

Psychologie seniorského věku

doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D.

UNIVERZITA J. E. PURKYNĚ V ÚSTÍ NAD LABEM



UNIVERZITA JANA EVANGELISTY PURKYNĚ
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOLOGIE

Psychologie seniorského věku

doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D.

2010



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

UNIVERZITA JANA EVANGELISTY PURKYNĚ

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA PSYCHOLOGIE

Psychologie seniorského věku

© © Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2010

© Běla Hátlová, Iva Wedlichová, Radka Kulhánková, Vladislava Heřmanová, Jitka Suchá

Skripta vznikla v rámci projektu registrační číslo CZ.1.07/2.2.00/07.0420
Zefektivnění a inovace výuky psychologie na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem.

OBSAH

Obsah	3
Úvod	5
Senioři v rámci populace	6
Představení problému	6
Seniorský věk v teoriích	7
Stárnutí a stáří	9
Rané stáří	10
Charakteristika pravého stáří (75 a více let)	10
Stárnutí populace podle výsledků projekce ČSÚ	11
Senioři ve světě	11
Tělesné změny ve stáří	13
Psychické změny ve stáří	15
KOGNITIVNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ	15
Smyslové vnímání	16
Pozornost	17
Paměť	17
Rozumové schopnosti – inteligence	18
Řeč	19
EMOČNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ	19
Sebehodnocení jako mentální reprezentace emočního vztahu k sobě	21
Stud	23
Partnerské vztahy seniorů	23
Osamělost a senioři	25
Uvedení do problematiky	25
Příčiny vzniku osamělosti	25
Typy osamělosti	26
Vývojová hlediska osamělosti	27
Hlediska pomoci osamělému člověku	27
Možnosti zjišťování a měření osamělosti	28
Pohyb a stárnutí	30
Vhodné pohybové aktivity	31
Účinky pohybu z hlediska psychických změn	31
Faktory které omezují aktivitu seniorů	31
Faktory které posilují aktivitu seniorů	31
Vliv životního stylu na osobnost seniorů ve věku 60 až 85 let.	33

Pilotní deskriptivní studie skupiny seniorů	33
Diskuse	34
Závěr.....	36
Syndrom geriatrické křehkosti	37
Léčení geriatrické křehkosti	37
Prevence syndromu geriatrické křehkosti.	37
Terminální stadium života.....	39
Vyrovnávání se se smrtí	39
Problematika kvality sociálních služeb v Domovech pro seniory.....	41
Naplňování práv klientů v zařízeních pro seniory.....	45
Psychická onemocnění ve stáří.....	53
Definice demence	53
Organické duševní poruchy	54
Demence	54
Rozdělení demencí	54
Průběh fází při onemocnění demencí	57
Formy chování vázané na onemocnění demencí.....	57
Epidemiologie demencí	58
Diagnostika demencí	59
Nejčtenější formy onemocnění demence.....	59
Demence ischemicko-vaskulárního typu.....	60
Podkorová vaskulární demence (Binswangerova choroba)	60
Demence při rozsáhlé cévní mozkové příhodě.....	60
Léčba demencí.....	61
Terapie demence.....	62
Motivace nemocného.....	62
Psychomotorická terapie v prvních fázích onemocnění demencí	66
Pohybová aktivita v denním režimu seniorů s demencí	66
Cíle psychomotorické terapie v léčbě demence	67
Záměr psychomotorické terapie	67
Doporučené formy cvičení pro jednotlivá postižení (Suchá 2010).	67
Diagnostika demencí	70
Test MMSE (Mini-Mental State Examination).....	70
Test BEHAVE-AD (Behavioral Pathology in Alzheimer s Disease Rating Scale) .	74
Test hodin	77

ÚVOD

Počet lidí dosahujících seniorského věku stoupá. Potřeby seniorů a nároky na průběh dalšího života se u jednotlivých seniorů velmi liší. Jako nejdůležitější snaha se prokazuje schopnost udržení aktivního života po co nejdelší dobu.

Současný způsob života společnosti stárnutí a konečnost života téměř tabuizuje, vyhýbá se mluvení o procesu stárnutí a problémům, které pro jedince, ale i pro společnost nastávají a které je třeba neodkladně řešit.

Nejdůležitějším úkolem společnosti je umožnit stárnoucím spoluobčanům naplnění vědomí smysluplnosti svého života potvrzováním zbývajících kompetencí. Tím je umožněno navyšování pozitivního hodnocení prožívaného a prožitého života.

V současnosti jsou vyvíjeny a realizovány programy, které mají napomoci seniorům uskutečňovat tento záměr. Důležitou otázkou je pro kterou skupinu seniorů by měli být vytvářeny podpůrné programy především? Jsem přesvědčena, že především pro ty, kteří si své, často základní potřeby již nedokážou zajistit sami, pro ty, u nichž je důležité pozastavovat klesající úroveň kognitivních a na ně navazujících schopností. Pro ty, kteří se bez pomoci druhého neobejdou, trpí narůstajícími nejistotami z nezvládnutí života, osamělostí danou neschopností zajistit si dostatečný kontakt s blízkými (rodinou) a s těmi kteří jsou na stejné hladině prožívání.

SENIORŮ V RÁMCI POPULACE

Představení problému

Počet lidí dosahujících seniorského věku stoupá. Průměrná délka života člověka se prudce prodloužila a dá se očekávat přetrvání tohoto trendu. V současné době žije na světě 650 milionů lidí, kterým je 60 let a více. Podle demografických odhadů se tento počet může do roku 2025 zvýšit až na jednu miliardu (WHO, 2008). Podle údajů ČSÚ v České republice žilo v roce 2007 více než 2 miliony lidí nad 60 let (ČSÚ, 2007 in Šmídová 2008A).

Euroamerická civilizace se musí vyrovnat s dramatickým nárůstem lidí žijících ještě dvacet a více let po možnosti odchodu do důchodu. Obecně je nutno potvrdit, že aktuální medicínská péče přidala léta životu. Lidé kteří se důchodu dožijí jsou na tom z hlediska somatického a psychického zdraví velmi různě. Na jejich aktuálním zdravotním stavu se podílí jak genetické předpoklady každého seniora, předchozí životní podmínky, tak péče o své zdraví v průběhu předchozího života.

Část populace je již životem opotřebovaná, vyrovnává se se zdravotními následky předchozího životního stylu, cítí se unavená, vůči aktivním životním rolím vyhořelá. Představy o odpočinku mají pasivní podobu (posedávání u televize).

Řada seniorů prožívá svůj život nejen aktivně, ale i produktivně do 70ti až 75let a někteří i ve věku 80ti a více let. Mají srovnatelné potřeby a podobné zájmy jako dospělá populace (Hátlová 2010).

Tito seniori jsou schopni akceptovat koncept nekončícího vzdělávání, tvořivé práce a aktivního odpočinku. Jsou to převážně seniori výrazně intelektově aktivní, neopotřebovaní namáhavou fyzickou prací. Pro tuto skupinu, která je i nadále schopná uspokojovat samostatně, nebo s malou pomocí naplňovat své zájmy a potřeby jsou vytvářeny programy, které vždy souvisí s potřebou společnosti minimalizovat náklady na zabezpečení „důstojného“ života seniorů .

Rok 1999 vyhlásila Světová zdravotnická organizace (WHO) Mezinárodním rokem starších osob a zahájila kampaň (WHO, 1999a), jejímž cílem bylo zdůraznit přínos aktivního stárnutí a přimět starší populaci k provedení kroků, které přispějí k lepšímu zdravotnímu stavu a celkové životní pohodě nejen z hlediska seniorů, ale i z pohledu společnosti, ve kterém žijí. K této kampani se přidala Organizace spojených národů s koncepcí společnosti nakloněné všem věkovým skupinám (WHO, 1999b). Jako nejdůležitější snaha se prokazuje schopnost udržení aktivního života seniorů po co nejdelší dobu. Začaly být vyvíjeny programy, které mají napomoci seniorům uskutečňovat tento záměr. Jedním z východisek jsou postoje seniorů k vlastnímu životu a jeho naplnění (Šmídová 2009).

Pro efektivní zpracování těchto úkolů je nutné vědět v jaké hierarchii jsou konkrétní hodnoty spojené s aktivním životem ve společnosti uspořádány. Hierarchii hodnot ovlivňuje kulturní pozadí společnosti a etický kodex, který je spojen s tradicemi národa a má kořeny hluboko v historii. Bez poznání kulturně-historického vývoje společnosti a jí uznávaných hodnot, není možné aplikovat sociální programy, které byly vytvářeny a aplikovány v jiných kulturně-historických a etických podmínkách (Šmídová 2009a). Je otázkou, do jaké míry může být hodnotová hierarchie ovlivněna začleněním do činností, které aktivní životní styl podporují.

Abychom mohli umožnit seniorovi plný aktivní smysluplný život je třeba vytvořit podmínky které umožní zapojit seniora do aktivního a společenského života. V Čechách je doposud jen nízké i když narůstající procento těch, kteří dané programy využívají. Zdá se, že pro aktivní využívání nabízených činností (Univerzity třetího věku, sportovně, dovednostně a umělecky zaměřené programy) nejefektivněji působí reference blízkých osob. Nástup motivace je pozvolný, ale lze usuzovat že má stabilní, narůstající trend.

Měli bychom si uvědomit, že stárnutí a stáří se dotýká nás všech a je třeba se jeho kvalitou zabírat důkladněji *Oprávněně se domnívám společně se svými vrstevníky že by odpovědnost za důstojné stárnutí měl převzít ve větší míře stát (Zachariášová 2009 in Možný 2010). Stárnoucí dcery na plné zabezpečení svých rodičů již vzhledem k vlastnímu stáří plně nestačí (Šiklová 2009)*

Seniorský věk v teoriích

Nejznámější je Eriksonova teorie osmi věků člověka (Erikson 1950, 1963, Boeree, 2009). Osm věků člověka - osm fází vývoje lidského života. Každá fáze je spojena s nějakým zásadním životním úkolem, který v sobě nese určitý vnitřní konflikt (vývojovou krizi). Pokud je tento konflikt vyřešen, přináší to pro ego člověka novou sílu a mohutnost. Pokud konflikt vyřešen není, jedinec opouští fázi s pocitem méněcennosti a ten si nese do další životní etapy.

V osmé životní etapě je základním úkolem vyrovnání se s bilancí svého života, přijmout život takový, jaký byl, i fakt smrti.

Sociologové a sociální gerontologové používali pro pochopení změn, které přináší stárnutí, koncept opouštění rolí, rozvinutý do teorie odpoutávání. Jak člověk stárne, okruh očekávání k němu vztahených se zužuje Při odchodu do důchodu zlomem zanikne celý soubor očekávání vztahených k dosud zastávanému pracovnímu místu. A jak postupuje čas, odpoutává se člověk od dalších svých aktivit a rolí s nimi spojených, anebo se ony odpoutávají od něho (Možný 2009).

V 70 tých letech se proti této teorii vyprofilovala teorie aktivního stárnutí. Koncepce věkové diferenciacie měla ustoupit koncepci věkové integrace. V představách teorie aktivního stárnutí je celoživotní vzdělávání, které je propojeno s celoživotní prací a celoživotním provozováním zájmových aktivit ve volném čase.

Mladé stáří má být ten šťastný věk, kdy už jsme svým povinnostem dostáli a žijeme zase svobodně a plně, pořád jsme svěží, dobře zabezpečení sociálním státem a celoživotními úsporami, osvobození od odpovědnosti za děti a starostí v placeném zaměstnání. Mladé stáří je obdobím mezi šedesátým a osmdesátým, pětaosmdesátým rokem života. Podle některých představ má trvat věčně. Je to ale pouze jedna z představ. V historii společností není nová, přesně tak si to představoval Campanella ve Slunečním státě (1623).

Vzestup kvality života a moderní medicína přidaly do života let a posunuté hranice ekonomické aktivity až k sedmdesátce (Možný 2009). Narůstá výrazná skupina seniorů, pro něž aktivní stárnutí je životním programem. Jsou tu ale ti, kteří se cítí unaveni, i ti kteří tento program života nepřijali.

V postojích českých seniorů nelze vysledovat v posledním dvacetiletí žádný jednoznačný trend, jejich politická participace, otevřenost do širší společnosti, sebevědomí a nezávislost se nezvyšují. Postoje a aktivity těch, kteří jsou v této věkové skupině dnes, se nijak významně neliší od těch, kteří v ní byli před dvaceti lety. Stále větší počet z nás se dožívá šedesátky i sedmdesátky relativně ve zdraví a svěžesti. Opravdu vážným problémem pak je, jak se postaráme o lidi vysokého věku (Možný 2009).

Literatura:

- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚSTAV (2007). Pohyb obyvatelstva - rok 2007. Staženo: 12. 5. 2008. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby032008.doc>
- HÁTLVÁ, B. a kol. *Psychomotorická terapie demencí v počáteční a střední fázi*. Oddělení aktivit v přírodě, o. s. & Asociace psychologů sportu, 2010 ISBN 978-80-904094-9-1
- MOŽNÝ, I. Unavení sluncem. Lidové noviny, 6. 3. 2010.
- SALOMONOVÁ, R. (2008). Životní spokojenost seniorů. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu, katedra pedagogiky, psychologie a didaktiky, školitel: Doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph. D.
- ŠMÍDOVÁ, J. - HÁTLOVÁ, B. - ŠTOCHL, J. Global self-esteem in a sample of Czech seniors and adolescents, *Acta Universitatis Palackianae Olomouensis Gymnica*. vol. 38. no. 4. s. 31-36, 2008. ISSN 12121185
- ŠMÍDOVÁ, J. - HÁTLOVÁ, B. - PĚKNÝ, M. Aktivní stárnutí, sebehodnocení a hodnotová orientace: pilotní deskriptivní studie skupiny seniorů. In *Pražské gerontologické dny. Sborník příspěvků konference pořádané Českou gerontologickou a geriatrickou společností*. Praha: Česká gerontologická a geriatrická společnost. 2008. A. ISBN 978-80-86541-27-4 granted project GA ČR 406/07/0405
- ŠMÍDOVÁ, J. - HÁTLOVÁ, B. - ŠTOCHL, J. Global self-esteem in a sample of Czech seniors and adolescents *Sborník 11th European Congress of Psychology*, EFPA, Oslo, Norway, 2009. granted project GA ČR 406/07/0405
- ŠIKLOVÁ, J. *Matky po e-mailu*. Praha, Kalich. 2009.
- WHO (1998). Growing older – staying well. Staženo 12. 9. 2007. dostupné z: <http://www.who.int/ageing>
- WHO (1999a). Active Ageing makes the difference. Staženo 12. 9. 2007. dostupné z: http://www.who.int/ageing/global_movement
- WHO (1999b). Ageing: Exploding the myths. Staženo 12. 9. 2007. dostupné z: <http://www.who.int/ageing>

STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Stáří je pojem stejně relativní jako mládí. S historickým vývojem se prodlužuje průměrný lidský věk, ale také doba, po kterou člověk dokáže pracovat a žít tak, jak je to běžné u osob středního věku. (Čáp, Mareš, 2001).

Stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. I přes relativně velké množství nashromážděných dílčích poznatků nelze jednoznačně definovat jev stárnutí, ani odpovědět na otázku, proč stárneme. Stárnutí je proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. Nástup těchto změn nastává v ontogenezi jedince v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Jde tedy o proces disociovaný, desintegrovaný a asynchronní (Weber 2000).

V psychologické gerontologii se stárnutí vymezuje jako vícerozměrný proces, který obsahuje biologické, psychologické, sociální a duchovní složky. Stárnutí má určitou časovou dynamiku. Projevy stárnutí jsou individuální z hlediska času, rozsahu a jejich závažnosti. Rozhodující je, jak se senior se svým stárnutím vyrovnává. Proces stárnutí závisí na genetických predispozicích jedince a na důsledcích vnějších vlivů, se kterými se člověk v průběhu života setkal. Je souborem celé řady pochodů, jejichž začátky se datují mnohem dříve, než postřehneme první zjevné známky stárnutí. Jde o děj multifaktoriální, tj. součinnost genetického základu a faktorů zevního prostředí. "Normální" stárnutí znamená fyziologické změny kognitivních a dalších psychických schopností. Jsou to drobné abnormality, které se vyskytují u většiny zdravé populace (Pidrman, 2007).

Mluvíme-li o primárním stárnutí, máme na mysli fyziologický stav. Genetické dispozice tvoří základ tzv. primárního stárnutí – jsou to změny organismu související s věkem, jako je zrání kůže, řídnutí kostí, apod. (Hartl, Hartlová, 2004, s. 561).

Na stárnutí se podílí také změny podmíněné věkem, které souvisí se stárnutím, ale nemusí být nutně jeho důsledkem. Mluvíme pak o sekundárním stárnutí, které je ovlivňováno zdravotním stavem, životním prostředím, interakcí s prostředím a životním stylem (Hartl, Hartlová, 2004, s. 561).

Primární a sekundární stárnutí se vzájemně prolínají. Výsledkem jejich součinnosti jsou biologické, psychické a následně sociální a duchovní změny. Morfologické změny (změny vzhledu) a snížení fyzické výkonnosti má vliv na sebevědomí a sebehodnocení jedince, a tím na jeho chování, které je mj. příčinou změny jeho sociálního postavení.

Podhodnocení kvalit stáří jako významné životní etapy člověka pro celou společnost přináší současné sociokulturní nastavení společnosti obrácené svou pozorností na aktuální výkon. Švédský sociolog Riversen (in Říčan 1989, s. 357) říká na adresu společnosti poznamenané technicismem a egoismem: „Společnost adorující mládí a pohrdající stářím, společnost odmítající tradici ve jménu uměle konstruovaných dějin, společnost odmítající racionalitu jako stále přezkoumávání kladených cílů ve jménu racionalizace prostředků sloužících daným cílům iracionálně, bez reflexe, společnost bezstarostně připouštějící jakékoli změny v zájmu povrchní utilitárnosti plní gerontopsychiatrická zařízení a domovy pro přestárlé, v nichž už se jenom dožívá.“ (Říčan 1989, s. 357).

Za projev sociálního stárnutí se považuje v prvé řadě penzionování, spojené se změnou ekonomického zajištění. Tím je dána změna životního způsobu i změna role seniora ve společnosti (Mühlpachr, 2004, s. 19). Pacovský (1997, s. 60) zdůrazňuje

charakteristické rysy sociálního stárnutí, kterými jsou „ubývání samostatnosti a narůstání závislosti“.

Nejběžnějším měřítkem stárnutí je chronologický věk. Světová zdravotnická organizace stanovila následující věkové členění:

- 45 - 59 let střední, zralý věk
- 60 - 74 let vyšší (starší) věk, rané stáří
- 75 - 89 let pokročilý (stařecký) věk, vlastní stáří, senium
- 90 a více let dlouhověkost

Rané stáří

Na počátku 60. let života si lidé uvědomují nevyhnutelné přibližování stáří se všemi jeho problémy. Podstatné je, jak si nadcházející období života vykládají a jak se dokáží přizpůsobovat měnícím se, nově vnímaným životním podmínkám. Zda jsou schopni a ochotni měnit a přizpůsobovat své způsoby provádění oblíbených i každodenních činností, nacházet nové uspokojení z těch aktivit, na které v předchozím životě nezbyl čas, mít radost z činnosti svých dětí a vnoučat.

Rané stáří ještě zpravidla nepřináší zásadnější omezení. Většina 60 letých lidí si udržuje přijatelnou úroveň tělesných i duševních schopností a může žít uspokojivě a nezávisle. Muži a stále větší počet žen se snaží pokračovat ve svém pracovním zařazení. Ženy, pokud odcházejí do důchodu, se intenzivně věnují péči o vnoučata a stárnoucí rodiče. Úbytek sil, který se projevuje v nižší fyzické i psychické reaktabilitě a přizpůsobivosti novým podmínkám, je pro okolí viditelný zejména v pohybu a celkovém vzhledu seniora. Proto sebou nesou tyto změny významné sociální poselství, které je doprovázeno snahou seniora o posunutí nástupu stáří. Snížené schopnosti jsou nahrazovány zkušeností a pečlivostí.

Okolí často potlačuje vnímání a zohledňování úbytku sil, zvýšení počtu situací, v nichž jsou senioři méně jistí, a zvyšující se emoční zranitelnost.

Charakteristika pravého stáří (75 a více let)

Po 75. roce života přichází životní fáze pravého stáří. Období pravého stáří s sebou přináší celkové zhoršení všech orgánů a jejich funkcí. Mluvíme o celkovém zhoršení zdravotního stavu. Senior již není v zajištění svého života plně soběstačný. Dochází k poklesu aktivity, snižování úrovně paměti, zejména zapamatování nových informací. Situaci zhoršuje vysoká měnivost prostředí a způsobů uspokojování základních sociálních potřeb.

Dovršením 80 let dosáhne senior tzv. čtvrtého věku, kdy je naživu pouze polovina jeho původní generace. Toto období je spojené s nárůstem problémů daných tělesným a mentálním úpadkem i se zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci (Vágnerová, 2007). Celoživotní aktivita jak psychická tak fyzická zpomaluje funkční stárnutí. Duševní výkonnost si někteří lidé podrží do vysokého věku (Heřmanová 2004).

Stárnutí populace podle výsledků projekce ČSÚ

Podle současné projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050 vypracované Českým statistickým úřadem, bude počet osob starších 65 let intenzivně přibývat a počet nově narozených dětí ubývat. Podle střední varianty projekce dojde do roku 2050 k více než zdvojnásobení počtu obyvatel ve věku nad 65 let, u osob nad 85 let, dojde dokonce k zpětinásobení jejich dosavadního počtu. U počtu nově narozených dětí ve věku 0-14 let dojde k předpokládanému poklesu o více než jednu čtvrtinu.

Demografické stárnutí populace, které lze charakterizovat zejména růstem relativního zastoupení osob ve věku nad 65 let, mělo doposud poměrně klidný průběh a jednalo se především o takzvané stárnutí zespoda věkové pyramidy. To znamená, že se snižoval podíl osob ve věku do 15 let, zatímco osob ve vyšším věku přibývalo pouze velmi pozvolně. Podle nejnovější projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050, kterou vypracoval Český statistický úřad závěrem roku 2003, začne počet osob starších 65 let intenzivně přibývat. Důvodem jsou početně silnější generace narozených po roce 1940 a pokles počtu nově narozených dětí.

Nárůst seniorské populace bude charakteristickým rysem populačního vývoje v České republice v letech 2011-2017.

Budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věk. skupin, ČR, 2002-2050 (v %)
(http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=201)

	0-14	15-64	65+
2002	15,6	70,5	13,9
2005	14,5	71,3	14,1
2010	13,6	70,9	15,5
2015	13,8	68,1	18,1
2020	13,7	66,0	20,3
2025	13,2	65,3	21,5
2030	12,6	64,5	22,8
2035	12,2	63,6	24,1
2040	12,2	60,9	26,9
2045	12,4	57,9	29,7
2050	12,4	56,3	31,3

Senioři ve světě

Beata Tobiasz –Adamczyk ve své studii *Psychosocial resources in the beginning of old age as predictors of healthy ageing* (in Sýkorová 2004) potvrzuje, že demografický trend z minulého období a prognózy předurčují nárůst čísel v oblasti zastoupení starých a velmi starých lidí v populaci. Dále považuje tuto situaci za nestabilní jev a to především v západních a východních státech Evropy.

Přehled předpokládaného zastoupení seniorů v starší populaci (%)

Zdroj: (http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=34)

2000		2015		2030		2050	
1. Itálie	18,2	1. Itálie	22,4	1. Švýcarsko	30,2	1. Španělsko	37,6
2. Recko	17,3	2. Švédsko	22,3	2. Itálie	28,6	2. Itálie	35,9
3. Švédsko	17,2	3. Švýcarsko	22,1	3. Rakousko	27,9	3. Slovinsko	34,8
4. Španělsko	16,9	4. Recko	21,2	4. Německo	27,7	4. Recko	34,1
5. Belgie	16,7	5. Německo	21,0	5. Švédsko	27,0	5. Rakousko	34,0
22. ČR	13,9	12. ČR	18,7	11. ČR	24,4	6. ČR	32,7
39. Moldávie	9,4	39. Arménie	10,3	39. Irsko	16,9	39. Kypr	23,2
40. Arménie	9,4	40. Moldávie	10,2	40. Moldávie	16,5	40. Irsko	21,9
41. Azerbajdžán	5,9	41. Azerbajdžán	8,1	41. Azerbajdžán	15,1	41. Lucembursko	19,7
42. Turecko	5,6	42. Albánie	8,1	42. Albánie	13,1	42. Albánie	18,4
43. Albánie	5,6	43. Turecko	7,2	43. Turecko	11,1	43. Turecko	17,9

Literatura:

- ADMZYK, B. , T. Psychological resources in the beginning of old age as predictors of healthy ageing. In *Autonomie ve stáří Strategie jejího zachování*. Boskovice:Albert, 2004. s. 154 – 173
- ČÁP, J. , MAREŠ, J. Psychologie pro učitele. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X
- HARTL, P. , HARTLOVÁ, H. , Psychologický slovník. 1. vyd. opravený dotisk. Praha: Portál, 2004. 776 s. ISBN 80-7178-303-X
- HEŘMANOVÁ, V. . Kapitoly z vývojové psychologie. Adulto a gerontopsychologie pro sociální asistenty. Univerzita J. E. Purkyně, Pedagogická fakulta 2004.
- Holmerová, I. , Jurašková, B. , Zikmundová, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha:Česká Alzheimerovská společnost, 2003.
- PIDRMAN, V. : Dementia. Praha, Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490
- RIVERSSEN, P. R. , Aging and the Aged in Our Time. New York 1983. p. 103.
- ŘÍČAN, P. , Cesta životem. Pyramida 1989, s 357. ISBN 80-7038-078-0
- SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří Strategie jejího zachování*. Boskovice:Albert, 2004. ISBN 80-7326-026-3.
- VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 463 s. ISBN 978-80-246-1318-5
- WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie- pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno:Idvzp 2000.

TĚLESNÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ

Období stáří sebou přináší celkové zhoršení zdravotního stavu, což je reflektováno prostřednictvím prožitků těla, jeho vzhledu, funkčnosti a problematičnosti při jeho používání a procitování při pohybu. Zdraví je v tomto věku interpretováno jako zachování soběstačnosti, nikoli neexistencí choroby. Řada nemocí je chronická, obvyklá je polymorbidita (současný výskyt několika chorob).

Už starořecký filosof Platon tvrdil: „Z pozemských statků je na prvním místě tělo“. Toto tvrzení je platné doposud. Subjektivní prožívání vlastního těla, spokojenost s ním, významně souvisí s problematikou „Já“ sebehodnocením, prožíváním stavu pohody (Hošek 2010 s. 9).

Období stáří sebou přináší celkové zhoršení zdravotního stavu, což je reflektováno prostřednictvím prožitků těla, jeho vzhledu, funkčnosti a problematičnosti při jeho používání a procitování při pohybu. Zdraví je v tomto věku interpretováno jako zachování soběstačnosti, nikoli neexistencí choroby. Řada nemocí je chronická, obvyklá je polymorbidita (současný výskyt několika chorob).

Pro okolí jsou nápadné změny v kvalitě pohybu. Znamky stárnutí lze pozorovat na pohybovém aparátu. Svaly postupně atrofují a ztrácejí na pružnosti, mohutnosti, síle a vytrvalosti. Průměr kostí se zužuje, stávají se porézní a křehčí, čímž vzniká větší nebezpečí zlomenin. Negativní dopad na držení těla a rovnováhu má také úbytek minerálních zásob. Páteř se zkracuje o jeden až pět centimetrů a hrudní koš ztrácí na objemu, a tím se snižuje dýchací kapacita (Dessaintová, 1999).

V důsledku snížení počtu červených svalových vláken nastávají obtíže v pohybech vyžadujících jemnou koordinaci, snižuje se kvalita obratnosti, rychlost, síla i vytrvalost. Kloubní pohyblivost je omezena. Klouby podléhají změnám: opěrné oblasti kostí se rozrušují, kolem a uvnitř kloubů se šíří kostní výrůstky (osteofyty) a poškozuje se chrupavka. Toto ochabování kloubů se později stává příčinou artrózy. Mnoho starších lidí jí trpí, stěžují si na bolesti a ztuhlost kloubů. Artróza je nejčastější příčinou invalidity starších lidí (Dessaintová, 1999). Nejen somatické, ale i kognitivní změny způsobují narušení motorických stereotypů ve své podstatě. Dochází ke změnám postoje a chůze (krok se zkracuje, chůze zpomaluje). Drobné pohyby, které jsou pravidelně opakovány (př. hra na klavír), zaznamenávají vlivem časté stimulace minimální úbytek kvality až do vysokého stáří.

Projevem stárnutí je oslabení oběhového systému. Postiženy bývají především cévy. Snižuje se průtok krve všemi orgány. To je příčinou arteriosklerózy, aterosklerózy a hypertenze.

Klesá vitální kapacita plic. Hrudník klesá, zvyšuje se náročnost dechové práce. Snížená funkce dýchacího aparátu vede k hypoxii – nedostatku kyslíku.

Změny postihují také trávicí systém (ztráta chrupu, motilita trávicí trubice, zácpy), imunitní systém (zhoršená imunita, zvýšená tvorba autoprotilátek), vylučovací systém (poruchy funkce močového měchýře, pokles filtrace a očišťování ledvin, apod.), endokrinní systém (snížení produkce růstového hormonu, poruchy štítné žlázy). Zhoršují se adaptační schopnosti organismu a odolnost vůči zátěži, dochází k poruchám termoregulace, je snižována vitalita tkání a zpomalené hojení.

Literatura:

- DESSAINTOVÁ, M. P. Nezačínajte stárnout. Praha. Portál 1999. ISBN 80-7178-255-6
- HOŠEK, V. Wellness, well-being a pohybová aktivita. in sborník sdělení z mezinárodní koference “*Východiska pro odborné vzdělávání wellness specialistů*“, konané 10. 12. 2009. Praha 2010 VŠTVS ISBN 978-80-904435-0-1

PSYCHICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ

Stárnutí je spojeno s involucí, se zjednodušováním struktur osobnosti.

Psychické změny jsou ve fyziologickém stáří podmíněny jak biologicky, tak psychicky a sociálně. Dochází k proměně kognitivních funkcí. Zpomalují se poznávací procesy, zhoršuje se percepce zraková i sluchová. Rozvažování, kontrolované jednání, přesné provedení, se stává důležitější než rychlost. Obranným procesem je posílení sebekontroly.

Typické vlastnosti starého člověka neexistují. Obecně platí, že jedinec je mnohem méně přizpůsobivý a v důsledku toho trvá na svých návycích a stereotypch, bývá precitlivělý, málo empatický. Některé vlastnosti osobnosti člověka se zvyrazňují. (Starostlivost se mění v úzkostnost a mentorování, spořivost v lakotu, nerealistický pohled v nesoudnost).

Ve stáří se také výrazněji projeví ty složky osobnosti které dříve pokládal jedinec za špatné a dokázal je zakrývat a jejich projevy tlumit (pořádkumilovnost se posunuje na pedantní odstraňování i domnělých nečistot, šetrnost přechází v lakomost). S narůstajícími nejistotami a úzkostí se stupňuje podezřavost, šikana okolí, zejména pečujících osob.

Člověk ztrácí intenzitu vztahů k vnějšímu dění, bývalým ideálům, zálibám, dříve upřednostňovaným hodnotám. Snižuje se prožívání důležitosti vztahů k osobám z běžného života a naopak se zvyšuje intenzita vztahu k blízkým osobám a potřeba jejich přítomnosti jako podpory v ohrožujících situacích.

Senior žije často ve vzpomínkách a hodnotí uplynulý život. V minulých životních obdobích znal podmínky a řešení situací ve kterých byl účasten. Dovedl se v nich orientovat a proto se mu život v minulosti zdá snazší oproti současnému, který vnímá vlivem mnoha změn, jako chaotický.

Somatický medicínský přístup nachází příčinu změn v organických poruchách mozku a považuje je za změny nevratné. Celkově zhoršené vnímání, orientace a možnost řešení aktuálních situací vede přirozeně k vnitřním obavám, úzkostem až depresivitě. Deprese jsou současnou farmakoterapií spojenou s psychoterapií léčitelné. Řada smutků je reálným stavem reagujícím na emočně náročnou situaci a je proto odpovídající reakcí na situaci, se kterou se senior vyrovnává.

KOGNITIVNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ

Ve stáří dochází k nerovnoměrné proměně dílčích schopností i celkové struktury poznávacích procesů. Kognitivní plasticita, tj. schopnost využít svůj potenciál, není po 60. roce života už příliš velká a postupně stále klesá. Změny dané stárnutím se zpravidla projevují především ve funkcích, které slouží k zaznamenávání, ukládání a využívání informací. Závažnější pokles účinnosti a přesnosti kognitivních kompetencí může mít významný dopad na kvalitu života, zejména pokud by omezoval schopnost žít nezávisle na cizí pomoci (Vágnerová, 2007).

Starší člověk má potíže se zapamatováním a vybavením informací. Častěji se objevují poruchy pozornosti. Současně s poruchou paměti se vyskytují poruchy myšlení, chápání, počítání, schopnosti učení.

Snížení kognitivních schopností může vést až k bludným představám. Jedinec má pocit, že se o něm špatně mluví, je zesměšňován, neakceptován. Z části jde o podezření oprávněné.

V pozdním stáří dochází k dalšímu úbytku komplexity uvažování. Lidé tohoto věku nejsou schopni koordinovat a integrovat jednotlivé kognitivní funkce (např. pozornost, paměť a uvažování) a nedokáží vzít v úvahu všechny kognitivní a emoční aspekty problému. Nedovedou se orientovat v situacích, které jsou složitější a zahrnují protichůdné informace. Obvykle na ně reagují jejich zjednodušením a berou proto v úvahu jen některé, dost často ty, které odpovídají naučenému stereotypu (Vágnerová, 2007).

Smyslové vnímání

Příjem podnětů, které jsou nezbytné pro orientaci v prostředí, bývá ztížen či narušen zhoršováním zrakových, sluchových a dalších percepčních funkcí, zhoršují se funkce smyslových orgánů:

- **zraku** (snížení ostroty vidění, adaptace na tmou a ostrost vidění v noci). Zhoršuje se rozlišovací schopnost předmětů, nedokonalý odhad vzdálenosti ztěžuje plynulost a koordinovanost pohybů a tím i jeho rychlost a bezpečnost.
- **sluchu** (porucha slyšení tónů o vyšší frekvenci, později i střední a hluboké frekvence). Snižuje se vnímatelnost zvukových signálů, řeči, hudby. To má výrazný dopad na schopnost komunikace a poslech hudby. Zhoršuje se odhad vzdálenosti a směru odkud sluchový signál vychází. Tím je ohrožena bezpečnost pohybu v prostoru.
- **hmatu** (otupený pocit). Snižuje se schopnost orientace, schopnost vnímat dotykovou informaci. Ve stáří je pro emoční prožívání zaznamenáván nedostatek chybějících dotykových kontaktů.
- **chuti** (úbytek chuťových pohárků). Nedostatek chuťových zpětných vazeb zhoršuje předchozí kvalitu vytváření a konzumace pokrmů. Právě tato schopnost byla u mnohých žen, ale i mužů vizitkou jejich dovedností a následně sociálního postavení.
- **čichu** (modifikován kvantitativně i kvalitativně). Zhoršuje celkově prožívání a kvalitu života postiženého jedince.
- **bolesti** (zvyšuje se práh citění bolesti). Zhoršuje celkově prožívání a kvalitu života postiženého jedince.

Z hlediska nervového systému se zpomaluje nervové vedení a prodlužuje se reakční doba. Zhoršení kvality smyslových orgánů a jejich funkcí snižuje pracovní výkonnost, možnost provádění a odpočinkových a vzdělávacích aktivit v mimopracovním času (četba, pozorování medií, poslouchání řeči, hudby).

Pozornost

Pro rychlou a přesnou orientaci je důležitý tzv. senzorický registr. Schopnost zaměřit se a soustředit na potřebné informace a zároveň eliminovat ty nepodstatné, přesouvat a rozdělovat pozornost podle potřeb situace, a koordinovat příjem informací z různých zdrojů se v průběhu stárnutí postupně zhoršuje. Efektivita pozornosti seniorů závisí i na kontextu, tj. na situaci a typu úkolu (Vágnerová, 2007).

Naproti tomu Kulišťák (2003) popisuje pozornost v souvislosti se stářím jako funkci, která zůstává s věkem – za situace normálního stavu CNS – pozoruhodně stabilní. Tenacita a selektivita pozornosti se nezdají alterovány věkem, neboť na zhoršení výkonu se podílejí spíše obtíže percepční.

Paměť

Paměť je schopnost přijímat, uchovávat a znovuvybavovat předchozí vjemy. Informace jsou uloženy v mozku v paměťových stopách, což jsou ze somatického hlediska spojení (synapse) mezi výběžky nervových buněk (neuronů). Během života se ztrácí asi 10-15% neuronů a zároveň ubývá synapsí. Celkově se nervové buňky zmenšují. Na druhé straně se v průběhu celého života vlivem pravidelného zatěžování vytvářejí synapse nové. Tak je umožněno přizpůsobovat se novým podnětům a situacím (Suchá 2008).

Mozek má dvě hemisféry. Levá hemisféra je odpovědná za rozumovou složku, uchovává nejruznější fakta, znalosti, umožňuje logické myšlení. Pravá hemisféra je sídlem kreativity, emocí – uchovává obrazy, hudbu, odpovídá za orientaci v prostoru a autobiografickou paměť (Suchá 2008).

Krátkodobá paměť uchovává informace pouze 30-90 vteřin. Ty co se jeví jako nevýznamné se ztrácí. Vybrané, nějak významné informace se dále zpracovávají a ukládají se do dlouhodobé paměti (k tomu je nutné opakování informace). Ukládání informace do dlouhodobé paměti má rozdílně dlouhou dobu (Topinková 2003).

Podle charakteru zapamatované informace mluvíme o explicitní – deklarativní paměti (paměťové stopy které lze vyjádřit slovy) a implicitní – nedeklarativní paměti daná vrozenými a získanými postupy (emoční paměť, pohybové dovednosti, hra na hudební nástroj).

S přibývajícím věkem se zhoršují paměťové schopnosti. Jejich úbytek je individuálně různý, závisí na vrozených předpokladech a iniciaci paměťových center v mozku. Proto příčinou zhoršení paměťových schopností bývá převážně jejich nedostatečné používání. Další příčinou je stres, prožívání úzkosti a deprese.

Zhoršuje se především paměť pro nové události. Paměťové záznamy minulých událostí jsou velmi dobré i když propojováním s dalšími událostmi jsou většinou prožitkově i obsahově zkreslené.

Kvalita paměti a schopnost zpracování nových informací je závislá na každodenním iniciování paměťových pochodů.

Rozumové schopnosti – inteligence

V průběhu stáří dochází k postupné proměně intelektových funkcí, ale i tato proměna, její rychlost a míra úbytku, je individuálně variabilní a závisí na mnoha faktorech, biologických i sociálních. Změny podmíněné stárnutím nepostihují ani v době raného stáří všechny složky inteligence ve stejné míře a jejich úbytek se může projevovat různým způsobem. Může se měnit jak celková úroveň rozumových schopností, tak jejich struktura. Interindividuální variabilita intelektových schopností, resp. výkonů, se v období raného stáří přinejmenším udržuje a někdy dokonce narůstá. Ve stáří lze dosáhnout vrcholného nahlédnutí a schopnosti komplexního uvažování, které bývá označováno jako moudrost, ale ubývá bystrosti, flexibility a kreativity. Trend kvalitativních změn je týž, jaký byl zřejmý již v předcházejícím období starší dospělosti.

K viditelnému úbytku dochází především v oblasti fluidní inteligence, její pokles je primárně podmíněn změnou fyziologických funkcí CNS. Zhoršuje se schopnost zpracovávat nové informace, flexibilně na ně reagovat a hledat řešení nových problémů, které by nebylo jen správné, ale i dostatečně rychlé. Rozsah úbytku jednotlivých složek fluidní inteligence je diferencovaný, jednotlivé kompetence se nemění stejně rychle.

Krystalická inteligence se v období raného stáří zásadním způsobem nemění. Starší lidé si uchovávají schopnost používat dříve osvojené znalosti, způsoby uvažování, zafixované strategie i naučená řešení známých situací (Vágnerová, 2007).

Normální stárnutí je spojeno z hlediska neuropatologického s atrofickými změnami centrálního i periferního nervového systému. Na mozku se to zřetelně projevuje rozšířením rýh, svrašťováním závitů a narůstáním objemu cerebrospinálního moku. Někteří autoři však v diskusi upozorňují, že mohou existovat rozdíly mezi jednotlivými strukturami mozku, které atrofují více, nebo změna jejich funkce s věkem více přispívá k úbytku IQ. Detterman (1994) např. předpokládá, že na „úpadku“ inteligence ve stáří se více podílí podkorové oblasti mozku. V této souvislosti se uvádí také hypotéza „rezervní mozkové kapacity“ (Satz, 1993 in Kulišťák, 2003).

Základním předpokladem „rezervní hypotézy“ je skutečnost, že mezi staršími jedinci se stejnými věkem podmíněnými změnami mozku (např. korovou atrofií) můžeme očekávat u osob vzdělanějších průkaz menšího kognitivního narušení než u těch, kteří vzdělání nemají. Vyjádřeno jinak, mezi staršími jedinci stejné kognitivní úrovně by mohlo být rozsáhlejší vzdělání spojeno s mnohem těžšími, na věku závislými změnami ve struktuře mozku, neboť vzdělání by mohlo poskytnout ochranný „zásobník“, který umožňuje těmto osobám kompenzovat změny mozku a takto vzdorovat demenci (Kulišťák, 2003).

V pozdním stáří dochází k dalšímu poklesu fluidní inteligence, starší lidé jsou málo flexibilní, jejich reakce jsou čím dál pomalejší a nové informace nedokáží dostatečně efektivně zpracovat ani uchovat. Po 70. roce života, výjimečně až v 80 letech, dochází k postupnému zhoršování krystalické inteligence. Starší lidé ztrácejí schopnost používat dříve osvojené znalosti a způsoby uvažování a pokud je užívají, tak převážně jen zafixovaným stereotypním způsobem (Vágnerová, 2007).

Řeč

Řečové funkce patří k těm, které při normálním stárnutí zůstávají zachovány do velmi vysokého věku. Zjišťuje se to často např. při vyšetření subtestem slovníku zkoušky WAIS-R, kdy sice 70letí dávají delší definice jednotlivých slov než čtyřicetiletí a jejich definice jsou více popisné, ale výkonově se téměř neliší. Oproti definování slov a pojmenování předmětů, jež zůstávají při stárnutí stabilní, se objevuje pokles ve slovní plynulosti (Kulišťák, 2003).

EMOČNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ

V oblasti emočního prožívání jsou mezi staršími lidmi značné interindividuální rozdíly a to jak v kvalitě, tak ve frekvenci, intenzitě a flexibilitě emocí. V období stáří klesá intenzita a frekvence mnoha emočních prožitků a může se měnit i jejich kvalita, po 60. roce dochází k pomalému a plynulému poklesu četnosti pozitivních a nárůstu negativních emocí. Způsob emočního prožívání a jeho ovládání se může ve stáří měnit ve skocích, nemusí jít o plynulou proměnu (Vágnerová, 2007).

Klesá schopnost pozitivního emočního prožívání, jedinec bývá více labilní, zhoršuje se jeho schopnost ovládat své emoce. Je snížena frustrační tolerance. Obecným rysem stáří je špatné snášení změn. S novými situacemi se vlivem zhoršených kognitivních schopností senioři obtížněji vyrovnávají. Proto si budují užší vazby k blízkým osobám na nichž se stávají viditelně závislí prožitkově i po stránce fyzické. Prožívanou neschopností samostatně řešit každodenní obtíže se uchylují k dřívějším osvědčeným způsobům chování a tím vystupují v chování výrazněji povahové rysy, stávají se podezřívavými a vztahovačnými. Jesenský (in: Kozáková, Müller, 2006, s. 13) zdůrazňuje velké snížení odolnosti vůči nepříznivým vlivům, odvrácení od materiálních hodnot ve prospěch duchovních, přechod od extroverze k introverzi, od extrospekce k introspekci, od altruismu k egocentrismu.

Proměny emočního prožívání v pozdním stáří nemusí být příliš nápadné. Starší senioři mají viditelnou tendenci k udržení přijatelného emočního ladění a to i za cenu redukce či zkracování významu některých podnětů. V pozdním stáří je dominantní udržení pocitu bezpečnosti a pohody, což eliminace negativních pocitů usnadňuje. Na druhé straně klesá tendence analyzovat vlastní emoční prožitky a tolerance k emoční ambivalenci a nejednoznačnosti. Strategie zvládání zjednodušením a vyhýbáním je ve stáří velmi oblíbená, protože takto lze snadno dosáhnout žádoucího cíle, jde o obranu zaměřenou na udržení přijatelných pocitů (Vágnerová, 2007).

Literatura:

- DESSAINTOVÁ, M. P. *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-255.
- KOZÁKOVÁ, Z. , MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 56 s. ISBN 80-244-1552-6.
- KULIŠŤÁK, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003, 327 s., ISBN 80 -7178-554-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-9.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

- SUCHÁ, J. *Trénink paměti*. Praha. Portál 2008. ISBN 978-80-7367-438-0.
- TOPINKOVÁ 2003

SEBEHODNOCENÍ JAKO MENTÁLNÍ REPREZENTACE EMOČNÍHO VZTAHU K SOBĚ

Nejpodstatnějším úkolem seniorského věku je přijetí vlastní konečnosti spojené s hodnocením vlastního života.

Osobní růst souvisí s introverzí. V druhé polovině života se podíl introvertního prožívání zvyšuje. Zkušenosti, vzpomínky a jejich znovuobnovování a obohacování jsou nedílnou součástí přítomného prožívání a dalšího směřování. Stálou myšlenkou je vědomí vlastní konečnosti ke které směřujeme. Vnímání neodvratného konce závisí na aktuálním prožívání, na průběhu dosavadního života a na hodnocení vlastního života. Ten kdo dochází k vědomí naplnění se vyrovnává s vlastní konečností snadněji. Pocit marnosti a nenaplnění zhoršuje závěrečnou etapu života.

Duševně růst ve zralém věku není snadné. Stejně jako je možné růst (uvědomovat si, že je důležitější to jak žijeme, než jak dlouho žijeme, vědět, že teď je čas vydat ze sebe to nejlepší a předat to těm kteří přijdou po mě), je možné upadat (uzavírat se do sebe, vnitřně chudnout, křečovitě se držet svých pozic) (Říčan (1990)).

Sebehodnocení je v psychologii považováno za součást vědomí o „Já“. Rozumíme jím to, jak si člověk sám sebe váží, jak se cení a hodnotí, jaké mínění má sám o sobě. Hodnotící, citový vztah k sobě tak bývá závislý na přijatých nárocích na sebe (Balcar, 1991). Chápeme jej jako jeden z možných faktorů, který může ovlivnit životní styl ve stáří. Hodnotová hierarchie je důležitým faktorem, který ovlivňuje a usměrňuje zpracovávání informací a vjemů z vnějšího prostředí a způsob reakcí na ně. Zároveň má významný podíl na výběru určitých informací a vjemů, které na jedince působí. Proto je možné hodnotovou orientaci považovat za determinující z hlediska chování a jednání člověka. Vzhledem k tomu, že hierarchie hodnot bývá stabilní během života, se dá předpokládat, že může ovlivnit postoj k činnostem spojeným s těmito hodnotami po celý život i ve vysokém věku. Preference hodnot spojených se zdravím přispívá k udržení aktivního životního stylu seniorů.

Jednou z největších sociálně podmíněných změn ve stáří je odchod do důchodu. V době raného stáří je třeba změnit způsob sebehodnocení a hledat osobní rovnováhu i smysl zbývajících života v jiných oblastech. Ukázalo se, že kvalita sebehodnocení před odchodem do důchodu je významným prediktorem jeho kvality v době důchodu. Člověk, který má dostatečnou sebeúctu a dobré sebehodnocení, zvládne tento úkol lépe, než jedinec primárně nejistý a nevyrovnaný. Důvodem je skutečnost, že ve fázi jakékoli zásadnější změny se prohlubuje nejistota a to i ve vztahu k sobě samému.

Pro staršího člověka je důležité kam a ke komu patří. Jeho identita je vázána na příslušnost k určitým lidem, sociální skupině a místu. Sebepojetí a sebehodnocení staršího člověka velice významně ovlivňuje jeho zdravotní stav. Jedinec, který trpí závažnějším onemocněním, postupně chápe svůj chorobný stav jako trvalou součást vlastní osobnosti (Vágnerová, 2007).

Všechny psychologické změny, které doprovázejí proces stárnutí, je třeba chápat v širším kontextu osobnosti, než jako obecné jevy stáří. Je nutné přihlídnout ke stavu intelektových, emocionálních i konativních aktivit a ke schopnosti člověka kompenzovat snižující se výkonnost a způsob zvládání těžkostí (Křivohlavý, 2002, s. 143).

Vždy je třeba rozlišovat mezi změnami, které jsou způsobeny involučními změnami, jež s sebou přináší věk a těmi, které jsou následkem duševní poruchy.

S psychickou involucí se kombinují psychické poruchy, velmi často se vyskytují neurózy, paranoidní chování, depresivní a úzkostné.

Čáp a Mareš (2001) uvádějí následující změny ve stáří:

- Zhoršené vnímání, především zrakové a sluchové, nezbytnost užívat brýle a naslouchadla.
- Zhoršení paměti, zvláště pro nové zkušenosti, zatímco staré vzpomínky se často vybavují velmi přesně.
- Zhoršení pozornosti, její obtížnější soustředování, snadná odklonitelnost vedlejšími, rušivými podněty.
- Zpomalení tempa v nejrůznějších druzích činností.
- Změny v emočním reagování: zvýšená dráždivost až popudlivost, nebo naopak lhostejnost k událostem a k starostem druhých lidí.
- Změny intelektu. Starší výzkumy uváděly pokles obecné inteligence v průběhu dospělosti a stáří, novější výzkumy přinesly korekci a upřesnění obrazu o tomto problému. Inteligence fluidní, převážně vrozená, s věkem poněkud klesá. Naproti tomu krystalická inteligence, převážně získaná a rozvíjená učením a činnostmi, může ještě stoupat s věkem, pokud člověk soustavně vykonává činnosti, které kladou požadavky na inteligenci.
- Tvořivost a kreativita většinou klesá, mnoho nových objevů a vynikajících děl bylo vykonáno v mládí. Jsou však známy četné výjimky - někteří umělci, badatelé, vynálezci podali geniální výkony v pokročilém stáří.
- Pokud jde o osobnost jako celek, zjišťujeme ve stáří velké individuální rozdíly. Někteří lidé si ve stáří uchovávají své zájmy, motivaci, aktivnost. Jiní upadají do pasivity a závislosti na druhých.
- Velké rozdíly jsou i v sociálním zařazení. Někteří lidé se ve stáří uzavírají do sebe, přerušují komunikaci a styk s druhými, jiní naopak udržují komunikaci, popřípadě navazují nové vztahy.

