

V návaznosti na šetření byl navrhnout studijní program (modul), který by přispěl k rozšíření znalostí studentů speciální pedagogiky (PedF UK) o problematiku spojenou se závěrečnou etapou lidského života, případně vzbudil jejich další zájem o tuto oblast.

4. Zpracování empirického šetření

4.1 Příprava šetření

Metody šetření

Pro dosažení výše stanovených cílů šetření jsem si z dostupných metod vybrala metodu kvantitativní, sběr dat pomocí dotazníku. Dotazník pro empirické šetření jsem sestavila na základě uvedené literatury, s ohledem na potřeby této práce.

Navržení struktury dotazníku

Dotazník uvedený v příloze této práce obsahuje deset otázek (viz. příloha B.). Při přípravě dotazníku jsem se snažila formulovat otázky srozumitelně a jednoznačně nejen proto, abych vyloučila sporné odpovědi dotazovaných, ale také pro snadnější následné vyhodnocení získaných dat pomocí počítače. „*Je nutné, aby byly zahrnuty všechny možné odpovědi, aby tyto odpovědi byly jednoznačné a aby se nepřekrývaly*“ (Řezanková, 2007, s. 11).

Jednotlivé možnosti v otázkách se z tohoto důvodu navzájem vylučují a dotazovaný může zvolit pouze jednu možnost z uvedených. Pro formulaci dotazů jsem používala jednak uzavřené otázky, kdy má respondent pouze tři možnosti odpovědi „ano, ne, nevím“, ale také otázky polozavřené a otevřené. Tento typ otázek považuji za důležitý pro upřesnění a rozvedení názoru respondenta v rozsahu několika vět. Dále jsem kladla důraz na grafickou úpravu dotazníku a na logický sled otázek, které směřovaly od obecnějších dotazů ke konkrétním. Otázky pro potřeby dotazníku byly naformulovány tak, aby bylo možné po vyhodnocení výsledků potvrdit nebo vyvrátit předem stanovené hypotézy.

Přípravné šetření

Pro ověření vhodné volby struktury otázek jsem provedla přípravné šetření na vzorku deseti respondentů, abych zjistila, zda jsou dotazy srozumitelné. U otázky č. 2 mi chyběla možnost „nevím,“ kterou jsem pro vlastní šetření dodatečně doplnila. Při testování dotazníku se nestalo, že by někdo z dotazovaných nevyplnil ani jednu z uvedených možností.

Stanovení hypotéz

Před vlastní realizací šetření jsem si stanovila šest hypotéz vztahujících se k některým z otázek dotazníku. Dle K. R. Poppera sice „*žádný empirický důkaz nemůže hypotézu jednoznačně a definitivně dokázat. Empirický výzkum pouze zdůvodňuje přijatelnost hypotézy*“. (Chrátka, 2007, s. 17). I přes tuto tezi jsem se snažila hypotézy formulovat dle uvedených pravidel pedagogického výzkumu tak, aby hypotézy mohly provedené šetření buď potvrdit, nebo vyvrátit. Ke čtyřem zbylým otázkám, které jsou spíše zjišťovací, doplňkové a kontrolní povahy např. „Měl by se speciální pedagog orientovat v otázkách souvisejících s geriatrií a gerontologií“, jsem si hypotézy nestanovila.

Jednotlivé hypotézy:

Hypotéza 1 (otázka č. 1): Podle respondentů není seniorské problematice v rámci studijního oboru speciální pedagogika věnován dostatečný prostor.

Hypotéza 2 (otázka č. 2): Problematice seniorů by měla být věnována větší pozornost.

Hypotéza 3 (otázka č. 3): Oslovení respondenti se domnívají, že seniorská problematika patří do osnov speciální pedagogiky.

Hypotéza 4 (otázka č. 6): Většina respondentů si myslí, že absolvent studijního oboru speciální pedagogika nalezne uplatnění při práci se seniory.

Hypotéza 5 (otázka č. 7): Většina respondentů je toho názoru, že absolvent studijního oboru speciální pedagogika není po odborné stránce, dostatečně připraven na práci se seniory.

Hypotéza 6 (otázka č. 9): V budoucnu se bude chtít práci se seniory věnovat méně než 50% respondentů.

4.2 Vlastní realizace sběru dat a jejich zpracování

Účastníci výzkumu

Dotazníkového šetření se zúčastnilo (bez zahrnutí přípravného vzorku 10 respondentů viz. Přípravné šetření) celkem 100 respondentů.

Pro potřeby šetření jsem zvolila dvě uzavřené skupiny respondentů.

První skupinou byly studenti Univerzity Karlovy (UK), kteří zahájili v akademickém roce 2009 řádné (denní) studium prvního ročníku studijního oboru speciální pedagogika (48 respondentů).

Druhou skupinu tvořili studenti Univerzity Jana Ámose Komenského (UJAK), kteří v akademickém roce 2009 budou končit kombinované (dálkové) studium pátého ročníku oboru speciální pedagogika (52 respondentů).

Rozdílnými znaky byly počty jednotlivých respondentů ve skupinách. Tento fakt byl dán i aktuálním počtem studentů na přednášce v den distribuce dotazníku. Pro vyhodnocení výsledků šetření je příznivé, že počty respondentů se pohybovaly kolem poloviny, tak jsou počty respondentů téměř vyvážené.

Dalším rozdílem byl ročník studia obou skupin. Pro další zpracování výsledků šetření bude zajímavé sledovat, jak se liší názory studentů, kteří začínají se studiem od studentů, kteří jsou se studiem u konce.

Společným znakem pro obě dvě skupiny je období realizace šetření tj. duben 2009 a místo realizace šetření Praha.

V rámci tohoto šetření nebyly zjišťovány další upřesňující údaje (např. pohlaví, věk vzdělání, přítomnost seniora v rodině atd.). Tyto údaje by jistě obohatily výsledky šetření, ale nepovažuji je pro potřeby práce za určující. Vyplnění dotazníku trvalo respondentům v obou skupinách cca 20 minut.

Zpracování získaných dat

Jak bylo již dříve uvedeno, odpovědi na otázky uvedené v dotazníku byly přepsány do počítače a vyhodnoceny pomocí programu Excel za použití kontingenční tabulky. Každý uvedený dotazník má v databázovém programu své identifikační číslo, které je jedinečné, aby nedošlo k záměně odpovědí.

Příklad kontingenční tabulky – otázka č. 9:

Odpověď	PedF UK - 1.ročník	UJAK - 5.ročník
Ano	5	17
Ne	23	9
Nevím	20	26

V tabulce jsou jednotlivé řádky (záznamy) vymezeny pro zaznamenání daných odpovědí z dotazníku, jednotlivé sloupce (pole) obsahují vždy záznam dané skupiny (první ročník, pátý ročník).

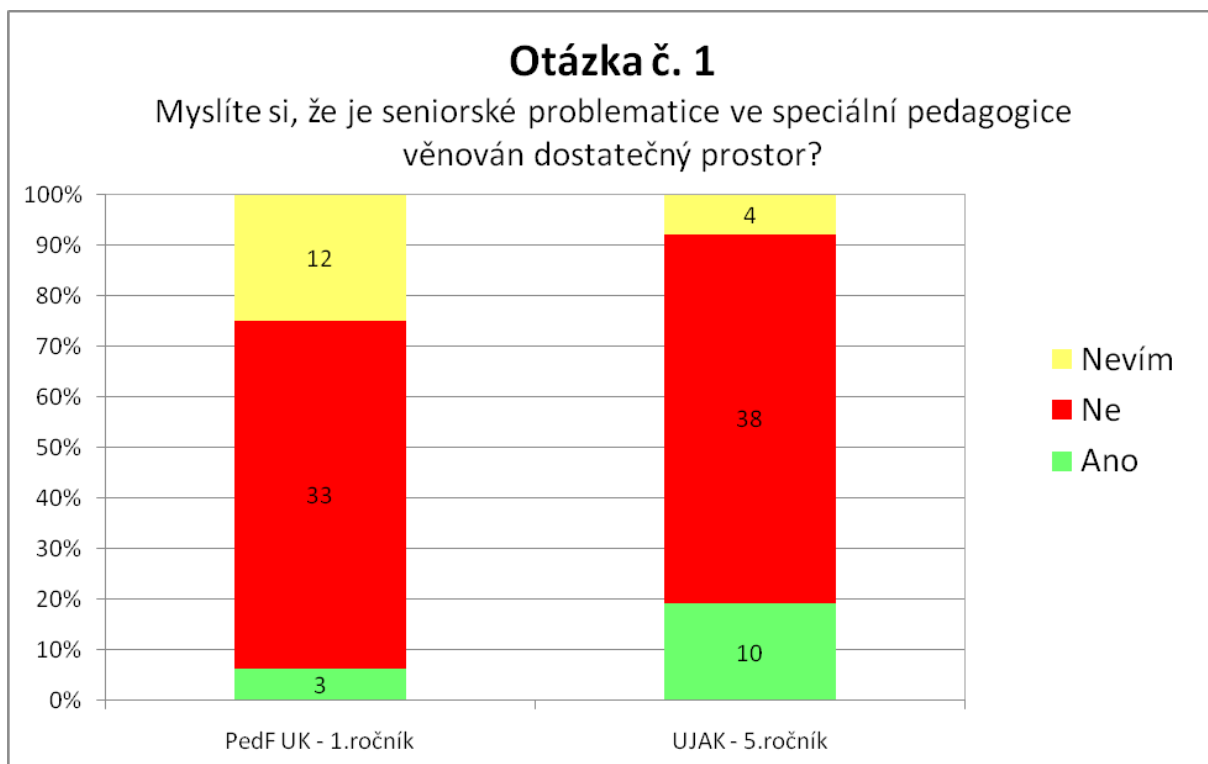
Odpovědí na uzavřené otázky jsou přiřazeny číselné kódy. Kódované odpovědi jsou rozděleny do kategorií. Odpovědi na polozavřené otázky, kde měl respondent možnost se podrobněji (slovně) vyjádřit, jsou znamenány do textového pole v původní podobě.

Vyhodnocení bylo provedeno pro každou otázku zvlášť a výsledky jsou prezentovány v podobě sloupcových grafů. Pro každou otázku byly vytvořeny dva sloupcové grafy. Jeden sloupec pro první skupinu (1. ročník UK) a druhý sloupec pro druhou skupinu (5. ročník UJAK). V rámci každého sloupce byly barevně odlišeny počty jednotlivých odpovědí.

