

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta



Bakalářská práce

Aktivní stáří

Active aging

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová

Autor:

Anna Kunertová

2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Aktivní stáří vypracovala samostatně, pouze s použitými zdroji, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze, dne 11.4.2012

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat MUDr. Jiřině Ondrušové za výborné vedení mé práce, za její připomínky, nápady a především za její čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem seniorům, kteří mě k této práci inspirovali. Děkuji také svým rodičům a nejbližším přátelům za podporu.

Anotace

Bakalářská práce „Aktivní stáří“ se zabývá aktivním stářím jako prostředkem pro kvalitnější život v seniorském věku. Zaměřuje se na aktivní seniory a na jejich plnohodnotný život, který prožívají i přes svůj vyšší věk nebo psychický a tělesný handicap. Práce je zaměřena na aktivity, které mohou přispívat k prodloužení života a k příjemnějšímu prožití stáří. V práci jsou použity poznatky z mé praxe a jsou uvedeny příklady aktivních seniorů, s nimiž jsem se setkala. Cílem práce je ukázat, že stáří nemusí být překážkou, když k němu člověk přistupuje optimisticky a snaží se být jak tělesně, tak psychicky aktivní.

Annotation

The Bachelor thesis on the theme „Active aging“ deals with the problem of active aging as a mean life of a higher quality in senior age. It focuses on active seniors and their adequate life that they experience despite their older age or mental and physical disability. This thesis is focused on activities, which could contribute to the longer life and to a more pleasant spending of the old age. There is used knowledge from my professional practise in the thesis, and also the examples of active seniors, which I have met during this experience. The aim is to show that age may not be an obstacle when a person approaches it optimistic and tries to be active both in a physical and mental way.

Klíčová slova

Stáří, stárnutí, senior, aktivita, nemoci ve stáří, ergoterapie

Keywords

Old age, aging, senior, activity, senior diseases, occupational therapy

Obsah

Úvod	7
1. Stárnutí a stáří	8
1.1. Dělení stáří.....	9
1.2. Gerontologie.....	10
1.2.1. Geriatrie	11
1.3. Stárnutí obyvatelstva a jeho důsledky	12
1.3.1. Ekonomické důsledky	12
1.3.2. Sociálně zdravotní důsledky.....	12
1.3.3. Sociologické a sociálně psychologické důsledky	13
1.3.4. Osobní důsledky.....	13
1.4. Fenomén stáří ve společnosti	14
1.4.1. Mýty o stáří	15
1.4.2. Ageismus.....	15
2. Faktory, které ovlivňují aktivitu ve stáří	17
2.1. Psychické změny ve stáří	19
2.1.1. Psychické syndromy ve stáří.....	20
2.2. Fyzické změny ve stáří	22
2.2.1. Smyslové poruchy	23
2.2.2. Nemoci pohybové soustavy	25
2.2.3. Imobilizační syndrom a dekubity	26
2.2.4. Inkontinence moči	26
3. Aktivní senioři v domácím prostředí	28
3.1. Vybrané organizace pro aktivní seniory	29
3.1.1 Středisko sociálních služeb Praha 1 – Kluby seniorů	29
3.1.2. Klub Remedium.....	30
3.1.3. Klub aktivního stáří Praha 2.....	31

3.2.	Univerzita třetího věku	32
3.3.	Kazuistika č. 1	33
4.	Aktivní senioři v institucionální péči	35
4.1.	Domov pro zrakově postižené – Palata	38
4.1.1.	Kazuistika č. 2	44
4.1.2.	Kazuistika č. 3	47
4.2.	Domov sv. Karla Boromejského	49
4.2.1.	Ergoterapie	50
4.2.2.	Kazuistika č. 4	53
	Závěr	56
	Seznam literatury	57

Úvod

Stáří se v dnešní době stává aktuálním tématem. Rok 2012 byl dokonce vyhlášen „Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity“. Prosazuje se myšlenka aktivního stárnutí, které není pozitivem pouze pro seniory, ale i pro celou společnost.

Každý ke stáří přistupuje jinak. Nikdo dopředu neví, jak správně stárnout, ani na jakou životní cestu se vydá, ale svůj život by měl brát člověk zodpovědně, neboť je tím jediným, co skutečně vlastní a co může sám ovlivnit. Stárnutí by nemělo být nepříjemností, ale naopak radostí: z dosažených úspěchů – jak pracovních, tak i osobních, z možnosti předat své zkušenosti, ze zjištění, že seniorovi mladší generace naslouchá a váží si ho, a z pocitu, že je stále užitečný. Stáří by nemělo být překážkou; naopak, ve stáří se dá ještě mnohé zažít, poznat a naučit se. Důležitým faktorem je motivace k aktivitě a k využití veškerých možností, které jsou nabízeny. Jakmile člověk začne k životu přistupovat pozitivně a s chutí, celý proces stárnutí je kvalitnější, příjemnější a pestřejší. Aktivním životem si lidé také prodlužují svůj věk.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol. V prvních dvou kapitolách popisují proces stárnutí a faktory, které stáří ovlivňují. V dalších dvou kapitolách se věnují aktivnímu stárnutí v praxi. Jsou zaměřeny na organizace, umožňující prožívat aktivní stáří těm starším lidem, kteří jsou soběstační a na dvě instituce, v nichž jsem vykonávala po dobu studia praxi.

Téma jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem během svých praxí potkala mnoho aktivních seniorů a poznala jsem, že stáří nemusí být překážkou, a to ani ve chvíli, kdy je člověk zčásti nesoběstačný.

Tato práce má především poukázat na to, že aktivní stáří může přinášet mnoho radosti a chuti do života i ve vyšším věku, a tak může pro někoho představovat nejlepší léta života.

1. Stárnutí a stáří

Stárnutí je přirozený proces, který probíhá u každého člověka. Pro většinu lidí je stáří něčím, co je v nedohlednu, představuje životní fázi, která s sebou nese nic pozitivního, fázi života, která je doprovázena mnoha zdravotními potížemi a celkovým poklesem fyzických a psychických schopností. Mnozí lidé proto přistupují ke stáří velmi skepticky. Jedním z důvodů, proč se lidé na stáří dívají spíše záporně, je jeho obraz ve společnosti. To, jak jsou senioři prezentováni v médiích, v televizních pořadech, či reklamách. Mnoho mladých lidí ke stáří přistupuje negativně. Haškovcová (1990, s. 17) shrnuje: „A to, co nás na starých lidech provokuje, to, proč se k nim chováme všelijak, má jeden z důvodů právě tady. Jsou viditelným a stále přítomným znamením, že jednou už nebudeme tak aktivní. Toho se bojíme, lekáme, s tím si nevíme rady.“ Člověk si během svého života zvykne na mnoho věcí, které bere automaticky jako součást každodennosti, ale jakmile by měla přijít chvíle, kdy by mu některá z nich měla být odebrána, přináší mu to značné znepokojení a tuto chvíli spojuje většinou se stářím. Stáří je však nevyhnutelný proces.

Jak uvádí Grün (2010), člověk stárne přirozeně již od narození, na tomto faktu se nedá nic změnit, ovšem je možné se naučit, jak stárnout tím správným způsobem, stárnout tak, aby tento proces byl brán pozitivně v průběhu životní cesty. Během této cesty se lidé neučí stárnout pouze pro sebe, ale mají možnost obohatit svými zkušenostmi život druhým.

Matouš (2002) je toho názoru, že stárnutí je neměnný proces, který může být buď úspěšný či neúspěšný. Za úspěšný proces stárnutí můžeme považovat dobrou kvalitu života ve stáří, spokojenost a především motivaci k aktivnímu životu do nejvyššího věku. Neúspěšné stárnutí může být takové, kdy člověk nerespektuje zdravý životní styl, dostatečně o sebe nedbá a postupně ztrácí motivaci k aktivnímu životu.

Stárnutím populace se zabývá demografie, nauka o obyvatelstvu, která zkoumá složení a pohyb lidí. Demografie rozděluje stárnutí na absolutní a relativní. Absolutní stárnutí udává zvyšování počtu starých lidí ve společnosti a stárnutí relativní zaznamenává zvyšování podílu starých lidí v populaci. Důležitým pojmem je i Index feminity, neboť ženy se obvykle dožívají vyššího věku, nežli muži. Tento Index udává počet žen na 100 mužů. Ve stáří je typické větší zastoupení žen, které žijí samy, neboť úmrtnost mužů ve vyšším věku je velmi vysoká (Zavázalová a kol., 2001).

„Stárnutí a stáří nejsou pojmy totožné. Stárnutí je proces, jehož výsledkem je různý stupeň stáří. Stárnutí je proces všeobecný – stárne celá populace – a zároveň individuální – stárne konkrétní jedinec“ (Zavázalová a kol. 2001, s. 11). Každý člověk stárne jiným způsobem a jinou rychlostí, což ovlivňuje mnoho faktorů, jako například fyzický a psychický stav jedince, životní styl, prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje, a v neposlední řadě aktivní okolí. Stárnutí je u jedinců tak odlišné, že kalendářní věk není vždy totožný s věkem biologickým, stejně tak si ani pod kalendářním věkem nemusíme nutně představit psychicky a sociálně vyspělého jedince. Jak vysvětluje Stuart-Hamilton (1999), kalendářním věkem se rozumí skutečné stáří osoby, biologický věk udává fyzický stav člověka a jeho výkonnost a sociální věk znamená očekávané chování ve společnosti.

1.1. Dělení stáří

Zavázalová a kol. (2001, s. 12) ve své knize uvádějí rozdělení obyvatel dle Organizace spojených národů a Světové zdravotnické organizace. Organizace spojených národů (OSN) dělí obyvatelstvo na tři hlavní věkové skupiny:

- 0-14 let,
- 15-64 let,
- 65 let a více.

Podle Světové zdravotnické organizace se stáří dělí na tyto skupiny:

- Období raného stáří (staršího věku): 60-74 let,
- Období vlastního stáří (pokročilého, vysokého věku): 75 let a více,
- Období dlouhověkosti: 90 let a více.

Stáří se může dělit i podle jiných kritérií, například na osoby produktivní a poproduktivní, tedy podle jejich ekonomické aktivity. Poproduktivní věk představuje průměrný věk osob odcházejících do starobního důchodu. Jak se ale shodují Holmerová a Tošnerová (Tah dámou, 2012), věková hranice odchodu do důchodu se v různých zemích liší, proto může docházet k omylům.

„Bylo by žádoucí, především z mezinárodního hlediska, sjednotit dolní ‚hranici stáří‘. Zdá se, že pro nejbližší dobu by to mohlo být 65 let tak, jak to původně stanovila OSN“ (Zavázalová a kol. 2001, s. 14). Přejde mi logické věkovou hranici v tomto případě zvýšit ze dvou důvodů: zlepšuje se zdravotní stav obyvatelstva, jak pokrokem v medicíně, tak i zdravějším životním stylem a současná ekonomická situace straní spíše pozdějšímu odchodu do důchodu. Proto považovat šedesátiletého člověka za seniora je v dnešní době neadekvátní.

1.2. Gerontologie

Stárnutím a stářím se zabývá mnoho vědních oborů. Zkoumání stáří a stárnutí se dostává do popředí z hlediska aktuálnosti tématu. Jak uvádějí Kalvach a kol. (1997), jedná se o obor, který má velmi široký záběr, a u kterého je zapotřebí, aby se na něm podílelo více lidí, neboť jde o interdisciplinární problematiku. Proto stáří a stárnutí zkoumá více vědních oborů. „Úkolem „obecné vědy o stáří“ je tedy především vytvářet předpoklady pro týmovou komunikaci, sjednocovat terminologii, definovat pojmy, identifikovat klíčové problémy a zpřístupňovat poznatky a pohledy každého dílčího oboru všem ostatním“ (Kalvach a kol. 1997, s. 24). Pojem je odvozen z řeckých slov gerón – stařec a logos – nauka. Prvním člověkem, který ho použil, byl nejpravděpodobněji I. I. Mečnikov (1845-1916), nositel Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství.

Jak uvádí Wolf (1982), je gerontologie věda, která zkoumá celkové stárnutí společnosti a jeho složení, zkoumá přístup celé společnosti ke stáří, mezigenerační vztahy, odchod do důchodu, zabezpečení seniorů, psychické a fyzické změny ve stáří, kvalitu života seniorů atd.

Gerontologie se podle Kalvacha a kol. (1997, s. 25) dělí na tři základní oblasti:

- Experimentální gerontologie – zkoumá proces stárnutí,
- Sociální gerontologie – zabývá se vztahem společnosti a starého člověka z hlediska vzájemného působení,
- Klinická gerontologie (geriatrie) – zabývá se chorobami ve stáří.

Cílem gerontologie je podle Zavázalové a kol. (2001) mimo jiné i výchova k tomu, aby staří lidé byli chápáni ve společnosti rovnoprávně a byla k nim chována úcta. Zároveň, aby jim bylo umožněno prožít plnohodnotné stáří.

1.2.1. Geriatrie

Geriatrie je synonymem ke klinické gerontologii. Etymologicky je pojem odvozen z řeckých slov gerón – stařec a iatró – léčím (Kalvach a kol. 1997, s. 25). Haškovcová (1990) uvádí, že jde o lékařskou disciplínu, která zkoumá fyziologické i patologické stáří a zaměřuje se na zvláštnosti chorob ve stáří. Kalvach a kol. (1997) upozorňují, že poprvé byl pojem použit v roce 1909, americkým lékařem I. L. Nascherem (1863-1944). V České republice je to samostatný lékařský obor, který se zaměřuje, kromě interní problematiky, také na rehabilitaci, neurologii, psychiatrii. Souvisí jak s primární péčí, tak se sociálními službami. Jedná se tedy o rehabilitaci, jejímž cílem je přispívat k udržení kvality života ve stáří. Jedním z pojmů je tzv. *geriatrická křehkost*, tj. základní rys pacienta/seniora. Souvisí s poklesem všech funkcí, zvýšenou únavou, psychomotorickým zpomalením atd. (Kalvach, 2012).

1.3. Stárnutí obyvatelstva a jeho důsledky

Stárnutí obyvatelstva s sebou nese i mnoho důsledků pro společnost i jednotlivce. Podle Zavázalové a kol. (2001, s. 20) se důsledky stárnutí rozdělují takto:

- Ekonomické,
- Sociálně zdravotní,
- Sociologické a sociálně psychologické,
- Osobní (životní problémy starých lidí).