Literatura:

- BALCAR, K. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: Mach, 1991
- ČÁP, J. , MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X
- KOZÁKOVÁ, Z. , MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 56 s. ISBN 80-244-1552-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- ŘÍČAN, P. , *Cesta životem*. Pyramida 1989, s 357. ISBN 80-7038-078-0
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum 2007 ISBN 978-80-246-1318-5

STUD

V některých historických obdobích bylo plnění ideální role v rámci svého postavení jednou ze společensky nejdůležitějších vlastností a současně podstatou sebehodnocení člověka. Jedinec se styděl nevyhovět požadavkům, které od něho společnost, v rámci jeho role a postavení, vyžadovala.

Pocit studu je spojen s obavou o ohrožení své lidské důstojnosti. Podstatou je obava z negativního sociálního hodnocení, obava, že by mohl být negativně a nepřijatelně vnímaný ve společenství ve kterém se nachází. Můžeme mluvit o očekávaném konfliktu mezi sebehodnocením vlastního chování, nebo požadavků na chování druhých, k vlastní osobě a odezvou prostředí.

Normy pro přijatelné chování si každé společenství vytváří samo podle podmínek ve kterých se nachází. Proto se tyto normy v jednotlivých společenstvích liší. Sklon k obavám z nevhodného chování - studu, je například v Japonsku považován za pozitivní hodnotu. Oproti tomuto hodnocení severoamerická společnost potlačuje sklon ke studu jako projev zranitelnosti jedince.

Současní senioři, zejména ti starší byli vychováni v prostředí kde bylo plnění sociálních norem a tomu odpovídající formy chování bezvýhradně vyžadováno. Porušení formy chování znamenalo vyřazení ze společenství ve kterém jedinec žil a uplatňoval své potřeby a zájmy. To pro mnohé znamenalo sociální izolaci, nemožnost sebeuplatnění na chtěné úrovni. Tuto situaci mnozí řešili až krajním způsobem, odchodem ze života.

Současná společnost bývalý systém norem neakceptuje, často bagatelizuje. Porušovány jsou tak u mnoha jedinců, zvláště seniorů, potřeby uspokojování základních potřeb vědomí Já. S touto realitou se setkává senior denně vlivem společnosti znevažovaného životního období, stáří. Nejvíce je zraňován v obdobích zvýšené zranitelnosti, v nemoci. (Nedostatečná možnost intimity při uspokojování hygienických potřeb, při léčebných zákrocích, nevhodné oslovování pacientů znevažujících jejich občanské postavení). I v běžném životě, v němž se velmi rychle mění podmínky a znesnadňuje se orientace v prostředí i ve způsobech řešení, je snížená flexibilita uvažována jako směšná.

Partnerské vztahy seniorů

Manželství která překonala dynamiku předchozích období bývají nadále šťastná, Společné vzpomínky, vzájemná znalost přinášejí porozumění a přizpůsobení, ale zejména schopnost spolusdílení společných prožitků i prožitků druhého. Ve dlouhodobém vztahu nachází jedinec porozumění, pochopení a oporu při překonávání obtíží. Znalost intimity druhého umožňuje posunutí hranice studu za nevládnutou formu chování.

Nešťastné partnerské vztahy vedou k pocitu osamělosti, zklamání. Pokud není veden alternativní životní zájem je život jako celek hodnocen negativně. Vina je přisuzována partnerovi.

Většina dlouhodobých vztahů se nachází mezi oběma krajními polohami. Podstatné je, že si partneři vytvořili vztah který je jim oporou.

Nové seniorské vztahy vznikají především z potřeby vzájemné opory pro nadcházející období. Čeká je však období vzájemného přizpůsobování které vyžaduje vysokou toleranci obou partnerů. Pro některé seniory je život bez stabilního partnera z nejrůznějších důvodů nepředstavitelný. Není však možné se vyhnout srovnávání

s partnery předchozími a způsoby chování které byly v předchozím partnerském vztahu běžné. Rada seniorů proto volí přátelské vztahy s pouze občasným setkáváním.

OSAMĚLOST A SENIOŘI

Uvedení do problematiky

K sociální podstatě člověka patří potřeba sociálního kontaktu, která nachází uspokojení ve **vzájemných vztazích a komunikaci**. Mnozí autoři (A. H. Maslow, H. A. Murray aj.) považují potřebu styku s jinými lidmi za základní sociální potřebu člověka (J. Výrost, I. Slaměník, 1997).

Je přirozené, že člověk ve svém životě občas volí samotu, neboť někdy potřebuje být sám. Je to čas, kdy může nerušeně přemýšlet o svém životě, vyrovnávat se s prožitými událostmi, hledat řešení složitých životních situací, nebo čerpat sílu pro další práci. V těchto případech samota přispívá pozitivně k vyrovnanosti a osobní harmonii.

Člověk se však může dostat do situace, kdy se pro něho samota stává něčím, co negativně působí na jeho osobnost. Setrváváním v samotě se jeho sociální kontakty s okolím naruší. Není jen o samotě ale začne prožívat sociální izolaci, osamění. Do této situace se velice často dostávají lidé v seniorském věku, lidé se zdravotním postižením či chronickou nemocí. Jejich sociální kontakt s okolím je pak z důvodu jejich handicapu omezen. Osamělost je živnou půdou pro rozvoj psychických a psychosomatických nemocí.

Osamělost je citový stav ve kterém osoba zažije silný pocit prázdnoty a izolace. Prožitek osamělosti je především vnitřním stavem každého jedince. Zkušenost s osamělostí může být pro člověka nepříjemná a stresující. Začátkem pro nastávající negativní pocity osamělosti je často sociální izolace člověka. Toto riziko se objevuje zejména odchodem do důchodu. Okruh běžných každodenních sociálních interakcí se významně snižuje a není nahrazen novými kontakty. Osamělost tak není problémem jen samotného člověka. Reflektuje i kulturní vyspělost společnosti. Závisí nejen na biologických faktorech ale zvláště na kvalitě sociální péče o seniory.

Příčiny vzniku osamělosti

Příčin a podnětů pro vznik pocitů osamělosti existuje celá řada. Souvisí biologickou stránkou člověka, mírou nervové stability, mírou otevřenosti (uzavřenosti) vůči podnětům přicházejícím z vlastního prožívání a prostředí které na člověka působí. Extrovert nebývá sám, introvertovi samota tolik nevádí - ovšem pokud není závislý na pomoci; v případě nemoci začne být zdrojem problémů. Dle Peplau, Perlman (1982), je možné obecně rozlišit dvě základní oblasti, do kterých spadají příčiny osamělosti.

a) Náhlé události či změny v životě jedince, které mění jeho aktuální sociální začlenění, nebo v osobní potřeby a návyky jedince v určitém vztahu. To je pak příčinou rozvíjejícího se procesu vzniku osamělosti .

b) Příčiny vztahující se k predispozičním faktorům jedince, které po delší dobu podporují vznik osamělosti. Jsou to například osobnostní charakteristiky jedince, jeho onemocnění, sociální zázemí či kulturní odlišnosti (Rokach, Orzeck, at al. , 2001)

Ztráta partnera patří mezi nejzávažnější životní události. **U žen je ztráta partnera v starším věku při tradičně chápané ženské roli v dnešním světě značným problémem.** Řada žen se obává zůstat sama, jejich situace je ještě stále sociálně složitější než u mužů.

Problémy osamělých lidí se negativně projevují v interpersonální sféře. Objevují se problémy v navazování nových kontaktů, ze kterých mají strach a pociťují ke svému okolí nedůvěru. Jednoduchou, ale těžce řešitelnou příčinou je i to, že tito lidé mají velice slabě či

nedostatečně rozvinuty sociální dovednosti. Tyto dovednosti jsou získávány během celého života, především pak v dětství, kdy jedince nejvíce ovlivňuje naše nejbližší sociální společenství - rodina (Výrost, 2001).

Osamocení člověka není jen problémem starých, postižených, nemocných, precitlivělých či neurotických lidí, ale projevuje se také u společensky úspěšných a dominantních jedinců. Paul Tournier ve své knize „*Osamělost mezi lidmi*“ říká, že lidská osamělost souvisí se strachem. Lidé se jeden druhého bojí. Bojí se, že nezvládnou náročné životní situace, mají strach z nepochopení ze svého okolí. Takže, zatímco strach posiluje osamělost a sociální konflikty, osamělost a konflikty posilují strach. Domnívá se, že uzdravit svět se nám podaří, když dáme člověku odpověď na jeho strach, zachováme tak mezi lidmi smysl pro společenství a altruismus.

Typy osamělosti

Osamělost je komplexní problém, který spadá do sociálních věd jako je psychologie, sociologie či speciální pedagogika.

Když se někoho zeptáme, co je to osamělost, většinou to není pro nikoho náročné odpovědět, protože intuitivně cítí, co osamělost je. Existuje samozřejmě řada definic, které jsou odborníky ze sociálních věd uváděny (Fromm-Reichmann, 1982; Lopata, 1982; Rubenstein-Shaver, 1982; Sadler, 1980; Sermat, 1978;). Ve všech se však objevují tři důležité aspekty, ve kterých se odborná hlediska studia osamělosti shodují. V prvním, že osamělost je *výsledkem nedostatku sociálních vztahů a kontaktů člověka s okolím*. Ve druhém aspektu je osamělost považovaná za *subjektivní zkušenost*, která však není synonymem k objektivní sociální izolaci. Lidé mohou být sami, aniž by se cítili osamělí a naopak. Třetím hlediskem je skutečnost, že *zkušenost s osamělostí je nepříjemná a stresující* (Peplau, Perlman, 1982).

Jiné typologie spojují osamělost s nedostatkem fyzických vnějších sociálních kontaktů člověka s druhými lidmi. To se pak často stává příčinou i vnitřních pocitů osamění. Z pohledu určitého nenaplnění či deficitu v těchto oblastech navrhl uznávaný odborník v této problematice Weiss (2001) dva odlišné typy osamělosti. Emocionální a sociální osamělost.

Emocionální osamělost je způsobena absencí blízkého důvěrného vztahu s jednou konkrétní osobou. *Sociální osamělost* je výsledkem nedostatku naplněných sociálních vazeb s přáteli či známými, se kterými můžeme sdílet své aktivity a zájmy.

Tyto dva typy osamělosti se mohou prolínat, mohou však být na sobě i zcela nezávislé. Weissova typologie je výchozí základnou pro řadu studií s touto problematikou.

Z pohledu terapeutického je možné dále pohlížet na osamělost z časové dimenze, jak dlouho je osamělost u pacienta prožívána. Beck a Young (1982), rozlišili z tohoto pohledu tři typy osamělosti: *chronickou*, probíhající několik let, *situacní*, způsobenou probíhajícími vnějšími událostmi, a *přechodnou*, ovlivněnou krátkodobými pocity osamění.

Existují i další koncepty typologií osamělosti, které jsou ovlivněny přístupy jednotlivých odborníků.

Vývojová hlediska osamělosti

Během života člověka se vyskytuje mnoho okamžiků, kdy prožíváme osamělost. V rámci celého životního cyklu je osamění způsobováno řadou okolností a má tedy i nejrůznější příčiny (Rokach, 2000).

První setkání s osamělostí mohou zažít již děti (Klicpera, 2003, Qualter, Munn, 2002). Žije mezi námi celá řada dětí bez kamarádů, děti žijící izolovaně v prostředí, kde nemají možnost najít své potencionální kamarády. Ohroženou skupinou jsou také děti s vážným tělesným, mentálním či jiným zdravotním postižením, kteří mají omezenou možnost kontaktu se svým okolím.

Další životní období, ve kterém lidé prožívají osamělost je adolescence. Adolescence je velice významná životní etapa, která je zatěžována silnými prožitky osamění a sociální nezačleněnosti (Brennan, 1979).

Životním obdobím, kde se však osamělost stává stabilním a trvalým prožitkem, je stáří. Osamělost je způsobena událostmi, kterými člověk ve svém životě přirozeně prochází. Častou událostí, způsobující osamění, je úmrtí životního partnera (Baarsen, 2001; Rokach, 2000). Tato situace je pro každého velice náročná a vyrovnání se s ní, je velice těžké. V tomto období se člověk ocitá i ve zcela jiném sociálním postavení a okruh možných sociálních kontaktů je velice omezen. Touto problematikou se ve své studii zabývá například kolektiv autorů Lopata, Heinemann, Baum (1982), kteří se zaměřují na strategie vyrovnávání se s osamělostí v životech ovdovělých žen. Být sám a žít sám je také tématem výzkumu autorů Peplau, Bikson, Rook a Goodchilds (1982), kteří se zabývají negativními představami a pocity těch, kteří jsou staří a osamělí. Upozorňují však také na to, že nemusí vždy platit používaný sylogismus, že ten kdo je starý, musí být i osamělý.

Hlediska pomoci osamělému člověku

Rané psychologické studie o osamělosti byly často směřovány do oblasti sociologické. Příčiny osamělosti byly hledány spíše ve vývojových společenských změnách, než v osobnostních změnách osamělého člověka (Rook, 1982)

Není náhodou, že první kdo se písemně zmínil o osamělosti z jiného pohledu, byli kliničtí psychologové. Patřil mezi ně Fromm-Reichmann, Sullivan (1955) a ostatní, kteří si začali všímat bolesti osamělosti v životě u svých pacientů. Pokoušeli se proto hledat i možnosti, jak mohou svým pacientům pomoci. S vývojem poznatků o osamělosti byly aplikovány nejrůznější specifické terapeutické intervenční programy, které byly zaměřeny na pomoc a řešení problematiky osamělosti u nejrůznějších skupin pacientů.

V současné době je prezentována řada specifických intervenčních modelů zaměřených na osamělost. Psycholožky Rook a Peplau (1982) se ve své studii pokusily pragmaticky shrnout možné přístupy v aplikovaných terapiích.

V průběhu všech terapií je důležité porozumění příčinám prožitků osamělosti pacienta a nalezení strategií pomocí kterých se lidé s osamělostí vyrovnají či ji odstraní.

Intervenční terapeutické strategie jsou především orientovány behaviorálně na řešení konkrétních problémů. Tyto strategie se terapeut snaží spolu s pacientem postupně vytvářet. Za základní používané typy terapií jsou terapie založené na nácviku sociálních dovedností, a kognitivně – behaviorální terapie. Základem těchto, převážně skupinových terapií, je komunikace terapeuta s klientem, řešení problematických situací způsobující prožívání osamělosti pacientů a vytváření individuálních strategií pro zvládání osamělosti.

Možnosti zjišťování a měření osamělosti

Pro zjišťování hloubky osamělosti byly v zahraničí sestaveny a ověřeny některé diagnostické metody. Tyto metody se postupně vyvíjely. Záleželo vždy na zvoleném přístupu k osamělosti i na skutečnosti, zda byla osamělost považována za jednodimenzionální konstrukt, například první verze UCLA Loneliness Scale od kolektivu autorů pod D. Russellem (1980), odrážející jednotný stav, který může být dosažen přes nedostatek rozmanitosti vztahů a může mít různé důsledky, či kategorii multidimenzionální, která posuzuje různé vztahové deficity charakterizující obecný stav označovaný jako osamělost.

Často používaným nástrojem pro sledování a zjišťování je *UCLA Loneliness Scale* – *Škála osamělosti* od autorů D. Russella, L. A. Peplau a C. E. Curtona z roku 1980, která je zaměřená i na souvislost osamělosti a sociální opory. Tato metoda prošla dlouhým vývojem a byla prověřována a upravována v řadě následných studií. S touto škálou osamělosti pracuje i Kulhánková (2004) ve své disertační práci. Používá nejnovější třetí verzi autora D. Russella z roku 1996, se kterou provedla podrobnou studii zaměřenou na reliabilitu, validitu a faktorovou strukturu této dotazníkové metody.

Při používání diagnostických nástrojů zaměřených na zjišťování osamělosti je důležité si uvědomit, zda je možné tyto metody přenést do jiné společnosti a jiného kulturního kontextu (Rokach, Brock, 1998). Nezbytné je proto jejich ověření a adaptaci na prostředí, ve kterém jsou aplikovány.

Literatura:

- BAARSEN, B. , SNIJDERS, T. A. B. , at al. (2001). Lonely but not Alone: Emotional Isolation and Social Isolation as Two Distinct Dimensions of Loneliness in Older People. *Educational and Psychological Measurement*, 61 (1), 119-135.
- BECK, A. T. , YOUNG, J. E. (1982). Loneliness, Depression and Cognitive Therapy: Theory and Application. In L. A. Peplau, D. Perlman (Eds.). *Loneliness – A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- BRENNAN, T. (1979) . Loneliness at Adolescence. In L. A. Peplau, D. Perlman (Eds.). *Loneliness – A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- FROMM, E. (1955). *The Sane Society*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- FROMM – REICHMANN, (1982). Perspectives on Loneliness. In L. A. Peplau, D. Perlman (Eds.). *Loneliness – A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- KLICPERA, B. G. , KLICPERA, C. (2003). Why Children Feel Lonely at School? Influences of Loneliness in the School Context. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52 (1), 1-16.
- KULHÁNKOVÁ, R. (2004). Vliv pohybových aktivit na osamělost tělesně postižené mládeže. *Disertační práce*. FTVS UK. Praha.
- LOPATA, H. (1982). Perspectives on Loneliness. In L. A. Peplau, D. Perlman (Eds.). *Loneliness – A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- LOPATA, H. , HEINEMANN, G. D. , BAUM, J. (1982). Loneliness: Antecedents and Coping Strategies in the Lives of Widows. In L. A. Peplau, D. Perlman (Eds.). *Loneliness – A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- PEPLAU, A. P. , PERLMAN, D. (1982). *Loneliness - A Sourcebook Of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- PEPLAU, A. P. , BIKSON, T. K. , ROOK, K. S. , GOODCHILDS, J. D. (1982). Being Old and Living Alone. In L. A. Peplau, D. Perlman (Eds.). *Loneliness – A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.

- QUALTER, P. , Munn, P. (2002). The Separateness of Social and Emotional Loneliness in Childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43 (2), 233-244.
- ROKACH, A. , BROCK, H. (1998). Coping with Loneliness. *The Journal of Psychology*, 132(1), 107-127.
- ROKACH, A. (2000). Loneliness and the Life Cycle. *Psychological Reports*, 86(2), 629-642.
- ROKACH, A. (2000). Perceived Causes of Loneliness in adulthood. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15 (1), 67-84.
- ROOK, S. K. , PEPLAU, L. A. (1982). Perspectives on Helping the Lonely. In L. A. Peplau, D. Perlman (Eds.). *Loneliness – A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- RUBENSTEIN, C. , SHAVER, P. (1982). The Experience of Loneliness. In L. A. Peplau, D. Perlman (Eds.). *Loneliness – A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- RUSSELL, D. , PEPLAU, L. A. , CUTRONA, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-780.
- RUSSELL, D. (1996). The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- SADLER, W. A. , JOHNSON, T. B. (1980). From Loneliness to anomia. In Audy, Hartong, Cohen (Eds.). *The Anatomy of Loneliness*. New York: International Universities Press.
- SERMAT, V. (1978). Sources of Loneliness. *Essence*, 2, 271-276.
- TOURNIER, P. (1998). *Osamělost mezi lidmi*. Praha: Návrat domů.
- VÝROST, J. , SLAMĚNÍK, I. (1997). *Sociální psychologie*. Praha: ISV.
- WEDLICHOVÁ, I. (EDS) A KOL. *Terénní sociální práce v praxi*. Ústí nad Labem: PF UJEP, 2008, (1.vydání), 144 s. ISBN 978-80-7044-975-2.
- WEISS, R. S. (2001). Osamělost. In J. Výrost, I. Slaměník, I. (Eds.). *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Grada.

POHYB A STÁRNUTÍ

Pohyb je přirozeným projevem člověka, který se promítá i do oblasti schopností vnímání, hodnocení a pohybování se v prostoru. Přes tělo vnímáme sami sebe i své okolí. Prostřednictvím pohybu těla jsme také schopni vnímat změny kolem nás. To, jak se vnímáme a hodnotíme, ovlivňuje zásadním způsobem naše chování a prožívání.

S počátkem stáří si senior uvědomuje změny organismu. Schopnost přizpůsobení se a přijetí těchto změn vyžaduje značné úsilí. Duševní a tělesná aktivita a souhra mezi těmito dvěma složkami jsou základem dobrého zdraví člověka. Pravidelné cvičení může nejen prodloužit život, ale vysoce zvýšit i jeho kvalitu. Kromě všeobecného pocitu vzrůstající sebedůvěry, vnímají senioři hodnotu cvičení v získávání nových zkušeností a sociálních kontaktů, těší se z vitální aktivity, mají radost ze zjištění, že se jejich kondice a zdraví zlepšuje.

Je prokázáno, že lidé kteří pravidelně cvičí, žijí déle, než ti, kteří jsou vůči pohybovým aktivitám lhostejní. Současný výzkum upozorňuje, že cvičení pomáhá uchovávat funkce mozku, pravděpodobně stimulaci krevního oběhu. Je předpokládáno, že program pravidelného cvičení může zpomalit zhoršování srdečních funkcí, ubývání svalové síly a pohyblivosti kloubů.

McAuley a kol. (2005), v článku: Physical Activity Promotes Self-Esteem, popisuje studii, ve které je konstatováno, že jedinci, kteří pravidelně cvičí, mají lepší představu o své osobě. Sebehodnocení probandů – seniorů souviselo s vnímáním sebe sama jako schopného, dobře vypadajícího. McAuley provedl čtyřletý longitudinální výzkum u skupiny seniorů, jejichž průměrný věk byl 66, 7 let ($n = 174$) který se týkal vlivu fyzické aktivity a soběstačnosti seniorů na jejich celkové hodnocení vlastní osoby. V průběhu 4 let byl prokázán pokles sebehodnocení vlivem redukce fyzické aktivity a tím i soběstačnosti seniorů. V něm poukázal na pokles sebehodnocení vlivem redukce fyzické aktivity a tím i soběstačnosti seniorů.

Štilec a Bunc (2004) popisuje 3,5 letý experiment se skupinou 30ti seniorů (24 žen, 6 mužů, věkové rozmezí 62 – 82 let). Kteří se zúčastnili pohybově prožitkového programu, jehož záměrem bylo vytvářet podmínky aktivního přístupu k životu s posilováním sebedůvěry, soběstačnosti a zodpovědnosti za své zdraví. Pozitivní psychické změny, případně posílení sebedůvěry, které autoři považují u stárnoucího organismu jako rozhodující, byly potvrzeny v závěrečném subjektivním hodnocení seniorů (Štilec, Bunc, 2004).

Pro starší organismus je vhodná střední či nižší intenzita zatížení. Je doporučen trénink pro netrénované jedince na úrovni 50-60% jejich tepového maxima. Po několika týdnech je možné zvýšit intenzitu na 60-70% tepového maxima. Kardiofitness aktivitu je vhodné zařadit dva až třikrát týdně na 40 až 60 minut. Z celkového času pro pohybové aktivity by senioři měli věnovat 50% aerobním aktivitám, 20% silovému tréninku a 30% koordinaci, flexibilitě a rovnováze (Dýrová, Lepková, 2008).

Vhodné pohybové aktivity

Pro každodenní život seniora jsou důležité pohybové aktivity s aerobní zátěží. Aerobní cvičení (aerobik – aer = vzduch) jsou aktivity které stimulují srdeční a plicní činnost podporují vytrvalost: schopnost vytrvat v aktivitě, která vyžaduje více energie. Jestliže jsou lidé v dobré kondici, mohou se věnovat své činnosti delší dobu a s větší intenzitou. Tělesná kondice a dobré zdraví jsou úzce spjaty. Nejvšeobecnější příčinou účasti ve cvičeních všech věkových skupin byl důvod cítit se lépe, mentálně i fyzicky (Shephard, Thomas, 1995). Mezi vhodné aerobní pohybové aktivity patří **dynamická chůze, turistika, cvičení ve vodě, plavání, cyklistika**.

Chůze je nejoblíbenější aerobní aktivitou u lidí každého věku. Pro pohybově neaktivní jedince je vhodné začít právě s chůzí. Při chůzi je posilováno svalstvo nohou a kostí, posturální svalstvo. Zvýšení aktivační úrovně organismu pomáhá snižovat stres. Při nadměrné zátěži je však hrozba zánětu kloubů a následně se rozvíjející artrózy.

Aktivity ve vodě. Pohyb ve vodě je pro seniory velmi vhodný, je šetrný na klouby, nedochází při něm k opakovaným nárazům a nadměrnému zatěžování. Přispívá k celkové zdatnosti. Posiluje nejen srdce a plíce, ale udržuje v dobrém stavu svalstvo ramen, zad, paží a nohou. Důležité je zamezit prochladnutí.

Jízda na kole. Přispívá k celkové zdatnosti. Posiluje nejen srdce a plíce, ale udržuje v dobrém stavu svalstvo ramen, zad, paží a nohou. Jízda na kole je šetrná ke kloubům nohou a umožňuje pohyb v krajině. Omezením je narůstající posturální labilita.

Účinky pohybu z hlediska psychických změn

Zařazením pravidelného cvičení do denního programu udržujeme a rozvíjíme řadu kladných vlastností a návyků důležitých pro úspěšný vstup do stáří: pozornost, paměť, schopnost koordinace, sebedůvěru, úctu k sobě a druhým. Zkoumají se aplikace cvičení jako terapeutického prostředku při některých psychických poruchách, jako jsou deprese, úzkost a stresové stavy. V současné době je známa řada dlouhodobých sledování kladného vlivu pohybových činností na jedince s depresemi, pocity strachu a nedůvěry v sebe sama (Valliant a Asu 1985, Mrazek, 1986; Jaan 2005, Chudějová 2007)

Faktory které omezují aktivitu seniorů

Jako nejvýznamnější se ukazují faktory:

- **fyzické** – zdraví, nemoc, snížená odolnost, neschopnost překonávat bariéry
- **psychické** – nenaplnění očekávání, nesplněná přání,
- **sociální** – čekání na blízké osoby, nepochopení blízkými osobami, setrvávání na pokraji zájmu společenství a vnímané postupné vyřazování ze společenství.