Přestože se počet respondentů u jednotlivých skupin mírně liší (1-48 a 2-52) z důvodu lepší vzájemné porovnatelnosti obou skupin, nejsou výsledky vyjádřeny v absolutních číslech, ale procentuálně. Z toho plyne, že oba sloupcové grafy jsou stejně vysoké (100%). Pro úplnost byly do sloupcových grafů doplněny skutečné počty jednotlivých odpovědí. U otázek, kde respondenti odpovídaly slovně, je uvedena i část textová.

4.3 Vyhodnocení výsledků šetření

Prezentace získaných výsledků:



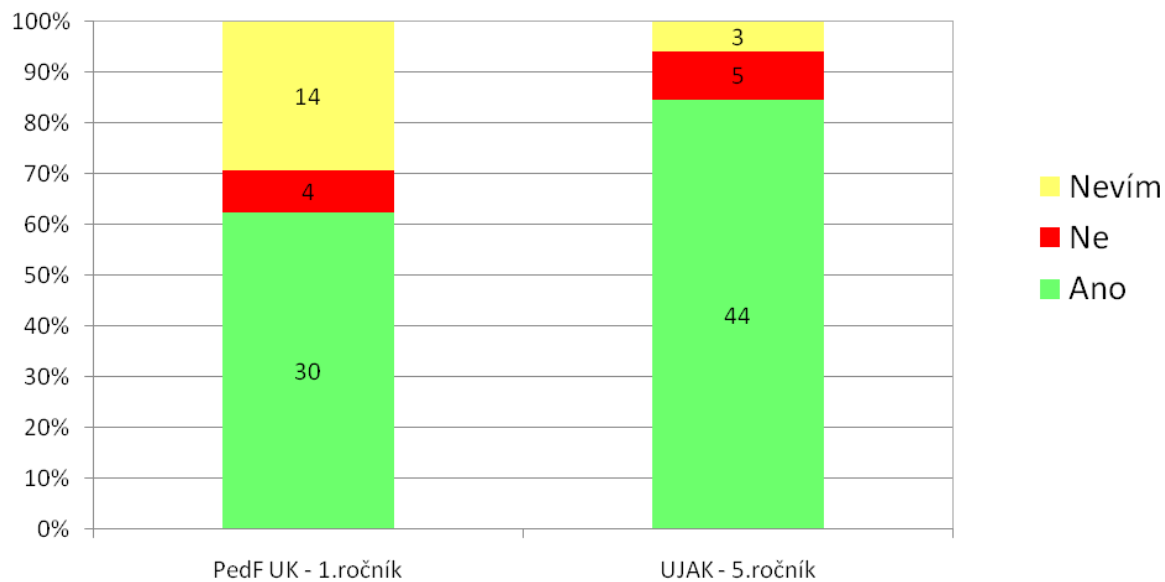
Komentář grafu:

Ze sloupcových grafů vyplývá:

- V obou skupinách výrazně převládá názor, že v rámci speciální pedagogiky (SPPG) není seniorské problematice věnován dostatečný prostor.
- U studentů 5. ročníku je větší počet kladných odpovědí a menší počet odpovědí „nevím“.

Otázka č. 2

Měla by být problematika seniorů věnována v rámci studia speciální pedagogiky větší pozornost?

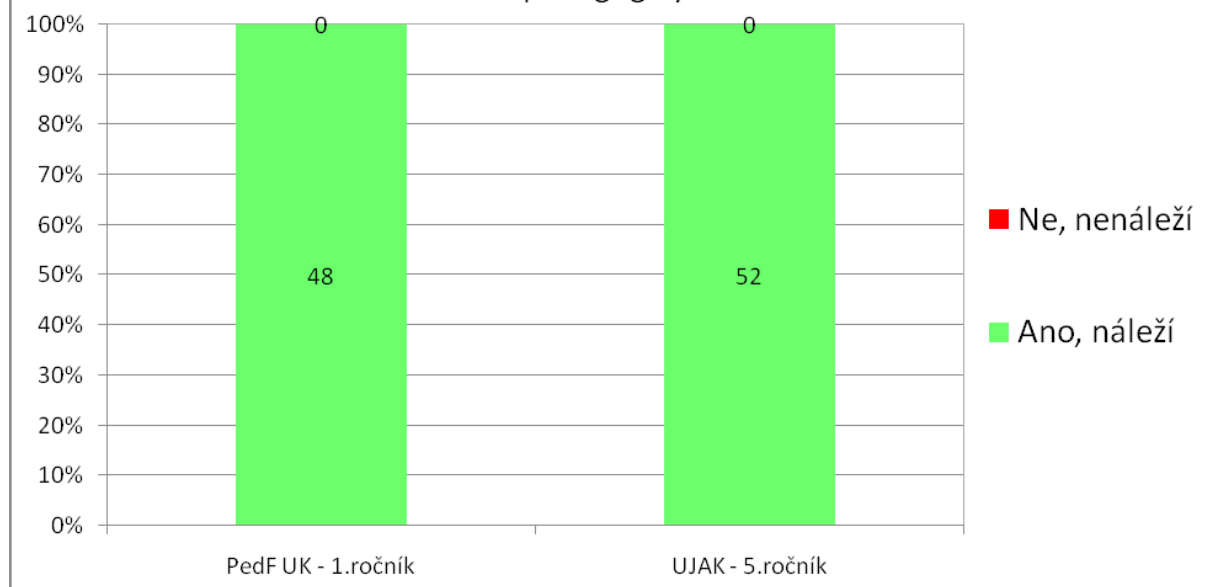


Komentář grafu:

- Z grafů plyne, že v obou skupinách výrazně převažuje názor, že problematice seniorů by měla být v rámci speciální pedagogiky věnována větší pozornost.
- Opačný názor problematice seniorů není třeba věnovat větší pozornost je výrazně menšinový.
- U studentů 1. ročníku je patrný velký počet odpovědí „nevím“, zatímco u studentů 5. ročníku je těchto odpovědí minimum s tím, že ve větší míře převažuje odpověď „ano“.

Otázka č. 3

Myslíte si, že seniorská problematika náleží do osnov speciální pedagogiky?



Komentář grafu:

- V obou skupinách všichni respondenti zastávají názor, že seniorská problematika patří do osnov SPPG.

Textová část:

Názory respondentů z Karlovy Univerzity (PedFUK)

1. Stárnutí populace, práva a individuální přístup

- Je důležité, o tom něco vědět. Populace stárne.
- Staří lidé také potřebují individuální přístup.
- Důraz je kladen na mladistvé, menší na dospělé, nejmenší na seniory, ale myslím, že i přes věkovou hranici mají stejná práva jako ostatní.

2. Stárnutí jako přirozený proces, patřící do všech pedíí

- Stárnutí je přirozený vývoj člověka, i jedince s postižením.
- Stárnutí a stáří patří do všech pedíí (3x).
- Má svá specifika jako jiná pedie.
- Myslím, že věnovat se této věkové skupině je stejně důležité jako u ostatních věkových skupin.

3. Specifické potřeby. Nutnost specifické péče

- Senioři jsou lidé se speciálními potřebami (9x).
- Senior potřebuje specifický přístup (3x).
- Tato skupina vyžaduje specifickou péči (3x).
- Jedná se o skupinu obyvatel se sníženou schopností postarat se o sebe.

4. Pomoc

- Senioři procházejí náročnou životní etapou, rekapitulují svůj život, je potřeba jim podat pomocnou ruku, s involucí přicházejí i nemoci a bolesti, které je třeba tišit (8x).

5. Znevýhodnění

- Jsou to osoby se znevýhodněním, se zdravotními a existenčními problémy (4x).

6. Vzdělávání

- Celoživotní vzdělávání.
- Rozvíjení schopností je možné v každém věku.

7. Jiné

- Z důvodu stárnutí populace a horší sociální situace občanů.
- Měli bychom umět pracovat s menšinami.
- Už jen to, že jednou zestárneme a budeme se potýkat se specifickými problémy.

Názory respondentů z Univerzity Jana Ámose Komenského (UJAK):

1. Stárnutí obyvatelstva, větší počet seniorů

- V současné době získává na důležitosti, naše populace stárne (6x).
- Stále aktuálnější téma.
- Senioři nás doprovází na každém kroku.
- Jsou všude přítomni.

2. Stárnutí jako přirozený proces patřící do všech pedit

- Už jen z důvodů nových trendů ve speciální pedagogice, v centru zájmu by měl být každý člověk.
- Mělo by jít o komplexní pojetí speciální pedagogiky.
- Speciální pedagogika je v rámci pomáhajících profesí.
- Speciální pedagogika pracuje nebo bude pracovat se seniory.
- Je to jedno z možných uplatnění absolventa (2x).

3. Specifické potřeby. Nutnost specifické péče

- Potřeba s ohledem na individuální zkušenosti a specifickou péčí.
- Senior si zaslouží pozornost stejně jako jedinec v produktivním věku.
- Jedná se o specifickou problematiku, senioři mají specifické potřeby.
- Vyžadují zvláštní přístup.
- I stáří má své specifické problémy.
- Velká početná část populace se svými specifiky.

4. Pomoc

- I starší člověk potřebuje pomoc (3x).