1.3.1. Ekonomické důsledky

Do ekonomických důsledků stárnutí obyvatelstva spadají vysoké výdaje na sociální zabezpečení a zdravotní péči, jež se rok od roku zvyšují. Stejně tak narůstá i vyplácení důchodů. V této souvislosti se musí počítat s tzv. Indexem závislosti, jenž zaznamenává poměr ekonomicky neaktivních lidí (děti, senioři) ve společnosti k těm aktivním (pracujícím). Ekonomicky aktivní osoby musí zajistit nejen samy sebe, ale i osoby, které jsou závislé na pomoci druhých v zajištění životních potřeb. Jak píše Haškovcová (1990, s. 71): „Střední, ekonomicky aktivní část populace má tedy skutečně co dělat, aby uživila obě skupiny ekonomicky závislého obyvatelstva.“ Tím vzniká situace, kdy si osoby vyššího věku začínají připadat jako nepotřební a naopak ekonomicky produktivní obyvatelstvo vnímá zaopatření seniorů jako břemeno, které jim způsobuje více práce.

1.3.2. Sociálně zdravotní důsledky

Věková hranice pro odchod do důchodu se stále zvyšuje, proto se častěji setkáme s lidmi, kteří svým věkem sice spadají do období raného stáří, a přesto stále pracují. Stárnutí populace by se měly především přizpůsobit životní podmínky. Dle Sýkorové (2007) se budou klást vyšší nároky na zdravotní péči, neboť ve chvíli, kdy stárne populace, je větší nápor u lékařů a větší poptávka po odborné pomoci. Tyto důsledky zároveň souvisejí i se sociální péčí. Počet osob, které budou odbornou péči vyžadovat, může stále přibývat a v institucích nebude dostatek míst pro všechny.

Haškovcová (1990) má stejný názor jako Sýkorová (2007) a doplňuje, že domovů pro seniory by muselo být mnohem více, aby je mohli využívat všichni potřební. Zde musíme ovšem brát v potaz, že kniha Haškovcové byla vydána před několika lety, v dnešní době najdeme domovů pro seniory více. K tomu se vyjadřuje i Holmerová (Pořad Tah dámou, 2012), která uvádí, že zdravotních a sociálních ústavů je dost, chybí však péče v terénu. S tímto tvrzením nemohu zcela souhlasit, neboť i ze své rodiny a praxe vím, že senioři, kteří žádají o umístění do rezidenčních zařízení, jsou nuceni dlouho čekat, než je jejich žádosti vyhověno. Vhodnou prevencí proti důsledkům stárnutí populace by proto mohla být lepší rodinná péče o starší občany, na čemž by se měla podílet i celá společnost, a předejít tak domněnce, že nejlepším řešením je umístit seniory do ústavní péče.

1.3.3. Sociologické a sociálně psychologické důsledky

Je třeba ve společnosti změnit chápání potřeb seniorů. Pokusit se, aby mohli důstojně prožívat své stáří, zajistit jim vhodnou atmosféru a snažit se, aby senioři nebyli donuceni žít v ústraní. Společnost by měla seniory respektovat a pomáhat jim. Mělo by vzniknout vzájemné pochopení mezi mladší a starší generací, jak uvádějí Zavázalová a kol. (2001), V závislosti na změnách v populaci vznikají i různé změny ve společnosti. Je mnohem více vysokoškolsky vzdělaných seniorů, než tomu bylo dříve a jejich počet se bude i nadále zvyšovat (ČSÚ, 2012). Vzdělání má vliv na život i u osob vyššího věku. Ovlivňuje celkovou spokojenost ve stáří, neboť lidé jsou schopni se více prosadit, mají jiné životní postoje, lepší příjmy (vyšší důchod) a jsou aktivnější: zajímají se o společenské a politické dění, udržují si svěží mysl a obohacují si vzděláním svůj život. Životní a kulturní úroveň lidí je rozmanitější než v minulosti (Kuchařová, 2002).

1.3.4. Osobní důsledky

Do osobních důsledků stárnutí obyvatelstva patří zejména bydlení ve vlastních domácnostech. Je nutné si včas zajistit své bydlení tak, aby bylo bezbariérové, aby v něm nebyly věci, které by mohly narušit fungování seniora a celkově si svoji domácnost přizpůsobit vyššímu věku natolik,

aby byla možnost zůstat ve svém bytě, co nejdéle to půjde. Holmerová a kol. (2003) ještě upozorňují na to, že s tím souvisí i bezbariérovost v dopravních prostředcích a v institucích. Měly by být přizpůsobeny nejen handicapovaným osobám, ale také seniorům, pro které je často problém se někam samostatně přepravit.

Rizikovým faktorem pro staré lidi je osamělost. Týká se těch, kteří nežili v partnerském vztahu a neměli přátele nebo těch, kde rodinné vztahy ochably, ale i těch, kteří ovdověli: byli upnuti na svého partnera, věnovali se pouze jemu a ovdověním zjišťují, že zůstali sami - bez přátel. Osamělost může u těchto lidí vést až k depresi. Dle Kuchařové (2002, s. 60) se 12% a někdy až 33% osob ve věku 60 a více let často cítí osamělými.

Do osobních důsledků patří také problematika náplně volného času. Kuchařová (2002) zmiňuje, že staří lidé se nejvíce věnují sledování televize a čtení novin, neboť je to pro ně nejjednodušší aktivita. Čeští senioři působí jako individualisté, kteří se sice rádi setkávají se svými blízkými, ale především usilují o to, aby zůstali nezávislími.

1.4. Fenomén stáří ve společnosti

Haškovcová (1990) píše, že většina lidí toho o stáří moc neví, neboť nemají důvod se o stáří zajímat. Stáří se proto dostává do ústraní a ztrácí svá práva na důstojný život, neboť mladší populace v dnešní době vítězí. V dnešním zrychleném světě je velmi těžké prosadit se mezi ostatními jako senior, který již není zcela samostatný, je psychomotoricky zpomalený, vše mu trvá déle, nerozumí moderním technologiím a ani na pohled nevypadá člověk ve vyšším věku tak, jak je v současném světě zobrazována krása, která se stále více dostává do popředí. Tošnerová (2002) uvádí, že v televizních pořadech málokdy vidíme starého člověka; přitom staří lidé jsou skupinou, která se na televizní pořady dívá nejvíce. Totéž platí i u reklam, kde velmi zřídka spatříme seniory. „Jakoby svět stárnoucích neexistoval“ (Tošnerová, 2002 s. 10). Lidé by měli být vychováváni k úctě ke starým lidem a k jejich respektování. Je těžké vycházet bez problémů s jinou generací, ale je třeba si uvědomit, že každý stárne, a každému by tedy mělo jít o to, aby mohl prožít své stáří důstojně.

Jak uvádějí Zavázalová a kol. (2001), k tomu, aby člověk mohl plně žít, je potřeba mít kontakt s okolním světem. Nejbližším obrazem je vlastní rodina, která představuje především bezpečí, jež bývá pro všechny velmi důležité.

1.4.1. Mýty o stáří

„Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno, a ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí. Zdravotní a funkční stav seniorů se historicky, generačně zlepšuje a je účelné a smysluplné aktivně usilovat nejen o zabezpečení nemocných a závislých starých osob, ale především o další zlepšování zdravotního a funkčního stavu ve stáří a o prevenci závislosti“ (Kalvach a kol. 1997, s. 9). Přesto vzniká mnoho mýtů o stáří, kterým lidé věří. Mezi lidmi panují mylné představy, které uvádí Haškovcová (1990). Je to například představa, že člověk ve chvíli, kdy dosáhne 60. roku života, začíná být starým, neboť je již v důchodovém věku. Ke všem starým lidem se velmi často přistupuje stejně, jak k jejich potřebám, tak přímo k jejich osobě. Dalším z mýtů o stáří je ten, že lidé v seniorském věku nemají již nic na práci a celé dny jen vysedávají doma, či jezdí po lékářích. Přitom je naopak možnost realizovat v seniorském věku věci, na které během života nebyl čas: věnovat se svým koníčkům, například cestovat nebo začít studovat – možností pro seniory je mnoho. O stáří tedy panují předsudky a mýty, ale je důležité se nad nimi více zamýšlet a utvářet si tak vlastní názory.

1.4.2. Ageismus

Ageismus je diskriminace stárnoucí populace na základě věku. Je spojován s předsudky a negativními představami o stáří. Pojem v roce 1968 poprvé použil americký psychiatr Richard Butler. Hovoří o ageismu jako o stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich stáří. Diskriminace starých lidí se promítá jak do individuálního života, tak do života institucionálního a společenského. Senioři jsou diskriminováni především v oblasti trhu práce a v médiích (Krahulcová, 2011). S tím souhlasí i Tošnerová (2002), která uvádí, že největší diskriminace z hlediska věku je na trhu práce, kde jsou upřednostňováni mladší zaměstnanci.

Starší generace je považována za pomalou a méně schopnou. Staří lidé jsou společností vnímáni jako zátěž, neboť nejsou produktivní a provází je více chorob. Sýkorová (2007) ve své knize ještě k ageismu dodává, že postoje se vytvářejí postupně a nejvíce se na nich podílí jazyk, který je každodenní komunikací - v médiích, knihách, ve vědě apod. Nechuť ke stáří je posilována kultem mládí, fyzickou zdatností a výkonností. Tošnerová a Holmerová (Pořad Tah dámou, 2012) se shodují v názoru, že se společnost na seniory dívá „skrz prsty“. Sebevědomí seniorů není vysoké, neumí se ve společnosti ozvat a vyjádřit svůj názor. Společnost proto rozhoduje za ně, neboť senioři neumí svá přání formulovat.

Dle Tošnerové (2002) by se ageismus dal zmírnit tím, že by se na školách o stáří více hovořilo. Obraz stáří by měl být prezentován pravdivě. Senioři by měli být více začleněni mezi mladší generaci. Tošnerová (2002, s. 17) uvádí příklad, kdy v Německu a Rakousku se na středních školách vytvořil projekt „Internet a senioři“ a výuku vedou přímo školáci. V České republice se situace také mění, někteří mladí lidé se seniorům věnují jako lektoři ve vzdělávacích kurzech.

2. Faktory, které ovlivňují aktivitu ve stáří

*„Člověk pečující soustavně o svoje zdraví může žít aktivní, plnohodnotný život i ve stáří“
(Matouš, 2002, s. 8)*

Aktivitu ve stáří ovlivňuje hned několik faktorů. Jsou to jednak faktory, kterým se nedá nijak předejít, neboť jsou dány vyšším věkem, ale pak to jsou faktory, které v průběhu života může každý ovlivnit. Jedná se o faktory, které souvisejí s životním stylem, proto záleží na každém člověku, jak ke svému životu bude přistupovat, a to nejen ve stáří, ale po celý svůj život (Matouš a kol., 2002).

Podle Zavázalové a kol. (2001, s. 45) je aktivita ve stáří ovlivněna těmito faktory:

- Společenskou atmosférou,
- Individualitou starého člověka,
- Zdravotním stavem,
- Nabídkou možností.

Společenská atmosféra znamená, že každý člen společnosti by se měl pokusit o respektování seniorů a jejich nevyčleňování do ústraní. Je třeba zajistit jim takové možnosti, díky kterým budou moci aktivně fungovat i ve vyšším věku.

Pod individualitou starého člověka si můžeme představit jeho fyzický a psychický stav. Ke každému jedinci by se mělo přistupovat individuálně, dle jeho možností. Nesmí se zapomínat na jedinečnost, neboť všichni mají právo na své názory. Říčan (2006) uvádí, že se s přibývajícím věkem mění i osobnost člověka. Starý člověk je více neklidný a nervózní, což ho omezuje ve vykonávání aktivit, neboť ztrácí chuť k životu. Stoupá u něj podezíravost, která postihuje zejména osamělé lidi. Vágnerová (2007, s. 348) k tomu dodává, že změny, související s osobností mohou být „reakcí na novou životní situaci a aktuální styl života“.

Aktivita ve stáří je samozřejmě ovlivněna zdravotním stavem jedince, neboť s vyšším věkem přibývá i mnoho nemocí, a člověk je omezen v nejrůznějších činnostech. Co se týká aktivního stáří, je třeba, kromě fyzického stavu, udržovat i psychickou a duševní aktivitu jedince. Říčan (2006) i Vágnerová (2007) se shodují v tom, že duševní aktivita je tou nejdůležitější, protože ovlivňuje seniorům pohled na svět. Je třeba být duševně vyrovnaný, neboť není pravidlem, že aktivním může být pouze člověk, který je fyzicky zdatný. Existují i senioři, kteří - i přes svoji imobilitu - jsou duchem stále aktivní a ke svému životu optimisticky přistupují.

Nabídka možností pro seniory by měla být součástí každé společnosti. V dnešní době je nabídka poměrně široká a senioři se mohou aktivizovat v mnoha oblastech. Mohou navštěvovat například Univerzity třetího věku, kluby seniorů, divadelní spolky, výlety pořádané turistickými organizacemi, vzdělávací a rekvalifikační kurzy, sportovní dny pro seniory atd.

Jak uvádějí Holmerová a kol. (2003), je důležité, aby se každý člověk na stáří dobře a především včas připravil. To se týká nejen přiměřeného zdraví, ale i dobrého zabezpečení, jak finančního, tak bytového. Každý by měl myslet na to, že až dospěje do vyššího věku, je nutné přizpůsobit bytové podmínky omezeným možnostem, které dříve nebo později postihnou každého seniora. Správný životní styl je v dnešní době velmi důležitý nejen pro dobrou psychiku, ale zároveň i pro lepší zdravotní stav, k čemuž přispívá i prostředí, v němž člověk žije. V neposlední řadě je třeba neopomínat fakt, že i senioři jsou součástí společnosti, kde mohou být stále prospěšnými. Proto se na lepším stáří nepodílí pouze jedinec sám, ale velkou součástí zkvalitnění stáří je i sama společnost, která může ovlivnit činnosti seniorů. Senioři by neměli být vyčleňováni ze společnosti a neměli by být automaticky bráni jako neproduktivní. Jejich aktivní působení jim přináší pocit prospěšnosti, užitečnosti a s jejich životními zkušenostmi může být pozitivním přínosem i celé společnosti.

Sýkorová (2007) je toho názoru, že faktory, které jsou pozitivní a podporují aktivitu seniora ve stáří, mohou být i takové, které souvisejí s nejbližším sociálním okolím a s lidmi, kteří se v něm vyskytují. Rodina hraje velmi důležitou roli, její ochota a vztah se seniorem je nezbytný proto, aby se senior cítil ve svém věku dobře. Rodinní příslušníci a přátelé jsou nedílnou součástí, jak rozvoje osobnosti, tak i pocitu bezpečí a lásky v jakémkoli věku.