Výzkumy zabývající se **motivací** starších lidí **k pohybovým aktivitám** zjistily následující pořadí motivací (Schick in: Štilec, 2003, s. 24).

Faktory které posilují aktivitu seniorů

- okruh přátel, kteří mají sami vztah k pohybu,
- doporučení lékaře, zdravotní důvody,
- životní styl (dlouhodobý návyk často od dětství).

Podrobnější poznatky o pohybové terapii pro seniory v českém jazyce naleznete v těchto publikacích:

- DÝROVÁ, J. , LEPKOVÁ, H. : *Kardiofitness: Vytrvalostní aktivity v každém věku*. Praha, Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-2273-3
- HÁTLOVÁ, Běla a SUCHÁ, Jitka: *Kinezioterapie demencí*. Praha, Triton s. r. o. , 2005 ISBN 80-7254-564-7
- HOŠKOVÁ, B. ; MATOUŠOVÁ, M. *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy pro studující FTVS UK*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-621-X. a
- KABELÍKOVÁ, K. -VÁVROVÁ, M. : *Cvičení k obnovení a udržování svalové rovnováhy*. Praha: Grada Aviacenum, 1997.
- MATOUŠOVÁ, M. *Pohyb život ve stáří je šancí*, Grada,
- KUČERA, M. a kol. *Pohyb v prevenci a terapii*. Praha, Univerzita Karlova 1996. ISBN 80-7184-042-4.
- ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál 2004
- ISBN 80-7178-920-8

Internetové zdroje:

- Mc AULEY, E. et al. Physical Activity, Self-Efficacy, and Self-Esteem: Longitudinal Relationships in Older Adults. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Science**. [online] 2005 [cit. 2. srpna 2008]. Dostupné na <http://psychsoc.gerontologyjournals.org/cgi/content/abstract/60/5/P268>
- HOLMEROVÁ, I. , JURAŠKOVÁ, B. , ROKOSOVÁ, M. , VAŇKOVÁ, H. , VELETA, P. Aktivní stárnutí. *Česká geriatrická revue* [časopis on-line]. 2006, č. 3 [citováno 12. března 2008]. Dostupné na World Wide Web: http://www.geriatrickevue.cz/pdf/gr_06_03_06.pdf
- MACHÁČOVÁ, K. , BUNC, V. , VAŇKOVÁ, H. , HOLMEROVÁ, I. , VELETA, P. Zkušenosti s hodnocením tělesné zdatnosti seniorů metodou „Senior Fitness Test“. *Česká geriatrická revue* [časopis on-line]. 2007, č. 4. [citováno 12. března 2008]. Dostupné na World Wide Web: http://www.geriatrickevue.cz/pdf/gr_07_04_09.pdf

Literatura:

- Mc AULEY, E. et al. Physical Activity, Self-Efficacy, and Self-Esteem: Longitudinal Relationships in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Science*. [online] 2005 [cit. 2. srpna 2008]. Dostupné na <http://psychsoc.gerontologyjournals.org/cgi/content/abstract/60/5/P268>
- DÝROVÁ, J. , LEPKOVÁ, H. *Kardiofitness: Vytrvalostní aktivity v každém věku*. Praha: Grada, 2008 ISBN: 978-80-247-2273-3
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. 204 s. ISBN 80-210-3345-2.
- SHEPHARD, R. J. , THOMAS S. G. *Jak zůstat FIT i po padesátce*. Ostrava: Oldag 1995 ISBN 80-85954-03-6
- STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál 1999 ISBN 80-7178-274-2
- ŠTILEC, M. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 95 s. ISBN 80-246-0788-3.
- ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál 2004 ISBN 80-7178-920-8
- VAĐUROVÁ, H. , MÜHLPACHR, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 463 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VLIV ŽIVOTNÍHO STYLU NA OSOBNOST SENIORŮ VE VĚKU 60 AŽ 85 LET.

Pilotní deskriptivní studie skupiny seniorů

Kvalitu života a celkovou životní spokojenost ve stáří ovlivňuje složení osobnosti a životní postoje, které si člověk utvářel v průběhu celého života. Pohybově aktivní senioři jsou více spokojeni se svým zdravotní stavem. Pohybovými aktivitami může starší člověk přispět ke kvalitnějšímu životu ve stáří a předcházet některým jeho negativním doprovodným jevům. Tyto činnosti mají nepochybně pozitivní vliv na fyzickou a psychickou kondici starších lidí a pomáhají jim udržovat či rozvíjet sociální kontakty. V letech 2007 a 2008 jsme provedli studii, která se snaží postihnout rozdíly v osobnosti aktivních seniorů nad 60 a nad 75 let oproti ostatní dospělé populaci. K tomuto záměru jsme použili srovnání pomocí NEO Five-Factor Inventory (Costa, P. T. and McCrae, R. R.: 1992; ČR: Hřebíčková 2001).

Ve svých předpokladech jsme vycházeli ze zprávy Zikmundové (2005) uvedené na 10. Pražských gerontologických dnech.

Zikmundová uvádí tři základní oblasti problémů seniorů:

- zdraví
- soběstačnost
- rodinné vztahy

Za nejzávažnější považuje následující problémy:

- ztráta partnera
- ztráta vrstevníků
- zhoršení zdravotního stavu, rezignace na zdravotní stav - ubývající soběstačnost
- osamělost - nevyhovující bydlení a další

Výsledky:

Získaná data uvádíme v tabulkách a ve formě ve které je můžeme srovnávat se základními šetřeními (průměry hodnot).

Tabulka 1.: výzkumný soubor - aktivní cvičenci sokola 60-85let

		Počet probandů	Pohlaví seniora	Průměrný věk seniorů
Hátlová	aktivní cvičenci sokola 75-85 let muži	17	M	78,2
Hátlová	aktivní cvičenci sokola 60-75 let muži	23	M	66,1
Hátlová	aktivní cvičenky sokola 75-85 let ženy	14	F	76,71
Hátlová	aktivní cvičenky sokola 60-75 let ženy	64	F	66,68

Tabulka 2. : aktivní cvičenci sokola 60 -85let muži

(průměry hodnot NEO Five-Facto Inventory)

		Počet probandů	Pohlaví seniora	věk seniora					
Hřebíčková	Výběr z populace 22-75 let muži	41	M	22-75	9,68	2,20	8,44	1,80	0,68
Hátlová	aktivní cvičenci sokola 75-85 let muži	17	M	78,2	8,88	1,58	5,12	3,76	5,95
Hátlová	aktivní cvičenci sokola 60-75 let muži	23	M	66,1	8,00	1,47	4,88	1,48	5,34

Tabulka 3. : aktivní cvičenky sokola 60 -85 let ženy (průměry hodnot)

(průměry hodnot NEO Five-Factor Inventory)

		Počet probandů	Pohlaví seniora	Věk seniora					
Hřebíčková	Výběr z populace 22-75 let ženy		F	22-75	0,76	1,29	7,46	3,82	3,04
Hátlová	aktivní cvičenky sokola 75-85 let ženy	14	F	76,71	4,07	6,28	4,92	4,35	3,00
Hátlová	aktivní cvičenky sokola 60-75 let ženy	64	F	66,68	1,70	7,34	5,42	4,26	1,91

Diskuse

Platnost pětifaktorového modelu osobnosti je opakovaně potvrzována výzkumy probíhajícími jak v Evropě tak v severní Americe (Čermák in Hřebíčková 2001, s. 6.). Hřebíčková nenašla ve věkových kategoriích 22-75 let významné rozdíly. Proto uvádí věkovou kategorii v takové šíři. V ČR nebylo šetření skupiny seniorů provedeno a proto i my vztahujeme své výsledky k průměrům škál zjištěných pro věkovou skupinu 22-75 let.

V celém souboru probandů u Hřebíčkové jsou nálezány statisticky významné vztahy mezi pohlavím. Z toho důvodu uvádíme naše výsledky u mužů a žen odděleně. Počet

probandů je dán celkově nízkým výskytem takových osob v populaci. Velký rozdíl mezi počtem mužů a žen je dán přirozeným aktuálním stavem populace.

Diskuse k jednotlivým škálám

Neuroticismus (N)

Škála zjišťuje individuální rozdíly v emocionálním prožívání. Lidé dosahující vysoký skóre v této škále jsou psychicky nestabilní.

Starší lidé pokud jsou zdraví, bývají klidnější, vyrovnanější, stabilnější a poněkud lhostejnější k okolnímu světu. V pozdním stáří většinou nervová labilita znovu narůstá především z důvodu všeobecného úbytku fyzických a psychických sil, snížené odolnosti vůči změnám a sociálně snížené možnosti kontaktů s druhými lidmi. Při oslabení narůstá strach, úzkost, časté jsou deprese.

Hodnoty sledovaných probandů:

Senioři muži 60-75 let: Skupina mužů neprokázala významný rozdíl od běžné populace. Lze předpokládat, že se pravděpodobně dobře vyrovnávají s úbytkem sil, který v tomto věku není významně omezujícím faktorem. Muži jsou ještě pracovně aktivní a změna rodinné situace, osamostatnění dětí je citově výrazně nezasahuje.

Senioři muži 75-85 let: Skupina mužů prokázala mírný trend k nižšímu skóre než je naměřen u běžné populace. Tento výsledek považujeme za významný. Většina seniorů v tomto věku je vzhledem k všeobecnému úbytku sil je výrazně labilnější (výsledky klinických pozorování).

Senioři ženy 60-75 let : Tato relativně početná skupina žen prokázala mírně vyšší tendenci k nervové labilitě. Psychické a sociální nároky související se změnou společenské role, nástup do důchodu, odchod dětí z rodiny kladou na každou ženu vysoký tlak na hledání smysluplné náplně života. Předpokládáme, že ženy našeho souboru i přes svůj aktivní přístup k životu se se změnami obtížně vyrovnávají.

Senioři ženy 75-85 let: Skupina žen, i přes svůj aktivní životní styl prokázala zvýšenou tendenci k psychické labilitě. Tento trend odpovídá klinickým pozorováním, vyššímu nárůstu postižení úzkostí a depresí u starších žen v populaci.

Extroverze (E)

Společenskost, družnost a otevřenost sociální stimulaci. Tito lidé bývají více sebejistí, aktivní energičtí a pozitivněji naladěni. Vyhledávají situace které jim přináší vzrušení. Introverze je míněna jako opak extroverze. Introverti jsou spíše zdrženliví, nezávislí a samostatní. Jejich zdrženlivost je ovlivněna přáním zůstat o samotě.

Jak muži, tak ženy jsou v průběhu života stále introvertnější. . Nárůst introverze může v krajním případě vést až k samotářství a izolaci.

Hodnoty sledovaných probandů:

Senioři muži 60-75 let ani senioři muži 75-85 let se od výsledku v dospělé populaci významně nelišili.

U obou skupin sledovaných žen byl zaznamenán výrazný posun k uzavřenosti. Domníváme se že tento trend souvisí s posunem k introverzi s nárůstem věku doprovázeným výraznou změnou životní situace a současně s nárůstem nervové lability.

Otevřenost (O) novým zkušenostem

Lidé popisovaní jako „otevření“ mají živou představivost, jsou citliví na estetické podněty, vnímaví k vnitřním pocitům, upřednostňují rozmanitost, jsou zvědaví, mají nezávislý úsudek, často se chovají nekonvenčně. Mají zájem o nové poznatky, prožitky.

Starší lidé však bývají konvenčnější a konzervativnější , dávají přednost známému, osvědčenému.

Hodnoty sledovaných probandů:

U všech skupin byl zaznamenán trend ke snížené otevřenosti vůči novým podnětům.

Přátelskost - Přívětivost (P)

Jde o dimenzi osobnosti mezi egocentrizmem a tendencí pomáhat druhým. Různé formy altruismu soucítlost a ochota pomáhat, až obětovat se pro druhé, má své pozitivní i negativní stránky. Je závislá nejen na osobnostních předpokladech, sebehodnocení a hodnocení své situace, ale výrazně na výchově a pozitivně hodnocených hodnotách společnosti.

U starších lidí s celkovým oslabením obvykle narůstá egocentrismus, popudlivost ale i podezřavost. Zároveň se udržuje vysoká míra soucítlosti a důvěřivosti.

Hodnoty sledovaných probandů:

U skupin žen a skupiny mužů starších 75 let se projevila mírná tendence k vyšší míře přívětivosti. Domníváme se že senioři si aktivně připravují lepší pozici pro vlastní přijetí. Senioři muži 60-75 let se nelišili od průměru dospělé populace. Domníváme se že pocit odchodu do stáří se u mužů posouvá do pozdějšího věku.

Svědomitost (S)

Tendence k sebekontrolě, kontrole vnějších podnětů. Tato dimenze má své pozitivní i negativní stránky. Zjišťuje vztah k práci, k plnění povinností.

Vztah svědomitosti s věkem mírně stoupá. Starší lidé mohou být někdy až akcentovaně pečliví a zodpovědní. Důvodem může být nižší sebevědomí. Na druhé straně mohou mít větší problémy v oblasti sebeovládání.

Hodnoty sledovaných probandů:

U obou skupin mužů se projevila výrazná tendence k nárůstu úrovně svědomitosti. Můžeme uvažovat o této narůstající tendenci jako o formě obrany. U skupin žen jsme tento trend nezaznamenali. Naopak u skupiny žen 60-75 let byla zjištěná hladina svědomitosti v průměru skóre mírně nižší. Domníváme se, že tato skupina je všeobecně mírou životních změn nejvíce zaskočena a největší změny prožívání jsou u této skupiny v oblasti emocí.

Závěr

V našem šetření jsme sledovali skupiny seniorů mužů a žen, kteří se aktivně pravidelně věnují kolektivnímu provádění tělesných cvičení v prostředí Sokola, jehož činnost byla vždy historicky spojena s činností sociální. Přes svůj aktivní životní styl se tyto lidé potýkají nejen se zdravotními ale i sociálními problémy stáří.

Jedním z mnoha mýtů spojených se stářím je i názor, že starší člověk již nemá takové potřeby jako v předchozím období. Opak je pravdou. Je důležité se starat o to, aby život ve stáří byl prožit plnohodnotně, aktivně a hlavně kvalitně. Řada seniorů prožívá svůj život nejen aktivně, ale i produktivně i ve věku 80ti a více let. Abychom mohli využít této potence a umožnit seniorovi plný aktivní smysluplný život je třeba vytvořit podmínky které umožní zapojit seniora do aktivního a společenského života a neodsunout ho na okraj společnosti. Měli bychom si uvědomit, že stárnutí a stáří se dotýká nás všech a je třeba se jeho kvalitou zabývat důkladněji.

Studie byla podporována GA ČR 406/07/0405 - dosud nepublikováno.

Literatura:

- HŘEBÍČKOVÁ, M.: NEO Five-Factor Inventory . Costa, P. T. and McCrae, R. R. : 1992; česká standardizace Hřebíčková, M. and Urbánek, T. , testcentrum Praha 2001.
- SAKOVÁ, H.: Sebehodnocení seniorů kteří se pravidelně věnují pohybovým aktivitám a jeho korelace s faktory osobnosti. FTVS UK 2008. Vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph. D.

SYNDROM GERIATRICKÉ KŘEHKOSTI

Koncept geriatrické křehkosti překonává orientaci na jednotlivé choroby. Termín geriatrická křehkost je komplexní charakteristika „chátrání“ seniora. Tento nový termín a klinický popis umožňuje lepší intervenování seniorů, u nichž **rychlost a intenzita funkčního zhoršování** a míra zhoršováním podmíněných důsledků, **překračují obvyklé změny, aniž by byla přítomna konkrétní choroba**. Tato skutečnost je pro současný systém lékařské péče zaměřené na léčení chorob, obtížně do péče zahrnutelná. Pacient je oslaben, ale nespecificky, celkově. Zatím chybí pochopení pro funkční obtíže a dekompenzace stáří (Kalvach, 2008) Syndrom geriatrické křehkosti postihuje asi 7% seniorů.

Definice geriatrické křehkosti (Kalvach 2008) je dána přítomností alespoň tří z pěti znaků:

- Nechtěný úbytek tělesné hmotnosti.
- Subjektivně vnímaná únava, vyčerpanost.
- Svalová slabost, nízká hodnota stisku ruky.
- Pomalá chůze.
- Nízká úroveň pohybové aktivity.

Léčení geriatrické křehkosti

Účinná léčba geriatrické křehkosti neexistuje. Jde o komplexní intervenci s ovlivňováním všech významných změn a obtíží, s kompenzováním deficitů, úpravou režimů ke zlepšení prognózy a ke zkvalitnění života (Kalvach 2008).

Prevence syndromu geriatrické křehkosti.

Životní styl se mění v průběhu života člověka. Ovlivňuje tělesné mentální i sociální prožívání jednání a chování. Formuje osobní vývoj, kompetence, výkonnost a identitu jedince. Životní způsob nelze oddělit od pojmu kvalita života.

Životní styl zahrnující pravidelné pohybové aktivity zlepšuje všechny parametry zdraví. Aktivní životní styl dává životu smysl a tak zlepšuje kvalitu života. Seniorům přináší mimo jiné:

Přínosy aktivního pohybového životního stylu (Nechlebová 2009):

- Zvýšení kardiorepirační kondice.
- Zlepšení svalové síly a vytrvalosti.
- Snížení krevního tlaku.
- Zvýšení počtu červených krvinek, zlepšení anemie.
- Snížení inzulinové rezistence.
- Zvýšení imunity.
- Prevence úbytku svalové a kostní hmoty.
- Zlepšení držení těla a tím udržení svalového korzetu.
- Zlepšení trávení.
- Prevence pádů a tím zlepšení soběstačnosti.
- Zlepšení sebedůvěry a aktivnější využívání času.
- Snížení úzkostnosti.
- Zlepšení výkonnosti.

- Zlepšení vzhledu.
- Zlepšení schopnosti sociálních kontaktů.

Literatura:

- KALVACH, Z. : Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha:Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4
- NECHLEBOVÁ, E. :Wellness jako prevence geriatrické křehkosti. . in sborník sdělení z mezinárodní konference “*Východiska pro odborné vzdělávání wellness specialistů*“, konané 10. 12. 2009. Praha 2010 VŠTVS. ISBN 978-80-904435-0-1

TERMINÁLNÍ STADIUM ŽIVOTA

Terminální stadium je přirozenou součástí života. Většina starých lidí si je vědoma svého stavu, je smířena a touží po hovorech které se týkají jejich aktuální situace. Na tyto chvíle není většina jejich blízkých připravena.

Vyrovňávání se se smrtí

Proč se máme vyrovnávat s realitou vlastní smrti? Proč to patří k osobnímu růstu? Není optimističtější a radostnější tuto hrozbu hodit za hlavu, nemyslet na ni. Žít jako by smrti nebylo. Tato otázka je řešena lidmi po celou dobu jejich existence. Položme si otázku: Kdo na smrt nemyslí, ten se jí nebojí? Říčan (1990) předkládá dvě odpovědi.

První: Ten kdo citově popřel hrozbu smrti musí vynakládat mnoho sil na to, aby popření udržel, musí se násilně utvrzovat ve svém optimismu, vyhýbat se smutku, hlídat své city, vytlačovat zvýšenou pracovní i jinou činností „nevhodné myšlenky“. Jeho štěstí nestojí na pevném základu, při ohrožení se rychle rozpadá a jeho odezva na ohrožení je pro neřipravenost silnější. Takový člověk propadá zoufalství, není schopen ohrožující situaci zvládat a řešit způsobem vedoucím k vyrovnaní. Nezvládnutá situace vede často k psychickému nebo psychosomatickému onemocnění.

Druhá: Kdo žije s přijatou perspektivou smrti je svobodnější. Uvědomuje si, že je důležitější to jak žijeme, než jak dlouho žijeme. Ví, že teď je čas vydat ze sebe to nejlepší a předat to těm kteří přijdou po něm. Málokdo je však schopen zcela se zbavit své ješitnosti, svého hmotného a duševního vlastnictví ve prospěch druhých. Jen někteří mají radost z odevzdávání.

Úcta k terminálně nemocným lidem je základem hospicového hnutí. Hospicové hnutí se začalo u nás rozvíjet v druhé polovině 90. let minulého století. Pacienti hospice mají jistotu, že přes závažnost svého onemocnění nebudou trpět nesnesitelnou bolestí a že ani na konci života nezůstanou osamoceni (Wágnerová 2006). Hospice mají tři základní formy péče.

Formy hospicové péče:

- **Péče domácí.** Této formě je dáвана přednost. Umožňuje nemocným a jejich rodinám uspokojit emoční, psychické a duchovní potřeby. Pomáhá rodinám zajistit medicínskou péči (v ČR hospic Cesta domů).
- **Pobyt v lůžkovém hospici** je alternativou běžné hospitalizace v těch případech kdy domácí péče není z nějakého důvodu možná.

Vývoj člověka končí jeho fyzickým odchodem. Mnoho však zůstává. Příhoda (2004) dokládá: Nejen vynikající lidé ve svém díle, ale každý „obyčejný“ člověk žije po smrti, neboť v ontogenezi se neztrácí ani jeden pohyb, ani jedna myšlenka. Každý akt se uchovává v nekonečných přeměnách a ovlivňuje pohyb i myšlenku. Předpokládáme, že je tomu i v polygenezi s každým i nejnepatrnějším činem který zasáhl do vývoje obce, národa a lidstva. Je atomem v proudu dění, který trvá v jeho soukolí zcela nepozorován, ale přispívá k makroskopickému dění.

Literatura:

- ŘÍČAN, P. , Cesta životem. Praha, Pyramida 1989, s 356-7. ISBN 80-7038-078-0
- ŘÍČAN, P. , Cesta životem. Praha, Portál, 2004
- VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 463 s. ISBN 978-80-246-1318-5
- VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-9

PROBLEMATIKA KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V DOMOVECH PRO SENIORY

Sociální službou je činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Jsou zaměřeny se na *zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života lidí*. Nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb jsou zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho - a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládání 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, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Výčet základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb je stanoven zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, obsah je uveden ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. 2. část. Tento zákon zahrnuje veškeré právní předpisy pro sociální služby.

Poskytovatelé sociálních služeb Poskytovatelem sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytovatelem sociální služby nejsou rodinní příslušníci či jiné osoby, které pečují o své blízké v domácím prostředí. Poskytovatelem sociální služby není také subjekt bez registrace jako poskytovatel sociálních služeb ve smyslu tohoto zákona (např. úklidová firma, nebo ubytovna).

Příspěvek na péči Příspěvek na péči je poukazován lidem, kteří jsou především z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to *v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti*. Péči o vlastní osobu se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. např. schopnost komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit. Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno. Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou.

Realizační plán dle Standardů kvality sociálních služeb. Dobrý plán vychází z procesu plánování, kterého se účastní pokud možno koordinační tým. Plán má zahrnovat *sled kroků*:

- hodnocení stávající situace, sebehodnocení, SWOT analýza aj.
- stanovení cílů – odpověď na otázku „Kde chceme na konci plánovacího období být?“ Pro formulaci cílů je možné např. dodržovat SMART parametry dobře formulovaného cíle (S =

specifický, M = měřitelný, A = akceptovatelný, ambiciózní, R = realistický, T = termínovaný);

- plánování aktivit k těmto cílům směřujících.

V případě, že tým není připraven tyto kroky zvládnout sám, může si k tomu pozvat konzultanta. Užitečné je promýšlet rizika a jejich ošetření stejně na personální a finanční části plánu. Plán by měl být zpracován srozumitelně, aby mu mohli rozumět všichni pracovníci, kteří se budou realizace standardů kvality sociálních služeb účastnit – pracovníci v přímé péči a jejich nadřízení.

Metoda SWOT je podrobně popsána v mnoha zdrojích dostupných i na internetu wikipedia aj. Realizační plán zavádění SQSS by měl nést znaky platné pro projekty. Srovnajte profesionální projektové řízení. Blíže: <http://www.rizeni-projektu.cz/> atd.

Požadavky na pracovníky zařízení sociálních služeb Vzhledem k tomu, že s těmito kvalitami je třeba kreativně pracovat, měl by mít pracovník navíc ve své profesionální výbavě vědomosti a dovednosti:

- důkladnou znalost jednotlivých SQSS a jejich kritérií, jejich výkladu i specifik;
- dovednosti a znalosti v oblasti práce s uživatelem a skupinou: znalost skupinové dynamiky, techniky pro práci ve skupině a týmu, tvorba podskupin, vedení rozhovoru aj.
- vědomí vlastních možností, schopností a limitů.

Metodika dosahování standardů /SQSS/ je určena všem poskytovatelům sociálních služeb v ČR. Vychází z hlavních faktorů. Patří k nim:

- vztah managementu ke SQSS;
- Pojem zařízení bývá též vymezen pojmem organizace poskytující sociální služby.
- vztah personálu v přímé péči ke standardům;
- fáze SQSS – co se již ve službě stalo, v jakém stavu je jejich zavádění;
- vztahy mezi zřizovatelem a managementem;
- vztahy mezi personálem na všech úrovních;
- vztah mezi personálem a uživateli služeb;
- velikost zařízení a týmu v zařízení;
- organizační struktura zařízení;
- finanční situace zařízení;
- druh služby a cílová skupina;
- vzdělání personálu na všech úrovních;
- umístění zařízení a jeho vnitřní dispozici

ČR vychází **Národního akčního plánu sociálního začleňování**. Je využíván i jako nástroj společné výměny informací a zkušeností dobré praxe na úrovni Evropské unie. “

Zákon č. 111/2006 Sb. , o pomoci v hmotné nouzi nabyl účinnosti 1. ledna 2007. Zákon upravuje poskytování pomoci k zajištění základních životních potřeb osobám, které se ocitly v hmotné nouzi, prostřednictvím dávek pomoci v hmotné nouzi.

Zákon č. 110/2006 Sb. , o životním a existenčním minimu definuje pojmy životní a existenční minimum.