5. Znevýhodnění

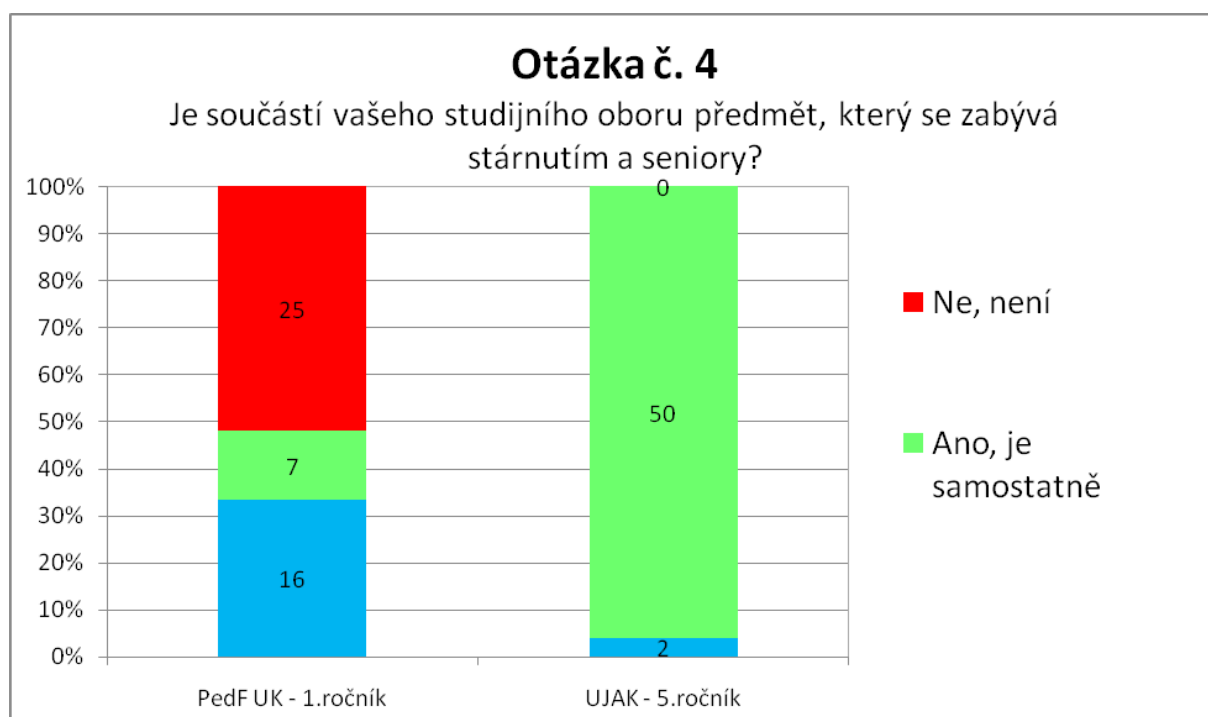
- Jde o skupinu populace, která je znevýhodněna věkem (3x).
- Pro různá postižení.

6. Vzdělávání

- I senioři se potřebují nadále vzdělávat a informovat.
- Smysluplný život, nutné celoživotní vzdělání (4x).
- Speciální oblast výchova a vzdělávání člověka
- Vzdělávání seniorů je důležitým momentem jejich aktivizace a aktivizace kognitivních funkcí.
- Senioři potřebují zvláštní pedagogický přístup, jsou trochu dětmi (individuální).

7. Jiné

- Je to oblast, která je opomíjena ostatními sektory.
- Děti ubývá, seniorů přibývá, chování seniorů a dětí má některé společné znaky.



Komentář grafu:

- U respondentů 1. ročníku je v převaze názor, že problematikou seniorů se nezabývá žádný předmět.
- Další velká část uvádí, že seniory se nějaký předmět v rámci studia zabývá, ale pouze částečně.
- Malé procento vyjádřilo názor, že se seniory zabývá nějaký předmět samostatně.
- Naopak u respondentů 5. ročníku odpověď „samostatný předmět“ převažuje. Tento rozdíl je pravděpodobně způsoben nedokonalou informovaností studentů 1. ročníku o budoucím programu studia.

Textová část:

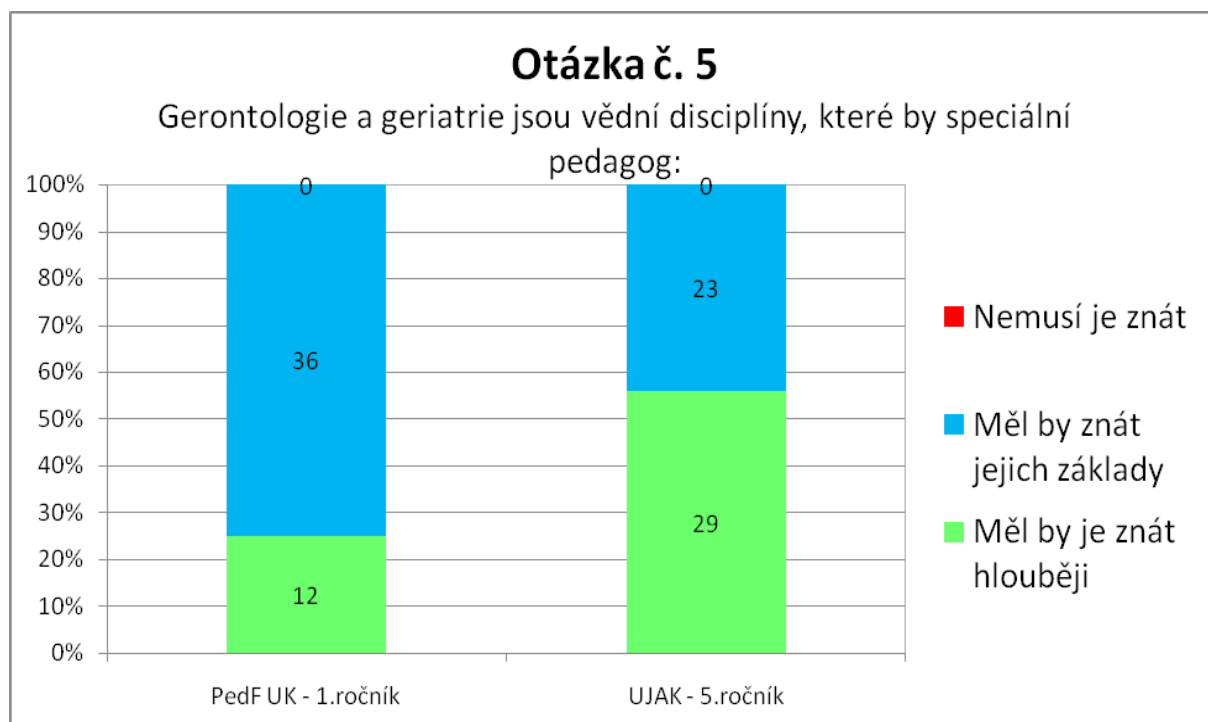
Názory studentů Univerzity Karlovy (PedF UK)

- Je jako součást SPPG dle věkových kategorií (3x).
- Je jako součást Propedeutiky SPPG.

- Je jako součást Speciální pedagogiky s tělesným postižením (2x).
- Je jako součást Vývojové psychologie (2x).

Univerzita Jana Ámose Komenského (UJAK)

- Je jako součást jiného předmětu bez specifikace (2x).

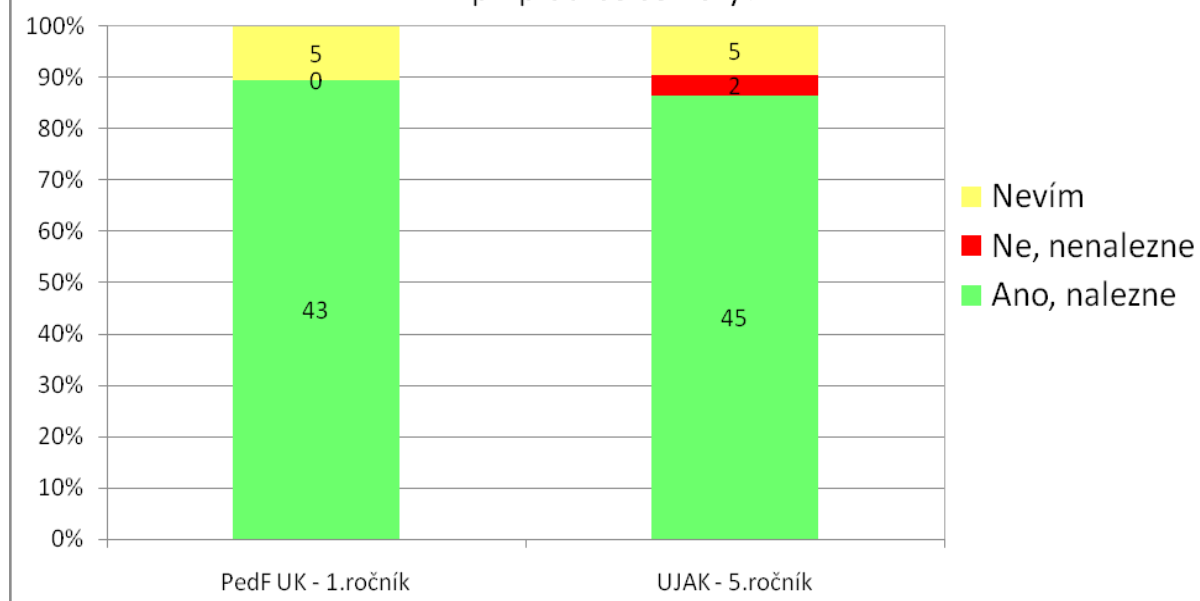


Komentář grafu:

- Ze sloupcových grafů vyplývá, že záporná odpověď tzn. „speciální pedagog nemusí znát gerontologii a geriatrii“ se vůbec nevyskytuje.
- Studenti 5. ročníku se proti respondentům 1. ročníku v mnohem větší míře domnívají, že je nutné, aby speciální pedagog znal gerontologii a geriatrii do hloubky, že nestačí znát její základy. Tento názor může vyplývat z faktu, že respondenti mají studium téměř za sebou a mohou srovnávat s tím, co se již naučili.

Otázka č. 6

Myslíte si, že absolvent speciální pedagogiky nalezne uplatnění při práci se seniory?



Komentář grafu:

- V obou skupinách respondentů převažuje v drtivé většině názor, že student speciální pedagogiky skutečně nalezne uplatnění při práci se seniory.

Textová část:

Názory respondentů Univerzity Karlovy (PedF UK)

Ano, nalezne uplatnění – v následujících oblastech:

1. Domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory, denní stacionáře, LDN, ÚSP

- Domov důchodců (15x).
- Domov s pečovatelskou službou = domovy seniorů (15x).
- Neziskové organizace, Občanské sdružení pro seniory (2x).
- Denní stacionáře (4x).
- Nemocnice (7x).
- Pedagog volného času v LDN, ergoterapeut v domově důchodců.
- Kdekoliv, kde se pracuje s dospělými a seniory ve speciálních zařízeních.

2. Aktivizace seniorů, volnočasové aktivity

- Aktivizace seniorů (3x).
- Různé terapie, ergoterapie (2x).
- Volnočasové aktivity.

3. Poradenství

- Poradenství (4x).
- Psychologické poradny pro seniory.

4. Respitní péče, hospicová péče, pečovatelství

- Hospicová péče (5x).
- Respirní péče (3x).

5. Sociální oblast

- Sociální pracovník.

6. Jiné

- Tato problematika je zahrnuta ve speciální pedagogice.
- Protože problematika seniorů je částí studia SPPG.
- Seniory s postižením (palata - zrakově postižení).
- V omezené míře.
- Ne plně kvalifikovaná práce.
- Specifikované oblasti: denní stacionáře, respirní a paliativní péče, zkvalitnění života, naplnění specifických potřeb podporou při řešení problémů spojených se stárnutím (zhoršení sluchu, zraku).
- Surdopedie, somatopedie, psychopedie, ortopedie.
- Práce s nedoslýchavými, osoby s Alzheimerovou demencí.
- Univerzity 3. věku.