2.1. Psychické změny ve stáří

S rostoucím věkem se mění i duševní stránka života jedince. Postupně se snižují kognitivní funkce a zpomaluje se psychomotorické tempo. Obměňují se hodnoty a potřeby, neboť pro staré lidi je stále důležitější pocit citové jistoty, který zabezpečuje především rodina. Dalšími důležitými hodnotami jsou zdraví, soběstačnost a bezpečí. Se stářím přicházejí i emocionální změny, a to zejména výkyvy nálad. Starý člověk může být úzkostný a plný starostí, které mu nedají spát, proto se k tomuto životnímu období pojí i poruchy spánku (Ondrušová, 2011).

Vágnerová (2007) uvádí, že psychické změny jsou biologického a psychosociálního charakteru. Změny, jež jsou podmíněné biologicky, souvisejí se stárnutím člověka. Jedná se o snížení paměti, zpomalení a problémy s pozorností. K psychosociálním změnám se pojí horší adaptace na prostředí. Psychické změny jsou ovlivněny i životním stylem, na který byl člověk během života zvyklý. Kalvach (1997) upozorňuje na značné změny paměti, učení a pozornosti, které souvisejí s celkovým poklesem schopností v důsledku přibývání věku. Starý člověk častěji zapomíná a trvá mu déle, než si něco zapamatuje. S přibývajícím věkem klesá i pozornost. Člověk má sníženou koncentraci, jak při různých činnostech, tak například i v dopravních situacích. Haškovcová (1990) píše, že k psychickým změnám ve stáří patří i strach z neznámého prostředí, při kterém vzniká pocit nejistoty a nedůvěry k cizím věcem i lidem. Souvisí to i s ponižujícím pocitem z požádání o pomoc druhého člověka, neboť senioři mají většinou strach vznést prosbu, ať už se ta prosba týká čehokoli.

Stydí se, neboť se jedná o činnosti, které ještě nedávno byli zvyklí zvládat sami, a proto si připadají více na obtíž. Říčan (2006) dodává, že staří lidé špatně snášejí změny a snižuje se jejich zájem o okolí. Jejich emoční prožívání klesá a stávají se tak mrzutějšími a nešťastnými.

Autoři se vzájemně doplňují a shodují v názorech na psychické změny, které stáří doprovázejí. Všichni poukazují na to, že dochází k takovým změnám, které mohou ovlivnit ve stáří aktivitu a soběstačnost z důvodu rychlého poklesu funkcí.

2.1.1. Psychické syndromy ve stáří

Mezi psychické syndromy ve stáří patří Gerontopsychiatrická trias, zahrnující delirium, depresi a demenci, jak se dočteme u Holmerové a kol. (2003).

• Delirium

Delirium je akutní stav zmatenosti. Holmerová a kol. (2003) uvádějí, že se jedná o krátkodobou poruchu vědomí, která je ale reverzibilní (vratná) a může být způsobena mnoha příčinami. Příčinami mohou být infekce, bolesti, srdeční selhání (příčiny somatogenní) nebo mohou vzniknout v souvislosti s farmaky či náhlou životní změnou (příčiny psychogenní). Delirium se projevuje dezorientací, zmateností, neklidem, poruchami myšlení a paměti, a může docházet i k halucinacím a bludům. Velmi často se delirium zaměňuje s demencí a nevěnuje se mu moc pozornosti. „Tento stav je zapotřebí odlišit od demence. K tomu nepotřebujeme žádné složité diagnostické pomůcky či přístroje. Stačí pečlivá anamnéza a klinické vyšetření. Zjistíme-li, že se tento stav rozvinul během několika hodin či dnů, je jasné, že se nejedná o demenci“ (H. a kol. 2003, s. 47). Není však vyloučeno, že se delirium nevyskytuje u osob s demencí – často jsou tyto nemoci společně doprovázeny.

• Deprese

Deprese je onemocnění, které není vidět, proto je její léčba často přehlížena. Odbornou definici deprese uvádí Dienstbier (2009, s. 113): „Deprese je závažná protrahovaná změna nálady, myšlení, chování, doprovázena somatickými a vegetativními projevy, trvající týdny

až měsíce, jejíž intenzita není klinickou jednotkou, ale představuje heterogenní skupinu onemocnění.“ Podle Holmerové a kol. (2003) počet lidí, kteří trpí depresemi, stále přibývá. Osoby ve vyšším věku se často za své psychické stavy stydí a navštěvují tak lékaře z naprosto jiných důvodů, absolvují mnohá vyšetření, především somatická, proto lékaři na jejich psychickou stránku mnohdy nepomyslí. Avšak právě tyto chvíle jsou ty, kdy by lékaři měli své pacienty důkladně pozorovat, všimnout si, co jim staří lidé říkají a vnímat jejich nálady, neboť to může být jakési volání o pomoc a upozornění, že není všechno v pořádku. Všimnout by si měli především blízcí.

- **Demence**

Demence je onemocnění, které je často spojováno se stářím. Patří mezi nejčastější psychická onemocnění ve stáří. Je to degenerativní onemocnění, které je ireversibilní (nevratné) a způsobuje dezorientaci. Jsou oslabeny všechny emotivní a kognitivní funkce. Dochází k poruchám chování a výrazným změnám v běžných denních aktivitách (Ondrušová, 2011). Stuart-Hamilton (1999, s. 177) uvádí tuto definici: „Výraz demence označuje celkový úpadek psychických funkcí, způsobený atrofií centrálního nervového systému.“ Dienstbier (2009, s. 114) definuje demenci takto: „Demence je skupina chorob, které jsou charakterizovány globální poruchou intelektových schopností jedince se současným narušením několika funkcí jako paměti, řeči, abstraktního myšlení a soudnosti.“ Haškovcová (1990) podotýká, že člověk, který trpí demencí, se projevuje značnou zmateností, dezorientací, postupným zhoršováním paměti. Demence souvisí s vadami řeči, s poruchou psaní a často je doprovázena bludy a halucinacemi atd.

Všichni autoři se v popisu demence shodují. Stuart-Hamilton demenci popisuje více z psychologického hlediska, avšak příznaky a stavy při demenci popisují stejně. Uvádějí, že se jedná o onemocnění, které omezuje soběstačnost a brání v aktivitě.

U demence je velmi důležité zachytit včas první náznaky a zahájit léčbu, aby se stav mozku nezhoršoval. Přesto, že se jedná o nemoc nevléčitelnou, je možné, při včasné prevenci, vývoj zpomalit. „Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba“, jak píše Holmerová a kol (2003, s. 49), kteří dále upozorňují, že Alzheimerova nemoc je v dnešní době velmi rozšířena. Tato nemoc se nejprve projevuje mírně, a to postupným úbytkem krátkodobé paměti, až se začne stav radikálně zhoršovat.

Holmerová a kol. (2003, s. 50) také uvádějí tři stádia demence:

- Počínající a mírná demence – poruchy paměti, koncentrace a chování,
- Středně pokročilá demence – porucha soběstačnosti,
- Pokročilá forma demence – člověk se stává závislým na druhé osobě.

Všechny tyto aspekty rapidně ovlivňují aktivitu ve stáří. Člověk, který trpí některým z těchto onemocnění, je značně znevýhodněn, především v aktivním působení ve společnosti a omezen v nejrůznějších činnostech, neboť se stává nesoběstačným. Je proto důležité brát na seniory, kteří trpí těmito nemocemi, ohled a chovat se tak, aby jim nebylo ublíženo. Nutné však je, aby člověk, trpící demencí, nebyl omezen v aktivitách, které je schopný bezpečně zvládat sám a v rámci denního režimu ho k těmto činnostem pobízet a podporovat.

2.2. Fyzické změny ve stáří

Vedle psychických změn ve stáří přichází i mnoho změn tělesných. U člověka s rostoucím věkem přibývají i somatické obtíže, které spolu vzájemně souvisejí a značně omezují soběstačnost. Celkově slábne zdatnost, odolnost a adaptabilita. Tyto faktory mohou silně ovlivnit aktivitu ve stáří, avšak nemusí tomu vždy takto být. Záleží na tom, jak člověk ke svým problémům bude přistupovat a jakou motivaci bude k aktivitám mít, i přes své tělesné omezení. Dienstbier (2009) uvádí několik fyzických změn ve stáří. U některých seniorů dochází k celkovému úbytku hmotnosti, jiní jsou naopak obézní. Ubývá svalová hmota. Staří lidé se také postupně zmenšují, dělá jim problém chůze do schodů a ze schodů.

Ke stáří se pojí také změna vzhledu člověka – více vrásek, kůže ztrácí svoji pružnost, vlasy řádnou a ztrácí vitalitu. Všechny tyto fyzické změny ve stáří jsou úzce spjaty s psychikou člověka, neboť pro seniora jsou jakékoli změny velmi náročné a stresující.

2.2.1. Smyslové poruchy

Tyto poruchy jsou součástí stáří. Smysly stárnou stejně jako celé tělo. Dessaintová (1999) podotýká, že smyslové orgány spojují okolní svět a mozek, proto jsou nezbytné pro paměť a vzpomínky.

- **Zrak**

Je obecně známo, že zrak postupně slábne s přibývajícím věkem, tato fyziologická porucha se nazývá presbyopie (stařecká vetchozrakost). Dienstbier (2009) upozorňuje na to, že je důležité o svůj zrak pečovat již asi od 40 let.

Dalším častým onemocněním zraku ve stáří je tzv. katarakta (šedý zákal), který je snadno odstranitelný operací, a glaukom (zelený zákal), jedna z nejčastějších příčin slepoty ve stáří. U glaukomu je důležitá prevence, tedy pravidelné návštěvy očního lékaře, který by měl dle nitroočního tlaku zjistit případný vznik zeleného zákalu a včas ho zachytit a léčit, aby nedošlo ke slepotě.

Příčinou praktické slepoty je v dnešní době především věkem podmíněná makulární degenerace. Jedná se o onemocnění žluté skvrny, tzv. makuly, na sítnici, kde jsou nejvíce nahromaděny tyčinky a čípky. Dochází ke ztrátě centrálního vidění až na úroveň praktické slepoty (Ondrušová, 2011).

Všechny poruchy zraku narušují kvalitu života ve stáří, snižují aktivitu člověka, omezují sociální kontakty. Postižený není schopen se sám orientovat v neznámém prostředí, což vyvolává zmatenost, deprese a uzavření se do sebe. Nemůže se účastnit společenských aktivit. Senioři mohou používat kompenzační pomůcky, jako například slepeckou hůl, chodítka apod.

Z praxe jsem poznala, že zpočátku není jednoduché naučit se pohybovat pomocí chodítka či hole, neboť člověk je dezorientovaný v cizím prostředí, a bez doprovodu téměř neschopný dopravit se někam sám. Časem se však začne orientovat a je schopen se samostatně přemísťovat. Konkrétně v domově pro zrakově postižené – Palata, mají senioři možnost zúčastnit se všech aktivit, které domov nabízí, a nejsou tak nijak znevýhodněny, neboť vše je jim přizpůsobeno a mohou se aktivně zapojovat do veškerých činností, které jsou k dispozici.

- Sluch

Sluch stejně jako zrak slábne postupně s vyšším věkem, tato nemoc se nazývá presbyakuze (stárnoucí nedoslýchavost), a jak uvádí Stuart-Hamilton (1999) jedná se o nejrozšířenější ušní fyziologickou poruchu. Projevuje se postupným zhoršováním sluchu, především v oblasti vyšších tónů.

Dalším z častých onemocnění sluchu ve stáří, na které Stuart-Hamilton (1999) upozorňuje, je tzv. tinnitus (ušní šelest), což se projevuje hučením, pískáním či šuměním v uchu. Je to častá příčina depresí, neboť značně narušuje lidskou psychiku. Dochází k problémům v komunikaci s okolím, sociální izolaci a tak, jak tomu je i u zrakových onemocnění, člověk se stává uzavřeným sám do sebe. Kompenzačními pomůckami jsou především sluchadla, která odbourávají komunikační bariéru.

- Ostatní smysly

Jak uvádějí Holmerová a kol. (2003), tak s vyšším věkem se i snižuje chuť k jídlu. Staří lidé proto nemohou a ani by neměli sníst tolik jídla, neboť se jim snižuje metabolismus. Co se týká čichu, tak Dessaintová (1999) podotýká, že se oslabuje i čich. Staří lidé necítí pachy tak, jak by měli, a proto občas zanedbávají hygienu či jsou naopak převoněni.

Všechny smyslové poruchy jsou pro starého člověka velmi nepříjemné, neboť přinášejí mnoho psychosociálních důsledků. Narušují kvalitu života, pocit spokojenosti a duševní zdraví.

Velmi často jsou doprovázeny depresemi a dezorientací, ale omezují i společenské fungování a aktivitu člověka, který má problém s komunikací, ztrácí sociální kontakty a zároveň je omezen v mnoha činnostech, v nichž potřebuje pomoc či doprovod. Jsou ale i takoví senioři, kteří, i přes svůj handicap, jsou schopni žít aktivní život, přistupovat k němu optimisticky a plně si ho užívat.

2.2.2. Nemoci pohybové soustavy

Tyto poruchy jsou jedny z nejčastějších onemocnění ve stáří. Způsobují bolesti, omezení hybnosti a vedou k nesoběstačnosti. Holmerová a kol. (2003) uvádějí, že jednou z nejčastějších nemocí pohybového ústrojí ve stáří je osteoporóza.

Osteoporóza je řídnutí kostí, jedná se o onemocnění, které je degenerativní a ohrožuje nejvíce staré lidi. Vzniká nedostatkem vápníku, vitamínu D a nedostatkem pohybu. Dienstbier (2009) k osteoporóze dodává, že může souviset s různými bolestmi těla. Léčba osteoporózy je velmi náročná, je třeba podávat stravu obsahující vápník, dostatek vitamínů a zároveň se snažit o udržení pohybu. Kromě prevence je často nezbytná i odborná léčba.

Druhým velmi častým onemocněním ve vyšším věku je artróza – degenerativní onemocnění kloubů. Dienstbier (2009) upozorňuje, že se jedná o onemocnění, které je spojeno s nadváhou, proto by si lidé měli již od středního věku dávat pozor na stravu a dbát na správnou výživu, ale samozřejmě je nutný i dostatek pohybu.