V zařízeních sociálních služeb pro seniory se provádí systematické návštěvy veřejného ochránce práv (VOP) s účinností k 1. 1. 2006, kdy byl veřejnému ochránci práv svěřen úkol funkce tzv. národního preventivního mechanismu, dle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Jedná se o kol provádět systematické návštěvy zařízení, v nichž se mohou nacházet osoby, které jsou nějak omezené. Zda jsou respektována jejich základní práva a svobody, a tím posílit jejich ochranu před všemi formami tzv. špatného zacházení. Zda jsou osoby omezeny na svobodě de facto – v důsledku závislosti na poskytované péči (stáří, nemoc, tělesné, mentální postižení), či de jure – není podstatné.

Špatné zacházení nerespektuje lidskou důstojnost. Špatným zacházením je však i neúcta k člověku a jeho právům, nerespektování jeho sociální autonomie, soukromí nebo práva na spoluúčast v procesu rozhodování o jeho vlastním životě, či zneužívání závislosti na poskytované péči nebo její prohlubování. Rovněž neplněním více či méně závazných instrukcí, pokynů, standardů péče, principů dobré praxe či postupů. Skupina pracovníků Kanceláře VOP navštívila již v r. 2007 dvacet sedm zařízení sociálních služeb. Cílem bylo především posílení ochrany osob před tzv. špatným zacházením. U sociálních zařízení pro seniory může mít *špatné zacházení* nejen podobu porušování základních práv, jako je např. právo na osobní svobodu či právo na soukromí, ale také *podobu nekvalitně poskytovaných služeb*.

Do roku 2006 byla vnitřní kontrola, zaměřena hlavně na zdravotní a hygienická pravidla a na hospodaření. Vnější kontrola postavení osob žijících v ústavech neexistovala. ZSS nově zakotvuje práva a povinnosti subjektů a závaznost standardů kvality sociálních služeb, které tvoří přílohu č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. *Standardy představují měřítko pro posuzování kvality poskytovaných služeb*. Jejich plnění včetně zákonných povinností ze strany poskytovatelů sociálních služeb je podrobováno inspekcím poskytování sociálních služeb. Problémy však přináší faktická nerovnost smluvních partnerů, kterou se ne vždy daří vhodným způsobem kompenzovat; Cílem návštěv není hledání slabin systému a kritika poskytovatelů. Sledují se i materiální podmínky, jak zařízení reagují na požadavky nové právní úpravy. Systematické návštěvy se konají v zařízeních neohlášeně. Průběh návštěv odpovídá velikosti a členění zařízení. Jednodenní či dvoudenní návštěvy. Průběh zahrnuje prohlídku prostor zařízení, rozhovory s vedením, sociálními pracovníky a pracovníky v přímé péči, studium dokumentace klientů a předpisů zařízení a rozhovory s náhodně vybranými klienty. Počet vybraných klientů má být odpovídající.

Podle demografických údajů má v roce 2010 v ČR ve věku 60 a více let žít téměř 23% osob. Se vzrůstajícím počtem seniorů více starých lidí potřebuje intenzivní péči a podporu v důsledku ztráty samostatnosti. Jedná se o světový trend - nejrychleji rostoucí skupinou staršího obyvatelstva jsou lidé ve věku nad 80 let. Péče o starého člověka se dělí mezi rodinu a formální organizace (sociální zařízení, psychiatrické léčebny, léčebny dlouhodobě nemocných). Více než 80 % péče o seniory, kteří jsou závislí na pomoci druhých je zajištěna rodinou, poskytování tohoto typu péče je v průměru 4 až 5 let. V 16 % případů je nesoběstačný senior svěřován do péče cizí osoby. Zajištění domácí péče o staré rodiče je nesnadné, nehledě na skutečnost, že 4 z 5 žen, které o svého nemocného příbuzného pečují, mají své stálé zaměstnání. Mezi problémy, které zmiňuje Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, patří i „mezigenerační solidarita“.

Sami senioři *preferují oddělené* bydlení, které jim umožňuje uchovat si vlastní soukromí a určitou míru nezávislosti. Někdy je odchod do domova pro seniory právě z důvodu nebýt na obtíž svým dětem či příbuzným a mít jistotu, že nezůstanou bez pomoci a pokryjí náklady na bydlení. Seniorům spíše vyhovují menší, nejlépe bezbariérové byty. Od zařízení sociálních služeb se očekává, že budou směřovat ve svém vývoji k poskytování takových typů služeb, které odpovídají potřebám každého uživatele. ZSS jako účel sociálních služeb stanoví sociální začlenění osob postižených nepříznivou sociální situací. Stereotyp v uvažování – „jsem/jsi starý, nemocný a potřebuji/potřebuješ pomoc, půjdu/půjdeš do domova“, přičemž *skutečná potřeba soustavné ústavní péče se dle odborníků pohybuje u osob starších 65 let kolem 2 %*. Průměrný věk klientů těchto zařízení se zvyšuje. Nelze tedy očekávat, že v krátkodobém výhledu bude moci nastat významné snížení kapacity pobytových zařízení pro seniory. *Pozornost se věnuje ústavní péči, jejímu zkvalitňování a ochraně práv jejich klientů.*

Kapacita sledovaných zařízení se různí od 21 do 705 osob. **Hlavním účelem domovů pro seniory je poskytování sociálních služeb za úhradu (ustanovení § 73 odst. 1 ZSS), konkrétně pobytových služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku,** jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Pobytová služba zahrnuje komplexní péči spočívající především v poskytnutí ubytování, stravy, pomoci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu či pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Služba dále zahrnuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Poskytovatel této pobytové služby povinen zajistit klientům taktéž zdravotní péči, přičemž pokud jde o ošetrovatelskou rehabilitační péči, zajišťuje ji především prostřednictvím zaměstnanců, kteří mají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.

Zařízení jsou až na výjimku společná pro muže i ženy. Bylo zjištěno, že většina ZSS však nenabízí právě komfortní bydlení. Více než 40 % stávajících zařízení pro seniory je umístěno v objektech postavených před rokem 1900, přitom asi 10 % objektů bylo postaveno dokonce před rokem 1700. Stále nejsou výjimkou zařízení s kapacitou nad 100 uživatelů. Tyto domovy pak nemohou dobře nahradit přirozené domácí prostředí. Pobytové služby by se měly přirozenému prostředí co nejvíce přibližovat. (Malá kapacita zařízení v souladu s dobrou praxí EU, podle níž by počet obyvatel jednotlivých bytů či budov měl odpovídat velikosti malé skupiny, např. velikost rodiny).

Zařízení s vyšší kapacitou však umožní zřizování různých služeb přímo uvnitř objektu (kantýna, cukrárna, kadeřník, manikúra). Běžným standardem v DpS byly jedno až třílůžkové pokoje. Výjimky jsou pokoje s pěti a více lůžky (někdy dokonce průchozí). Dobré podmínky jsou v nových nebo nově zrekonstruovaných objektech. Nadstandardní jsou např. (telefonní linky na pokojích, internet, vybavení kulturních místností elektronikou, hudebními nástroji, výzdoba domova, recepce, cukrárna atd.). Přibližně polovina zařízení v rámci individuálního plánování podporovala soběstačnost klientů tak, že jim dala k dispozici vybavené kuchyňky k přípravě či ohřátí vlastní stravy. V některých domovech klienti toto vybavení nemají přesto, že část z nich je schopná tyto spotřebiče používat. Důvodem je obava domova o bezpečnost a zdraví klientů.

Ochránce doporučuje při zřizování zařízení pro seniory věnovat zvýšenou pozornost výběru vhodného objektu – dobře dopravně obsloužené místo, v blízkosti běžné zástavby a plně bezbariérový, s dostatečným počtem výtahů pro dopravu klientů upoutaných na lůžko. Doporučuje se zřizovat zařízení do 50 lůžek s pokoji o 1 - 3 lůžkách. Domovům se

doporučuje umožňovat klientům zařízení pokoje vlastním nábytkem a dát jim k dispozici běžné elektrospotřebiče.

Uživatelé služeb DpS Je patrný trend, kdy vzhledem k možnostem příjmů domovů je dávana přednost klientům, kteří jsou příjemci co možná nejvyššího příspěvku na péči, přičemž některá zařízení otevřeně projevila svůj záměr vyšší stupeň závislosti zohlednit v definici cílové skupiny. Přesto, že mají zařízení sloužit osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, lze v nich nalézt i uživatele na péči pouze lehce závislé či nezávislé, jakož i uživatele, kteří trpí psychickými poruchami. Komunitní plánování by mělo vést k poskytování dostupných terénních sociálních služeb na daném území a zřizovat specializovaná sociální zařízení.

Personál Pro kvalitu života v domově je jedním z určujících faktorů počet pracovníků v přímé péči, jelikož zejména od něj se odvíjí potřeba režimových opatření, která vždy do jisté míry omezují uživatele. Personál v přímé péči se zpravidla skládá z pracovníků v sociálních službách (dále jen PSS), zdravotnických pracovníků (zdravotní sestry) a specializovaného personálu (ergoterapeuti, rehabilitační pracovníci). Za pracovníky v přímé péči lze považovat též sociální pracovníky. Ošetrovatelský personál se střídá ve směnném provozu s tím, že i v noci a o víkendech je kromě PSS k dispozici vždy alespoň jeden zdravotník. Pro klienty hrají důležitou roli zejména klíčoví pracovníci, kteří by s nimi měli být v pravidelném kontaktu a poskytovat jim potřebnou podporu. Většina domovů má v této oblasti určité rezervy. Příznivá je možnost spolupráce s dobrovolníky.

Pokud jde o genderové složení personálu, téměř v každém druhém zařízení nejsou mezi pracovníky v přímé péči zastoupeni muži. Pouze 5 % personálu v přímé péči. Výhradně ženský personál byl v několika zařízeních mužskými klienty oprávněně chápán jako citlivá otázka, např. při úkonech v oblasti intimní hygieny. V některých zařízeních není dostatečný komunikační tok. Není pak zcela funkční individuální přístup ke klientovi, systém týmové práce. V zařízení, v němž je výměna informací na vysoké úrovni znají situaci klientů ze všech rovin jejich života.

Cílem je co nejvíce zefektivnit komunikaci mezi personálem, a to nejen na úrovni vedoucí - podřízený, ale zejména na úrovni horizontální, včetně paralelních pracovních týmů. Do nabídky školení a seminářů zaměstnanců je vhodné zařazovat otázky specializované péče a zacházení s klienty trpícími demencí nebo psychiatrickým onemocněním, otázky práv klientů, přístupu k nim, a to nejen po zdravotní či ošetrovatelské stránce. Účelné je zvážit finanční spoluúčast zařízení na vzdělávání pracovníků. Jedním z nástrojů osobního rozvoje pracovníků a prevence syndromu vyhoření je supervize, tj. podpora odborníka za účelem řešení problémů, jež jednotliví zaměstnanci nebo pracovní týmy zažívají při výkonu zaměstnání. Zejména v pomáhajících profesích se institut supervize jeví jako moderní, velmi prospěšný nástroj. Supervizi však neužívají všechna ZSS. Může se jednat o formu supervize interní, tzv. manažerské, a supervize externí. Vedení zařízení by měla zvážit užitečnost supervizní podpory pracovníků v přímé péči a vnímat ji jako součást praxe.

Naplňování práv klientů v zařízeních pro seniory

Přestože kvalitně poskytovaná zdravotní péče je jedním z pilířů činnosti domovů pro seniory, nesmí být opomíjen ani individuální celostní přístup ke klientům za respektování základních lidských práv a svobod. Porušování práv přitom hrozí v širším měřítku právě u osob nejvíce závislých na poskytované službě. Významný je dobře vypracovaný domácí řád, který reflektuje práva uživatelů. Jeho předností je i vytištění velkými písmeny. Zřejmě nemožné je nalézt ideální stav. Velmi dobrá praxe existuje

v mnoha ZSS, která zavádějí do každodenního života zařízení standardy, některá z nich spolupracují se supervizory a jejich postoj k uživatelům je velmi vstřícný, založený na partnerském postoji.

Právo na osobní svobodu Právo na osobní svobodu a svobodu pohybu jako jedny ze stěžejních lidských práv garantuje Listina základních lidských práv a svobod /LZPS/ i mezinárodní úmluvy o ochraně lidských práv. Někde se setkáváme s omezeními v podobě mechanických překážek, personálních kapacit a faktických omezení. Požadavek pro poskytování kvalitní a bezpečné služby je i vytvoření bezbariérového a uživatelsky vstřícného prostředí. V domovech pro seniory, se doporučuje v zájmu kvalitní a bezpečné poskytované služby usilovat o zajištění finančních prostředků k rekonstrukcím domovů do takové podoby, která by umožňovala bezbariérový pohyb zvláště po budově a o usnadnění orientace v objektech pomocí barevného značení, zvukových signálů. Je účelné zvážit poskytnutí klientům (po vyhodnocení rizik) klíče od budovy nebo jiným vhodným způsobem usnadnit pohyb z a do budovy po jejím uzamčení.

Pracovníci domovů pro seniory uvádí, že zatímco dříve do domovů přicházeli soběstačnější senioři v poměrně dobrém zdravotním stavu, v současnosti jsou to lidé ve vyšším věku, jejichž zdravotní stav vyžaduje výrazně vyšší míru odborné péče. Tomu by se mělo přizpůsobit i personální zabezpečení domovů. Problematická situace bývá u seniorů zcela upoutaných na lůžko, z nichž někteří uvádějí, že se ven nedostali i několik let. Pobyt na čerstvém vzduchu přitom lze považovat za jednu ze základních činností zajistit klientům pomoc při samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru. Příčinou je neexistence výtahů vhodných pro převážení lůžek v některých domovech. Zásah do osobní svobody uživatelů jsou ustanovení domácích řádů, kdy vycházky obyvatel závisí na souhlasu pracovníků domova či souhlasem opatrovníka. Opuštění domova se nepovažuje za právní úkon, jedná se o realizaci práva na svobodu pohybu.

Opatření omezující pohyb osob. Jedná se o taková opatření omezující pohyb, která zamezí konkrétnímu uživateli sociální služby svobodně a bez omezení se pohybovat v prostoru, a tak i omezí jeho svobodný projev vůle. Používání je často oprávněné, přináší však riziko jejich zneužití a různě intenzivních zásahů do lidské důstojnosti. Proto mají být omezující opatření podrobena pravidlům. Příčiny oprávněného či neoprávněného omezování osob je třeba spatřovat v behaviorálních problémech spojených s demencí a s poruchami osobnosti, fyzickými postiženími klientů, nedostatkem personálu a v nebezpečí rutiny a stereotypů v práci ošetřovatelů. Zákon připouští používání tří způsobů omezení v případech ohrožení života a zdraví. Jiným případem oprávněnosti užití je svobodný informovaný souhlas klienta s užitím opatření, které omezí jeho pohyb nebo je rizikové z hlediska zneužití (zkrácené postranice).

Způsoby omezení. Poskytovatelé mají k dispozici Metodiku MSPV pro opatření omezující pohyb osob. Nepřípustná je praxe, kdy tlumivé léky podává personál zařízení na základě vlastního uvážení s tím, že lékař dopředu paušálně konkrétní medikament osobě ordinoval „pro případ neklidu“. Doporučuje se zajistit, aby o každém podání léku mimo pravidelnou ordinaci rozhodoval lékař. Naprosto je třeba zamítnout praxi z některých DpS, kde byli dementní klienti bez dalšího zamykání ve svých pokojích (někteří i celodenně).

Zásady užívání oprávněných omezujících opatření. To, zda klient je nějakým prostředkem omezen (postranice, zabezpečení vstupu), je důležité z hlediska oprávněnosti použití tohoto prostředku, ovšem plánovat a vyhodnocovat je nutné použití u každé osoby. Důvodem je riziko zneužití, kterému musí být tímto způsobem stále předcházeno. Od důsledného naplňování těchto zásad si ochránce slibuje např. častější a včasější diagnostikování Alzheimerovy choroby, které v současnosti, ke škodě nemocných, většinou

neprobíhá, nebo zabránění excesům, kdy pracovníci bez dobré znalosti konkrétního klienta rozhodovali o použití opatření, která mohla představovat omezení. Nemělo by být též možné, aby byl někdo omezován jen proto, že bydlí s osobou, u které je omezení oprávněné, nicméně i oni byli omezeni ve svobodě pohybu).

Ministerstvu práce a sociálních věcí se doporučuje iniciovat změnu ZSS tak, aby zákon stanovil podmínky a postup při používání omezujících opatření u osob, které fakticky nemohou poskytnout informovaný souhlas, v situacích, kdy omezení představuje ochranu života a zdraví uživatele a jeho nepoužití by bylo provázeno nerozumným rizikem. V případě, že dojde k použití omezujícího opatření, musí poskytovatel zajistit postup především, že o použití rozhodne oprávněná, tj. určená osoba (standard č. 9 písm. b), že bude užito vždy nejmírnější opatření, že bude použití bezpečné a bude zabráněno souvisejícím negativům (např. proleženiny) a že bude šetřena důstojnost a stud člověka. V případě, že dojde k použití omezujícího opatření, musí je provázet náležitá dokumentace.

Právo na soukromí. Jedním z předpokladů pro vytvoření dobré kvality života a spokojenosti uživatelů je zajištění soukromí. Zahrnuje i možnost uzamknout si svůj pokoj. Pokoj lze chápat jako obydlí klientů, ve kterém by jim měla být poskytnuta maximální míra soukromí a jehož nedotknutelnost je zaručena čl. 12 LZPS. Doporučuje se informovat klienty o možnosti obdržet klíč od svého pokoje a tyto jim po vyhodnocení rizik u konkrétního klienta předat. Přínosem je poskytnout všem uživatelům uzamykatelný prostor v nočním stolku nebo na jiném místě v jejich pokoji, přičemž žádoucí snaha domova by se měla ubírat, aby měli všichni obyvatelé domova umožněno užívat pouze skříně, které jsou uzamykatelné a které mají ve svých pokojích. V každém případě však DpS nese obecnou odpovědnost ve smyslu § 415 občanského zákoníku, z níž plyne povinnost prevence škod. Respekt k soukromí uživatelů se projevuje i tím, že před vstupem do pokoje zaklepu a vyčkají, až budou vyzváni ke vstupu. Ne všude je to běžnou praxí.

Možnost kontrol pokojů bez přítomnosti klientů dokonce zakotvují i některé domovní řády /DŘ/. Bez přítomnosti klienta lze vstupovat do jeho pokoje jen ve výjimečných situacích. Dojde-li k takové situaci, doporučuje se uživatele o tom neprodleně informovat. Rovněž provádět úklid v pokojích klientů bez jejich přítomnosti lze provádět jen tehdy, vyjádří-li s takovým postupem souhlas. Dveře toalet (popř. i koupelen) by měly být opatřeny zámky, odemykatelné zvenčí i v případě uzamknutí dveří. Účinné je na ně alespoň připevnit otočné cedule volno/obsazeno. Doporučuje se respektovat soukromí klientů i v oblasti hygieny. Je třeba mít k dispozici dostatek zástěn a používat je vždy při provádění hygieny na lůžku či používání toaletního křesla v pokoji. Klienti by měli mít možnost zvolit si, zda jim bude asistovat při provádění hygieny osoba stejného nebo opačného pohlaví.

Právo svobodně se rozhodnout. Klient se může svobodně rozhodnout jen za předpokladu, že je o všech možnostech, které má, informován. Nejzávažnějším nedostatkem v oblasti projevů vůle klientů je neznalost, resp. nevědomost o svých právech, z čehož poté vyplývá jejich neuplatňování. Častým jevem týkajícím se většiny domovů pro seniory je jednotné ranní vstávání zejména u nesoběstačných klientů ošetřovatelských oddělení. Režim klientů upoutaných k lůžku začíná s ranními povinnostmi ošetřovatelského personálu. Budíček se tak váže buď k hygienickým úkonům, nejednou prováděným již od páté hodiny ranní, nebo např. k brzkému podávání snídaně.

Princip individuálního přístupu k dennímu režimu lze rovněž vztáhnout k večernímu uléhání a také k četnosti, době a způsobu provádění hygieny, která je ve většině domovů u nesoběstačných klientů dána týdenním intervalem (případně častěji.) I vzhledem k pasivitě klientů ve vyjadřování svých přání a potřeb ochránce doporučuje aktivně a průběžně

zjišťovat, kolikrát týdně chce být klient koupán/sprchován. Tato informace by se měla stát i součástí individuálního plánu. Domácí řády zařízení upravují dobu nočního klidu, v několika domovech je rovněž zaveden režim denního klidu (po obědě). Pokud uživatel neruší sledováním televize pomocí sluchátek jiné uživatele, má mu být dána možnost televizi sledovat. Doporučuje se nevázat možnost poslechu rozhlasu či sledování TV klienty v době vnitřními předpisy daných klidových režimů na souhlas či vyjádření personálu. Vypínání přesně ve 22:00 hod. (i před koncem sledovaného programu) je nevhodné.

V souvislosti s volbou pokoje, popř. spolubydlícího, bývá praktická absence možnosti volby. I přesto by však měl mít budoucí i stávající klient možnost vyjádřit se alespoň k osobě spolubydlících před tím, než dojde k jeho nástupu do domova. Návštěvy DpS ukázaly, že právo volby v oblasti odebrání stravy a stravování je ztíženo. Zatímco klienti jsou ze svých domovů zvyklí vybrat si druh stravy a dobu jídla, v DpS jsou svázáni režimovými opatřeními. Odmítá-li klient dodržovat dietní režim nebo jej občasné porušuje, pracovníci domova mají pouze možnost jej poučit o zdravotních následcích, které může nedodržení způsobit. Bylo doporučeno umožňovat klientům vybrat si i jiný druh stravy, než který jim předepíše lékař.

V některých domovech je zakázáno vynášení jídel z jídelny a uchovávání zbytků jídel na pokojích. Klienti by si rádi zbytek jídla dojedli v klidu později na pokoji. V některých domovech je odůvodněn zákaz tak, že podle hygienických norem je třeba podané jídlo sníst do 2 hodin od jeho vydání. Domovy tuto situaci řeší ledničkami na chodbách, kam si mohou klienti potraviny ukládat, přičemž je zde nebezpečí jejich ztráty. V několika domovech byla společná lednička opatřena zámkem a klíče měli pouze klienti, kteří projevili zájem o její užívání. Klientům by se nemělo zakazovat vynášet stravu z jídelny do pokojů. Domovy pro seniory by měly vytvářet takové podmínky pro život svých obyvatel, které by jim umožnily vést co nejsamostatnější život, nikoli poskytovat „hotelové služby“. Co se týká obav o bezpečnost, je vždy třeba ke klientům přistupovat individuálně a umožnit obyvatelům podstupovat „přiměřené riziko“. Po individuálním vyhodnocení rizik, umožnit klientům používat vařiče a další elektrospotřebiče.

Ačkoli to může zařízení přinést určité problémy, klient musí mít svobodnou volbu i v tom, zda bude kouřit či konzumovat alkohol. Většina domovů má k tomu vyhrazené místnosti. Problematická je rovněž otázka konzumace alkoholu v DpS, když v některých zařízeních ji přímo či nepřímo zakazují, případně stanoví výčetem alkohol, který je možno konzumovat (např. pivo). I v tomto případě má klient právo na přiměřené riziko spojené s konzumací alkoholu a poskytovatel nemá zákonné oprávnění jej v tomto omezovat. V převážné většině DpS neměli senioři doklady (občanské průkazy, průkaz pojištěnce apod.) u sebe, ale byly uloženy u pracovníků domova. Pouze v některých zařízeních měli soběstačnější klienti osobní doklady k dispozici dle vlastního výběru. Při návštěvách DpS se lze setkávat s upřednostňováním přání rodiny před přáním klienta. Konečné slovo v otázce volby by měl mít vždy uživatel. Je žádoucí respektovat přání klienta i v případě, že je v rozporu s přáním jeho rodinných příslušníků.

Hranice mezi odpovědností poskytovatele a uživatele by měla být všem jasná: uživateli a jeho příbuzným, ale i zaměstnancům, kteří službu poskytují. Rozsah odpovědnosti je možné vymezit v popisu služby, ve vnitřních dokumentech, smlouvě s klientem, individuálním plánu apod. “

Přeje-li si klient vykonávat činnost, která pro něj znamená určité riziko, doporučuje se podniknout takové kroky, které by mu umožnily provádění aktivity za současné minimalizace rizika. Jako *hlavní nástroj podpory* v provádění rizikových činností se

doporučuje *používat individuálního plánování* využívajícího nácviku situace, provádění činnosti s asistentem apod.

Právo na kvalitní péči Seniori mají právo na lékařskou péči. Základní zdravotní péče je poskytována prostřednictvím praktických lékařů. Snaha je *vyvíjet co největší úsilí při zajišťování služeb odborných zdravotnických pracovníků, zejména se zaměřením na geriatrickou péči a specialisty na výživu, psychology či psychoterapeuty*. Rehabilitační péče by měla být v domovech podle ustanovení § 36 písm. b) ZSS již standardem. Nejčastěji poskytovanou rehabilitací je cvičení s nejrůznějšími aktivizačními pomůckami. Pravidelným standardem nabízených rehabilitačních služeb by se takové cvičení mělo stát zejména pro ležící klienty, jejichž pohyb a jakákoli stimulace vůbec jsou z povahy jejich zdravotního stavu velmi omezeny. *Doporučuje se usilovat o zajištění rehabilitační péče. Zprostředkování nových zážitků umožňují nejrůznější terapeutické techniky – aromaterapie, muzikoterapie, arteterapie apod.*

V několika zařízeních sociálních služeb byl personál vyškolený v provádění bazální stimulace, zejména u uživatelů s Alzheimerovou demencí. Používání bazální stimulace zvyšuje komfort uživatelů a dodává jim dobrý pocit. Některé její metody se zdají být samozřejmé – vlídnost, vytvoření co nejpříjemnějšího prostředí na lůžku klienta apod. , ač tomu tak bohužel někdy není. Cílené stimuly bazální stimulace vedou k obnově paměťových stop a k celkové rehabilitaci klienta, jak bylo prokázáno. *Doporučuje se zvážit postupné zavádění nových terapeutických technik do každodenní péče – např. bazální stimulací kinezioterapie (Hátlová 2003).*

Doporučuje se formulovat text vnitřních předpisů domovů tak, aby informoval o možnosti realizace práva klientů na volbu lékaře, a o této možnosti klienty informovat jak při nástupu do domova, tak i během pobytu v něm. V souvislosti s novou právní úpravou týkající se poskytování informací o zdravotním stavu je nutno domovům připomenout, že *v případě seniorů je vhodné doporučit učinit takové určení, pokud si ho klient přeje již s předstihem, tedy nejlépe při uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby*. Rovněž se doporučuje *zavést tyto informace do individuálních plánů klientů*. Obecně lze veškeré vyšetřovací a léčebné úkony provádět pouze na základě informovaného souhlasu pacienta. Jedná o oblast vztahů mezi lékařem a klientem/pacientem, nikoli mezi domovem a klientem.