Nevím – (5x)

Ne, nenalezne uplatnění – nikdo nevedl

Názory respondentů Univerzity Jana Ámose Komenského (UJAK)

Ano, nalezne uplatnění – v následujících oblastech:

1. Domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory, denní stacionáře, LDN, ÚSP

- Dům s pečovatelskou službou = domov seniorů (11x).
- Domov důchodců (8x).
- V různých centrech.
- Soukromá zařízení.
- Domov pro osoby se zdravotním postižením (2x).
- Psychiatrie.
- Nemocnice (6x).
- Gerontocentrum.
- Penziony pro seniory (2x).

2. Aktivizace seniorů, volnočasové aktivity

- Především v aktivitách pro vyplnění volného času (3x).
- Tréninky paměti.
- Stacionáře pro seniory (2x).
- Kluby, zájmové kroužky.

3. Poradenství

- 0

4. Vzdělávání

- Vzdělávání (3x).

5. Respitní péče, hospicová péče, pečovatelství

- Hospic (5x).

6. Sociální oblast

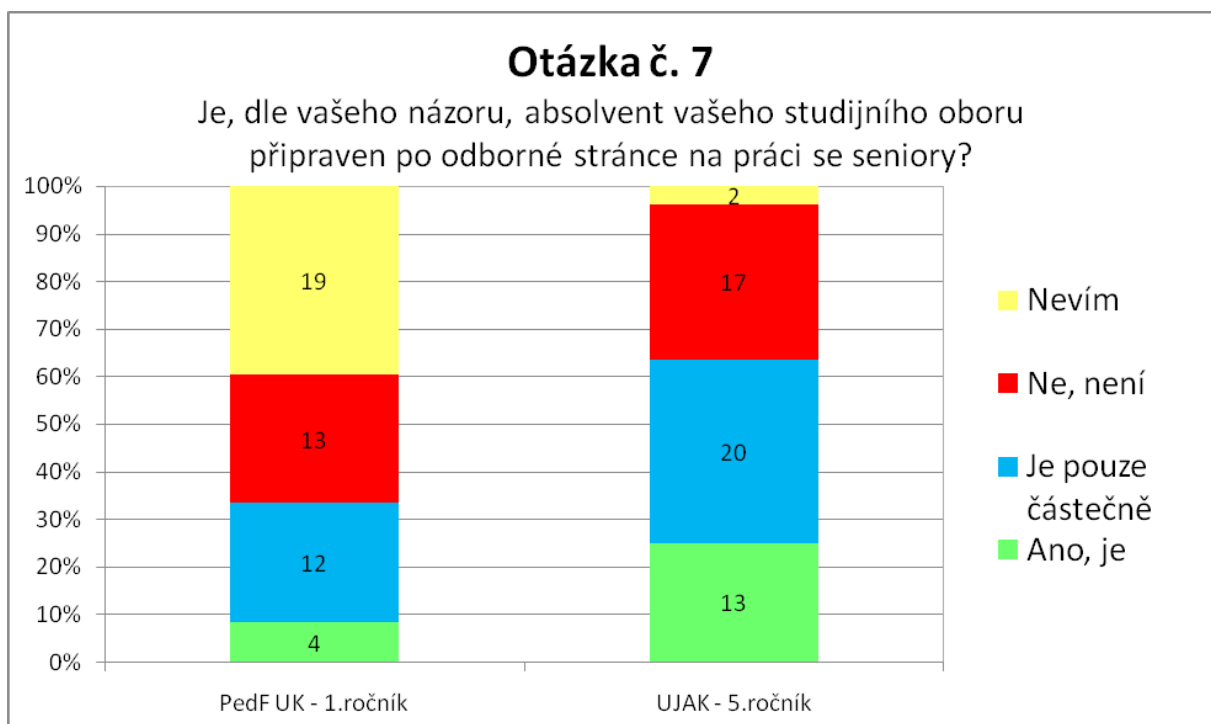
- Sociální pracovník (4x).

7. Jiné

- Cévní příhody, logopedie, somatopedie.
- Zejména s demokratickým vývojem pomoc a koordinace možností samostatného života seniorů.
- Logopedie, osobní asistence.
- Logopedie, osobní asistence.
- K tomu podbízí povahové rysy, zájem o tento obor speciální pedagogiky.
- V oblasti gerontologie
- Zdravotně-sociální odvětví.

Nevím (5x)

Ne, nenalezne uplatnění (2x)



Komentář grafu:

Z porovnání odpovědí studentů prvního a pátého ročníku vyplývají následující skutečnosti:

- Je velký podíl odpovědí „nevím“ u studentů 1. ročníku (u 5. ročníku se tato odpověď téměř nevyskytuje).
- Ostatní odpovědi tzn. „ano je“, „je pouze částečně“, „ne, není“ se vyskytují rovnoměrně zastoupené v obou skupinách respondentů, přičemž kladný názor ohledně připravenosti je výrazně zastoupen u respondentů 5. ročníku.

Názory respondentů Univerzity Karlovy (PedF UK)

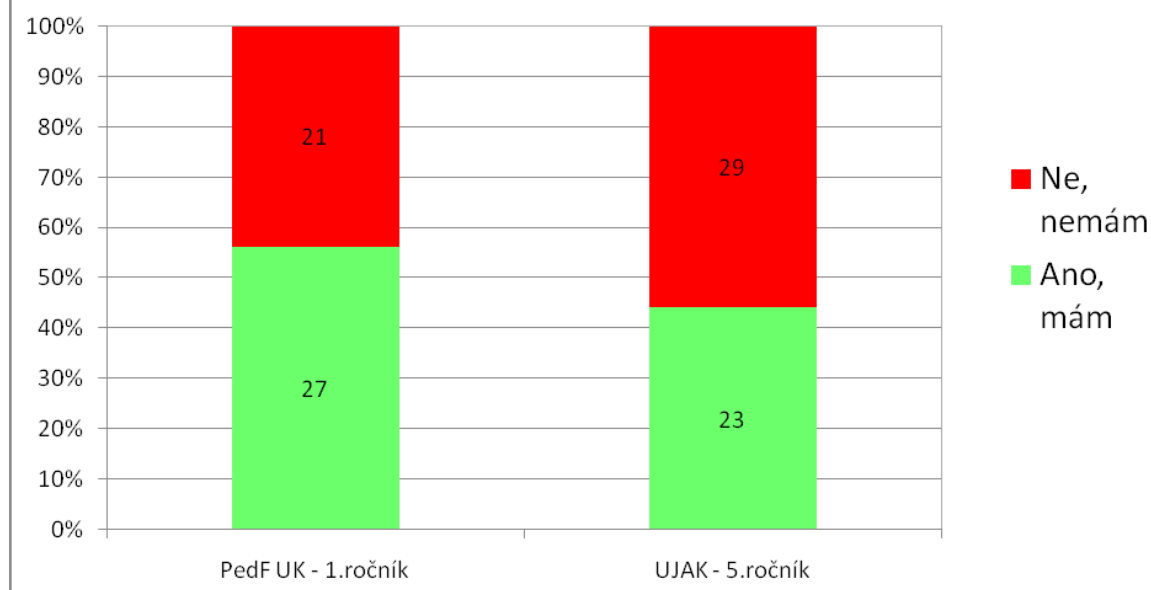
1. Nutnost praxe
 - Zná možné oblasti péče, ale nemá s tím osobní zkušenost – v praxi (3x).
2. Pouze základy problematiky
 - Měl by projít doplňujícím kurzem (2x).
3. Jiné
 - Studuji obor v kombinaci s psychologií, probírám základy.
 - Je zaměřen na více skupin se speciálními potřebami, tudíž nemůžu znát každou dokonale, je to o volbě člověka, které skupině se chce věnovat.
 - Speciální pedagog není plně kompetentní pro seniory, nevěnuje se problematice do takové míry, aby se aspoň mohl považovat za odborníka v oblasti seniorů.

Názory respondentů Univerzity Jana Ámose Komenského (UJAK)

1. Nutnost praxe
 - Je pouze částečně. Důležitá je praxe v oboru, osobní zkušenost (4x).
2. Je připraven pouze částečně; zná základy problematiky
 - Teoreticky základními vědomostmi (6x).
 - Byl by vhodný nějaký prohlubující kurz, školení.
 - Málo hodin věnovaných problematice seniorů.
 - Malý prostor pro studium.
 - Ne ve všech směrech.
 - Chybí podrobnější znalosti z biologie.
 - 2. přednášky za dva roky studia SPPG jsou nedostačující, pokud bych se chtěl (a) tomuto oboru věnovat.

Otázka č. 8

Máte vlastní zkušenost s prací se seniory?



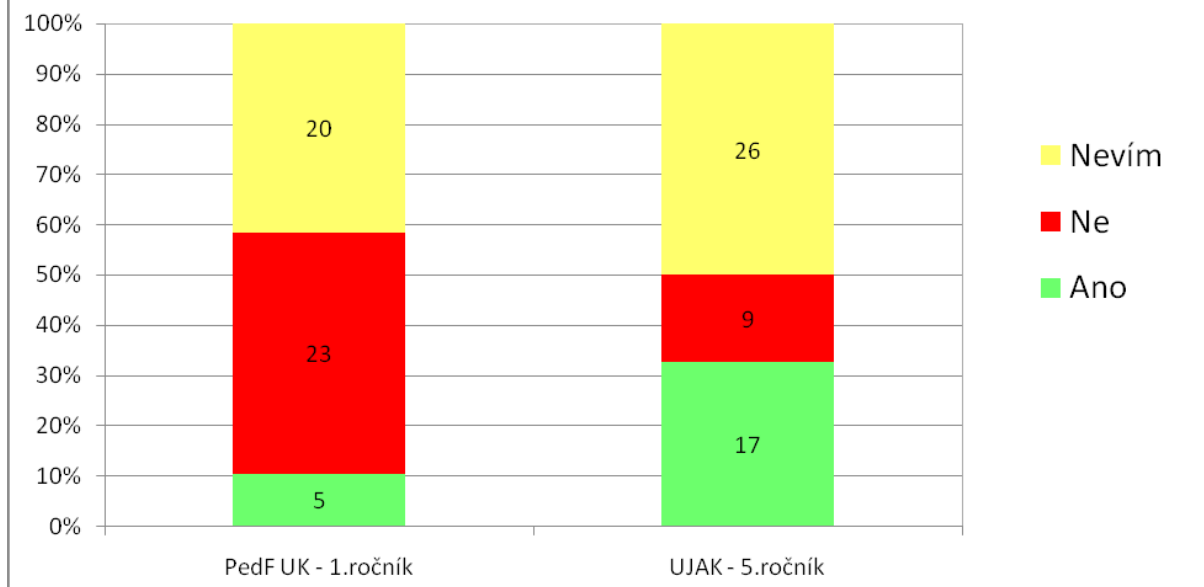
Komentář grafu:

Z odpovědí studentů 1. a 5. ročníku vyplývají následující skutečnosti:

- Zkušenosti s prací se seniory má zhruba polovina respondentů, přičemž u studentů 1. ročníku je to lehce nadpoloviční většina a u studentů 5. ročníku naopak poněkud méně než 50%.
- Tento zdánlivě nelogický výsledek (více zkušeností u studentů 1. ročníku) může být způsoben nesprávným pochopením otázky (přišli studenti do kontaktu se seniory po profesní stránce?) studenti pravděpodobně odpovídali na základě osobních zkušeností se svými prarodiči. Zkreslený výsledek může být způsoben špatnou formulací otázky, kterou se nepodařilo při přípravném šetření včas podchytit.