Tato onemocnění s sebou nesou i mnoho psychosociálních důsledků. Jsou jimi především poruchy soběstačnosti, izolace od společnosti, ztráta sociálních kontaktů, může dojít až k trvalé invaliditě a člověk se stává odkázaným na vozík. Nemoci pohybové soustavy mohou proto omezit aktivitu ve stáří, avšak i s nimi je možné se částečně vyrovnat a snažit se o psychické trénování a posilování mysli. Člověk, který je na vozíku, není vyloučen z aktivního působení ve společnosti, je sice zčásti nesoběstačný, ale pokud se nachází v ústavním zařízení, má zpravidla možnost se zapojit do společenských akcí, které jsou k dispozici.

2.2.3. Imobilizační syndrom a dekubity

Tento syndrom je zapříčiněn sníženou aktivitou a nehybností. Holmerová a kol. (2003) uvádějí, že v geriatrii je nepříjemná situace, když je člověk upoután na lůžku. S imobilizací rychle ubývá svalová hmota a často dochází k proleženinám (dekubitům). Velmi důležitá je následná péče u pacientů, kteří jsou po operacích. Je třeba s nimi rehabilitovat, provádět nácviky chůze, posazovat je a snažit se o celkovou ergoterapii. Pro prevenci je důležitá hygiena, polohování pacientů a masírování. Holmerová a kol. (2003) upozorňují na to, že by se dekubity neměly vyskytovat tam, kde je péče o pacienty kvalitní.

Imobilní člověk ztrácí kontakt s okolím a je závislý pouze na pečující osobě. Aktivita je v tomto případě značně omezená, lze ji pouze rozvíjet pomocí slov a mimiky. S člověkem, který je imobilní, lze tedy trénovat paměť či reminiscenční terapie, mohou mu být předčítány knihy, může sledovat televizi či poslouchat rádio. Potěšením pro něho jsou návštěvy, rodiny i přátel, které mu mohou den zpříjemnit. Významnou roli v současné době hrají dobrovolníci. Důležitá je trpělivost a vůle, neboť ležící člověk často ztrácí i chuť k životu.

2.2.4. Inkontinence moči

Inkontinence znamená mimovolní únik moči. Značně ovlivňuje kvalitu života nemocného a omezuje ho v aktivitách. Dle Holmerové a kol. (2003) se mnoho lidí, kteří inkontinencí trpí, za svoji nemoc stydí. K inkontinenci dochází při oslabení svalů a u poruch centrální nervové soustavy a demence. Inkontinence s sebou nese mnoho psychosociálních důsledků, jak zdravotních – můžou vznikat infekce a dekubity, tak psychických – pocity studu, ale i ekonomických, neboť léčebné pomůcky jsou finančně náročné.

Inkontinence narušuje hlavně aktivitu. Senioři jsou omezeni při společenských událostech, nechtějí nikam chodit, zúčastňovat se kulturních akcí, navštěvovat cizí místa, neboť vše je doprovázeno sníženou soběstačností a pocity studu. Tím se dostávají do sociální izolace.

Fyzická omezení ve stáří silně narušují společenskou aktivitu. Avšak v dnešní době jsou možnosti aktivit pro seniory natolik rozšířené, že i přes tělesné postižení je možné se do nich bez problémů zapojit. Větší problém vzniká u seniorů, kteří jsou v domácí péči a jsou nesoběstační, neboť tam je docházení do organizací, které umožňují prožívat aktivní stáří, značně omezené. Co se týká institucionální péče, jsou možnosti pro seniory, i pro ty, kteří nejsou zcela soběstační, dostupné; za pomoci personálu se mohou zúčastnit různých terapií a společenských akcí, které domovy pro seniory nabízejí.

3. Aktivní senioři v domácím prostředí

V této kapitole se budu zabývat možnostmi, které jsou nabízeny seniorům aktivním, soběstačným a žijícím ve svých domácnostech. Uvedu příklady některých klubů pro seniory, vzdělávacích kurzů a Univerzity třetího věku. Blíže popíši Klub aktivního stáří na Praze 2, kde jsem absolvovala stáž. Závěrem uvedu i jednu kazuistiku, jež je typickým příkladem aktivního seniora, žijícího ve své domácnosti.

Většina seniorů touží po tom, aby mohla co nejdéle zůstat ve svém domácím prostředí, na něž je zvyklá. Obydlí by si každý měl přizpůsobit vyššímu věku. Je nutné mít zařízený byt tak, aby v něm nebylo příliš mnoho nástrah, které by mohly způsobit úrazy. Život v domácím prostředí ve vyšším věku posiluje soběstačnost, fyzickou kondici a aktivitu. Senioři, kteří žijí ve vlastních domácnostech a jsou soběstační, mají samozřejmě více možností věnovat se aktivitám, které jim přinášejí uspokojení: běžné práci, která souvisí se zabezpečením domácnosti, sportu, procházkám, kultuře, rodině, cestování.

Mnoho autorů se zabývá vztahem starého člověka k víře. Pokud člověk věří (ať už v Boha či v něco jiného), dodává mu to vnitřní sílu. Senioři se pomocí víry lépe vyrovnávají s realitou. Holm (1998) uvádí, že senioři často trpí pocitem osamělosti a méněcennosti, proto vyhledávají nové podněty, ve kterých by se mohli angažovat. Podle jeho slov „u starých lidí často vzrůstá religiozita“ (Holm, 1998, s. 95). Církev se tedy stává institucí, jež je pro ně oporou. Bohoslužby a církevní aktivity jsou pro starého člověka novou náplní každodenního života. Vágnerová (2007) je téhož názoru jako Holm a doplňuje: „Ve stáří, kdy se mnohé životní hodnoty ztrácejí, je jistota Boží existence důležitá, protože je jistotou zakotvení, které není vázáno jen na dobu tělesného života“ (Vágnerová, 2007, s. 428).

Působení člověka v církvi podporuje jeho tělesnou i duševní aktivitu, neboť je zaměstnán. Netrpí pocitem osamělosti, v církvi je přijímán. Věnuje se činnosti, která ho naplňuje, a do níž investuje svůj volný čas.

Pravidelně dochází na bohoslužby a na společenské aktivity, které církev pořádá. Má možnost se angažovat v charitě a pomáhat nemocným ve farnosti. Zároveň člověk pozná i mnoho nových přátel, s nimiž tráví společné chvíle a sdílí své pocity. Říčan (2006, s. 358) dodává: „Víra může harmonizovat vztahy geronta k jeho nejbližším, může prohlubovat porozumění pro jejich problémy i selhání a zvyšovat sociální hodnotu starého člověka pro jeho okolí.“ Senior, který se naučil vnímat víru, je schopný prožívat život, který je pozitivní, neboť je více vyrovnaný a proto i tělem a duchem aktivní.

3.1. Vybrané organizace pro aktivní seniory

Pro seniory, kteří žijí doma a jsou soběstační a aktivní, je náplň každodenního života velmi důležitá. Nabídka služeb je poměrně široká a seniorských spolků a klubů je stále více. Jak již bylo řečeno, rok 2012 je Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity, proto by i cílem všech organizací, které umožňují prožívat stáří aktivně, mělo být toto očekávání naplnit. Následně uvádím konkrétní kluby pro seniory, jejichž činnost je rozmanitá, pro staré lidi zajímavá a já jsem je mohla blíže poznat.

3.1.1 Středisko sociálních služeb Praha 1 – Kluby seniorů

Středisko sociálních služeb Praha 1 má hned tři kluby pro aktivní seniory, kteří nechtějí sedět doma, mají rádi společnost, mají zájem o kulturní akce a jezdí rádi na výlety. Programy v těchto klubech se rozdělují do několika skupin. Jsou to *zájmové aktivity*, do nichž spadá výtvarný ateliér, taneční kroužek, který potěší především milovníky country hudby. Paní Tařána Medvecká je patronkou klubu poezie v divadle Viola, kde se pořádají recitační vystoupení. Dalším je bridžový klub, konající se jednou týdně. Dvakrát do roka dokonce probíhají módní přehlídky, které jsou velmi oblíbené. Ve všech klubech je možné hrát společenské hry a povídat si u šálku čaje či kávy. Dalším programem jsou *vzdělávací aktivity*, jež zahrnují jazykové kroužky, trénování paměti, cestopisné přednášky, kurzy na počítačích, které trvají celkem 10 týdnů a absolventi na konci kurzu získají osvědčení.

Kurzy jsou často využívány, neboť senioři si dopisují se svými známými či s rodinou prostřednictvím emailů. Třetí skupinou jsou *sportovní a relaxační aktivity*, nabízející kondiční cvičení na židlích, cvičení TAI CHI (přizpůsobeno seniorskému věku). Pod názvem „Senior tým Praha 1“ se představuje klub pétanque, který se pravidelně zúčastňuje turnajů po celé České republice. Turistické výlety po památkách a do přírody, tuzemské i zahraniční, jsou také v oblibě. Senioři mají možnost docházet zdarma do bazénu AXA. Čtvrtá skupina nese název *kulturně společenské aktivity* a zahrnuje koncerty vážné hudby, návštěvy divadel a výstav. Dále je v jednom ze tří klubů každé úterý odpoledne „Pánský klub“, kam docházejí pouze páni, kteří mají chuť trávit čas s vrstevníky a společně probírat podobná témata (Středisko sociálních služeb Praha 1, 2012).

3.1.2. Klub Remedium

Klub Remedium se nachází na Praze 3 a je otevřen každý všední den. Tento klub nabízí seniorům kontakt s vrstevníky a společenské a kulturní aktivity. Podporuje soběstačnost a samostatnost seniorů. Nabídka je široká: cvičení na židlích s prvky jógy, trénování paměti, muzikoterapie, ruční práce, společenské hry, mozkový jogging, terapeutická poradna, pánský klub a probíhají zde i společenská odpoledne při kávě a čaji. Klub pořádá výlety za historickými památkami. Senioři mohou využít počítačové, internetové, fotografické, jazykové a taneční kurzy. Počítačové kurzy jsou nejvíce navštěvovány. Součástí klubu Remedium je i divadelní spolek Proměna, jehož hlavním cílem je prožívat veselé chvíle a heslem divadla je zapomenout na životní trable a užívat si své stáří. V divadelním spolku je 10 herců v seniorském věku (Klub Remedium, 2012).

Obrázek 1: Divadelní spolek Proměna



Zdroj: Klub Remedium, 2012

3.1.3. Klub aktivního stáří Praha 2

Klub aktivního stáří provozuje Centrum sociálních služeb na Praze 2 v Záhřebské ulici. Je otevřen každý všední den od 10 do 17 hodin. Klub je pro všechny seniory, kteří nechtějí trávit volné chvíle doma, a mají chuť prožívat své dny aktivně. Do Klubu docházejí senioři z domu pečovatelských služeb, který se nachází ve stejné budově, a senioři, bydlící ve vlastních domácnostech (pravidelně se schází kolem 12 seniorek). Program vede jedna pracovnice. Atmosféra v Klubu je přátelská, neboť většina seniorek do Klubu dochází více než rok, takže se všechny dobře znají. Program Klubu je bohatý a nabízí mnoho aktivit. V pondělí dopoledne je cvičení s šátky a jóga, odpoledne se hrají společenské hry nebo jsou na programu ruční práce, zvláště v období svátků, kdy se vyrábí tematické věci. V úterý probíhá muzikoterapie za doprovodu klavíru, odpoledne jsou opět ruční práce. Ve středu je nejprve tzv. Hatha jóga, která spočívá v hloubkových meditacích a uvolnění celého těla, a po ní následuje cvičení na židlích. Odpoledne probíhá trénink paměti. Čtvrteční dopoledne je pojato volněji a seniorky si povídají u kávy či čaje nebo tráví svůj čas u počítačů. Odpoledne je věnováno šachům, na které pravidelně docházejí i muži. Páteční den je určen promítání filmů, čtení knih či návštěvám kulturních akcí. Nově v Klubu probíhá každou sobotu jazykový kurz angličtiny pro začátečníky a má velký ohlas. Klub má i doprovodné akce, jimiž jsou turnaje ve stolním tenise, aromaterapie, kurzy klasického tance, vaření, pletení apod.

Seniorky, které do Klubu docházejí, jsou myslí, tělem i duchem stále aktivní. Starají se o svoji vizáž, zajímají se o nové trendy doma i ve světě a nepřestávají se učit novým věcem. Na počítačích hrají karty, vyhledávají si zajímavosti na internetu, mají přehled o kulturních akcích a výstavách, které v Praze právě probíhají. Chodí společně do divadel, do kin a na veletrhy. Podle jejich slov mají nejraději veletrhy gurmánské, kde si prý vždy dobře pochutnají na moderních pokrmech. Veškeré aktivity, které v Klubu probíhají, mají svižné tempo, neboť seniorky jsou bystré a rychlé.

Musím přiznat, že jsem byla mile překvapena, jak krásně může člověk vypadat v seniorském věku, pokud o sebe pečuje, a jak dokáže bystře a rychle reagovat, když si stále procvičuje svůj mozek.

3.2. Univerzita třetího věku

Na vzdělání má nárok každý bez ohledu na věk. Vzdělávání u seniorů se stává aktuálním tématem a jednou z neznámějších metod procvičování mozku. Pro seniory se vzdělávání stává něčím, co je vnitřně naplňuje, a co je zaměstnává. U Šiklové (2003) se dočteme, že vzdělání ve vyšším věku dodává pocit sebedůvěry a většího uznání od lidí. Uvádí, že čím více se člověk učí a poznává, tím si prodlužuje život a pomaleji stárne.

Univerzita třetího věku byla založena v roce 1973 ve Francii na Fakultě sociálních věd v Toulouse. Brzy na to se rozšířila do celého světa. V České republice je Univerzita třetího věku (dále jen U3V) součástí koncepce celoživotního vzdělávání na vysokých školách. Cílem U3V je umožnit seniorům, aby se i nadále vzdělávali na univerzitní úrovni v oborech, které je zajímají. Univerzita Karlova v Praze umožňuje tento typ vzdělání občanům, kteří dosáhli seniorského věku. Po absolvování kurzu se slavnostně předává osvědčení v aule Karolina. Na Univerzitě Karlově si mohou senioři zvolit své studium na několika fakultách; výběr kurzů je široký. Některé fakulty, například Husitská teologická či Fakulta humanitních studií, nabízejí společné přednášky se studenty akreditovaných oborů (Univerzita Karlova v Praze, 2012).