V péči o dementní klienty přistupuje i nedostatečná diagnostika tohoto onemocnění. Téměř všechny domovy konstatovaly, že je tato nemoc diagnostikována pouze u nepatrného počtu z nich. Včasné zachycení rozvíjející se nemoci je prvořadým krokem ke zpomalení její progresu. V souvislosti s Alzheimerovou demencí se doporučuje školit personál v přímé péči, iniciovat diagnostikování u rizikových klientů a specializovat poskytovanou péči s ohledem na podíl těchto klientů.

V DpS se nemá zaměřovat role primární sestry a klíčového pracovníka. Dokumentace vztahující se k ošetrovatelské péči má mít návaznost na individuální plánování. Veškerá dokumentace související s individuálním plánem by měla tvořit vzájemně propustný celek. Ošetrovatelská dokumentace, má být přehledná a souviset s individuálním plánem klienta. Vhodné je zaznamenávat mimořádné události a upravit postup personálu pro případy poskytování péče o umírajícího klienta. Nepřípustné je plošné podávání uklidňovacích prostředků např. hypnogen.

Vliv zvířat na člověka je nepopíratelný a u seniorů, kteří již rezignují na život, velmi pozitivní. Zvířata dokážou zmírnit u člověka pocity osamělosti a společenské izolace. Ochránce doporučil umožňovat klientům chov domácích zvířat v areálu domova, popř. započít návštěvní programy v případech, kdy je chov domácích zvířat vyloučen.

Individuální přístup ke klientům Klient není pasivní objekt, jemuž je poskytována služba, ale aktivní činitel, jehož objektivizované potřeby jsou rozhodující pro způsob a rozsah podpory, případně péče. Individuální přístup vychází z pojetí klienta jako jedinečné a neopakovatelné osoby, zajišťuje dodržování lidských práv a základních svobod. V rámci poskytování sociální služby je uplatňován zřetel také ke svobodě rozhodování klienta, která se projeví především při *plánování poskytování služby*. Klient je smluvní partner, objednatel a příjemce smluvního plnění. Zaměření je na předcházení sociálnímu vyloučení a prohlubování nepříznivé sociální situace, která u uživatelů služeb souvisí s jejich věkem, zdravotním stavem a jinými závažnými důvody.

Průběh poskytování sociální služby je plánován dle osobních cílů, potřeb a schopností uživatelů služeb. Průběh poskytování sociální služby se provádí s klienty, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav, nebo za účasti jejich zákonných zástupců. Požadavky na individuální plánování sociální služby vymezuje standard č. 5. Standardy jsou v důvodové zprávě k ZSS chápány jako soubor měřitelných a ověřitelných kritérií, pomocí nichž lze zhodnotit kvalitu sociální služby.

Individuální plánování je proces, který je možný jen v rámci znalosti osobní historie klienta, tzn. , že je nezbytné seznámit se s jeho příběhem, zásadními okamžiky a událostmi, zálibami, návyky, názory, postoji a rodinnou anamnézou. Tyto poznatky tvoří osu - osobní profil klienta, jeho představ a očekávání. (Wedlichová, Heřmanová 2008) Dle objektivizace přání lze analyzovat potřeby klientů a zjistit, co je třeba udělat pro to, aby se neprohlubovala závislost na podpoře a péči, a aby se naopak co nejdéle udržovala soběstačnost klienta. Ve stanovené době se vyhodnotí, zda a do jaké míry se podařilo stanovit reálné cíle a kritéria pro jejich naplnění.

Pracovní kolektiv ZSS v procesu plánování individuálně zjišťuje konkrétní osobní cíle, potřeby a schopnosti každého klienta a snaží se do procesu plánování zahrnout, co nejširší okruh osob tak, aby individuální plány uživatelů zohledňovaly výše uvedené kvality klienta. *Návštěvy DpS ukázaly potřebu umožnit klíčovým pracovníkům seznámit se, např. formou školení a kurzů, s metodou individuálního plánování, a tím předcházet vytváření pouze formálních individuálních plánů.*

Předmětem plánování by mělo být zjištění, zda klient chce/nechce být přihlášen k trvalému pobytu v DpS, zda chce/nechce být zaregistrován u lékaře, který v DpS ordinuje, zda chce/nechce mít uloženy doklady, vkladní knížku nebo cennosti u sociálního pracovníka, zda chce/nechce mít uložen průkaz zdravotní pojišťovny u sester, dále způsob vyplácení důchodu, způsob nakládání se zůstatkem z důchodu, způsob, jak chce být klient oslovován, a určení, zda chce/nechce kontrolovat užívání léků.

Při plánování je nutné mapovat schopnosti klienta. Zvláště v případě, kdy klient pobírá příspěvek na péči, je třeba individuálně zjistit rozsah podpory v rámci činností, na které již kvůli svým omezeným schopnostem sám nestačí. Během plánování by se mělo určit, které služby a v jakém rozsahu budou klientovi, který pobírá příspěvek na péči, hrazeny jako základní služby z tohoto příspěvku, popřípadě které služby bude od DpS odebírat jakožto služby fakultativní. Činnosti, jejichž neposkytnutí by mohlo negativně zasáhnout do lidské důstojnosti či tělesné integrity uživatele v souladu s minimálním standardem, nezpoptatňovat.

Např. v individuálních plánech imobilních klientů bylo zaznamenáno, jak často tito klienti chtějí být vyvázeni ven z pokoje, resp. kdy jim byla vycházka nabídnuta, včetně toho, zda byla nakonec realizována, a pokud ne, z jakých důvodů. Dále se doporučuje, aby

v individuálních plánech byly uvedeny sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, které budou.

Početní stav pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků se ve většině domovů jeví jako poddimenzovaný. *Zákonná povinnost vést písemné záznamy o průběhu poskytování služby, by měla být rovněž za účasti klientů hodnocena.*

Za plánování a průběh poskytování služby, by dle standardu pro jednotlivé klienty, odpovídají konkrétní pracovníci zařízení. Koncept tzv. případového vedení. Určený pracovník, koordinuje tým dalších pracovníků a zodpovídá za vytvoření, realizaci a hodnocení individuálního plánu. V DpS je stanovena osoba, běžně klíčový pracovník, která je zodpovědná za plánování a hodnocení poskytované služby. Na klíčového pracovníka připadá v praxi přibližně 4 - 8 klientů. *Je vhodné, aby byla jména klíčových pracovníků vhodných způsobem zveřejněna tak, aby tato informace byla dostupná např. i rodinným příslušníkům.*

Právo podávat stížnosti Právo podávat stížnosti, podněty a připomínky je nezanedbatelným právem klientů domovů dané ustanovením § 88 písm. e) ZSS, jakož i standardem č. 7. Současně by mělo být i ukazatelem kvality poskytování sociální služby sloužícím samotným poskytovatelům k určité sebereflexi [standard č. 15 písm. d)]. Pravidla pro podávání a vyřizování stížností mají být zpracována písemně. Právní předpisy nevylučují podávání anonymních stížností. Ve většině domovů je k nim přihlíženo. Schránky pro podávání stížností se mají umísťovat tak, aby bylo v co největší míře chráněno soukromí a důstojnost stěžovatelů.

Právo na rodinný a partnerský život Snahou je dbát na dostatečnou informovanost klientů o možnostech kontaktu s blízkými a vytvářet podmínky pro ubytování manželů/partnerů v DpS. Smlouvy o poskytování sociálních služeb individualizovat jednak co do rozsahu sjednaných služeb, a požadavků klienta, pokud mohou přispět k cíli, k němuž směřuje i poskytovaná sociální služba. Do smluv zahrnout osobní cíl klienta.

Úhrada za ubytování a stravu Pravidla pro určení úhrad za pobytové služby specifikují ustanovením tak, že konkrétní výše plateb je pak omezena vyhláškou č. 505/2006 Sb., na maximálně výši 140,- Kč za stravu denně a 160,- Kč za ubytování denně (§ 15 odst. 2 vyhlášky). ZSS obvykle stanoví tzv. princip minimálního zůstatku, dle kterého „po úhradě za ubytování a stravu musí osobě zůstat alespoň 15 % jejího příjmu“.

Doba trvání smlouvy. Smlouvy by měly být uzavírány na dobu neurčitou. Pro případ neobnovení smlouvy na dobu určitou se doporučuje o tomto klienta vhodně zpravit, a to v dostatečném časovém předstihu. Rovněž zvážit především vhodnost a nutnost, nakonec i přiměřenost délky tzv. zkušební/adaptační doby. Vnitřní dokumenty domova (DŘ) mají obsahovat všechny varianty výplaty důchodu a zohlednit preference klientů ohledně způsobu výplaty jejich důchodů a způsobu platby úhrad za služby při sjednávání smlouvy o poskytnutí sociální služby.

Ochránce zjištěnou praxi odevzdat důchod rodinným příslušníkům považuje za nepřipustnou a zdůrazňuje, že k jakékoli dispozici se svým majetkem, tedy i s penězi, musí dát klient, jehož způsobilost k právním úkonům nebyla nijak omezena, svůj výslovný, tedy nejlépe písemný souhlas. Současná právní úprava řeší situaci institutem zřízení zvláštního příjemce důchodu. Doporučil také poskytovat vratky za celodenní stravu i za jednotlivá jídla neodebraná v době řádně nahlášeného pobytu mimo DpS. O všech úkonech DpS, které souvisí s penězi klientů, by se měla vést přehledná a průkazná evidence zpřístupňovaná klientům na požádání. Vydávat klientům při přijetí a vydání peněz písemné potvrzení. V

souvislosti s přijímáním darů od klientů nebo jejich blízkých postupovat tak, aby dar nemohl být chápán jako podmínka nástupu a nezměnil se fakticky v poplatek. V souvislosti se záúčtováním darů se doporučuje maximálně transparentní postup. Bylo doporučeno předávat klientům písemné vyúčtování fakultativních služeb.

Ministerstvo práce a sociálních věcí se zabývá následujícími skupinami problémů:

- metodika uzavírání smluv o poskytnutí sociální služby (minimální individualizace smluv, zaměňování fakultativních a základních služeb, zneužívání postavení silnějšího subjektu, výpovědní podmínky);
- úprava na úrovni zákona (např. rozšíření ustanovení § 89 ZSS) používání opatření, která mohou způsobit omezení pohybu osob, u osob, které fakticky nemohou poskytnout informovaný souhlas (mimo situace přímého ohrožení života nebo zdraví; viz bod 52);
- metodika používání opatření, která mohou způsobit omezení pohybu osob, mimo situace přímého ohrožení života nebo zdraví
- nedostatek personálu v přímé péči

Ministerstvu spravedlnosti bylo doporučeno spolupracovat při řešení situace klientů, jež soud nezbavil způsobilosti k právním úkonům, ani je v ní neomezil, ale kteří vzhledem ke svému zdravotnímu/duševnímu stavu fakticky nejsou právně způsobilí. Šetření, která byla prováděna ve formě bakalářských úkolů studenty Sociálně pedagogické asistence na PF UJEP v Ústí nad Labem ukázala, že spokojenost s poskytovanými službami u uživatelů DpS je nadprůměrná.

Literatura:

- ČERMÁKOVÁ, K. – *Zákon o sociálních službách*, Pracovní sešit č. 1
- HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. Praha: Univerzita Karlova v Praze 2003. ISBN 80-246-0719-0
- MOTEJL, O. *Systematické návštěvy veřejného ochránce práv zařízení sociálních služeb pro seniory, ze dne 15. 8. 2007*
- KOLEKTIV AUTORŮ, *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, Průvodce poskytovatele, MPSV 2002, str. 78
- KOLEKTIV AUTORŮ, *Zvířata v domovech nejen pro seniory*, Příručka pro návštěvní programy, držení a chování zvířat, Hestia, Praha, 1999.
- WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*, Portál, Praha 2005.
- WEDLICHOVÁ, I. , HEŘMANOVÁ, V. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. 2008. ISBN 978 -80-7414-044-0.
- VOHRALÍKOVÁ, L. , RABUŠIC, L. , *Čeští senioři včera, dnes a zítra*, VÚPSV, Výzkumné centrum Brno, 2004, str. 64
- <http://cs.wikipedia.org/wiki/SWOT>, <http://www.rvp.cz/clanek/36/564>
- <http://www.rizeni-projektu.cz/view.php?cislocianku=2007052001>,
- <http://www.mira-vlach.cz/projektove-rizeni-definice>
- http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php

PSYCHICKÁ ONEMOCNĚNÍ VE STÁŘÍ

Pro stáří je charakteristický nárůst četnosti nejrůznějších duševních poruch. Nejvýrazněji se to projevuje u neuróz, depresivní a demencí. (Jesenský, 2000)

Duševní porucha je charakterizována klinicky rozpoznatelným souborem příznaků (symptomů) nebo poruchou chování. Duševní poruchy jsou vyvolány vlivy, které je možno poznat, i vlivy, které se zatím nepodařilo prozkoumat. V případě, že etiologický činitel je známý, jedná se zejména o situace, kdy se duševní porucha vyvine na základě organického postižení mozku. (Malá, Pavlovský, 2002)

Organicky podmíněná duševní porucha vzniká následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, případně následkem jiného somatického onemocnění. Difuzní onemocnění mozku se projevuje poruchami soustředivosti, spánku, bolestmi hlavy, napětím, nerozhodností, úzkostí, emoční labilitou, podrážděností, vyčerpaností a sníženou výkonností. Později se přidružují poruchy paměti a úbytek intelektových funkcí s celkovou degradací osobnosti až do rozvinutého stádia, které nazýváme demence. Základní charakteristikou demence je úbytek rozumových schopností, které již byly vyvinuty. Jde o získanou poruchu intelektu a paměti, zvláště ve vstřípivosti. U rozvinuté demence jsou poruchy orientace (osobou, místem, časem, situací), poruchy myšlení (bradypsychismus s neschopností intelektuální činnosti), zhoršená kontrola emocí a sociálního chování, celkový úpadek osobnosti až do stavu neschopnosti péče o sebe sama. (Malá, Pavlovský, 2002)

Definice demence

"Pojem "demence" pochází z latiny a doslova znamená "bez mysli". Předpona "de" znamená "odstranit" a "mens" je latinské slovo pro "mysl". Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku. Během (dlouhé) první fáze je demence jako taková sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient chodí a pohybuje se, jak byl zvyklý. V konečné fázi nemoci je závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomněl už všechno, co se kdy naučil. Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě. V tomto stadiu vnímá už jen atmosféru kolem sebe a uspokojuje pouze své nejzákladnější biologické potřeby. " (Buijsen, 2006, str. 13-14)

Pro diagnózu demence je rozhodující úbytek kognitivních funkcí. Stav nemocného je ovlivněn duševními funkcemi jako je paměť, pozornost, emotivita, které mají bezprostřední vliv na omezení až ztrátu schopnosti provádět činnosti způsobem a rozsahem obvyklým pro lidskou existenci.

Definice demence podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí zní:

Demence (F00-F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. (Kučerová, 2006)

Literatura:

- BUIJSSEN, H. , *Demence*. Praha, 2006, Portál. ISBN 80-7367-081-X
- KUČEROVÁ, H. : *Demence v kazuistikách*. Praha, 2006, Grada Publishing. ISBN 80-247-1491-4

ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY

Jako organické duševní poruchy jsou označovány ty poruchy, které vznikají na podkladě makroskopického nebo mikroskopického morfologického poškození mozku. Těmito příčinami mohou být infarkty mozkové tkáně vznikající na podkladě cévních mozkových příčin, traumatické změny CNS, záněty mozkové tkáně, ukládání patologických proteinů spouštějících neurodegenerativní kaskádu a vyústějících v mozkovou atrofii (Jiráček in Hoschl 2004, s. 468).

Jako symptomatické jsou označovány ty psychické poruchy, jejichž příčinou je systémové onemocnění postihující také CNS a vedoucí ke změně funkce CNS a také intoxikace CNS (Jiráček in Hoschl 2004, s. 468).

Podle délky trvání můžeme organická psychická onemocnění dělit na akutní a chronická. K chronickým onemocněním patří především demence.

Demence

Demence jsou závažná duševní onemocnění, jejichž základním projevem jsou příznaky úbytku kognitivních (poznávacích) funkcí. Když dojde vlivem onemocnění k podstatnému snížení úrovně kognitivních funkcí oproti úrovni před onemocněním, hovoříme o demenci (Jiráček in Hoschl 2004, s. 468). Základní charakteristikou demence je úbytek rozumových schopností, které již byly vyvinuty. Ve většině případů je nejprve poškozena paměť. Následně bývají poškozeny funkce, které s pamětí souvisí.

U rozvinuté demence jsou běžné poruchy orientace (osoby, v místě, v čase, v situaci), poruchy myšlení (bradypsychismus s neschopností intelektuální činnosti), zhoršená kontrola emocí (patické nálady, emocionální labilita, emocionální oploštělost) a sociálního chování. Nakonec dochází k těžké intelektové deterioraci, což je celkový úpadek osobnosti až do stavu neschopnosti péče o sebe sama (Malá, Pavlovský, 2002).

Rozdělení demencí

Dělení demencí není v literatuře jednotné. Demence jako celek je možné dělit podle více způsobů.

Demence lze tedy (ne zcela přesně) dělit na dvě základní skupiny (Jiráček in Hoschl, 2004 s. 469).

- a) **Demence primárně degenerativní** (atrofickodegenerativní, neurodegenerativní). Do této skupiny patří nejčastěji se vyskytující demence – Alzheimerova demence.
- b) **Demence sekundární, symptomatické**. Syndrom onemocnění je vyvolán jiným primárním onemocněním postihujícím CNS (vaskulární onemocnění, neuroinfekce, intoxikace CNS a další).

Někdy bývají demence děleny na korové a podkorové, a to podle lokalizace převažujícího poškození. Obvykle se však vyskytuje současné poškození kortexu i podkoří.

- a) **Korové demence** mají kromě vlastního obrazu porušených kognitivních funkcí i charakteristické výpadové korové jevy typu afázií, apraxií a agnozií.
- b) **Podkorové demence** jsou charakteristické myšlenkovou a psychomotorickou zpomaleností. Časté jsou doprovodné příznaky deprese.

(Pozn: Podrobnou klasifikaci jednotlivých druhů demencí obsahuje mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Rozdělení je možno nalézt v publikacích (Jiráček in Hoschl 2004 , Pidman 2007 a další.).).

Předkládáme jedno z posledních dělení demencí uvedené v české literatuře. Pidrman (2007) dělí demence na primární, sekundární a smíšené.

Primárně degenerativní demence:

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

Sekundární demence:

- vaskulární demence (představuje zhruba 20% všech demencí)
- multiinfarktová
- mikroangiopatická (Binswangerova choroba)
- demence při rozsáhlé cévní mozkové příhodě
- metabolické demence
- toxické demence
- demence při Parkinsonově chorobě
- demence při Huntingtonově chorobě
- traumatické demence
- demence při normotenzním hydrocefalu
- demence při nádorech CNS
- demence při infekcích (sem náleží např. i demence syfilitická a demence při HIV infekci)

Smíšené demence (přibližně 10-15% všech demencí):

- smíšená Alzheimerova/vaskulární demence
- smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence
- ostatní smíšené demence

Definice demence podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí zní: „Demence (F00-F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek.“

Tabulka 4: Obecná diagnostická kritéria pro demenci (ICD 10, DSM IV)

ICD-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, Praha 1992)

Musí být splněna všechna kritéria:

1. Poruchy paměti
2. Zhoršení myšlení, úsudku, zpomalený tok myšlenek
3. V době vyšetření nutný průkaz jasného vědomí
4. Úbytek emoční kontroly nebo změna v sociálním chování: a) emoční labilita b) podrážděnost c) apatie d) obhroublost ve společenském vystupování.
5. Trvání stavu nejméně 6 měsíců.

DSM – IV

(Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Fourth eidtion. Washington, C. S. , 1994)

A. Vývoj mnohočetného kognitivního deficitu v obou bodech: 1. Poruchy paměti 2. Nejméně jedna z následujících kognitivních poruch: a) afázie b) apraxie c) agnózie d) narušení výkonných funkcí (např. plánování, organizování, abstrakce).
B. Kongnitivní deficity způsobují zřetelné zhoršení výkonu sociálních a pracovních funkcí a znamenají zřetelné snížení předchozí úrovně fungování.
C (D). Deficity se nevyskytují výlučně v průběhu deliria.

Průběh fází při onemocnění demencí

Tabulka 5: Škála celkové deteriorace v průběhu demence (GDS, Reisberg et al. , 1982 in Hrdlička, Hrdličková (1999)).

1. Bez postižení kognitivních funkcí
2. Počítající postižení kognitivních funkcí: subjektivní zapomnětlivost, ale vyšetření je normální.
3. Lehké postižení kognitivních funkcí: Nesnáze v práci, v řeči, při cestování do míst, které dotyčný nezná, obtížně detekovatelné zejména rodinou, lehký paměťový deficit při vyšetření.
4. Středně těžké postižení kognitivních funkcí: Snížená schopnost cestovat, počítat, vzpomenout si na současné události.
5. Pokročilé postižení kognitivních funkcí: Úplná ztráta soběstačnosti, potřebuje dohled u jídla a hygieny, může být inkontinentní, dezorientace časem, místem, a někdy i osobou.
7. Velmi těžké postižení kognitivních funkcí: Postupná ztráta řeči, inkontinence, zánik hybnosti.

Formy chování vázané na onemocnění demencí

Chování nemocného se mění náhle po akutních cerebrovaskulárních příhodách, většinou se vyvíjí pomalu, plíživě, postižení má globální charakter (demence Alzheimerova typu).

Tabulka 6: Frekvence neobvyklého chování vázaného na onemocnění demencí (Rapp et al. Can. J. Psychiatry 1992, str. 37.)

Neklid, vzrušení	75%
nesystematické pohyby	60%
deprese	50%
psychotické příznaky	30%
křičení	25%
Násilí	20%
sexualita	10%

Tabulka 7: Nejčastější poškození mozku a jeho funkcí při onemocnění demencí (Rapp et al. Can. J. Psychiatry 1992, str. 37)

postižení	Korové	podkorové
orientace	+++	+
abstraktní myšlení	+++	+
krátkodobá paměť	+++	+
dlouhodobá paměť	++	+
jazyk - slovní zásoba	++	+
řeč – mluva	+	++
vykonávání činností	++	+
problémy vnímání	++	+
nečinnost	+	++
třes	+	+++
neobvyklé chování	+	++
chůze	+ později	++ na začátku

Epidemiologie demencí

Demence se nejčastěji vyskytují ve vyšším věku a jejich četnost se s věkem zvyšuje. Vzácně se vyskytují demence v dětském věku. Různé statistiky výskytu demencí se liší. Je to dáno pravděpodobně tím, že rané fáze průběhu demencí bývají zřídka diagnostikovány. U seniorů se setkáváme s mikrosymptomologií, což znamená, že chorobné příznaky jsou jen velmi málo zřetelné. Další zvláštností je monosymptomatologie, kdy se výrazněji projevuje jen jeden z příznaků. Charakteristickým pro onemocnění ve vyšším věku je výskyt nespecifických příznaků které bývají přehlíženy a nedoceny. (zvýšená únava, spavost, anorexie a další). V současnosti souběžně s narůstajícím věkem přibývá demencí ve středním a těžkém stadiu.

Tabulka 8: Riziko rozvoje demence (Pidrman 2007, s. 15)

věk	riziko
65 let	5%
75 let	10%
80 let	20%
90 let	50%

Do nedávné doby byly demence pokládány za neléčitelné. V současné době lze již některé demence vyléčit, u jiných lze rozvoj onemocnění zpomalit. Pro úspěšnost léčby je důležité zachytit onemocnění (chorobu) v nejranějších stádiích.

Diagnostika demencí

Pro orientační diagnostiku byla vypracována řada screeningových testů (testy jsou v celém znění uvedeny v příloze).

Nejpoužívanější je v mnoha státech světa standardizovaný MMSE: Mini-Mental State Examination (autoři M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh), který je standardizován v České republice. Plný název v češtině zní: Krátká škála mentálního stavu (Hrdlička, Hrdličková 1999, Holmerová (2003))

Dále pak test BEHAVE-AD: Behavioral Pathology in Alzheimer s Disease Rating Scale. Plný název v češtině zní: Škála patologického chování při Alzheimerově demenci (Holmerová (2003)).

A také test kresby hodin: Wolf-Klein, Škála hodnocení dle Sunderlanda a kol. (www.solen.cz - Neurologie pro praxi 2002/6, Holmerová (2003)).

Nejčtenější formy onemocnění demence

Alzheimerova demence (choroba) je nejčastěji se vyskytujícím typem demence (50-60% všech demencí). Z hlediska počátku onemocnění se dělí do dvou skupin (Jiráček in Hoschl 2004 s. 470).