Otázka č. 9

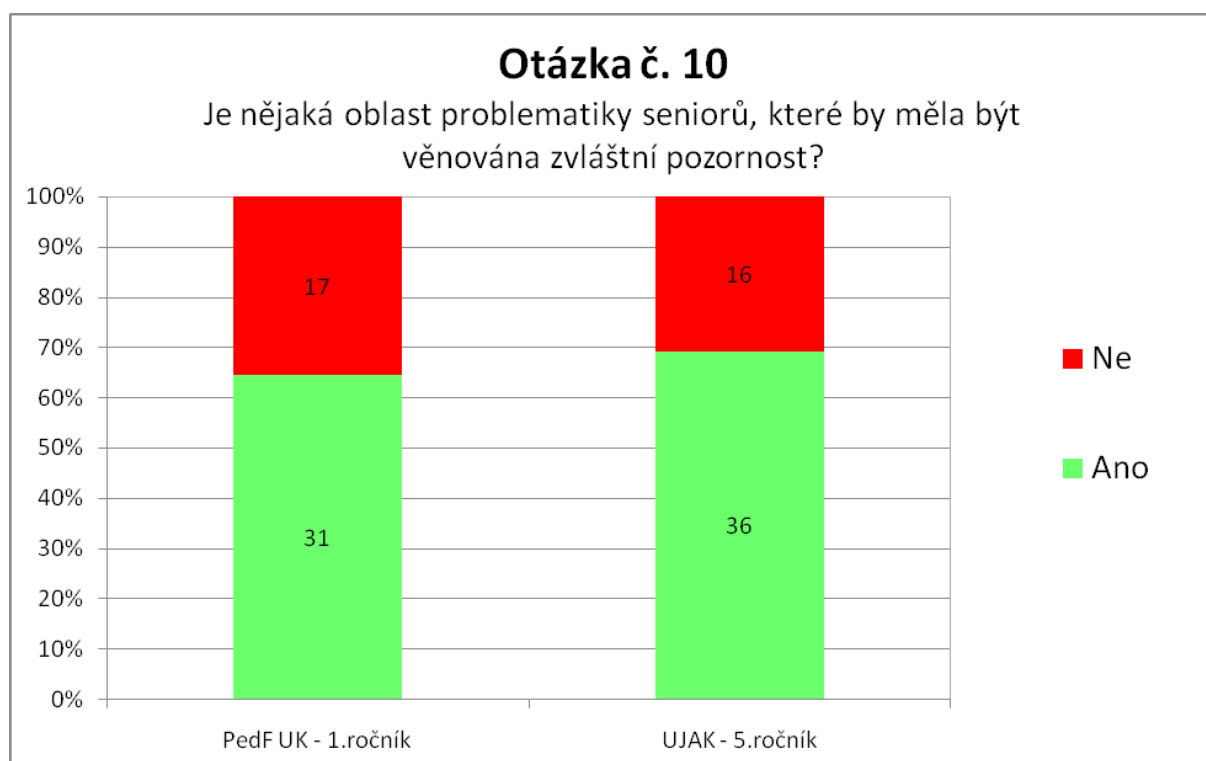
Budete mít zájem se v budoucnosti seniorské problematice věnovat?



Komentář grafu:

Porovnáním obou sloupcových grafů bylo zjištěno:

- U respondentů 1. ročníku je zájem o práci se seniory minimální a naopak je velký podíl záporných odpovědí případně odpovědí „nevím.“
- Naopak podíl odpovědí jednoznačně záporných „ne budu mít zájem“ se zmenšil na úkor odpovědí kladných „ano budu mít zájem se této problematice věnovat“ místo „ne nevím.“



Komentář grafu:

- Výsledky obou skupin odpovědí jsou přibližně stejné. Zhruba 2/3 si myslí, že existuje oblast nebo oblasti v problematice seniorů, kterým by měla být věnována zvláštní pozornost.

Názory respondentů Univerzity Karlovy (PedF UK)

1. Nedostatečná možnost umístění seniora do zařízení, péče v zařízeních

- Kombinace ubytovacích a zdravotnických zařízení např. LDN a jejich problémovost.

2. Osamělost

- Problém samoty u starých lidí - např. systém dobrovolníků, kteří s nimi tráví volný čas, podobně jako u nevidomých nebo jinak postižených občanů.
- Opuštění senioři, samota v seniorském věku (2x).

3. Týrání seniorů

- Týrání seniorů.

4. Aktivní stáří, volnočasové aktivity

- Aktivní stáří (2x).
- Volnočasové aktivity (6x).

5. Psychologické zvláštnosti seniorů

- Zvláštnosti psychologie stárnutí.
- Psychický stav.
- Psychické i fyzické funkce ve stáří.

- Nevím, jestli by přímo měla, ale mě zajímá proces stárnutí v souvislosti s psychickými funkcemi, zhoršování paměti, ztráta pozornosti, zhoršení koordinace pohybů, léčba různých nemocí mozku, řečové potíže (dysfázie a afázie).

6. Vzdělávání

- Další vzdělávání (2x).
- Vzdělávání v oblasti moderní techniky.
- Zážitek pedagogika, pedagogika volného času zaměřená na tuto cílovou skupinu, ergoterapie.

7. Hospicová péče. Umírání

- Hospice (3x).
- Terminální část života, umírání (2x).

8. Prevence podvodů, bydlení

- Prevence podvodů na seniorech páchaných.
- Finanční zabezpečení, bezpečnost – okrádání.

9. Kvalita života, samostatnost

- Dožívání mimo ústavu - důstojné stáří (2x).
- Kvalita života seniorů, jejich začlenění do běžného života společnosti (2x).

10. Jiné

- Jejich sociální život.
- Sociální oblast – dávky.
- Myslím, že na počet seniorů není odpovídající počet pracovníků, kteří by se jim mohli věnovat a umožnit jim tak důstojné a plnohodnotné stáří.
- Specifické choroby.
- Prevence, léčba či poradenství nemocným.
- Problematika mezigeneračních vztahů.
- Práce s rodinou u seniorů (děti).
- Jak je brát vážně a mít k nim úctu, když se chovají jako malé děti.

Názory respondentů Univerzity Jana Ámose Komenského (UJAK)

1. Nedostatečná možnost umístění seniora do zařízení, péče v zařízeních

- Nedostatečná kapacita lůžek v domovech se zvláštním režimem, tj. Alzheimerovou demencí, s psychiatrickými diagnózami a lidem osamělým, dlouhodobé čekací lhůty do DD.
- Péče o osoby bez příbuzných, místa v domovech pro seniory.
- Péče o seniory v LDN, profesionalizace personálu (3x).
- Důstojné zacházení v domovech důchodců (3x).
- V domovech zajistit pro seniory služby, které jim pomohou k samostatnosti.

2. Osamělost

- Osamělost (4x).
- Vdovství a vdovectví.

- Riziko sebevraždy.
 - Adaptace na důchod.
3. Týrání seniorů
- Týrání, domácí násilí i systémové.
 - Násilí a zneužívání seniorů.
4. Aktivní stáří, volnočasové aktivity
- Využití volného času, důstojnost zacházení v organizacích pečujících o seniory, navazování spolupráce a kontaktů s primární rodinou seniora, nevyčleňovat rodinu z péče o seniora.
 - Zájmová činnost.
 - Terapie (2x).
 - Aktivizace ve stáří.
 - Využití volného času (2x).
 - Rozvoj koníčků.
 - Aktivizace.
5. Psychologické zvláštnosti seniorů
- Osobnost seniora, psychické změny (3x).
 - Psychiatrie.
 - Gerontopsychiatrie.
 - Senioři s demencí, jejich aktivizace, práce se seniorem na zlepšení kognitivních funkcí.
6. Vzdělávání – 0x
7. Hospicová péče. Umírání.
- Změna hodnot a příprava na umírání.
8. Prevence podvodů, bydlení – 0x
9. Kvalita života, samostatnost
- Samostatnost (bydlení, péče).
 - Zkvalitnění života obecně (2x).
10. Jiné
- Technické vymoženosti lépe vysvětlit seniorům.
 - Počítačová gramotnost.
 - Životní úroveň.
 - Informovanost v oblasti životního stylu, odborná kondiční cvičení.
 - Sociální podmínky, materiální podmínky.
 - Zpřístupnění sociálních služeb.
 - Denní stacionáře pro seniory.

4.4 Ověření hypotéz

Hypotéza 1 (otázka č. 1):

- Většina respondentů v obou skupinách se domnívá, že seniorské problematice není v rámci studijního oboru speciální pedagogika věnován dostatečný prostor (cca 70% v obou případech).

Hypotéza 1 byla tímto potvrzena

Hypotéza 2 (otázka č. 2):

- Názor, že problematice seniorů by měla být věnována větší pozornost, vyjádřila výrazně nadpoloviční většina studentů v obou skupinách (>60% v UK, >80% v UJAK).

Hypotéza 2 byla tímto potvrzena

Hypotéza 3 (otázka č. 3):

- Dokonce všichni oslovení respondenti v obou skupinách se domnívají, že seniorská problematika patří do osnov speciální pedagogiky.

Hypotéza 3 byla tímto potvrzena

Hypotéza 4 (otázka č. 6):

- Drtivá většina respondentů v obou skupinách si myslí, že absolvent studijního oboru speciální pedagogika nalezne uplatnění při práci se seniory (cca 90%).