Existuje také Asociace Univerzit třetího věku, nabízející vzdělání lidem vyššího věku. Založena byla v roce 1993 a jedná se o neziskové sdružení dobrovolníků, zajímajících se o vzdělávání seniorů. Poskytují informace zájemcům a komunikují s evropskými organizacemi (Asociace univerzit třetího věku, 2012). Vzdělávací portál e-senior, spolupracující s Asociací Univerzit třetího věku, vznikl pro seniory, kteří se nemohou zúčastňovat výuky na vysokých školách. Mohou to být lidé, kteří mají problém s dojížděním do větších měst nebo jsou imobilní. Jedná se o virtuální U3V založené na internetovém vzdělávání a e-learningových programech. Rozvíjí počítačovou gramotnost u osob vyššího věku.

Pozitivem této formy vzdělávání je to, že se látka dá opakovat, což mnozí staří lidé uvítají (oproti klasickým přednáškám na univerzitách, kde se ke slovnímu výkladu málokdy vrací). Negativem však může být to, že se výuka dá realizovat pouze prostřednictvím internetu a počítače, který ne všichni vlastní (e-senior, 2012).

Univerzity třetího věku vznikly proto, aby staří lidé měli možnost své dny naplnit něčím, co je bude bavit, aby mohli rozvíjet své vzdělání. Mnoho seniorů bývá ve stáří osamělých, proto U3V umožňuje společensky a aktivně žít. Všední dny se tak stávají pestřejšími a bohatšími. Jedná se o jeden z aktivních přístupů k životu ve stáří. Tošnerová a Holmerová se však shodují v tom, že vzdělávání ve formě U3V je pasivní, neboť nejsou zapojeny všechny části těla. Senioři na kurzech nic netvoří a nerozvíjejí se. Trénují pouze mozek, a to pasivní formou - ve stáří je třeba procvičovat celé tělo. Ani jedna z odbornic netvrdí, že to není dobrá náplň času v seniorském věku, ale podle jejich názoru je třeba ho doplnit o pohybové a duchovní aktivity. Dodávají, že nejlepší aktivitou na prodloužení zdravého života je co nejdéle pracovat (Pořad Tah dámou, 2012).

Níže uvádím kazuistiku pána, který je ukázkovým aktivním seniorem.

3.3. Kazuistika č. 1

Pan M., 82 let, žije ve vlastním bytě s manželkou na Praze 4

Rodinná a sociální anamnéza:

Pan M. se narodil v roce 1928 v Čenkově, jeho matka se narodila v roce 1905 v Příbrami a otec v roce 1902 v Čenkově. Pan M. má sestru, která je o tři roky starší, žije se svou rodinou v Příbrami a pravidelně se navštěvují.

Pan M. vystudoval reálné gymnázium a pracoval jako ředitel silnic a dálnic pro Středočeský kraj. Práci věnoval mnoho času a byla pro něho i koníčkem. Žije se svou manželkou, které je 76 let, ve vlastním bytě na Jižním městě v Praze a mají jednoho syna, kterému je 51 let.

S manželkou žijí v harmonickém vztahu již 57 let. Mají jednoho vnuka, o kterého se rádi starají. Během svého života byl pan M. vytížen prací, ale vždy si našel čas na rodinu, procházky, výlety, četbu či koncerty vážné hudby.

Současná situace:

Pan M. netrpí žádnou vážnou nemocí, proto může své dny trávit aktivně. Žije zdravě a má dostatek pohybu. V jakémkoli ročním období chodí denně na dlouhé procházky po Praze, takže zná dobře její historické památky. Navštěvuje koncerty vážné hudby a operu, neboť tento druh kultury je mu nejbližší. Jezdí i rád do přírody, kde nachodí mnoho kilometrů. Ve svých 82 letech řídí stále bezproblémově auto. Téměř každý víkend jezdí s manželkou na chalupu nedaleko Jinců, kde žije jeho švagrová, se kterou se pravidelně navštěvují. Sám se stará o údržbu chalupy, o rozlehlou zahradu, kterou sám poseká. Není nikdy unaven, protože vše vykonává s chutí a radostí, práce na zahradě je navíc jeho koníčkem. O víkendech na chalupě chodí dopoledne na několikahodinové procházky do Brdských lesů a objevuje nová místa. Před týdnem si zaplatil tříměsíční počítačový kurz, kde již absolvoval dvě lekce a je jím nadšený.

Poznala jsem již mnoho seniorů, ale nikdo z nich nepřistupoval ke svému životu tak kladně, jako pan M. Je vidět, že žije rád, neboť z něho vyzařuje optimismus a pohoda.

Na závěr kapitoly o možnostech aktivit pro staré lidi bych si dovolila použít citaci, která se hodí jak k celé kapitole, tak především k panu M. „Ježíš nás ve svém kázání stále nabádá, abychom bděli a opravdu žili – ne někdy, nýbrž právě teď. Máme totiž jen tento život, a ten bychom neměli zaspát. Žijeme vždy teď: neměli bychom si prostě žít jen tak, jenom nějak živořit, nýbrž jít světem s otevřenýma očima a vědomě do toho světa vyrývat svou životní stopu“ (Grün 2010, str. 9).

4. Aktivní senioři v institucionální péči

V této kapitole bych chtěla čerpat ze své praxe v domovech pro seniory, na kterou jsem během studia docházela, a při níž jsem poznala mnoho aktivních seniorů, kterým ani přes jejich vysoký věk nechybí elán a život si stále užívají natolik, že jsou, podle jejich slov, stále spokojeni.

V zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách je psáno, že domovy důchodců a domovy s pečovatelskou službou, jak byly dříve nazývány, se nyní společně zařazují do kategorie pod jednotný název *domovy pro seniory*, avšak to neznámá, že domovy s pečovatelskou službou již neexistují – jde pouze o zobecnění názvu zařízení.

Matoušek (2010) uvádí, že jsou dva typy rezidenčních zařízení pro staré lidi. Jedná se o léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) a o domovy pro seniory. Pobyt v LDN je hrazen zdravotní pojišťovnou. Domovy pro seniory mohou být buď státního sektoru, či soukromé. Matoušek (2010, s. 178) dále uvádí, že jsou tři typy rezidenční péče, a to:

1. **Domovy – penziony pro důchodce** – tyto domovy slouží seniorům, kteří jsou zdraví a soběstační. Mají vlastní byt, ve kterém mají svůj nábytek a mohou si zaplatit některou z nabízených služeb, jako například stravování či praní apod.
2. **Domovy s pečovatelskou službou** – jedná se také o byty v pronájmu, ve kterých se poskytují sociální služby. Každý den musí být přítomen někdo z pečovatelské služby, který pomáhá seniorům s běžným chodem v domácnosti nebo s aktivitami denního chodu.
3. **Domovy důchodců** – nabízí trvalé ubytování seniorům, jde o klasickou formu institucionální péče. Senioři mají možnost navštěvovat mnoho aktivit, které domovy nabízejí (rehabilitace, péče o domácnost apod).

Každý senior vnímá svůj přesun do domova jinak. Někteří reagují pozitivně a vidí v něm optimální řešení situace, ve které se nacházejí: například nejsou-li zcela soběstační a není nikdo z rodiny, kdo by se o ně mohl starat nebo jsou naopak osamělí a touží po sociálním kontaktu s okolím. Jiní senioři reagují negativně a vnímají novou situaci tak, že je rodina odložila a nechtěla se o ně již dále starat, domov se pro ně stává vězením, ze kterého se už nedostanou, a v němž pravděpodobně zemřou.

S institucionální péčí proto také souvisí tzv. úskalí institucionální péče: *Syndrom poslední štace* představuje domněnku, že se senior stěhuje do zařízení, kde i zemře, a kde ho již nic dobrého nečeká.

Adaptační krize, při níž dochází k nesnášenlivosti cizího prostředí: ne každý si na cizí prostředí zvyká lehce a senioři jsou na tom ještě hůře, neboť je doprovází smutek a osamělost. Adaptace v cizím prostředí u osob vyššího věku může trvat až 6 měsíců.

Ztráta intimity s sebou nese fakt, že si senior bude muset zvykat na jiné osoby, se kterými bude sdílet stejný pokoj, čili se značně naruší jeho soukromí.

Dříve do úskalí institucionální péče patřila *Ping-pongová strategie* – označení pro situaci, kdy si různá zdravotnická zařízení předávají pacienty. Zde došlo k pozitivnímu posunu, a to zásluhou Dr. Motejla, který se v posledních dnech svého úřadu zasadil o to, že nemocní senioři již překládání nejsou a zůstávají na stejném oddělení (Ondrušová, 2010).

Je důležité, aby přesun do institucionálního zařízení byl předem dobře naplánován, aby senior věděl, co ho v zařízení očekává, znal chod domova, prostředí a měl veškeré informace o instituci. Senior by se měl sám dobrovolně rozhodnout pro dané zařízení - pokud je toho schopný. Před nástupem do domova by měl sdělit sociálnímu pracovníkovi své zájmy, oblíbené činnosti, každodenní zvyky, případně jakou víru vyznává. Ze strany domova by vše sdělené mělo být respektováno.

V domovech pro seniory je vždy trochu odlišný režim. Většinou tomu bývá tak, že je domov rozdělen na několik oddělení, každé oddělení je zaměřeno na jiné klienty – nejspíše nejméně, vyžadující vyšší míru ošetrovatelské péče apod. Oddělení má většinou na starosti vrchní sestra, dále jsou na oddělení zdravotní sestry, aktivizační a sociální pracovníci a pečovatelky.

Matoušek (2010, s. 180) popisuje práci sociálního pracovníka v domovech. V dnešní době je tomu většinou tak, že se sociální pracovník v domově stará o administrativní práci – zajišťuje důchody, dávky, vyřizuje žádosti klientů a právní věci. Vyřizuje seniorům potřebné náležitosti k pobytu, je v kontaktu s rodinou klienta a pravidelně s ní komunikuje, neboť práce s rodinou je důležitá, a měla by být součástí léčby či terapie. Ne vždy však má rodina zájem spolupracovat. Sociální pracovník by měl dále sestavovat plán domova – terapie, aktivity, společenské akce, vzdělávací programy. Dále se stará o dobrovolnickou činnost v domově a o její podporu. Měl by se vždy řídit etickým kodexem sociální práce a dohlížet na dodržování lidských práv. V neposlední řadě se sociální pracovník stará i o své zaměstnance, kterým umožňuje pravidelné supervize, vzdělávací programy a měl by provádět průzkumy spokojenosti jak klientů, tak zaměstnanců. Sociální pracovník je jedním z nejdůležitějších a nejzodpovědnějších osob domova. Po nástupu seniora do domova se sociální pracovník podílí také – ve spolupráci s klientem - na individuálním adaptačním plánu. Matoušek (2010) uvádí, že tento plán je důležitý pro lepší adaptaci na nové prostředí. Seniorovi by měly být v prostředí sděleny znovu veškeré informace o domově, měl by mu být předán denní program podle jeho zájmů s cílem o snahu nenarušit kvalitu jeho života v instituci. Individuální plán proto stojí především na potřebách seniora a měl by být uplatňován.

4.1. Domov pro zrakově postižené – Palata

Obrázek 2: Domov pro zrakově postižené - Palata.



Zdroj: Palata, 2012

Domov Palata slouží lidem se zrakovým postižením, kteří nejsou již zcela samostatní, a rozhodli se pro přesun do tohoto zařízení. Nachází se zde i senioři, kteří mají problém se sluchem, jsou na vozíčku či zcela ležící. Palata se nachází Na Hřebenkách na Praze 5, zřizovatelem domova je Hlavní město Praha a slouží jako příspěvková organizace. V Palatě se nachází 138 lůžek a celkový počet zaměstnanců činí 101 osob.

Historie Palaty je velmi rozmanitá, sahá až do let 1888, kdy bylo rozhodnuto, že by se mělo zřídit zařízení pro slepce, proto tedy mezi léty 1892-93 vyrostla na pražském Smíchově novorenesanční budova, kterou postavil architekt Alois Elhenický. Tato instituce byla oficiálně otevřena 25. listopadu 1893. Počet klientů v domově se před první světovou válkou vyšplhal až skoro ke stovce, avšak finance za války začaly ubývat a Palata nemohla přijímat další klienty a jejich počet musel být snížen. K celkovému zlepšení stavu dochází až ve 20. letech 20. století, kdy do Palaty přicházejí sestry dominikánky, které se začaly podílet na novém Domácím řádu. S příchodem 2. světové války však dochází k vyhnání nevidomých z Palaty, budova musela být zcela vyklizena a byla použita jako útulek německých vychovatelů. Po skončení války se na Palatu mohli vrátit zpět zaměstnanci i nevidomí, kteří do té doby pobývali v náhradním objektu v Krči.

Po roce 1989 proběhla rozsáhlá rekonstrukce a modernizace budovy, která byla dokončena koncem 90. let. Nyní patří Palata k jednomu z nejmodernějších sociálních zařízení v České republice (Palata, 2012).

Budova Palaty je bezbariérová, má tři patra a jedno podzemí. Je rozdělena na čtyři oddělení – A, B, C, kde je více než polovina pacientů soběstačná, jsou zde ale také pacienti, kteří jsou pouze ležící a nesoběstační a vyžadují celodenní péči. Čtvrtým oddělením je D, kde jsou pouze pacienti, kteří trpí demencí; jedná se o pacienty ležící nebo ty, kteří mohou docházet za pomoci personálu do denního stacionáře, který je k dispozici pouze jim. Pokoje v Palatě jsou jedno, dvou a třílůžkové. K dispozici pacientům jsou: obchod s potravinami, kužárna, místnosti na ruční práce a muzikoterapii, jídelna, společenská místnost, kde se konají mj. i bohoslužby, dále místnost na reminiscenční terapii a na trénování paměti, kulturní klub, pedikúra, kadeřnictví a rehabilitační komplex s tělocvičnou, masážním a vodoléčebným úsekem s polohovacími vanami. Mezi jídelnou a společenskou místností jsou tři klece s andulkami. Andulky plní orientační úlohu. V celé budově jsou tři prostorné výtahy s hlasovým doprovodem. Palata je zařízení, v porovnání s ostatními domovy pro seniory, trochu specifické. Jsou v něm ubytováni lidé, kteří jsou omezeni v různých činnostech, přesto se dá říci, že jde o instituci, ve které je – i přes postižení klientů – mnoho možností, jak seniory dále aktivizovat a jak je motivovat ke spokojenému životu. Palata je reálným příkladem toho, že stáří může aktivně prožívat i člověk, kterému již neslouží všechny smyslové orgány.