- a) **Alzheimerova choroba s časným začátkem** (presenilní forma), kdy se klinické příznaky dostavují u nemocného před 65 rokem (podle MKN-10 F00. 0)
- b) **Alzheimerova choroba s pozdním začátkem**, kdy se klinické příznaky dostavují u nemocného po 65 roce a později (podle MKN-10 F00. 1)

Alzheimerova demence (choroba) se projevuje postupně, nenápadně, vyvíjí se nejčastěji plíživě, přitom pomalu a trvale progreduje. Změny jsou pozorovány okolím jako podivně změněné chování, kterého si nemocný není často vědom. Nejčastěji jde o poruchy paměti provázené zapomínáním, ztrátou věcí denní potřeby, zapomínání čísel (př. telefonních čísel), nepoznávání známých. Neschopnost zapamatovat si nové informace, změny v situacích. Na to plynule nasedá dezorientace, nesoustředěnost, zprvu vyhledávání a trvání na dřívějších jistotách. Postupující dezorientace oslabuje motivaci k řešení vlastních situací a uvádí nemocného do závislosti. S těmito změnami se nemocný vyrovnává na podkladě své osobnosti aktivně až agresivně, nebo pasivně, bez iniciativy.

Relativně brzy dochází k poškození osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí základní etická a estetická pravidla, návyky a zvyklosti, stávají se překvapivě nápadnými svým jednáním a chováním. Ztrácejí své zájmy, narušují dlouholeté vazby a vztahy, stávají se podezřívavými a hašteřivými. Dochází k mnestickým poruchám, nejprve k narušení krátkodobé paměti. Objevují se poruchy orientace. Nemocní přestávají zvládat péči o sebe sama. Mohou se objevit paranoidní syndromy (Pidrman, 2007).

Zgola (2003) uvádí následující základní diagnostická kritéria pro stanovení Alzheimerovy demence:

A. Jde o vývoj mnohočetných kognitivních poruch, které se projevují jako:

1. Poruchy paměti (poškozená schopnost naučit se novým informacím a nebo znovu vybavovat informace již naučené).
2. Jedna anebo více z následujících specifických příznaků:
 - a) **afázie** (porucha řeči)
 - b) **apraxie** (poškození schopnosti vyvinout pohybovou činnost navzdory tomu, že pohybové funkce nejsou poškozeny)
 - c) **agnozie** (neschopnost rozeznávat nebo rozlišovat předměty navzdory tomu, že senzorické funkce nejsou poškozeny)

- d) **poruchy výkonu činností** (např. plánování, organizace, řazení podle posloupností, abstrahování)

B. Kognitivní poruchy podle bodů A1 a A2 způsobují významné problémy ve společenském a pracovním životě postiženého člověka, vedou k významnému zhoršení vzhledem k předchozí úrovni fungování.

C. Průběh Alzheimerovy demence je charakterizován pozvolným začátkem a postupným ubýváním kognitivních schopností.

Demence ischemicko-vaskulárního typu

Tyto demence jsou co do četnosti na druhém místě, představují 15 – 30% všech demencí (podle MKN-10 F01. 0-3). Vznikají náhle nebo poměrně rychle. Morfologický podklad vaskulárního typu demence tvoří ložisko mozkových infarktů, nebo mozkové většinou drobné mnohočetné hemoragie. V anamnéze bývá hypertenze a cévní mozková příhoda. Jako průvodní jev se často vyskytují neurologické symptomy, amentní stavy, emoční labilita a deprese.

Obvykle se rozlišuje několik podtypů vaskulární demence (Pidrman, 2007).

Multiinfarktová demence je nejčastějším typem vaskulární demence. Přítomny jsou mnohočetné mikroinfarkty. Pro počáteční stadia MID je charakteristická zvýšená dráždivost, efektivní labilita, poruchy pozornosti, insomnie, zvýšená unavitelnost, závratě, bolesti hlavy. Tato demence má ostrůvkovitý charakter, dominantním symptomem jsou poruchy paměti, na druhé straně relativně dlouho zůstává zachována kritičnost. Zpočátku je relativně málo postižen intelekt a osobnost.

Podkorová vaskulární demence (Binswangerova choroba)

Tato demence má chronický a progredientní průběh. Její příčinou jsou mikroinfarkty, zejména v bílé hmotě hemisfér mozku. Demence začíná často v relativně nízkém věku. Průběh je chronicky progredující. Nejvýznamnější klinické příznaky zahrnují poruchy emotivity - zejména apatii, staženou reaktivitu, afektivní labilitu nebo emoční inkontinenci. Je výrazně narušena iniciativa a spontaneita. Pacient je hypoaktivní, významná je porucha exekutivních funkcí. Typický je bradypsychismus (zjevně zpomalená řeč, zpomalené myšlení, zpomalená psychomotorika), řeč je navíc monotónní. Paměť a intelekt bývají zpočátku poškozeny méně, proto je relativně dlouho zachován náhled choroby.

Demence při rozsáhlé cévní mozkové příhodě

Bývá vesměs stacionární. Velmi typické jsou neurologické příznaky, které se liší podle lokalizace cévní léze. V prvních týdnech až měsících po závažné cévní příhodě se kognitivní i neurologické příznaky částečně zmírňují, pokud nedojde k recidivě. Prognóza je velmi nejistá, je zde vysoké riziko opakování dalších cévních mozkových příhod.

Literatura:

- HOLMEROVÁ, I. Testovník: Soubor testů pro gerontologii. Praha: 2003. Česká Alzheimerova společnost. ISBN 80-86541-11-8
- HRDLÍČKA, M. , HRDLÍČKOVÁ, D. Demence a poruchy paměti. Praha: 1999. Grada Publishing. ISBN 80-7169-797-4
- MALÁ, E. , PAVLOVSKÝ, P. : Psychiatrie. Praha: 2002, Portál. ISBN 80-7178-700-0
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ – 10. revize. (1992): Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. (Zprávy č. 102).
- PIDRMAN, V. : Demence. Praha: 2007. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1490-5
- ZGOLA, J. M. : Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: 2003. Grada Publishing. ISBN 80-247-0183-9

LÉČBA DEMENCÍ

Léčebné programy využívají jako základního přístupu behaviorální a kognitivní formy terapií. Zahrnují udržování, obnovování a znovuučení dovedností souvisejících se sebeobsluhou včetně komunikačních dovedností. Od léčby je obecně očekáváno oddálení progresu onemocnění, stabilizace nemocného, prodloužení doby soběstačnosti a funkčních schopností nemocného.

Cíl léčby:

Cílem činnosti je ovlivnění kognitivních funkcí, emoční reaktivity, jednání a chování, prostřednictvím spoluúčasti na smysluplné činnosti a prožívání sebe sama jako platného a potřebného pro ostatní. Hlavní, symsem je zde tendence kvalitu života udržovat a stabilizovat. Důležité je udržení nemocného co nejdéle v sociální síti, v níž je vhodná sociální opora.

Předpokládaná úspěšnost léčby:

Demence je onemocnění, jehož základním znakem je trvalá progresse. Jen zřídka se podaří zlepšit funkční a kognitivní výkon pacienta. Za léčebný úspěch je považován pokles na škále MMSE o méně než 3 body za rok.

Před zahájením jakéhokoli terapeutického působení je bezpodmínečně nutné znát nejen somatický stav nemocného s jeho specifiky a pravděpodobným směřováním vývoje, ale i stav jeho psychiky a psychických, sociálních a duchovních potřeb.

Vyšetření nemocného vyžaduje vysokou míru empatie a často i několik setkání nutných k tomu, aby v terapeutovi našel nemocný toho komu může důvěřovat, toho kdo ho neohrožuje, toho kdo je schopen a ochoten mu pomoci. Po získání důvěry nemocného je možné počítat s jeho podílením se na terapii podle jeho aktuálního nastavení.

Léčba demencí by měla být komplexní a měla by být konzultována v multidisciplinárním týmu. K úspěchu léčby významně přispívá dobré rodinné zázemí nemocného a co nejdelší setrvání v domácím prostředí. Buijssen (2006) doporučuje pro získání informací o tom, co nemocný prožívá, využít tyto tři zdroje informací:

- a) Verbální, mluvené nebo psané sdělení nemocného (nemocný potřebuje delší čas na formulování svých prožitků, potřeb a přání. Někdy užívá formu dopisu, poznámek apod.)
- b) Pozorování jeho chování (zpracovávání běžných podnětů života a volba pro nemocného zvládnutelných forem chování).
- c) Vlastní schopnost vžít se do situace nemocného, následně ji hodnotit a volit odpovídající neohrožující postupy.

TERAPIE DEMENCE

Farmakoterapie demencí:

- **Kognitivní terapie** - symptomatická - IChE, memantin. Cílem je udržení, případně zlepšení kognitivního deficitu.
- **Nekognitivní terapie** - symptomatická - léčba
- **Kauzální terapie** - není zatím běžně dostupná, je ve stadiu vývoje

Nefarmakologické léčby demencí:

Behaviorální (nebiologická léčba) je uvažována jako léčba podpůrná.

Obsahuje:

- Motivaci nemocného.
- Aktivaci nemocného, kognitivní a tělesný trénink.
- Somatickou rehabilitaci a reaktivaci.
- Aktivní péči o výživu.

Motivace nemocného

Při péči o lidi s demencí pravděpodobně neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. "Něco dělat" je pro většinu lidí synonymem slov "být na živu". Absolutní většina lidí pokračuje v činnosti, kterou si vybrali, a to tak dlouho, dokud nezemřou. Tragedie onemocnění demencí spočívá v tom, že zbaví živého člověka schopnosti něco dělat o mnoho let dříve než je na to jeho tělo připraveno. (Zgola, 2003)

Tradiční metody programování aktivit v tomto případě nefungují. Programy, které vyžadují účastníkovu iniciativu a spolupráci založenou na vhledu a pochopení, jsou pro tuto populaci nevyhovující. Osoby s demencí se téměř nikdy z vlastní vůle nedostaví k aktivitám, které jim byly určeny. Potřebují aktivitu, které přicházejí za nimi. (Zgola, 2003)

Mnoho osob s kognitivní poruchou se často připravených aktivit účastní, přestože nechápe jejich účel. Přesto musí být každá činnost předkládaná nemocnému smysluplná a musí splňovat požadavek dobrovolnosti, sociální přiměřenosti, dávat pocit úspěchu (Kravčuková 2009).

K aktivačním terapiím patří (dle Suchá 2010):

- **Kreativní techniky.** Využití kreativních technik v ergoterapii bývá velmi přínosné. Je však nutné mít na paměti, že u seniorů obecně dochází k ochuzení fantazie, takže ne všichni pacienti mají chuť se do takovýchto činností pustit. Nutná je dostatečná motivace. Vzhledem k omezením u pacientů s demencí (zejména poruchy krátkodobé paměti, zhoršení koncentrace pozornosti, motorická apraxie, zpomalené psychomotorické tempo atd.) je vhodné vybrat takové techniky, ve kterých mohou být všichni úspěšní, nejsou náročné na výkon a výsledek je povzbuzující. Nejosvědčenější se zdají být např. mramorování techniky, otiskování různých materiálů, natírání velkých ploch atd. Činnost by vždy měla mít účel pro pacienta na první pohled zřejmý. Důležitá je vhodná motivace k těmto činnostem.
- **Pet-terapie** se definuje jako asistovaná psychoterapie pomocí zvířecích miláčků. Komplexně ovlivňuje funkce lidského organismu. Má výrazně pozitivní účinky na psychiku lidí postižených demencí (působí na snížení deprese a úzkosti, ovlivňuje vyšší nervovou činnost, zejména stimuluje společenské chování a zlepšuje komunikaci), ale i na fyziologické funkce (dochází k mírnému poklesu krevního tlaku a ke zpomalení srdeční činnosti). Léčbu touto formou lze provádět více způsoby, např.

pravidelné návštěvy dobrovolníků se zvířaty, nebo trvalé umístění zvířat přímo v instituci, kde se mohou sami pacienti podílet na péči o zvířata.

- **Reminiscenční terapie.** Jde o aktivizační a validační metodu, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Vychází ze skutečnosti, že i v poměrně pokročilé fázi demence zůstává dlouhodobá paměť poměrně zachována. Součástí reminiscenční terapie je vyhledávání nejlepšího způsobu komunikace s pacientem a vhodného prostředí a dobré komunikace s rodinným pečovatelem (Suchá 2003).
- **Arteterapie.** Arteterapie je užité, aplikované umění ve smyslu jeho uplatnění při intervenci na pomoc postiženým, narušeným jedincům nebo skupině. V širším smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapie v užším slova smyslu je chápána jako léčba výtvarným uměním. Snahou je i vrácení člověka do stavu harmonie se sebou samým a svým okolím pomocí umění. Arteterapie představuje soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl zvýšit sebehodnocení člověka, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života. (Šicková-Fabrice, 2002)
- **Muzikoterapie** využívá hudby jako léčebného prostředku. V terapii demence se využívá buď prosté zpívání písní za doprovodu hudebního nástroje nebo bez něj (příp. se mohou pacienti sami doprovázet na Orffovy nebo jiné rytmické nástroje), nebo pouze poslech hudby. Není bez zajímavosti, že i lidé v určitém stupni afázie, kteří mají při běžné řeči často výpadky, kdy si nemohou vzpomenout na určité slovo, jsou schopni vybavit si celé texty písní.
- **Taneční terapie** je Americkou asociací pro taneční/pohybovou terapii definována jako psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka. V taneční a pohybové terapii se tanec chápe jako terapeutický pohyb. Estetická stránka zde ustupuje do pozadí a naopak se zdůrazňují faktory psychické (schopnost neverbální komunikace, zlepšení emotivity atd.), fyzické (zlepšení koordinace pohybu, zlepšení celkové síly, rovnováha apod.) i sociální (vytvoření prostředí pro komunikaci ve skupině).
- **Procvičování kognitivních funkcí.** Jedná se o metodu, kde jde o procvičování zachovaných kognitivních funkcí, nejde o trénink paměti v pravém slova smyslu. Může však nastat krátkodobé zlepšení stavu kognitivních funkcí i u osob s demencí a zejména zpomalení postupu choroby. V ideálním případě se procvičování kognitivních funkcí provádí po kinezioterapii či jiné obdobné činnosti, kdy je mozek dostatečně prokrven a lépe funguje. Důraz by měl být kladen na procvičování těch kognitivních funkcí, které jsou ještě zachovány a tak je podporovat, aby fungovaly co nejdéle, a to zejména slovní zásoba, dlouhodobá paměť, prostorová představivost a částečně i koncentrace pozornosti a schopnost logického myšlení a myšlení v souvislostech. Procvičování krátkodobé paměti má význam pouze u pacientů v počáteční fázi onemocnění demencí. Ponecháváme dostatek času na odpovědi, nespěcháme, nestresujeme pacienty. Snažíme se využít názorných pomůcek, obrázků, fotografií, atd. zapojujeme co nejvíce smyslů.
- **Terapeutické vaření** nebo pečení je jednou z velice vděčných činností, které se dají s pacienty s demencí provádět. Není třeba je k této činnosti nějak složitě motivovat, jedná se o běžnou činnost, při níž mohou využít dávno naučených dovedností a zažít kromě radosti z podařeného díla i vůni a chuť připraveného pokrmu, nejčastěji pečiva. Většinou se zde jedná o jednoduché stereotypní činnosti, které dobře zvládají i pacienti v pokročilém stadiu demence, zejména ženy, ale ani muži se zpravidla těmto pracím nevyhýbají. Tyto nutné dovednosti jsou uloženy v dlouhodobé tzv.

nedeklarativní – explicitní paměti, která zůstává u pacientů s demencí poměrně dlouho zachována. Výhodné je zejména to, že se jedná o běžné, přirozené činnosti vykonávané v každé domácnosti a pomáhají pacientům k dosažení pocitu normality.

- **Orientace v realitě.** Tento terapeutický postup vznikl v USA v padesátých letech minulého století a do Evropy se rozšířil na počátku osmdesátých let. Orientace v realitě se snaží zlepšit orientaci, zmenšit zmatenost a maximalizovat nezávislost a sociální interakci. Některé prvky orientace v realitě v praxi: Velké nástěnné hodiny na dobře viditelném místě v každé denní místnosti, výzdoba místností a nástěnka odpovídající právě probíhajícímu ročnímu období, velké kalendáře s velikými číslicemi ukazujícími jedno konkrétní datum, atd.
- **Psychomotorická terapie (Kinezioterapie)** je cíleným působením pohybu na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, funkce, stavy, osobnost a její vztahy prostřednictvím předem určeného. Působí prostřednictvím aktivně prováděného pohybového programu používajícího prvky tělesných cvičení, sportů a pohybových her.
- **Bazální stimulace** za základní princip považuje zjištění, že pomocí těla můžeme jedince uvést do reality, zprostředkováním zkušenosti a vjemů. Pojem bazální znamená elementární základní nabídku, která se nabízí v nejjednodušší podobě. Pojmem stimulace se rozumí, že se nabízí podněty všude tam, kde se jedinec není schopen sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů (Pipeková, Vítková, 2001). Jedná se o koncept ošetrovatelské péče, která podporuje veškeré úrovně vnímání, aktivuje mozkovou činnost na základě dlouhodobých paměťových drah a stimulaci smyslových orgánů (www. alzheimercentrum. cz, 20. 9. 2009).
- **Aromaterapie** vychází z poznatku, že příjemné vůně ovlivňují v mozku určité látky, které působí povzbudivě nebo mají uklidňující účinek na naši psychiku. Užití aromaterapie je možné jak ve vonných lampách, tak přidáním do koupele nebo masážních olejů. (www. alzheimercentrum. cz, 20. 9. 2009).

Literatura:

- BUIJSSEN, H. Demence. Praha: 2006, Portál. ISBN 80-7367-081-X
- PIPEKOVÁ, J. VÍTKOVÁ, N. Terapie ve speciálně pedagogické péči. Brno: 2001, Paido. ISBN 80-7315-010-7
- SUCHÁ, J. Kinezioterapie v léčbě demencí. Diplomová práce FTVS UK, Praha: Katedra fyzioterapie 2003. Vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph. D.
- SUCHÁ, J. in Hátlová, B. a kol. *Psychomotorická terapie demencí v počáteční a střední fázi*. Oddělení aktivit v přírodě, o. s. & Asociace psychologů sportu, 2010 ISBN 978-80-904094-9-1
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. Základy arteterapie. Praha: 2002, Portál. ISBN 80-7178-616-0
- ZGOLA, J. M. Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: 2003, Grada Publishing. ISBN 80-247-0183-9

Další zdroje:

- CAMBELLOVÁ, J. : *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha, 2000, Portál. ISBN 80-7178-428-1
- GÉRINGOVÁ, J. *Arteterapie a prevence psychosociálních problémů v pomáhajících profesích*. Ústí nad Labem: PF UJEP Ústí nad Labem. 2004. ISBN 80-7044-629-3.
- KRAVČUKOVÁ, V. Arteterapie a motorická terapie demencí. UJEP Ústí nad Labem: 2009. Vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph. D.
- LIEBMANN, M. : Skupinová arteterapie. Praha, 2005, Portál. ISBN 80-7178-864-3
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie: praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
- JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8.

- KUBÁTOVÁ, D. , HEŘMANOVÁ, V. , WEDLICHOVÁ, I. *Kapitoly z psychologie –zdravý životní styl v dospělosti a stáří*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. 2007.
- SHEEHYOVÁ, G. *Léčba pohybem*. Bratislava: PERFEKT. 2000. ISBN80-8046-177-5.
- WEDLICHOVÁ,I. (EDS) A KOL. *Terénní sociální práce v praxi*. Ústí nad Labem: PF UJEP, 2008, (1.vydání), 144 s. ISBN 978-80-7044-975-2

PSYCHOMOTORICKÁ TERAPIE V PRVNÍCH FÁZÍCH ONEMOCNĚNÍ DEMENCÍ

Pohybová aktivita v denním režimu seniorů s demencí

Podle Šipra (1997) pomáhá dostatečná pohybová aktivita staršímu člověku nejméně ve třech směrech:

- Pravidelné tělesné cvičení zpomaluje proces stárnutí.
- Zlepšuje adaptační schopnost organismu na zátěž a předchází svalovým atrofiím.
- Je předpokladem udržení nezávislosti na cizí pomoci.
- Předchází vzniku chorob ve stáří. Tělesnou činností nejvíce prospíváme především prevenci onemocnění pohybového ústrojí. Snížení pohybové činnosti patří mezi bezprostřední příčiny odvápnění kostí a vzniku osteoporózy, které je jednou z nejčastějších chorob ve stáří. Kostní buňky jsou při cvičení podněcovány k větší tvorbě kostní hmoty. Kostní trámečky se současně přestavují ve směru největšího zatížení a zpevňují se.

Obecně se ví o příznivém vlivu tělesného cvičení na předcházení a léčení hypertenze a ischemické choroby srdeční. Přispívá k uchování pocitu dobré pohody a duševní svěžesti. Sedavý způsob života vede nejenom k úbytku svalové síly, ale také k jednotvárnosti života a duševní únavě. Radost z pohybu zlepšuje psychickou kondici. Soustavné cvičení podporuje pocit sebejistoty a napomáhá k vědomí, že pro své zdraví a pro svou budoucí soběstačnost děláme vše, co je v našich silách.

Z fyzioterapeutického hlediska jsou do kinezioterapeutických jednotek zařazeny tyto druhy cviků:

- cviky pro zlepšení cévní cirkulace
- cviky posilovací pro zvýšení svalové síly oslabených svalů
- cviky protahovací pro uvolnění svalů, které jsou ve zkrácení nebo v hypertonu
- cviky pro udržení a zvětšení rozsahu kloubní pohyblivosti
- cviky rovnovážné
- cviky manipulační pro rozvoj jemné motoriky
- cviky navozující správné držení těla

Z hlediska vlivu na psychiku by mělo plnit cvičení tyto cíle:

- aktivace jednotlivých cvičících
- zvýšení sebedůvěry, sebeúcty
- snížení úzkosti
- snížení deprese, euforizační účinky
- zlepšení koncentrace a jiných kognitivních funkcí
- zlepšení verbální i neverbální komunikace
- snížení neklidu a poruch spánku

Cíle psychomotorické terapie v léčbě demence

Cílem činnosti je umožnit účastníkům získat zkušenosti prostřednictvím spoluúčasti na smysluplné činnosti a prožít sebe sama jako platného, potřebného pro ostatní.

Činnost programu je tvořena dlouhodobě. Základní obsah je utvářen zkušeností z každodenních činností. Úspěšnost programu je dána především mírou pocitu smysluplnosti a sounáležitosti účastníků a následně kvalitou změn jejich somatopsychického stavu. Tendence je kvalitu života udržovat a stabilizovat.

Záměr psychomotorické terapie

Pohybová terapie je zaměřena na uvědomování si vlastního těla v klidu a v pohybu a možnosti aktivního ovlivňování vlastních pohybů. Dále na udržování stávajících dovedností. Modelovány jsou pohybové programy odpovídající aktuálním psychosomatickým a motorickým možnostem nemocného. Uvědoměním si svého tělesného schématu je možné zmírnit míru dezintegrovánosti. Užíváme cvičení integrativního charakteru s uvědomováním si vlastního tělesného schématu, jeho integrovánosti a možností. Cvičení manipulace s drobnými předměty, řešení úkolů spojených s manipulací včetně komunikativních prvků pomáhá udržovat nemocného co nejdéle na stávající úrovni kvality života.

Více v: Hátlová, B. a kol. *Psychomotorická terapie demencí v počáteční a střední fázi*. Oddělení aktivit v přírodě, o. s. & Asociace psychologů sportu, 2010 ISBN 978-80-904094-9-1

Doporučené formy cvičení pro jednotlivá postižení (Suchá 2010).

Demence Alzheimerova typu a vaskulární demence se vyznačují:

- a) **úbytkem paměťových funkcí a apraxií.** To se projevuje nejnápadněji při učení novým informacím. Postupně dochází k obtížím ve vybavování. Poruchy paměti bývají spojeny s poruchami pozornosti. Nemocný se nedokáže soustředit a nic nového se nenaučí. Postupně mizí i dříve naučené dovednosti a návyky. Cvičení je zaměřeno na procvičování a znovuvybavování stávajících dovedností, souvisejících s pohyblivostí vedoucí k samaobsluze. Procvičovány jsou drobné manipulační dovednosti, pohyblivost ruky, procvičování správného držení těla a chůze.
- b) **úbytkem dalších kognitivních funkcí.** Myšlení se stává bradypsychické, nevýbavné, rigidní, stereotypní. Nemocný není schopen zpracovávat běžné informace, není schopen plánovat, organizovat, rozhodovat se, nechápe požadavky okolí, neví, co má v dané situaci dělat. Cvičení obsahuje elementární herní situace mající dovednostní charakter s nutností řešení jednoduchých úkolů samostatně, ve spolupráci s dalším jedincem, nebo ve spolupráci celé skupiny (3-5 osob). Iniciovány jsou dovednostní vzorce chování, neverbální a verbální komunikace. Důraz je kladen na pozitivní prožívání při zvládání úkolu tak, aby byla posilována motivace k další účasti na cvičení. Snahou je úspěšné splnění zadaného úkolu. Terapeuticky náročné je stanovení obtížnosti úkolu u horní hranice somatických, psychických a sociálních možností účastníků terapie.
- c) **poruchami vnímání.** Cvičení je směřováno k rozpoznávání kvality předmětů, které jsou záměrně užívány ve cvičební hodině. Elementární cvičení s využitím předmětů z různých látek, různé hmotnosti, barevnosti, tvaru, povrchu, vydávající zvuky. Pacient je vyzýván k výběru předmětu který má určené kvality, a

motivován k tomu, aby s předmětem provedl daný pohybový úkon.