Hypotéza 4 byla tímto potvrzena

Hypotéza 5 (otázka č. 7):

- U studentů 1. ročníku je počet kladných odpovědí (absolvent je připraven zcela nebo alespoň částečně) velmi malý, převažují odpovědi „Nevím“ nebo „Není připraven“.
- Naopak u studentů 5. ročníku velmi posílily odpovědi „Ano, je připraven zcela nebo alespoň částečně“ a to zejména na úkor odpovědi „Nevím“.

Hypotéza 5 nebyla potvrzena

Hypotéza 6 (otázka č. 9):

- V obou skupinách je velký počet studentů, kteří nevědí, zda se budou chtít problematice seniorů věnovat ve své odborné praxi. Počet těch, kteří vědí, že ano, je velmi malý s tím, že u studentů 5. ročníku dosahuje cca 30%, naopak u studentů 1. ročníku je jich pouze asi 10%.

Hypotéza 6 byla potvrzena a to zejména pro studenty 1. ročníku. U 5. ročníku může výsledek ovlivnit rozhodnutí prozatím nerozhodnutých studentů.

4.5 Závěr šetření

Při zpracování dat se potvrdila domněnka, že názory studentů prvního a posledního ročníku se budou lišit pouze u dílčích otázek, ale v obecné rovině bude nalezena shoda. Obě sledované skupiny v polovině z uvedených otázek odpovídaly shodně nebo se totožným odpovědím velmi blížily.

Za velmi důležité pro následnou tvorbu obsahu studijního modulu považují odpovědi na ty otázky, kde měli respondenti odůvodnit a blíže specifikovat své názory. I přes to, že ne všichni dotazovaní využili možnosti se vyjádřit, si myslím, že se šetřením podařilo specifikovat témata a oblasti spojené s problematikou osob seniorského věku, která studenty zajímají. Získané výsledky také ukazují značnou názorovou vyspělost studentů 1. ročníku, kteří se stejně jako studenti posledního ročníku (dálkově studující, většinou dospělí) dokázali zamýšlet i nad eticko-právními aspekty práce se starými lidmi.

Obě dotazované skupiny se shodly, že seniorská problematika patří do speciální pedagogiky, a že by si zasloužila větší pozornost. Analýza textových odpovědí ukázala, že dle názorů respondentů je stáří přirozený proces. Senioři a stárnoucí osoby se zdravotním postižením potřebují specifický přístup a podporu.

Všichni studenti 1. ročníku věří, že pokud budou mít zájem, tak naleznou uplatnění při práci se seniory. Největší možnost svého uplatnění vidí respondenti v domovech pro seniory (bývalé domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou), v léčebnách dlouhodobě nemocných, v zařízeních hospicového typu a v neziskových organizacích, zejména ve stacionářích. V těchto zařízeních by mohli uplatnit své znalosti zejména při speciálně pedagogické podpoře u osob s poruchami zraku a sluchu, při práci se seniory s demencí, dále pak v logopedické intervenci např. u osob po cévních mozkových příhodách. Další oblast zapojení speciálního pedagoga je při volnočasových aktivitách např. při arteterapii. Speciální pedagog nalezne jistě své uplatnění také v poradenství. Většina z dotazovaných uvedla, že pro zajištění kvality poskytované podpory seniorům jsou nutné praktické zkušenosti a následné vzdělávání se zaměřením na tuto práci. Pouze dva z dotazovaných respondentů (dálkové studium) uvedli, že speciální pedagog nenalezne uplatnění v práci se seniory.

Dotazníkové šetření ukázalo, že je mnoho oblastí, kterým by měla být v rámci speciální pedagogiky věnována pozornost. Obě dotazované skupiny uváděly do svých odpovědí okruhy, které se týkaly psychických a funkčních změn ve stáří, osamělosti seniorů a dostupnosti rezidenčních služeb (domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných). Za důležitou považovali i profesionalizaci personálu. Respondenti uváděli v odpovědích i tak závažná témata, jako jsou např. týrání a zneužívání starých lidí. Ačkoliv panovala mezi dotazovanými skupinami shoda, v několika oblastech se odpovědi lišily. Studenti 1. ročníku uvedli, že je důležité zaměřit se na vzdělávání seniorů (zejména v oblasti moderních technologií – internet) a považovali za nutné zajistit bezpečnost seniorské populace. Studenti posledního ročníku tyto kategorie vynechali a kladli důraz na zajištění kvality života obecně, zaměřili svou pozornost zejména na samostatnost seniorů jejich aktivizaci, rozvoj zájmů a koníčků.

Za pozitivní považují, že studenti ve věku 18 let a více se zamýšlejí nad důležitostí role rodiny seniora a nad mezigeneračními vztahy obecně.

Z vyhodnocení výsledků šetření vyplývá, že ačkoliv obě skupiny respondentů byly velmi rozdílné ať už životními zkušenostmi, zázemím, fakultou či věkem, respondenti obou skupin ve většině považují seniorskou problematiku nejen za důležitou součást speciální pedagogiky, ale vnímají stáří a stárnutí z pozitivního hlediska jako běžnou etapu života každého jedince. Dotazovaní také ve značné míře vyjádřili přání se o této oblasti dovědět více. Jak uvedl jeden z dotazovaných „Už jen proto, že všichni jednou zestárneme“. Výstupem, který vzešel z dotazníkového šetření je studijní program (modul), který by v budoucnu mohl rozšířit osnovy studijního oboru speciální pedagogiky.

5. Návrh studijního modulu pro studenty oboru speciální pedagogiky

5.1 Návrh studijního modulu

Název modulu: Seniorská problematika v kontextu speciální pedagogiky

Určeno pro studenty: magisterský obor, 5. ročník³

Způsob zakončení: zápočtový test

Rozsah předmětu: ZS 1hod./týden, cca 13 hod/ semestr

Anotace předmětu:

Studijní modul je zaměřen na základní problematikou stárnutí populace. Zahrnuje demografické, filozofické, biologické a psychologické aspekty stárnutí. Věnuje se problematice stárnoucího jedince ve zdraví i nemoci, transformaci v systému poskytování zdravotní a sociální péče. Dále pak možnostem práce a dalšího vzdělávání jak seniorů zdravých a aktivních, tak i seniorů se specifickými potřebami.

Sylabus:

- Pohled na stáří v historii (fenomén stáří, vymezení pojmu)
- Charakteristika stárnoucího jedince z hlediska biologického
- Charakteristika stárnoucího jedince z hlediska psychologického
- Demografické trendy a stárnutí populace
- Vývoj gerontologie a geriatry
- Zvláštnosti onemocnění a postižení ve stáří (klíčové syndromy stáří)
- Geragogika - možnosti podpory vzdělávání ve vyšším věku (U3V)
- Možnosti využití vybraných terapií při práci se seniory
- Aktivizační programy pro seniory, koncept aktivního stárnutí (proseniorské org.)
- Problematika neformálních pečujících (další vzdělávání)
- Základy tanatologie (hospicová a paliativní péče)

Každé z výše uvedených témat je podrobněji rozpracováno. Jednotlivá témata obsahují dílčí oblasti a doporučenou literaturu.

³ Poznámka:

Domnívám se, že studium specifík života ve stáří, ačkoliv je pojímáno v obecné rovině, by bylo velmi náročné např. pro studenty prvních ročníků. Porozumění problémům starého člověka, s ohledem na heterogenitu stárnoucích osob přece jen už vyžaduje určitou míru znalostí a zkušeností z oblastí, se kterými se studenti seznamují právě v počátcích studia oboru speciální pedagogiky (filozofie, vývojová psychologie, somatologie atd.)

Členění jednotlivých témat (přednášek):

1. Pohled na stáří v historii

- Co je stáří? (vymezení pojmu, fenomén stáří)
- Pravěk
- Starověk
- Středověk
- Rodina, její význam a funkce (dříve, dnes)
- Tradiční rodina x moderní rodina
- Mezigenerační problematika – ageismus
 - Studijní literatura:
 - Austad, N. S.: *Proč stárneme – proměny lidského těla*. Praha: Mladá fronta, 1999.
 - Haškovcová, H.: *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989.
 - Pacovský, V.: *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990.
 - Doporučená literatura:
 - Cicero, M. T.: *Tukulské hovory, Cato starší o stáří Laelius o přátelství*. Praha: Svoboda, 1976.
 - Horská, P. a kol.: *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*. Praha: Panorama, 1990.
 - Titzl, B.: *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova, 2000.
 - Tošnerová, T.: *Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV, 2002.

2. Charakteristika stárnoucího jedince z hlediska biologického

- Teorie o procesu stárnutí
- Stařecký fenotyp
- Změny tělesné výšky
- Změny tělesné hmotnosti
- Změny zraku a sluchu
- Změny v oblasti mozku
- Hodnocení funkční zdatnosti u seniorů
 - Studijní literatura:
 - Gruberová, B.: *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998.
 - Holmerová I., Jurašková B., Zikmundová K.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 2003.
 - Doporučená literatura:
 - Kalvach, Z. a kol.: *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Grada, 2004.

3. Charakteristika stárnoucího jedince z hlediska psychologického .

- Strategické modely procesu adaptace ve stáří
- Změny poznávacích procesů ve stáří

- Změny regulačních procesů ve stáří
- Vliv ztráty blízkého člověka na psychiku jedince
- Vliv ztráty zaměstnání na psychiku jedince
 - Studijní literatura:
 - Pacovský, V.: O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990.
 - Vágnerová, M.: *Vývojová psychologie – dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000.
 - Doporučená literatura:
 - Goldberg, D.E.: *Paradox moudrosti – jak být duševně výkonnější, přestože mozek stárne*. Praha: Karolinum, 2006.
 - Říčan, P.: *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004.
 - Scherer, G.: *Základní fenomény lidského bytí očima filozofie*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2007.
 - Stuart – Hamilton, I.: *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999.
 - Výrost, J., Slaměník, I.: *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008.

4. Demografické trendy a stárnutí populace

- Faktory ovlivňující stárnutí populace
- Vymezení pojmů natalita, mortalita, migrace, věková struktura
- Demografická prognóza stárnutí populace v Evropě
- Demografická prognóza stárnutí populace v České republice
- Přijatá opatření (Madridská deklarace, Wroclaw's Silver Papaer, Národní program přípravy na stáří a stárnutí 2008 -2012, Rada seniorů).
 - Studijní literatura:
 - *Národní plán přípravy na stárnutí 2009 – 2012*. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008.
 - Vidovičová, L.: *Podléhá česká veřejnost panice z demografie?* In Kocourková, J., Rabusic, L. (Eds.). *Sňatek a rodina: zájem soukromý nebo veřejný?* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, katedra demografie a geodemografie, 2006.
 - Doporučená literatura:
 - Časopis demografie, Praha: Český statistický úřad.
 - Demografická ročenka České republiky, Praha: Český statistický úřad.