Po nástupu do prvního ročníku oboru Sociální a charitativní práce na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy jsem byla přesvědčena, že chci v budoucnu pracovat s handicapovanými osobami, proto jsem nejprve, během zimního semestru, docházela na praxi do Asistence, o. s. v Jedličkově ústavu. V letním semestru jsem však cítila potřebu vyzkoušet si práci s jinou společenskou skupinou a zkusila jsem proto oslovit zástupkyni ředitele v Palatě s tím, zda bych mohla docházet na praxi k nim. Od té doby jsem téměř celé dva roky navštěvovala toto zařízení s nadšením, protože jsem díky němu zjistila, že tou skupinou lidí, se kterými bych chtěla v budoucnu pracovat, nejsou handicapovaní, ale jsou jimi právě senioři.

První den mého nástupu do Palaty mě sociální pracovnice provedla domovem a seznámila s jeho chodem. Musela jsem si nastudovat standardy domova a pročíst si Etický kodex sociální práce. K lidem, kteří trpí zrakovým postižením, se musí přistupovat zcela odlišně, než k lidem, kteří vidí. Je důležité vnímat druhého člověka a především s ním komunikovat o všem, co se okolo něj děje a o tom, co máme v úmyslu s ním dělat. Musí se stále myslet na to, že jeho smysly jsou omezené a snažit se ho i přesto nevyčleňovat do ústraní. U lidí se zrakovým postižením je důležité popisovat všechno, co my vidíme a co nám již přijde nepodstatné, běžné, neboť oni nevidí a mají právo vědět, co se kde nachází, jak kdo vypadá či jakou má co barvu. Na praxi jsem poznala, že je také podstatné chválit druhého, což potěší každého a člověka, kterému neslouží všechny smysly, potěší chvála ještě více – jsou to malé radosti, které seniorovi zpříjemňují den.

Bylo mi přiděleno několik klientů, z toho tři z nich byli senioři, se kterými jsem se po celou dobu pravidelně stýkala. Měla jsem štěstí, neboť se jednalo o seniory velmi aktivní, kteří navštěvovali téměř všechny společenské události a terapie, takže jsem měla i možnost poznat veškeré terapie, které jsou nabízeny. V Palatě je mnoho výborných pracovníků, kteří každý den se seniory pracují, rehabilitují s nimi a snaží se jim vnést do života v domově optimismus a motivaci k různým činnostem. V zařízení je stanoven pevný týdenní režim a každý den probíhají jiné aktivity.

Výčet terapií je velký, neboť - jak mi bylo sděleno od sociální pracovnice - zaměstnanci domova se snaží, aby se každý senior mohl účastnit co nejvíce aktivit, kterými si jednak zpříjemňuje dny a navíc si i zlepšuje svůj stav každodenním zapojováním mysli. Pro rozvoj aktivity, pro lepší naladění a zpříjemnění dne, pro zlepšení kognitivních funkcí a pro celkový rozvoj seniorů nabízí Palata tyto terapie:

- muzikoterapii,
- pracovní terapii,
- rekondiční cvičení,
- trénování paměti,
- caniserapii,

- arteterapii,
- aromaterapii,
- reminiscenční terapii,
- taneční terapii,
- kulturní a literární klub,
- adaptační skupinu.

Jednou z nejoblíbenějších terapií v Palatě je *muzikoterapie*, která probíhá každé úterý a čtvrtek. Na muzikoterapii dochází z pravidla vždy kolem deseti seniorů a vedou ji dvě aktivizační pracovnice. Většinou se začíná tak, že jedna z pracovnic všechny přivítá, sdělí, kteří senioři se na muzikoterapii nacházejí, aby ostatní věděli, kdo je po jejich boku. Začíná se obvykle hymnou Palaty, kterou složil jeden z klientů. Dále se provádí dechová cvičení a následují různé lidové písně. Zpívají se i písně na přání. V druhé polovině terapie se každému rozdají hudební nástroje a zpěv je doprovázen hraním na ně. Muzikoterapie je důležitá na trénování paměti, pomocí hudby jsou navozeny zážitky, prostřednictvím kterých jsou klienti naladění do příjemnějšího stavu, a v neposlední řadě zlepšuje kognitivní funkce. Po muzikoterapii jsou vždy klienti veselejší, komunikativnější a jsou plni optimismu a radosti.

Druhou nejoblíbenější terapií je podle mého názoru *kulturní a literární klub*, neboť na této dvouhodinové terapii je vždy plná místnost klientů a všichni se těší na další hodinu. Kulturní a literární klub je především o seniorech, kteří si sami vymýšlejí program a navrhnou téma hodiny. Vybírají si převážně české spisovatele, hudebníky, prezidenty apod. Je až neskutečné, co všechno se člověk od účastníků na této terapii dozví, musím říci, že mě vzpomínky, zážitky a informace o známých osobnostech, které již nežijí, velmi obohatily. Aktivně se zapojí i osoby, které na jiných terapiích nejsou příliš sdílné. Společná konverzace o lidech, které všichni dobře znají, přináší mnoho zajímavých momentů a senioři si jednak rozvíjejí svou paměť prostřednictvím vzpomínek, ale také se vzájemně obohacují o nové informace.

Každý se může zapojit a sdělit ostatním své zkušenosti či poznatky k danému tématu. Jsou i tací, kteří si s nadšením sami na další hodinu připraví program, jež následně prezentují ostatním účastníkům.

Reminiscenční terapie je práce se vzpomínkami, proto je občas pro některé klienty těžké zúčastňovat se této terapie, neboť ne všechny vzpomínky, které si člověk vybaví, jsou příjemné. Se vzpomínkami se pracuje chronologicky od dětství. Jsou využívány různé předměty, aby si klienti dané situace lépe vybavovali. Aktivizační pracovníce se snaží, aby každou hodinu byla témata obměňována, proto se mezi chronologický postup vzpomínek zařazují i témata, týkající se přátel klientů či se hovoří o cestování. Reminiscence slouží zdravým seniorům jako prevence a u krátkodobých poruch paměti se stává prostředkem k psychické aktivizaci. Tato terapie celkově zlepšuje psychickou a fyzickou pohodu klientů (Krahulcová, 2011). Reminiscence rozvíjí aktivitu osob vyššího věku, neboť zapojuje kognitivní funkce a rozvíjí kreativitu.

Trénování paměti je terapie, kde se zaměštnává především mozek. Posilování činnosti mozku slouží jako prevence proti demencím. Aktivním zapojením při trénování paměti se zvyšuje klientova sebedůvěra a soutěživost, protože i senioři mají chuť vyniknout mezi ostatními a předvést se. Na této terapii se posiluje dlouhodobá a krátkodobá paměť, ale i paměť sluchová, neboť se cvičí i s hudbou a mluveným slovem. Terapii vede aktivizační pracovníce a psycholožka. Vymýšlejí zábavné hry a cvičení, u kterých se musí zapojit kognitivní funkce tak, aby senioři posilovali svoji mysl. Klienti se většinou na tuto terapii těší, neboť jsou rádi, že si procvičují mozek zábavnou formou a každou další hodinou mají pocit, že se zlepšují.

Pro podporu aktivity a zapojení seniorů do různých činností nabízí Palata každý týden *pracovní terapii*, kde se vyrábějí předměty z hlíny, papíru, plastu nebo se na této terapii společně vaří. Procvičuje se zde jemná motorika a senioři mají možnost vyzkoušet si, jak jsou v těchto činnostech úspěšní. Pomáhají jim dvě až tři aktivizační pracovníce.

Jejich výrobky jsou následně rozmístěny v budově Palaty a každoročně se prodávají na Vyšehradě v rámci akce chráněných dílen, kterou pořádá nadace Jedličkova ústavu.

Na procvičení hrubé motoriky jsou pravidelná *rekondiční a rehabilitační cvičení* s fyzioterapeutkami. Tato cvičení se zaměřují převážně na nácviky chůze a jízdu na rotopedu a podporují fyzickou aktivitu seniorů. Nejsou sice zcela oblíbená, neboť jsou pro některé seniory náročná, ale jsou nezbytná ke zlepšení jejich fyzického stavu.

Nepravidelnou, ale ze strany klientů velmi oblíbenou aktivitou, je *taneční terapie*, která probíhá jednou za měsíc a pravidelně ji vede Petr Veleta, který se taneční terapii se seniory věnuje již několik let. Pan Veleta pojímá pohybové terapie velmi zábavnou formou a je schopný do nich zapojit všechny seniory, dokonce i ty, kteří jsou na vozíčku a mají těžká postižení. Není proto divu, že tento program, který využívá několik domovů pro seniory, patří k těm nejoblíbenějším. Senioři pookřejí, mají radost z tance a i poslechu hudby, kterou mají rádi, a na kterou v mládí tancovali. Vždy jsou po této terapii velmi příjemně naladěni, spokojeni a je vidět, že jsou plni optimismu.

Palata má také velmi rozmanitý kulturní program, neboť spolupracuje s mnoha divadelními, hudebními a uměleckými spolky. Každý měsíc je nabitý společenskými akcemi. Nejzajímavější událostí je pravidelné *divadlo jednoho herce*, jež se pořádá ve spolupráci s jedním klientem Palaty, který píše všechny texty her, a který i tento společenský program v Palatě vymyslel. Většina klientů z Palaty divadlo pravidelně navštěvuje, nejen proto, že se jedná o výjimečný kulturní zážitek, ale také proto, že všichni obdivují pana V., který i ve svých 90letech je schopný vymýšlet nové divadelní hry, i když má poškozený zrak.

Do Palaty také často docházejí koncertovat hudebníci či děti z pěveckých souborů, pořádají se besedy, setkání se zajímavými osobnostmi a pravidelně se oslavují jubilea klientů. Palata umožňuje i aktivity mimo domov, a to především návštěvy divadel, společné výlety, návštěvy koncertů či hmatatelných výstav. Každý měsíc vychází zpravodaj, na kterém se podílejí hlavně klienti, kteří přispívají svými poznatky a nápady.

Ve zpravodaji se nachází poezie, příběhy, aktuality a je navíc doplněn mnoha fotografiemi, které jsou vyfotografovány během společenských událostí či během terapií. Zaměstnanci jsou samozřejmě při tvorbě zpravodaje seniorům k dispozici.

Bohatým programem, který Palata nabízí, podporuje aktivitu seniorů a snaží se o jejich zapojování do všech činností. Vzhledem k tomu, že si každý klient v Palatě může vytvořit svůj týdenní plán, kde si i stanoví terapie, na které bude pravidelně docházet, je umožněno všem dělat to, co je baví a rozvíjet kognitivní funkce v různých odvětvích. Cílem zaměstnanců je zapojení každé osoby v zařízení do některé z uvedených terapií s tím, že se zohledňuje zrakové a tělesné postižení pacientů. Na všechny terapie mohou s asistencí docházet i vozičkáři. Jsou ale i senioři, kteří i přes to, že jsou na vozíku, či chodí s chodítkem, se dopravují po celém domově zcela sami.

V Palatě jsem se pravidelně setkávala se stejnými klienty, proto mohu uvést příklady dvou kazuistik seniorů, kteří, i přes svůj vysoký věk a postižení, jsou velmi aktivní a mají stále chuť do života.

4.1.1. Kazuistika č. 2

Pan V., 90 let, Domov pro zrakově postižené Palata, jednolůžkový pokoj

Rodinná a sociální anamnéza:

Pan V. se narodil roku 1921 v Itálii, kde jeho otec (narozen v roce 1890) pracoval v loděnicích jako strojní inženýr. Matka pana V. se narodila v roce 1895 a byla v domácnosti. V roce 1924 se přestěhovali do své vlasti, do Československa. S rodinou žil v Rožmitále pod Třemšínem. Pan V. vystudoval reálné gymnázium Jana Nerudy na Malé Straně v Praze. Měl dva bratry, se kterými měl výborný vztah. Oba bratři již nežijí. Rodina měla vždy velmi dobré vztahy, a žila dlouho společně.

Povoláním je pan V. komerční inženýr. Pracoval v zahraničním obchodě. Pan V. se po celý svůj život věnoval básním a psaním knih, kterých vydal několik.

Na svých služebních cestách do zahraničí získal mnoho známých a naučil se jazyk Esperanto. Pan V. měl čtyři děti. Jeden syn již nežije, dcera s rodinou žije již několik let v Austrálii, ale pana V. jezdí dvakrát za rok navštěvovat. Jeho druhá dcera bydlí s rodinou v Praze a za panem V. chodí každý týden. Má dvě děti, které dostudovaly vysokou školu, pan V. byl na jejich promoci a je na ně velmi pyšný. Nejmladší syn žije s rodinou na Moravě, ale třikrát do měsíce za panem V. vždy někdo z jeho rodiny dojíždí. Se svými dětmi i vnoučaty vychází velmi dobře, což je znatelné i z návštěvy jeho pokoje v Palatě, neboť v něm má mnoho fotografií rodiny a různých vzpomínek na ně. Každý den s někým z rodiny telefonuje.

Pan V. byl během svého života značně vytížený. Jezdil po světě, věnoval se psaní knih, měl mnoho přátel, se kterými se pravidelně navštěvoval, na pražském Zličíně se staral o zahrádku, kterou zdědil po svém otci, a v neposlední řadě stále něco podnikal a vymýšlel se svou rodinou. Postupem času však panu V. začal slábnout zrak a sluch. Proto se rozhodl pro přesun do domova pro zrakově postižené – Palata, kde je od konce roku 2004. Bydlí na jednolůžkovém pokoji v podkroví, po zařízení se pohybuje na mechanickém vozíku zcela sám. Téměř každý den má návštěvu z rodiny či přátel a v celém domově je velice oblíbený, jak u zaměstnanců a ostatních klientů, tak i u studentů, kteří vykonávají v instituci praxi. Není se čemu divit, protože pan V. je velmi zábavný a je tak vzdělaný, že rozhovory s ním přinášejí každému nová poznání.

Současná situace a sociální diagnóza:

Pan V., dle očního vyšetření, je prakticky slepý, rozeznává obrysy a barvy, a pokud někoho zná delší dobu, pozná i jeho obličej. Zároveň trpí presbyakuzí, ale používá sluchadla, která mu pomáhají. Má ischemickou chorobu srdeční a vysoký krevní tlak, trpí artrózou obou kolen, a proto je chůze pana V. velmi špatná, je schopný se po pokoji pohybovat sám pomocí hole, ale jakmile se potřebuje přemístit někam po zařízení, musí použít mechanický vozík. Sám se bezproblémově obslouží a vše potřebné si zařídí. Přišel do Palaty v 82 letech a je zde velmi spokojený, pobyt v Palatě si užívá. Je rád, když za ním chodí na návštěvu studenti, kteří mu předčítají

knihy či básně a pomáhají mu s psaním nových knih, těší ho, když má kolem sebe posluchače, kterým vypráví o svých zážitcích ze života.