- d) **apraxii** - úpadkem až ztrátou pohybových stereotypů, ztrátou pohybových dovedností. Cvičení se zaměřuje na vnímání vlastního těla a jeho funkcí. Používáme forem integrativně koncentrativních, cvičení formou polohových cvičení s důrazem na integrativní vnímání vlastního těla a jeho funkcí, dechová cvičení, zdravotní gymnastiku a elementární sestavy jógy, nebo také mnohonásobné procvičování s uvědomováním si anatomicky správných poloh sedu, stoje, chůze.
- e) **poruchami řeči**, které jsou odrazem narušeného myšlení. Verbální projev bývá stereotypní, ulpívavý. Cvičení s použitím herních motivů stimulujících ke komunikaci ve variabilních situacích.
- f) **poruchami emotivity** - nápadnosti v citovém ladění (euforické, depresivní), emoční labilita, zhoršená kontrola emocí. Napětí se může projevit tělesným neklidem - nutkáním ke stereotypním pohybům. Později se projevuje citová otupělost, oploštělost, apatie. Při cvičení v rozsahu fyzické zátěže mírné až střední aktivity dochází k postupnému snižování napětí, podporováno je pozitivní ladění přítomných. Při silné úzkosti a u depresivních stavů nebývá nemocný, vzhledem k celkově zvýšenému napětí, schopen přijmout činnost nižší aktivity. Pro snížení napětí je přijatelnější použít cvičení na úrovni střední aktivity, která je postupně snižována až do stavu kdy je možno přejít na relaxační cvičení s nízkou fyzickou zátěží, případně až na relaxační cvičení formou Jacobsonovy relaxace. U mužů užíváme sportovní prvky a hry, u žen malé pohybové taneční motivy, cvičení za doprovodu hudby.
- g) **poruchami motivace**. Většinou jde o zúžení motivace, ztrátu iniciativy, ztrátu zájmu o cokoli. Často bývá „odbrzděna“ některá pudová složka, například potřeba jídla, sexuality. Cvičení probíhá v malé skupině (3-5 osob). Zdůrazníme, jak je pozitivní, že jsme se sešli a můžeme dělat něco společně. Připomeneme příjemný pocit plynoucí ze setkání a předešlých cvičení. Nenutíme ke komunikaci, ale nebráníme jí. Důležité je navozování pocitu sounáležitosti. Obsah cvičení odpovídá tělesným, psychickým a sociálním možnostem účastníků. Zařazujeme zahřívací cvičení (zvyšující pocit sounáležitosti) a relaxační cvičení (ke snížení napětí).
- h) **poruchami spánku**, posunem cyklu spánku a bdění, až do stadia tendence k noční aktivitě a denní ospalosti. Cvičení navazuje na světelnou terapii má relaxačně-koncentrativní charakter. Je užíváno 3x denně (po probuzení, po odpoledním odpočinku, před usnutím) v rámci denního programu (popis uveden v příloze - cvičení k redukci napětí).
- i) **kombinované a agresivní chování**. Odpovědí na prožívané zvýšené napětí může být kombinované nebo agresivní jednání. Je možné toto napětí regulovat relaxačními cvičeními v nejhroženějších údobích dne. Cvičení zaměřené na snížení napětí a vnímání sebe sama prostřednictvím těla je zařazováno:
- po ranním probuzení
 - po odpoledním odpočinku
 - před spaním (popis uveden v příloze - cvičení k redukci napětí).

Hlavní zásady provádění terapie v léčbě demence (dle Hátlová 2005):

1. Respektována je osobnost nemocného. Podporová je sebeúcta, vědomí spoluúčasti a sounáležitosti.
2. Musí být brány v úvahu všechny složky osobnosti nemocného. Cvičební program musí být adekvátně obtížný, snadno pochopitelný a musí být přizpůsoben možnosti úspěšného splnění.
3. Jednotlivá cvičení musí mít stabilní formy, které mohou být po předchozím oznámení postupně obměňovány. Změny je důležité provádět postupně a v malém rozsahu.
4. Činnost musí mít variabilní formy tak, aby byla pro každého pacienta přístupná a zaujala ho.
5. Činnost musí být prováděna na nejvyšší možné úrovni, které je nemocný schopen.
6. Primární je navázání vztahu důvěry mezi nemocným a terapeutem. Nemocný nesmí vnímat terapeutovu blízkost jako možnost ohrožení.
7. Psychomotorická terapie musí probíhat v prostředí, které pacienta neohrožuje.
8. Pohybová činnost musí být prováděna pravidelně v rámci denního a týdenního režimu.

Literatura:

- HÁTLOVÁ, B. Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch. I. vyd. Praha: Karolinum, 2003.
- HÁTLOVÁ, B. a SUCHÁ, J. : *Kinezioterapie demencí*. Praha, Triton s. r. o. , 2005 ISBN 80-7254-564-7
- Hátlová, B. a kol. *Psychomotorická terapie demencí v počáteční a střední fázi*. Oddělení aktivit v přírodě, o. s. & Asociace psychologů sportu, 2010 ISBN 978-80-904094-9-1
- SUCHÁ, J. Kinezioterapie v léčbě demencí. Diplomová práce FTVS UK, Praha: Katedra fyzioterapie, 2003. Vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph. D.
- SUCHÁ, J. *Trénink paměti*. Praha. Portál 2008. ISBN 978-80-7367-438-0
- ŠIPR, K. Jak zdravě stárnout. Rosice u Brna: 1997, Gloria. ISBN 80-901834-1-7

DIAGNOSTIKA DEMENCÍ

Test MMSE (Mini-Mental State Examination)

Mini-mental State Examination (MMSE, Folstein in Hrdlička, Hrdličková, 1999) je v gerontopsychiatrii nejpoužívanější škálou. Zahrnuje 11 otázek a doba potřebná k jejímu provedení nepřesahuje 10 minut. Otázky se pokládají v uvedeném pořadí a skóre se zaznamenává ihned. Před započítáním testu je vhodné navázat s pacientem kontakt, vytvořit povzbudivou atmosféru. Není žádoucí trvat na úkolech, které jsou pro pacienta příliš obtížné.

Škála je rozdělena na 2 části. První vyžaduje pouze ústní odpovědi a testuje orientaci, paměť a pozornost; její maximální skóre je 21. Druhá část testuje schopnost pojmenovat, sledovat verbální a písemné pokyny, spontánně napsat větu a podle předlohy nakreslit komplexní mnohoúhelník. Maximální skóre této části je 9. Maximální skóre testu je 30 a test není časově omezen. Při diagnóze demence se za hraniční hodnotu považuje skóre 25, méně než 25 svědčí pro poruchu kognitivních funkcí. Podle dosaženého skóre se rozlišuje závažnost demence:

- 10 - 24 mírná až středně těžká demence
- 6 - 9 středně těžká až těžká demence
- 0 - 6 těžká demence

Tabulka: Výkon MMSE (zdroj: Jiráček in Hoschl 2004 s. 469.)

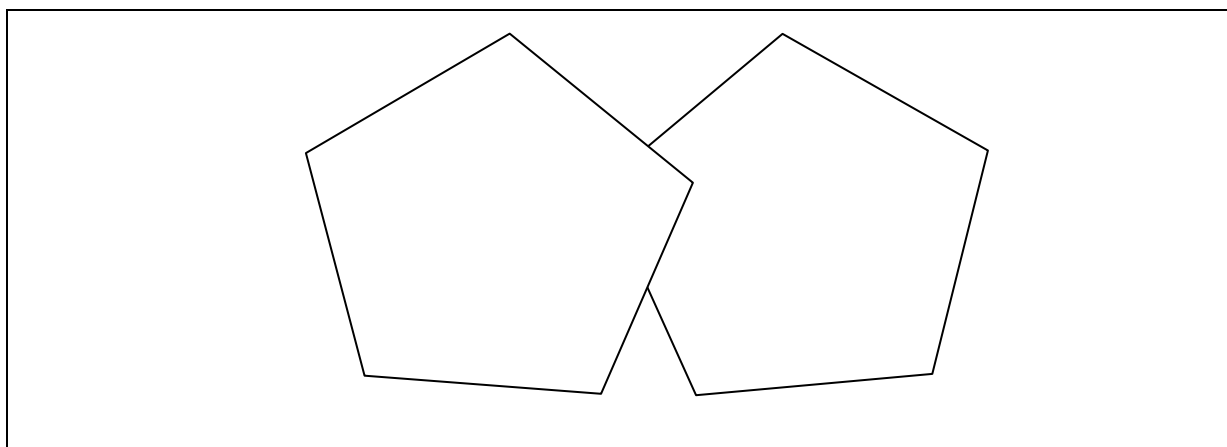
Výkon	počet bodů
plný výkon	30
normální výkon	27 – 30
dělicí bod patologie a normality	24
lehká demence	21 – 22
střední demence	11 – 20
těžká demence	10 a méně

Tabulka 9: Test MMSE

PRVNÍ ČÁST 1. Orientace Zeptejte se pacienta: Který je: - rok - roční období - datum - den v týdnu - měsíc Kde jsme, jmenujte: stát - okres - město - ústav (jméno, adresa budovy) - poschodí <i>Za každou správnou odpověď 1 bod. Maximum 10 bodů.</i>
2. Zapamatování Požádejte pacienta: Řeknu vám názvy tří předmětů. Poté, co je vyjmenuji, pokuste se je zopakovat: jablko, stůl, halíř Jmenujte předměty jasně a pomalu, rychlostí 1 slova za sekundu. Úlohu opakujte tak dlouho, dokud si pacient nezapamatuje všechny tři předměty, avšak maximálně 6x. <i>Za každý správně zopakovaný předmět 1 bod. Maximum 3 body.</i>
3. Pozornost a mentální aritmetika Požádejte pacienta: Od čísla 100 postupně odečítejte číslo 7. Skončete po 5. odpovědi. Není-li pacient této úlohy schopen, může alternativně hláskovat zpětně slovo kniha nebo pokrm. Za každé správné odečtení nebo správnou hlásku 1 bod. Maximum 5 bodů.
4. Výbavnost Zeptejte se pacienta: Můžete mi zopakovat ty tři názvy předmětů, které jste si měl před chvílí zapamatovat? <i>Za každou správnou odpověď 1 bod. Maximum 3 body.</i>

DRUHÁ ČÁST
5. Řeč a) <i>Ukažte pacientovi tužku:</i> Co je to? <i>Ukažte pacientovi hodinky:</i> Co je to? <i>Za každý správně pojmenovaný předmět 1 bod. Maximum 2 body.</i> b) <i>Požádejte pacienta:</i> Prosím zopakujte následující slovní obrat: "První pražská paroplavba." <i>Je dovolen pouze jeden pokus. Správně pouze v případě, že byla fráze přesně artikulovaná</i> <i>- 1 bod.</i> c) <i>Třístupňový příkaz: přečtete pacientovi instrukci a dejte mu prázdný list papíru. Instrukci neopakujte, ani pacientovi žádným jiným způsobem nepomáhejte:</i> Dám Vám list papíru. Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte ho na podlahu. <i>Správně: Pacient vezme papír do pravé ruky - 1 bod, přehne papír na polovinu - 1 bod, položí papír na podlahu - 1 bod. Maximum 3 body.</i> d) Papír A4, na kterém je velkými hůlkovými písmeny napsáno: „ZAVŘETE OČI”. Ukažte papír pacientovi: Přečtete si prosím instrukci a řiďte se podle ní. Správně, pokud zavře oči - 1 bod. e) <i>Požádejte pacienta:</i> Napište větu. Věta musí být napsána spontánně, musí obsahovat podmět a přísudek, musí být smysluplná. Pravopis není podstatný. Správně - 1 bod.
6. Kresba Požádejte pacienta, aby nakreslil obrazce podle předlohy (viz obr. 1). Všech 10 úhlů a protnutí dvou z nich je nezbytné k započtení 1 bodu, tremor a rotace nejsou podstatné. Správně - 1 bod.

Obr. 1 Obrazce ke škále Mini-Mental State Examination



Test BEHAVE-AD (Behavioral Pathology in Alzheimer s Disease Rating Scale)

Holmerová (2003) uvádí následující postup při zadávání testu:

Vyznačte, co odpovídá stavu pacienta:

1. Detekce bludů a paranoidního chování

Lidé mi kradou věci

0b - nikdy se neobjevuje

1b - domnívá se, že mu/jí lidé naschvál ukrývají věci

2b - domnívá se, že někdo přichází k němu domů a ukrývá mu věci

3b - s těmi, co přicházejí, hovoří a/nebo je slyší

Tady nejsem doma

0b - nevyskytuje se

1b - je přesvědčen/a, že není doma, a chová se podle toho (chystá se k odjezdu, balí si věci, žádá „vezměte mne domů“...)

2b - pokusy o odchod „domů“

3b - neklid nebo agresivita při pokusech mu/jí v těchto věcech zabránit

Manžel/ka je cizí, neznám jej/jí

0b - nevyskytuje se

1b - pacient je přesvědčen, že je to cizí člověk

2b - zlost na něj/ni, protože je cizí a obtěžuje

3b - agresivita ze stejného důvodu, vyhánění

Chystají se mne opustit, někde umístit, zavřít

0b - nevyskytuje se

1b – přesvědčení, že se jej/ji snaží v tomto podvést

2b - zlost na blízké

3b - agresivita z tohoto důvodu

2. Podezíravost/paranoidní chování

0b - nepřítomno

1b - podezíravost (schovávání věcí, „stejně ti nevěřím“...)

2b - výrazně paranoidní chování, zlost, vztek

3b - Agresivita z podezírání okolí

Popište:.....

3. Ostatní bludy neparanoidní

0b - nepřítomné

1b - přítomné bludné myšlení

2b - zlost a vztek jako důsledek bludů

3b - násilné a agresivní chování z důvodu bludů

Popište:.....

(A-celkem bodů:)

4. Halucinace

I. Vizuální halucinace

0b - nepřítomny

1b – nevýrazné, přesně nedefinovatelné

- 2b - zcela jasné a zřetelné halucinace věcí nebo osob
- 3b – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

II. Sluchové halucinace

- 0b - nepřítomné
- 1b – nevyrazné, přesně nedefinovatelné
- 2b - jasně definovatelné halucinace slov, vět, určitých zvuků
- 3b – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

III. Čichové halucinace

- 0b - nepřítomné
- 1b - nejasné, nepřesně definovatelné
- 2b - jasně definovatelné („pach kouře, „něco hoří“....)
- 3b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

IV. Taktilní halucinace

- 0b - nepřítomné
- 1b - nejasné, nepřesně definované
- 2b - jasně definované („někdo na mne sahá“, ...)
- 3b - verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

V. Ostatní halucinace

- 0b - nepřítomné
- 1b – nejasné, nepřesně definované
- 2b - jasně definované („někdo na mne sahá, někdo mne pronásleduje, sleduje“, ...)
- 3b – verbální, fyzická nebo emoční reakce na tyto halucinace

(B-celkem bodů:)

5. Poruchy chování

I. Odcházení z domova

- 0b - ne
- 1b - někdy, ale nejsou nutná zvláštní opatření
- 2b - dosti časté, takže jsou nutná zvláštní opatření (zamykání, dohled, ...)
- 4b – nespokojenost, agresivita a jiné poruchy chování v souvislosti s pokusem odejít, ničení překážek

II. Bezcílné činnosti

- 0b - nevyskytují se
- 1b - opakované, neúčelné aktivity (opakované dotazování, přesouvání věcí, zapínání a rozepínání)
- 2b - toto chování je výrazné a překážející, vyžaduje určitá opatření
- 4b - toto chování pacienta ohrožuje a/nebo způsobuje drobná poranění

III. Nepřiměřené chování a aktivity

- 0b - nevyskytují se
 - 1b - jsou přítomny (dávání věci na chybná místa, nepřiměřená sexuální „odbržděnost“)
 - 2b - jsou přítomny v takové míře, že vyžadují určitá opatření či omezení
 - 4b - toto chování je navíc doprovázeno neklidem či agresivitou
- Popište:.....

(C-celkem bodů:)

6. AGRESIVITA

I. Verbální výlevy

0b - nepřítomny

1b - přítomny a obsahují nezvykle primitivní a vulgární jazyk

2b - přítomny a doprovázeny zlostí či vztekem

3b – přítomny, doprovázeny zlostí či vztekem a jsou zcela jasně zaměřené vůči konkrétním osobám

II. Výhružky, hrozba fyzickým násilím

0b - nepřítomny

1b - pacient/ka vyhrožuje

2b - fyzická agrese

4b - značně intenzivní fyzická agrese

III. Neklid, agitace (ještě jiného typu než bylo uvedeno v předešlém textu)

0b - nepřítomny

1b - přítomny

2b - přítomny a jsou výrazně emočně zabarvené

3b - přítomny a jsou výrazně emočně zabarvené, doprovázené neklidným chováním, pohybovým doprovodem

(D-celkem bodů:)

7. Poruchy diurnálního rytmu

0b - nepřítomné

1b - opakované buzení v noci, které není vynucené potřebou jít na záchod

2b - jen 50%-75% z původního spánku spí pacient v noci

4b - jen méně než 50% původního spánku spí pacient v noci (spánková inverze)

(E-celkem bodů:)

8. AFEKTIVNÍ PORUCHY

I. Trhání, škubání

0b - nepřítomny

1b - přítomny

2b – přítomny, výrazně afektivní komponenta

4b - přítomny a doprovázeny dalšími afektivními či fyzickými projevy (mačkání rukou, jiná gesta)

II. Depresivní nálada

0b- nepřítomny

1b- přítomny (například občasné výroky „kdybych tu raději nebyl“, „raději bych s tím skoncoval“, ...)

2b- přítomna, doprovázena výraznými projevy - časté myšlenky na smrt a podobně.

3b- přítomna a doprovázena snahou či náznaky suicidálního jednání (nelze specifikovat)

Popište:.....

(F-celkem bodů:)

9. ÚZKOST A FOBIE

I. Úzkost a obavy z nastávajících událostí (Godotův syndrom)

0b - nepřítomny

1b - občas nepřítomny (opakované dotazy např. „kam to jdeme?“)

2b - často přítomny a představují již pro pečovatele obtíž

3b - často přítomny a jsou pro pečující již velmi obtížně tolerovatelné

II. Ostatní obavy (například ohledně peněz, budoucnosti, nepřítomnosti doma, paměti atd. Nebo generalizované, například „stejně všechno dopadne špatně“.)

0b - nepřítomny

1b - přítomny

2b - přítomny a jsou pro pečovatele již obtížné

3b - přítomny a pro pečovatele jsou již nesnesitelné

III. Strach z opuštění

0b - není přítomen

1b - pacient hovoří o obavě, že bude sám

2b - pacient hovoří o obavě, že zůstane sám a vyžaduje pozornost a odpověď pečovatele

3b - totéž, ale velmi naléhavě, takže to představuje již neúnosnou zátěž pro pečovatele

IV. Ostatní obavy (například strach z mnoha lidí, cestování, cizích lidí, koupání, ...)

0b - nejsou přítomny

1b - jsou přítomny

2b - jsou přítomny a pečující je nucen se jimi zabývat

3b - přítomny a představují výrazné omezení pro pacienta a/nebo neúnosnou zátěž pro pečujícího

(G-celkem bodů:)

CELKOVÝ SOUČET BODŮ:.....

Celkové vyhodnocení:

Zatrhněte jednu z možností

Výše popsané příznaky a poruchy chování jsou celkově následující:

0. V žádném případě neohrožují pacienta a nepředstavují zátěž pro pečujícího
1. Jsou již poněkud obtížné pro pečujícího a/nebo omezují či ohrožují pacienta
2. Jsou již dosti obtížné pro pečujícího a/nebo dosti omezují či ohrožují pacienta
3. Jsou velmi závažné, výrazně stresují pečujícího a/nebo omezují či ohrožují pacienta

Jaké jsou příznaky, které považuje pečující za nejobtížnější a/nebo nejzávažnější:
Popište:

Test hodin

Wolf a Klein vytvořili test kresby hodin. Podstatou je předtištěná kružnice se středem na bílém papíře. Pacient je požádán, aby nakreslil hodiny, které ukazují čas - např. 11 hodin 10 minut. Základem pro posouzení odpovědi je zejména kresba hodinového ciferníku se správným umístěním číslic 12, 3, 6, 9 nebo jasným vyznačením jejich polohy. Dále hodnotíme zakreslení dvou rozlišitelných hodinových ručiček a přesné zaznačení času. Nesprávnou odpovědí svědčící pro demenci jsou rozpadlé kresby, prostorově nesprávně rozložené, hodiny s více než dvanácti číslicemi, všechny číslice umístěné do jednoho kvadrantu kruhu, apod. (Hrdlička, Hrdličková, 1999)

Škála hodnocení dle Sunderlanda a kol. :

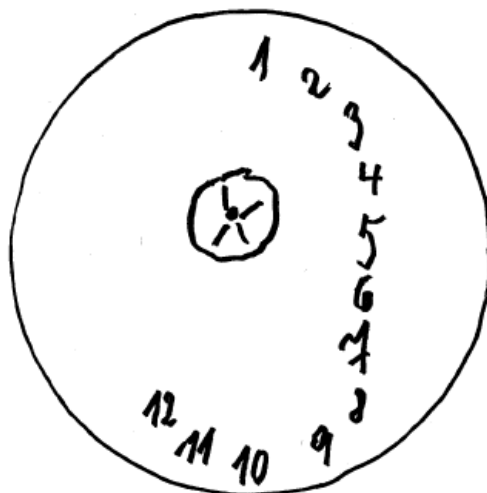
Pro účely své práce jsme zvolili testovací metodu dle Sunderlanda. V této škále se hodnotí na 10 bodové stupnici, kde 10 bodů je nejlepší a 1 bod nejhorší výkon. Doporučená hranice pro patologickou kresbu ciferníku je skóre pět bodů a méně. V původním znění škály je pacient pobídnut ke kresbě hodin včetně kruhu ciferníku a zadání pro znázornění času bylo 11h 10min. Znění škály hodnotíme následujícím způsobem:

Tabulka 10: Znění škály dle Sunderlanda (www. solen. cz - Neurologie pro praxi 2002/6)

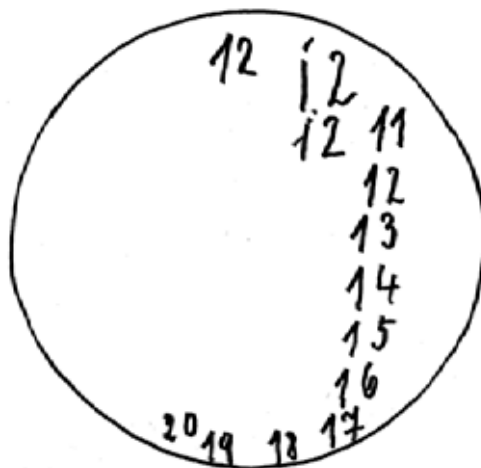
10.-6. Kresba ciferníku s kruhem a číslý převážně intaktní	
10.	Ručičky ve správné pozici
9.	Lehké chyby v pozici ručiček
8.	Těžší chyby v pozici minutové a hodinové ručičky
7.	Pozice ručiček je zřetelně mimo správný směr
6.	Nesprávné nebo žádné užití hodinových ručiček, navzdory opakovanéinstrukci (např. užití digitálního displeje, zakroužkování čísel)
5. - 1. Kresba ciferníku s kruhem a číslý zcela nesprávnými	
5.	Nahromadění čísel v kruhu s číslý v jednom místě ciferníku nebo obrácené pořadí čísel. Ručičky stále mohou být nějakým způsobem přítomny.
4.	Další deformace číselné sekvence. Integrita obrazu hodin je již zrušena (např. chybí čísla nebo jsou vně kruhu).
3.	Čísla a kruh ciferníku již nejsou spojeny v kresbě v jeden celek, ručičky nejsou přítomny.
2.	Kresba má jisté znaky vycházející z instrukce předtím získané, ale je to jen velmi přibližná podoba ciferníku.
1.	Dále jen pokusy neinterpretovatelné a případně bez pokusů.

Příloha č. 1

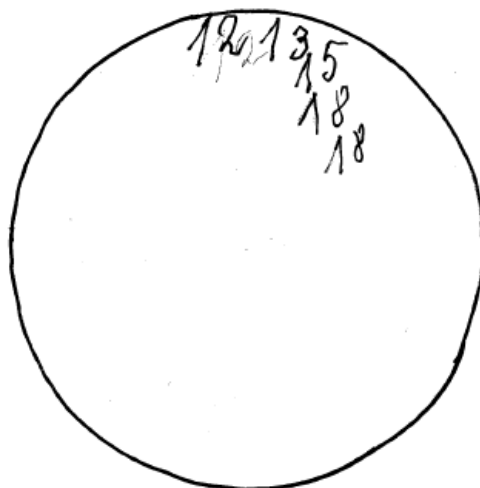
Obr. 1 Test hodin: paní A. B. - 02/09



Obr. 2 Test hodin - paní A. B. - 05/09



Obr. 3 Test hodin - paní A. B. - 08/09



Psychologie seniorského věku

Vydala: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

Edice: skripta

Autoři: Doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph. D.
PhDr. Radka Kulhánková, Ph. D.
PhDr. Iva Wedlichová, Ph. D.
PhDr. Vladislava Heřmanová, Ph. D.
Mgr. Jitka Suchá

Recenzenti: prof. PhDr. Václav Hošek, DrSc
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Jazyková korekce: skripta neprošla jazykovou úpravou

Cover & sazba: European Science and Art Publ.

Náklad: 500 ks

ISBN: 978-80-7414-318-2

Studijní opora vznikla za podpory grantu ESF OPVK č. CZ.1.07/2.2.00/07.0420
„Zefektivnění a inovace výuky psychologie na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem“

Název	Psychologie seniorského věku
Auto i	doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D.
Nakladatel	Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
Edice	skripta
Rok	2010
Vydání	1. vydání
Náklad	500 ks
Počet stran	80 stran
Tisk a vazba	PrintActive s.r.o.

Kniha byla objednána prostřednictvím portálu: www.dum-tisku.cz.

ISBN 978-80-7414-318-2