5. Vývoj gerontologie a geriatrie

- Vymezení pojmu gerontologie
- Vymezení pojmu geriatrie
- Z historie světové geriatrie
- Z historie české geriatrie
- Hlavní cíle geriatrie
 - Studijní literatura:

- Gruberová, B.: *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998.
- Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003.
- Doporučená literatura:
 - Kalvach, Z.: *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008.

6. Zvláštnosti onemocnění a postižení ve stáří (klíčové syndromy stáří)

- Pojetí zdraví a nemoci ve stáří
- Specifika onemocnění ve stáří
- Významné zdravotní problémy ve stáří
- Arterioskleróza
- Obstrukční choroba bronchopulmonární
- Osteoskleróza
- Osteoporóza
- Alzheimerova choroba (demence)
- Poruchy zraku
- Poruchy sluchu
- Studijní literatura:
 - Gruberová, B.: *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998.
 - Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003.
- Doporučená literatura:
 - Broks, P.: *Do země ticha*. Praha: Karolinum, 2003.
 - Ivanová, K. a kol.: *Multikulturní ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2005.
 - Kalvach, Z. a kol.: *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Grada, 2004.
 - Pidman, V.: *Demence*. Praha: Grada, 2007.
 - Pidman, V., Kolibáš, E.: *Změny jednání seniorů*. Galén: Praha, 2005.
 - Vollmer, H.: *Arterioskleróza - vyhnutelné riziko*. Praha: Pragma, 2004.

7. Geragogika - možnosti podpory vzdělávání ve vyšším věku (U3V)

- Vymezení pojmu geragogika, gerontopedagogika, andragogika
- Význam vzdělávání ve stáří (druhý životní program)
- Akademie volného času
- Univerzity třetího věku
- Reeducace a rekvalifikace osob vyššího věku
- Studijní literatura:
 - Bočková, V.: *Aktuální problémy výchovy a vzdělávání dospělých*. Olomouc: PU, 1994.

- Jesenský, J.: *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000.
- Mühlpachr, P.: *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001.
- Petříková A., Čornaničová, R.: *Gerontagogika - Úvod do teorie a praxe vzdělání seniorů*. Olomouc: UP, 2004.
- Doporučená literatura:
 - Čornaničová, R.: *Edukacia seniorov*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007.
 - Šerák, M.: *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál, 2009.
 - Mühlpachr, P.: *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004.

8. Možnosti využití vybraných terapií při práci se seniory

- Vymezení terapeutické práce (preventivní, edukační složka)
- Arteterapie
- Canisterapie
- Fyzioterapie
- Hipoterapie
- Muzikoterapie
- Reminiscenční terapie
- Taneční terapie
- Specifika užití terapií u osob s demencí a u osob s postižením hybnosti
- Studijní literatura:
 - Pipeková, J., Vítková, M.: *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001.
 - Krauss, H.: *Fyzioterapie*. Praha: Avicenum, 1990.
 - Landischová, E.: *Teorie a praxe arteterapie, taneční a výtvarné formy*. Praha: PedF UK, 2007.
 - Zeleiová, J.: *Muzikoterapie-východiska, koncepty, principy a praktická aplikace*. Praha: Portál, 2007.
- Doporučená literatura:
 - Čížková, K.: *Tanečně- pohybová terapie*. Praha: Triton, 2005.
 - Libmann, M.: *Skupinová arteterapie*. Praha: Portál, 2005.
 - Moreno, J. J.: *Rozehrát svou vnitřní hudbu*. Praha: Portál, 2005.

9. Aktivizační programy pro seniory, koncept aktivního stárnutí (proseniorské .)

- Zdravé stárnutí (programy pro seniory)
- Koncept aktivního stárnutí
- Dostupné sociální a zdravotní služby (domácí zdravotní péče, institucionální péče, geriatrické ošetřovatelství)
- Seniorské a proseniorské organizace (jejich činnost, zaměření)
- Dobrovolnictví (druhy dobrovolnictví, dobrovolnictví pro seniory, senioři dobrovolníci)
- Studijní literatura:

- Aronová, K.: *Dobrovolnictví v domovech pro seniory*. Praha: Hestia, 2008.
- Klevetová, D., Dlabalová, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008.
- Suchá, J.: *Cvičení paměti pro každý den*. Praha: Portál, 2007.
- Štílec, M. : *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Karolinum, 2005 .
- Weil, A.: *Zdravé stárnutí*. Praha: Pragma, 2007.
- Šusterová, M., Šourková, P.: *Informace, kontakty a sociálně zdravotní služby pro seniory*. Praha: Městské centrum sociálních služeb a prevence, 2005.
- Doporučená literatura:
 - Carter, P., Russell, K.: *Trénink paměti a kreativity*. Praha: Computer Press, 2004.
 - Lapáček, J.: *Počítač pro seniory*. Praha: Computer Press, 2003.
 - Roslawski, A.: *Jak zůstat fit ve stáří*. Praha: Computer Press, 2005.
 - Walsh, D. : *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005.

10. Problematika neformálních pečujících (další vzdělávání)

- Role pečovatele (formální a neformální péče, klady a zápory)
- Jak pečovat o závislého člena rodiny?
- Svépomocné skupiny
- Respirační (úlevová) péče
- Péče o pečující (postavení neformálních pečovatelů u nás a ve světě)
- Studijní literatura:
 - Kalvach, Z., Onderková, A.: *Stáří*. Praha: Galén, 2006.
- Doporučená literatura:
 - Schmidbauer, W.: *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008.
 - Venglářová, M.: *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007.

11. Základy tanatologie

- Vymezení pojmu tanatologie
- biologické, psychologické, sociální, spirituální aspekty umírání
- Paliativní medicína
- Specifika a možnosti hospicové péče
- Léčba bolesti
- Studijní literatura:
 - Haškovcová, H.: *Hospice a umění doprovázet*. Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, 2008.
 - Haškovcová, H.: *Tanatologie*. Praha: Galén, 2007.
 - Sláma, O. a kol.: *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007.
 - Vorlíček, J., Adam, Z.: *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004.

- Doporučená literatura:

- Fithová, P.: *Ztráta, změna zármutek v kontextu paliativní péče*. Společnost pro odbornou literaturu, 2008.
- Janáčková, L.: *Bolest a její zvládnutí*. Praha: Portál, 2007.
- Špatenková, N.: *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada, 2008.
- Küng, H.: *Věčný život?* Praha: Vyšehrad, 2006.
- Munzarová, M.: *Euthanasie nebo paliativní péče*. Praha: Grada, 2005.
- Rinpoče, S.: *Tibetská kniha o životě a smrti*. Praha: Argo, 2005.
- Sigl, M.: *Co víme o smrti*. Praha: Epoque, 2006.

Podrobná verze přednášky k tématu tanatologie je uvedena v příloze C.

Závěr výuky:

Výukový modul bude obsahovat vedle teoretického základu i praktickou část.

Pro praktickou část výuky je plánována návštěva komunitního centra pro seniory v rozsahu jedné vyučovací hodiny. Alternativou návštěvy zařízení je promítání instruktážního DVD k výše uvedené tematice.

5.2 Shrnutí

Potřeba rozšiřování kvalifikace speciálních pedagogů v různých oblastech práce se seniory bude stále více žádoucí, protože se časem bude zvyšovat poptávka po pracovnících v přímé péči o seniory.

Navržený studijní modul obsahuje v jednotlivých subkapitolách základní penzum informací o problematice seniorů. U studentů, kterým jsou bližší jiné cílové skupiny speciálně pedagogické péče, umožní modul přehled o dostupných možnostech aktivizace, služeb a péče.

Pro studenty, které tato cílová skupina oslovila, poslouží modul jako podklad a zdroj pro získávání dalších informací, dle vlastních preferencí. Vlastní speciálně pedagogické práci se seniory budou však jistě předcházet další doplňující kurzy. Zvyšování kvalifikace v této oblasti hraje významnou roli. Studenti budou mít jistě možnost, aby i své další vědomosti a znalosti získané při studiu speciální pedagogiky uplatnili např. v oblasti volnočasové či vzdělávací, jak už bylo zmíněno. Tyto oblasti aktivizace mají zásadní význam nejen pro co nejdříve zachování soběstačnosti, ale také pro udržení fyzické a psychické vitality seniorů.

Demografická situace v České republice a v celé Evropě možná bude vyžadovat vznik samostatného oboru, který jednou bude studenty připravovat na práci se seniory v celé šíři služeb a péče, kterou tato generace potřebuje.

V dnešní době však neexistuje „univerzální“ obor, který by tuto oblast komplexně řešil a myslím, že by to ani nebylo správné. Seniorská problematika jako taková je oblastí multidisciplinární a tak je také potřeba jí vnímat. Pravděpodobně však bude, stále častěji, procházet napříč všemi příslušnými obory, které se budou o seniory „dělit“. Pouze úzkou kooperací všech zainteresovaných složek je možné připravit těm, kteří prožívají „podzim svého života“, kvalitní, spokojené a důstojné stáří.

ZÁVĚR

Se společenskými změnami, které naší společnost čekají, v souvislosti se stárnutím populace, nemáme zatím historickou zkušenost. Moderní věda a technika i kvalitní zdravotní péče vedou k tomu, že senioři mohou dnes prožít daleko delší život, než tomu bylo dříve. To však samo o sobě nestačí. Je nutné vytvářet takové podmínky, aby „přidaná léta“ mohla být prožita kvalitně a plnohodnotně.

Cílem této práce bylo seznámit studenty speciální pedagogiky s tím, co s sebou přináší „podzim lidského života“ a poskytnout základní vhled do dané problematiky. Speciální pedagogika je jedním z oborů tzv. „pomáhajících profesí“. Právě jeho absolventi se stále více budou ve své profesi setkávat se starými lidmi. Uplatnění speciálních pedagogů je v této oblasti velmi široké.

Lidé mají přirozeně obavu z neznámých věcí. Často pak věří různým mýtům o stáří, které si přečtou nebo je slyší v televizi. Pokud však dostanou potřebné informace, zbaví se strachu z neznámého a vytvoří si vlastní názor. Smyslem studijního modulu (dále jen modul) je mimo jiné přispět k možnosti tvorby vlastního názoru na témata spojená se stářím.