Pan V. je velice aktivní člověk a neustále něco podniká. Navštěvuje většinu programů, které Palata nabízí – muzikoterapii, kulturní klub, literární klub, trénování paměti, koncerty, všechna představení, divadlo Jednoho herce, na němž se sám podílí. Pravidelně píše do zpravodaje, který v domově vychází, a občas vymýšlí nové písně na muzikoterapii. Během svého pobytu v tomto rezidenčním zařízení zatím vydal 5 knih. Nejprve knihu s názvem „Než padne mlha docela“, což je vlastně jeho životopis. Na téměř 400 stránkách popisuje svoji rodinu a cesty po světě. Knihu doplňují jeho verše v jazyce českém a v esperantu. V neposlední řadě sděluje, jak a proč začal psát hry pro divadlo Jednoho herce. O této knize prohlašuje, že ji má ze všech nejraději, protože v něm evokuje vzpomínky na jeho krásný život. Dále v Palatě vydal knihy „S poutnickou holí“, „17 slabik“, „Poutník K. H. M“, kde popisuje život Karla Hynka Máchy. Kniha je psaná básnickou formou ha-i-ku, což jsou starojaponské verše, které obsahují vždy 5 slabik, 7 slabik, 5 slabik. A jako poslední vydal knihu s názvem „Laskavá fantazie – Karesa fantazio“, což je opět dvojjazyčná kniha veršů, která se zaměřuje především na život pana V., nejenom v Palatě. Na podzim by mu měly vyjít další knihy s názvem „4 královny a vládkyně slova“ a „3 králové slova“, což bude kniha, jak sám pan V. říká, „o jeho patronech“, tedy o K.H.Borovském, J. Nerudovi a K.Hašlerovi. Na jeho tvorbě je ovšem nejzajímavější to, že všechny své knihy píše na starém psacím stroji, který má od svých mladých let, poslepu a všechna písmenka odpočítává po paměti. Pan V. oslaví tento rok své 91. narozeniny a jak on sám říká: „ *Jsem velmi šťastný člověk, prožil jsem krásný život plný nezapomenutelných zážitků, poznal jsem mnoho úžasných lidí a v Palatě jsem velmi spokojený. Nic mi tu nechybí, mám vše, co k životu potřebuji, jen kdyby mi sloužilo trochu více zraku, sluchu a pohybu...ale to ke stáří patří.*“

Myslím si, že toto zařízení je pro pana V. naprosto ideální a on sám je důkazem, že stáří lze - i přes četná zdravotní postižení - prožít krásně a aktivně.

4.1.2. Kazuistika č. 3

Paní J., 94 let, Domov pro zrakově postižené Palata, jednolůžkový pokoj

Rodinná a sociální anamnéza:

Paní J. se narodila v roce 1918 v Praze. Její otec se narodil v roce 1890 a pracoval jako živnostník v rodinném podniku, matka se narodila v roce 1895 a byla v domácnosti. Paní J. měla dvě sestry a jednoho bratra, kteří již nežijí. V rodině měli vždy velmi dobré vztahy.

Paní J. vystudovala s dobrými výsledky obchodní školu. Nejdříve začala pracovat s otcem v rodinném podniku, později jako administrativní pracovnice v jedné firmě, neboť dostala zajímavou finanční nabídku.

Ve 24 letech se paní J. provdala za kolegu z práce, který byl o tři roky starší než ona. Společně si pořídili bydlení na Praze 6, v činžovním bytě. Pan R. zemřel v 70 letech na cévní mozkovou příhodu. Měli dvě děti – dceru a syna. Obě děti vystudovaly reálné školy. Dcera zemřela ve svých 60 letech na karcinom plic, děti neměla. Syn se oženil a odstěhoval do Mělníka, má 2 děti. Paní J. nemá se svým synem moc dobré vztahy. Občas ji navštíví snacha, která s ní řeší i všechny problémy, ale syn zájem nemá. Vnuci se odstěhovali do zahraničí a babičce občas pošlou pohled. Dá se říci, že její kontakt se světem mimo Palatu je minimální.

Paní J. byla velmi osamělá. Na návštěvu k ní do bytu chodila sousedka, která jí pomáhala s úklidem a s činnostmi, které paní J. sama nezvládala. Navštěvovala ji také kamarádka, která jí četla a povídala si s ní. Paní J. má problémy s chůzí, chodí s pomocí hole, ale jen uvnitř, ven se sama neodváží, takže za poslední dva roky, kdy ještě bydlela ve svém bytě, nebyla venku. Jídlo jí pravidelně dovážela pečovatelská služba. Mezi zájmy paní J. vždy patřilo šití a vážná hudba. Také má velmi ráda děti, kterých si bohužel moc neužívá. Paní J. je prakticky nevidomá. Vzhledem ke svému zdravotnímu stavu si uvědomila, že není schopna žít dále sama ve svém bytě, a proto se ve svých 90 letech přestěhovala do domova pro zrakově postižené – Palaty.

Současná situace a sociální diagnóza:

Paní J. má ischemickou chorobu srdeční a hypertenzi, prodělala nádorové onemocnění prsu, t. č. stabilizované na hormonoterapii a musí držet dietu pro diabetiky. Pacientka je prakticky slepá, rozeznává obrysy a barvy, ale obličej a písmo nevidí, sluch má dobrý. Je schopna chůze s pomocí hole ve známém prostředí a je zároveň schopna sama sebe obsloužit v základních potřebách. Na delší vzdálenosti se musí dopravovat s pomocí mechanického vozíku. V domově si nejdříve hůře zvykala na jiné podmínky života a měla zpočátku problém adaptovat se v nové společnosti. Zájem sice měla, ale byla značně dezorientovaná, takže s ní zaměstnanci Palaty museli pracovat pomaleji. Teď je již v domově velmi spokojená, našla si nové přátele, se kterými se pravidelně stýká. Může – s osobní asistencí - chodit na procházky, navštěvovat nejrůznější terapie a zúčastňovat se společenských událostí, které Palata nabízí. Nejráději má koncerty vážné hudby, kterou pravidelně poslouchá každý den i ve svém pokoji. Jak paní J. sama říká: *„V Palatě jsem velmi spokojená, pochopila jsem, že člověk nesmí myslet na svůj věk a na své nemoci a měl by využívat veškerých možností, které jsou mu nabízeny, aby se mohl stále něčemu novému učit, a tím si život prodlužovat.“* Je velmi ráda, když do Palaty dochází mladí studenti, s kterými si povídá o dnešním životě. Paní J. si mohla v Palatě určit svůj individuální plán, ve kterém si vybrala, na jaké terapie bude docházet. Vzhledem k tomu, že se rozhodla, že bude navštěvovat co nejvíce terapií a společenských akcí, které Palata pořádá, je její pobyt v domově nabitý. Dvakrát týdně navštěvuje rehabilitace a cvičení, aromaterapii a rašelinové zábaly. Dále dochází na muzikoterapii, reminiscenční terapii, kulturní a literární klub. Jakmile je v Palatě společenská akce, ať už je to taneční terapie s panem Veletou, či divadelní představení nebo koncert, vždy se paní J. zúčastní. Je nyní považována za jednu z nejaktivnějších seniorek v domově.

4.2. Domov sv. Karla Boromejského

Obrázek 3: Domov sv. Karla Boromejského



Zdroj: Domov Repy, 2012

Domov sv. Karla Boromejského se nachází v Praze 6 - Řepích, a slouží jako domov pro seniory. Jedná se o církevní instituci, kterou zřizuje Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského a jeho dominantou je klášter sv. Rodiny, který je v průčelí domova.

Historie domova sahá do počátku 19. Století. Domov založilo řeholní společenství v čele se sv. Karlem Boromejským. Původně sloužil sirotkům, ale v roce 1990 byl rekonstruován a vznikl domov pro seniory. Domov poskytuje sociální a zdravotní pobyty, denní stacionář a i ženskou věznici. V domově se nachází celkem 93 lůžek a ročně se v něm vystřídá asi 350 pacientů. Toto rezidenční zařízení slouží jako léčebna pro dlouhodobě nemocné, ale nachází se v něm i odlehčovací služba pro pečující rodiny, které si potřebují na pár dnů odpočinout - klient zde může pobýt až tři měsíce. V domově je také denní stacionář pro pacienty s demencí, kteří bydlí ještě ve svých domácnostech, a do domova je rodina každý den dováží (Domov sv. Karla Boromejského, 2012).

Protože se jedná o církevní zařízení, je v domově velká pozornost věnována duchovní péči. Jsou respektovány potřeby seniorů a k dispozici jim je asistentka duchovní péče. Spolupracuje s řeholními sestrami a s kaplanem, který do domova pravidelně dochází.

Duchovní péče spočívá v rozhovorech o víře, četbě duchovní literatury, ve společných modlitbách a v pravidelných modlitbách růžence, dále jsou možné individuální modlitby, samostatné rozmluvy s knězem a domov umožňuje i přijímání svátostí. Duchovní péče je využívána, protože většina seniorů patří ke katolické a evangelické církvi, a víra je pro ně velmi důležitá. Součástí domova je i kostel sv. Rodiny, kam mohou docházet všichni senioři, kteří mají zájem, bez ohledu na svůj stav, neboť i ti, kteří jsou zcela ležící, jsou sestrami do kostela dopraveni na lůžku.

Domov sv. Karla Boromejského nabízí mnoho kulturních akcí a koncertů, pořádaných buď v kostele sv. Rodiny, nebo přímo v areálu domova. Bohatý program je důkazem toho, že senioři, kteří mají alespoň trochu zájem, mohou plně využívat každé příležitosti, jež je jim nabízena, a tím trávit život v domově nejen aktivně, ale i spokojeně.

4.2.1. Ergoterapie

K hlavním činnostem v Domově sv. Karla Boromejského patří ergoterapie, která přispívá k udržení tělesné i duševní aktivity. Pomáhá vytěsnit negativní myšlenky a uvolňuje mysl od starostí. Udržuje dobrou náladu, seniory motivuje k pohybu a tréninku kognitivních funkcí. Pfeiffer (2001) uvádí, že se jedná o léčebnou metodu, která se používá u osob postižených fyzicky, psychicky či smyslově.

Ergoterapie je léčba prací, proto spočívá především v různých činnostech a nácviku dovedností na posílení motoriky, rehabilitační cvičení a cvičení s kognitivními funkcemi. „Ergoterapie má pomáhat vytvářet příznivé ovzduší, které současně aktivizuje celý organismus, jak po stránce tělesné, tak psychické“ (Pfeiffer, 2001, s. 37). Navrací lidem aktivitu, motivaci a zájem o společenský život, pomáhá jim vyrovnat se s jejich postižením, a dodává jim sebedůvěru. Světová federace ergoterapeutů uvádí, že cílem ergoterapie je podílet se na činnostech každodenního života tak, aby se lidé stávali samostatnějšími v jakémkoliv věku. Vždy musí být respektována přání člověka a vše musí být uzpůsobeno tak, aby byla dodržována lidská práva (World Federation of Occupational Therapists, 2010).

Hlavní terapeutickou metodou je procvičování nejen fyzických, ale i psychických funkcí, zejména posilování mozku. Česká asociace ergoterapeutů shrnuje činnosti, které ergoterapeut poskytuje. Jedná se o ergoterapeutické vyšetření, jež hodnotí senzomotoriku, orientaci atd. Provádí hodnocení a nácvik běžných denních činností dle testů ADL (Activities of daily living), které zkoumají funkční soběstačnost klientů. Sestavuje krátkodobý či dlouhodobý plán terapie, podle stavu pacienta. Poskytuje poradenství v otázkách prevence rodinným příslušníkům. Měl by spolupracovat s personálem v domově a měl by přispívat k vytváření dobrých vztahů mezi zaměstnanci a seniory (Česká asociace ergoterapeutů, 2008). Ergoterapeut ve svém plánu ergoterapeutické rehabilitace sleduje a dokumentuje stav nemocného a jeho postupné zlepšování či zhoršování. Celý tento průběh by měl vždy prodiskutovat s lékařem.

Kromě nácviků soběstačnosti, jako je hygiena, ošacení, sebeobsluha atd, se v domovech pro seniory provádí ergoterapie jako jedna z aktivizačních metod. Cílem je duševní pohoda pacientů a jejich začlenění do kolektivu. Společně se ve skupině seniorů - pod vedením ergoterapeuta - provádějí ruční práce, a jak uvádí Pfeiffer (2001) je to nejlepší procvičení jemné motoriky činností, která má pozitivní ohlas. Většinou se vyrábí výzdoba domova na Velikonoce, Vánoce a další roční období nebo klienti pletou či háčkují. Dále klienti cvičí psaní, paměť, provádějí rekondiční a logopedická cvičení, předčítají se jim různé knihy či noviny a v neposlední řadě se k jejich lepšímu naladění zpívá.

Samotný ergoterapeut se snaží o zajištění příjemné atmosféry ve skupině, jak pro klienty, tak pro sebe, aby se všem dobře spolupracovalo. Měl by vnímat každého individuálně, být empatický a snažit se o to, aby byl každý účastník ergoterapie zapojen do dění. Neměl by k seniorům přistupovat jako k dětem, měl by respektovat jejich věk a jejich osobnost. Měl by s nimi dělat takové činnosti, které jsou pro dospělé, i co se týká společenských her, dětské hry předkládat pouze tehdy, kdy o ně mají opravdu zájem. Ergoterapeut by měl být pozitivně naladěn a měl by svůj optimismus přenášet na klienty.

Na praxi jsem do Domova sv. Karla Boromejského docházela po dobu jednoho týdne a byla jsem velmi spokojená. Místo jsem si vybrala především z toho důvodu, že jsem chtěla poznat domov pro seniory fungující jako církevní zařízení, kde je součástí běžného chodu domova i duchovní péče, neboť jsem do té doby poznala pouze státní domovy pro seniory, ve kterých není duchovní péči věnováno tolik času. Setkala jsem se zde s mnoha aktivními seniory, kteří jsou v domově spokojeni, a zapojují se do většiny nabízených činností. Především jsem velmi zblízka poznala ergoterapii, neboť mi bylo hned zpočátku nabídnuto, abych hodiny ergoterapie vedla v rámci praxe. Byla jsem za tuto zkušenost velmi ráda. Na ergoterapii docházelo pravidelně kolem 10 seniorů, většinou ženy, ale občas přišli i dva muži. Každý den jsem si připravovala program, převážně různé cviky na trénování paměti a rehabilitační cvičení. Hodinu jsme vždy začínali zpěvem či poslechem hudby, následovalo čtení denního tisku a debata, neboť senioři se o dění u nás i ve světě hodně zajímali. Dále jsme věnovali čas tréninku paměti, a to různými cviky, jako například přiřazování spisovatelů k dílům, hru Země, město, která všechny velmi bavila, vymýšleli jsme společně rýmy, či mi klienti vysvětlovali různá přísloví. Výhoda byla v tom, že většina klientů, kteří na ergoterapii docházeli, byla velmi aktivní a všichni se těšili na každý den.