Navrhovaný modul je rozdělen do 12 částí. Jeho rozsah tedy pokrývá jeden semestr studia. Obsah modulu je uveden v poslední části této práce. Součástí modulu je také příklad jedné z přednášek. Přednáška je uvedena v příloze C. a její součástí je i dílčí test, který by měl sloužit k ověření získaných znalostí.

Jedním z podkladů pro tvorbu modulu bylo studium odborné literatury. Tento teoretický základ byl nutný pro pochopení seniorské problematiky. Obsahuje rozměr filozofický, etický, historický, biologický, psychologický, sociální a vzdělávací. Záměrně jsem se při psaní této práce snažila vyhnout specifickému tématu, které se týká stárnutí osob se zdravotním postižením např. mentálně postižených. Myslím si, že tato oblast je tak rozsáhlá, že by si zasloužila samostatnou práci.

V úvodní části práce se zabývám otázkami spojenými se životem zdravých, aktivních seniorů, kteří získali během svého života nějaké chronické onemocnění nebo zdravotní postižení. S tím, jak tato událost může změnit seniorům jejich dosavadní život, souvisí poskytování služeb seniorům. Právě v této oblasti, která je předmětem druhé kapitoly vidím jedno z možných uplatnění speciálních pedagogů. V rámci práce v zařízení zdravotní nebo sociální péče mohou speciální pedagogové přispět ke zvýšení kvality života seniorů např. při terapeutické práci. V rámci modulu jsou uvedeny konkrétní techniky vhodné pro aktivizaci seniorů.

Druhým zdrojem podkladů pro přípravu modulu bylo empirické šetření, které je uvedeno v praktické části práce. Šetření bylo provedeno dotazníkovou metodou. Jeho záměrem bylo zjistit názory studentů prvního a pátého ročníku speciální pedagogiky na otázky spojené se stárnutím. Formulář použitého dotazníku je uveden v příloze B.

Po zpracování získaných dat se potvrdila domněnka, že názory respondentů prvního a pátého ročníku se budou lišit pouze v dílčích otázkách, ale v obecné rovině bude nalezena shoda. Respondenti z obou skupin si myslí, že seniorská problematika patří do speciální pedagogiky, a že by si zasloužila větší pozornost. Šetřením se podařilo specifikovat témata z výše uvedené oblasti, která studenty zajímají. Z těchto poznatků jsem také částečně vycházela při tvorbě modulu.

Z výsledků dále vyplývá, že největší prostor pro své uplatnění vidí respondenti v domovech pro seniory a v nestátních neziskových organizacích.

Na postojích respondentů prvního ročníku je znát značná názorová vyspělost. Respondenti se zabývali i tak závažnými tématy, jako je např. zachování důstojnosti starých lidí nebo prevence týrání seniorů. Většina respondentů dále uvedla, že pro práci se seniory jsou nutné praktické zkušenosti a další odborné vzdělávání v této oblasti.

Původně jsem chtěla navrhovaný modul zaměřit pouze na seniory jako takové. V průběhu práce jsem však zjistila, že pozornost je důležité také věnovat pečujícím a jejich potřebám. Osobám, které se o seniory starají a to nejen rodinným příslušníkům, ale i odborníkům a dobrovolníkům. Problematiku pečujících jsem proto dodatečně zařadila do navrhovaného modulu.

Domnívám se, že speciální pedagogika, jako vědní obor, odráží aktuální dění a potřeby ve společnosti. Studijní modul „Seniorská problematika v kontextu speciální pedagogiky” by v budoucnu mohl obohatit osnovy oboru speciální pedagogiky.

Věřím, že si studenti na jeho samém závěru, odnesou potřebné informace, které budou jednou moci využít při své profesi. Také doufám, že studenti získají prostřednictvím kurzu povědomí o tom, že není nutné se stáří dopředu bát, protože to může být období velice aktivní, plnohodnotné a inspirující.



POUŽITÁ LITERATURA

Monografie

- AGREN, G.: *Healthy Ageing a Challenge for Europe*. Stockholm: The Swedish National Institute of Public Health, 2007. ISSN 1651-8624.
- AUSTAD, N. S.: *Proč stárneme-proměny lidského těla*. Praha: Mladá fronta 1999. ISBN 80-204-0804-5.
- GRUBEROVÁ, B.: *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 1998.
- HAŠKOVCOVÁ, H.: *Fenomén stáří*. Praha: Panorama 1989. ISBN 80-7038-158-2.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, ISBN 80-86541-12-6.
- HORSKÁ, P. a kol.: *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*. Praha: Panorama, 1990, 480 s. ISBN 80-7038-011-X.
- CHRÁSTKA, M.: *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1369-4.
- JESENSKÝ, J.: *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.
- KALVACH, Z. et al.: *Úvod do gerontologie a geriatry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KOBĚRSKÁ, P. et al.: *Společnou cestou*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1.
- KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O.: *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 2008, ISSN 1211-2720.
- KRAHULCOVÁ, B. a kol.: *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2002, ISBN 80-7290-094-3.
- KRAUSS, H.: *Fyzioterapie*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0069-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S.: *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů. 1995, ISBN 80- 85495-43-0.
- LANDISCHOVÁ, E.: *Teorie a praxe arteterapie taneční a výtvarné formy*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7290-292-2.
- MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P.: *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, ISBN 80-210-2510-7.
- PACOVSKÝ, V.: *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-291-8876-8.
- 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.

- ŘEZANKOVÁ, H.: *Analýza dat z dotazníkových šetření*. Praha: Professionnal Publishing, 2007. ISBN 978-80-86946-49-8
- SOKOL, J.: *Filosofická antropologie – člověk jako osoba*. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-627-6.
- SVATOŠOVÁ, M.: *Hospice a umění doprovázet*. Odolená Voda: IGEPA. Ecce Homo, 2003. ISBN 80-902049-5.
- TITZL, B.: *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova, 2000. ISBN 80-86039-90-0.
- TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J.: *Geriatric pro praktické lékaře*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6.
- TOŠNEROVÁ, T.: *Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV, 2002. ISBN 978-80-251-2104-7
- VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie-dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308- 0.
- VELETA, P., HOLMEROVÁ, I.: *Introduction to Dance Therapy for Seniors*. Praha: ČALS 2004. ISBN 80-86541-13-4.
- VIEWEGH, J.: *Psychologie stáří*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1972,
- ZELEIOVÁ, J.: *Muzikoterapie - východiska, koncepty, principy a praktická aplikace*. Praha: Portál, 2007. ISBN-978-80-7367-237-9.

Dokumenty:

- *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 – Kvalita života ve stáří*, Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2.
- *Zdravotnická ročenka České republiky*: Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008. ISBN 978-80-7280-783-3.

Sborníky z přednášek:

- Sborník přednášek z konference „Diskriminace seniorů v České republice“. Praha: Život 90, 2004.
- Sborník přednášek z mezinárodního summitu „AGE-related Disease“. Wroclaw, 2008.
- Sborník přednášek z mezinárodní konference „Health pro elderly – Towards evidence- based guidelines in health promotion for older people“. Varšava, 2008.

Populárně naučné publikace:

- SMITH, T. et al.: *Lidské tělo – ilustrovaný průvodce jeho stavbou, funkcí a některými poruchami*. Praha: Fortuna, 1996. ISBN 80-85873-55-9.
- ŠIKLOVÁ, J.: *Deník staré paní*. Praha: Kalich, 2003, ISBN 80-7017-865-5.
- TOŠNEROVÁ, T.: *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press, 2009, ISBN 978-80-251-2104-7.

Odborné časopisy:

- ŠPATENKOVÁ, N.: *Gerontagogika nebo andragogika?* Andragogika, 2009, roč. XIII. č. 2, s. 4-5. ISSN 1211-6378.
- ŠERÁK, M.: *Profesní vzdělávání dospělých-budoucnost gerontagogiky.* Andragogika, 2009, roč. XIII. č. 2, s. 8-9. ISSN 1211-6378.
- Vavřín, P.: *Vzdělávání seniorů na českých vysokých školách.* Andragogika, 2009, roč. XIII. č. 2, s. 12-13. ISSN 1211-6378.
- Syka, J.: *Stárnutí, experimentální a klinické aspekty* Akademický bulletin, 1999, 7/8, I.-VIII., ISSN 1210-9525.

Další prameny:

- EDELSBERGER, I. a kol.: *Defektologický slovník.* Praha: SPN 1984. ISBN 14-398-84.
- KLIMEŠ, L.: *Slovník cizích slov.* Praha: SPN, 1981. ISBN 80-04-26059-4.
- KRÁL, V. a kol.: *Malý encyklopedický slovník A – Ž.* Praha: Academia, 1972.
- *Zdravotnická ročenka České republiky.* Praha: ÚZIS, 2008. ISBN 978-80-7280-783-3.
- *Výroční zpráva Života 90 za rok 2006.* Praha: Život 90, 2006.

Internetové zdroje:

<http://alzheimercentrum.sk/cz/poskytovana-pece/reminiscenci>
<http://www.canisterapie.org/index.php?articleid=76>
<http://hospice.cz>
<http://melnicek.cz/node/2640>
<http://www.muzikoterapie.cz/?p=muzikoterapie>
<http://www.mvcr.cz/clanek/sbirka-zakonu.aspx>
<http://www.scie.org.uk/>
<http://www.unify-cr.cz/koncepce/koncepce-oboru-fyzioterapie.html>
http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Rodina>
<http://www.zivot90.cz/>

Zdroje obrazové dokumentace:

Černobílé fotografie – Brožura *Pořád jsem to já /It is still me*, Diakonie ČCE, 2005.

Zdroje obrazové dokumentace příloha A. Uvedení souhlasili s uveřejněním fotografií.

Fotografie č. 1. až 9.

z archivu Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách

Fotografie č. 10. a 11. – <http://www.canisterapie.org/index.php?articleid=42>

Fotografie č. 12. až 17. – z archivu občanského sdružení Život 90

Fotografie č. 18. až 22.

Z archivu Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách

Fotografie č. 23. až 27. – z archivu občanského sdružení Život 90

Fotografie č. 28. až 30. – <http://www.sue-ryder.cz/domov-foto-z-aktivit/tanečníterapie>

PŘÍLOHY

Příloha A

- Obrazová dokumentace k vybraným terapiím

Příloha B

- Dotazník pro studenty oboru Speciální pedagogika

Příloha C

- Příklad přednášky „Základy tanatologie“(hospicová a paliativní péče)