Uvědomila jsem si, že ani ve vyšším věku nechybí lidem soutěživost a naopak je motivuje k lepšímu výkonu, neboť zapálení do všech her jim nechybělo. Procvičovali jsme také jemnou motoriku, a to pomocí malých míčků a šátků, které ohýbali a svazovali do rytmu hudby. Na každé terapii je možnost plést či háčkovat, čehož především klientky často využívaly.

Pochopila jsem, že je u seniorů podstatné respektovat jejich osobnost – ne vždy jsou všichni na jedné „vlně“ a ne vždy má každý z nich chuť dělat činnosti, které mu někdo určí. Je nutné vnímat a usilovat o to, aby každý dělal to, co v danou chvíli opravdu chce: tj. snažit se zaměřit na každého seniora individuálně. Dále je důležité seniory motivovat, vést je k optimismu a k samostatnosti (pokud je to možné).

V Domově sv. Karla Boromejského jsou součástí většiny terapií i modlitby, Ježíšova slova, předčítání Bible, a zároveň se i o víře velmi často diskutuje. Proto na konci každé ergoterapie byla věnována půl hodina právě čtení z Bible, diskutování o víře, či rozhovoru o duchovních potřebách. Já jsem se setkala pouze s klienty, kteří jsou věřící, a patří do nějaké církve - největší zastoupení zde měla Katolická církev a církev Českobratrská evangelická. Senioři mají možnost několikrát do týdne navštěvovat pravidelné modlitby v kostele sv. Rodiny, a to i ti, kteří jsou imobilní, neboť za pomoci asistentů jsou do kostela přepraveni na lůžku. Dále tu každé úterý probíhá Růženec, na který dochází kaplan (klientů se většinou schází kolem 30). Povíдали jsme si o rozdílech v církvích, o postoji mladých lidí k víře, a také většinu klientů velmi zajímalo studium na Husitské teologické fakultě. Musím říci, že jsem byla často velmi překvapená, jak jsou klienti tohoto zařízení schopni reagovat, přemýšlet a zapojovat se do všech diskuzí, ba je přímo vyvolávat, i přes jejich vysoký věk. Jejich zkušenosti a poznatky ze života mi byly velmi cenné a mnohokrát se stalo, že mě svými zkušenostmi obohatili. S tak zajímavými diskuzemi jsem se ještě na praxích nesečkala, proto jsem ráda, že jsem si vybrala právě toto zařízení.

Myslím si, že Domov sv. Karla Boromejského je výborným příkladem praxe pro studenty, kteří se chtějí i v budoucnu zabývat prací se seniory, neboť jim přinese mnoho zkušeností, jež člověk jinde nezíská, a tyto zkušenosti přispějí k doplnění teoretických poznatků.

Dále předkládám kazuistiku jedné aktivní seniorky, kterou jsem poznala.

4.2.2. Kazuistika č. 4

Paní P., 90 let, Domov sv. Karla Boromejského, dvoulůžkový pokoj

Rodinná a sociální anamnéza:

Paní P. se narodila v roce 1922 v Praze. Její matka se narodila v roce 1902 a pracovala v rodinném podniku. Zemřela velmi brzy, proto si na ni paní P. moc nepamatuje. Otec se narodil v roce 1897, byl majitelem firmy a každý měsíc jezdil na služební cesty do zahraničí.

Paní P. měla jednoho bratra, který byl o pět let starší a zemřel před 10 lety na akutní infarkt myokardu. S bratrem měla paní P. velmi blízký vztah: společně vyrůstali, často se o ni staral v otcově nepřítomnosti.

Paní P. vystudovala gymnázium a po maturitě začala studovat ekonomii, kde získala titul. Už během studia na vysoké škole si občas přivydělávala v rodinné firmě pod vedením svého otce. Po skončení vysoké školy nastoupila do rodinného podniku na plný úvazek. V administrativě pracovala paní P. skoro 45 let a práce jí velice bavila a naplňovala, neboť postupem času i ona začala často cestovat do zahraničí. Poté musela kvůli zdravotnímu stavu ve firmě skončit a předat ji dětem.

S manželem měli dva syny. Nejstarší syn před rokem zemřel při autohavárii. Měl dva syny a dceru a všichni babičku jezdí pravidelně navštěvovat, neboť bydlí kousek od Domova, kde žije. Druhý syn bydlí za Prahou, proto za paní P. nechodí s rodinou tak často, ale každý měsíc přijedou všichni na návštěvu. Všechna vnoučata studují vysoké školy a paní P. je na ně velmi pyšná, vždy je moc ráda, když ji přijedou navštívit a vyprávějí jí o svém studiu a koníčkách. Jednu vnučku má paní P. v Americe, kde již několik let žije se svojí rodinou, pravidelně babičce posílá pohledy a jednou za čas i emaily, které si paní P. v domově čte s pomocí sestry. Jakmile však přijedou do ČR, chodí ji - i se svým manželem - navštěvovat.

Paní P. žila po smrti manžela ještě několik let ve svém pražském bytě, kam ji pravidelně chodila navštěvovat rodina a její kamarádky. Měla několik přátel v sousedství, se kterými společně podnikali výlety, navštěvovali divadla, hráli šachy a občas si vzájemně vařili. Zdravotní stav paní P. se začal zhoršovat a vzhledem k tomu, že v Domově sv. Karla Boromejského měla kamarádku, rozhodla se, že podá žádost o přemístění do domova. Rodina s tím souhlasila a pomohla jí s přestěhováním.

Současná situace a sociální diagnóza:

Paní P. trpí artrózou obou kolen, proto se pohybuje na vozíku. Má ischemickou chorobu srdeční, hypertenzi, dobře vidí a slyší. Je schopna reálně uvažovat. Protože se pohybuje pomocí mechanického vozíku, je odkázána na pomoc druhé osoby.

V 84 letech se přesunula k boromejkám, kde bydlí na dvoulůžkovém pokoji se stejně starou paní, s kterou si rozumí a vzájemně si hodně pomáhají. U boromejek je velmi spokojená, říká, že jí tam nic nechybí. Paní P. je ráda v kolektivu, proto na pokoji mnoho času netráví. Snaží se o to, aby se kolem ní neustále něco dělo. Má ráda studenty, kteří docházejí na praxi, protože, jak sama říká, připomínají jí vnoučata a ráda s nimi diskutuje o současných poměrech na vysokých školách a o trendech mezi studenty. Jak jsem již zmínila, tak je paní P. velmi aktivní, proto zvolila každodenní ergoterapii probíhající dopoledne i odpoledne. Na ergoterapii se vždy aktivně zapojuje ve všech činnostech. A jak sama říká: *„Člověk se musí snažit neustále obohacovat novými poznatky, protože vždy je čemu se učit a já se ráda do všeho zapojuji - i tady u boromejek, kde jsem velmi spokojená.“* Dále pravidelně chodí na růžence a bohoslužby, neboť je silně věřící, proto i ráda rozmlouvá s asistentkou duchovní péče. A rovněž navštěvuje všechny kulturní akce, koncerty a divadlo (s pomocí asistentů). Paní P. občas jezdí i na výlety se svojí rodinou, což má nejraději. Má ráda lidi, z nichž vyzařuje optimismus, a kteří si užívají každé chvíle života. Myslí si, že je důležité, aby lidé nepřestávali cokoli vzdávat a vždy se snažili bojovat do poslední chvíle. Proto i ona, jak sama říká, nevzdává nic a věří tomu, že ještě zažije mnoho hezkých chvil.

Závěr

Být mladým je fenoménem dnešní společnosti a stárí se proto mnoho lidí obává, snaží se stárnutí oddálit, domnívají se, že je v nedohlednu. Zapomínají na skutečnost, že prožití stárí souvisí s celkovou přípravou na něj, aby bylo co nejvíce důstojné.

V posledních letech se o aktivním stárí více hovoří, což souvisí i s prodloužením doby odchodu do důchodu a s ekonomickou situací. Samotní senioři se snaží více zapojovat do občanských aktivit, neboť si jsou vědomi, že se tím stávají pro společnost plnohodnotnými. Vznikají nová rezidenční zařízení (i když je jich stále nedostatek), kde se staří lidé mohou zapojit do pestrého programu nabízených zájmových činností. Rozrůstá se i počet klubů aktivního stárí, kam mohou docházet osoby vyššího věku, které jsou soběstačné, mají zájem trávit čas ve společnosti a zúčastnit se všech akcí, které kluby připravují.

Práce objasňuje základní pojmy, související se stárím a stárnutím. Zmiňuje problematiku ageismu a mýtů o stárí. Přibližuje psychické a fyzické potíže, které mohou ovlivnit seniorovu aktivitu ve stárí.

Cílem mé bakalářské práce je konstatování, že stárí není překážkou, což potvrzují konkrétní kazuistiky, a že i stárí může představovat příjemná léta života. K tomuto závěru jsem dospěla nejenom studiem odborné literatury, ale především osobními poznatky získanými během praxe.

Měla jsem to štěstí, že jsem se potkala se seniory aktivními, spokojenými a ochotnými podělit se o své zážitky. A co je krásnějšího, než se setkat s člověkem, který je starý, ale moudrý, a svými zkušenostmi je schopný obohatit druhé.

Seznam literatury

1. DESSAINTOVÁ, M. P. *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6
2. DIENSTBIER, Z. *Průvodce stárnutím, aneb jak ho oddálit*. Praha: Radix, 2009. ISBN 978-80-86013-88-0
3. GRÜN, A. *Život je teď. Umění stárnout*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-749-7
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2
5. HOLM, N. G. *Úvod do psychologie náboženství*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-217-3
6. HOLMEROVÁ, I. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost za podpory EU, programu PHARE a Ministerstva zdravotnictví ČR, 2003. ISBN 80-86541-12-6
7. KALVACH, Z. A kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie, I. díl Gerontologie obecná a aplikovaná*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0
8. KRAHULCOVÁ, B. *Práce se seniory*. HTF UK, 2011
9. MATOUŠ, M. a kol. *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0331-9
10. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0
11. ONDRUŠOVÁ, J. *Foniatrye a ofthalmologie*. HTF UK, 2011
12. ONDRUŠOVÁ, J. *Sociální gerontologie a geriatrie*. HTF UK, 2011
13. PFEIFFER, J. *Ergoterapie Základní informace o oboru pro všechny pracovníky v rehabilitaci*, Praha: REHALB o.p.s., 2001
14. ŘÍČAN, P. *Cesta životem. Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7
15. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2
16. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. ISBN 978-80-86429-62-5
17. ŠIKLOVÁ, J. *Deník staré paní*. Praha: Kalich, 2003. ISBN 80-7017-865-5

18. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti Ústav lékařské etiky 3. LF UK FNKV Praha, 2002. ISBN 80-238-9506-0
19. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie, II. díl*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5
20. WOLF, J. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982.
21. ZAVÁZALOVÁ, H a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8

Internetové zdroje:

1. ASOCIACE UNIVERZIT TŘETÍHO VĚKU. *Internetový zpravodaj*. [online] 2012 [cit. 2012-03-27]. Dostupné z: <<http://au3v.vutbr.cz/index.php>>
2. ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. [online] 2012 [cit. 2012-03-22]. Dostupné z: <<http://www.ergoterapie.cz/page.aspx?pageid=1>>
3. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vývoj úrovně vzdělanosti v ČR*. [online] 2012 [cit. 2012-02-23]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/57004FC6F8/\\$File/411303a2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/57004FC6F8/$File/411303a2.pdf)>
4. DOMOV SV. KARLA BOROMEJSKÉHO. *Historie domova*. [online] 2012 [cit. 2012-03-17]. Dostupné z: <<http://www.domovrepy.cz/m02domov/domov.php>>
5. E-SENIOR. *Univerzita třetího věku a virtuální U3V*. [online] 2012 [cit. 2012-03-27]. Dostupné z: <<http://www.e-senior.cz/www/virtualni-univerzita-tretiho-veku>>
6. KALVACH, Z. *Aktivní stáří, geriatrická křehkost a technická pomoc*. [online] 2012 [cit. 2012-02-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/01_Kalvach.pdf>
7. KLUB REMEDIUM. *DIVADELNÍ SPOLEK PROMĚNA*. [online] 2012 [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: <<http://www.vstupujzte.cz/view.php?cislocclanku=2009080003> a <http://www.vstupujzte.cz/view.php?cislocclanku=2009080009>>
8. KUCHARŮVÁ, V. *Život ve stáří*. [online] 2012 [cit. 2012-03-31]. Dostupné z: <<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/zivest.pdf>>
9. PALATA. *DOMOV PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ. Historie Palaty*. [online] 2012 [cit. 2012-03-3]. Dostupné z: <<http://www.palata.cz/historie.html>>

10. SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY. [online] 2012 [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: <<http://socialnipracovnici.cz/sekce-socialnich-pracovniku/article/ke-stazeni>>
11. STŘEDISKO SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRAHA 1. *Kluby seniorů – sktivizační programy*. [online] 2012 [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: <<http://www.socialnisluzby-praha1.cz/kluby-senioru-aktivizacni-programy>>
12. SVĚTOVÁ FEDERACE ERGOTERAPEUTŮ. *Statement on Occupational Therapy*. [online] 2012 [cit.2012-03-22]. Dostupné z: <http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/Statement_on_Occupational_Therapy.pdf>
13. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE. *Katalog kurzů Univerzity třetího věku*. [online] 2012 [cit. 2012-03-27]. Dostupné z: <<http://www.cuni.cz/UK-51-version1-u3v.pdf>>

Ostatní zdroje:

1. Pořad TAH DÁMOU, Česká televize 24. Datum vysílání: 17.3.2012
2. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách

Seznam obrázků:

1. Obrázek 1: Klub Remedium. [cit. 2012-3-25]. Dostupný z: <http://www.vstupujte.cz/gallery.php?akce=obrazek_ukaz&media_id=51>
2. Obrázek 2: Domov Palata. [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: <<http://www.palata.cz/2-domov-palata.html?detail=26>>
3. Obrázek 3: Domov sv. Karla Boromejského. [cit. 2012-03-17]. Dostupné z: <<http://www.domovrepy.cz/m02domov/foto/02.jpg>>