

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2012 – 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Martina Veberová

**Význam vzdělávání seniorů v Domově Barbora,
poskytovatele sociálních služeb.**

Význam vzdělávání zaměstnanců v domově seniorů.

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Martina Strnadová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2012 - 2013

DIPLOMA THESIS

Martina Veberová

**Senior's Home of the importance of education Barbora social service providers.
The importance of staff training in the home of elderly**

Prague 2013

The diploma Thesis Work Supervisor:

Mgr. Martina Strnadová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15.3 2013

Martina Veberová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Martině Strnadové za přínosné vedení mé práce a Domovu Barbora Kutná Hora, poskytovateli sociálních služeb za poskytnutí informací a pramenů pro diplomovou práci.

Anotace

Diplomová práce se zabývá významem vzdělávání a aktivizace pro seniory v domově seniorů. Rozebírá stárnutí a stáří na jednotlivé období a popisuje změny fyzické, psychické. Stárnutí ovlivňuje jedince po stránce, fyzické, psychické i sociální. Proto je velmi důležité porozumět změnám organismu při stárnutí, pokud chceme seniory aktivizovat a vzdělávat. Práce se snaží objasnit jak cíleně zaměřené vzdělávací aktivity, pravidelný trénink paměti kognitivních schopností mohou být prevencí proti úpadku těchto funkcí a zároveň prostředek oddálení demence, nebo zpomalení průběhu demence. Zkoumá, jak tyto metody přispívají k rozvoji, nebo k udržení zájmů, dovedností a schopností seniora a jak mu pomáhají v orientaci ve stále se měnící společnosti. Rozebírá cíle, obsah, metody vzdělávání a aktivizace dospělých osob a seniorů. Práce obsahuje též výklad zákona pro vzdělávání zaměstnanců v sociální oblasti, především v domově seniorů.

Klíčové pojmy

Aktivizace seniorů, Demence, metody pro zlepšení paměti, sebevzdělávání, stárnutí, stáří, vzdělávání seniorů, vzdělávání dospělých, vzdělávání sociálních pracovníků.

Dotazníková šetření, hypotézy, kazuistiky, rozhovory

Annotation:

This thesis deals with the importance of education and mobilization for the elderly in home elderly. It reviews ageing for each period and it describes the changes to the physical, psychological. Aging affects individuals physically, mentally and socially. Therefore it is very important to understand the changes in the body during aging, we want effectively mobilize and educate seniors. The work tries to clarify how targeted educational activities and regular cognitive memory training can prevent deterioration of these functions and how it can delay dementia or moderate of dementia.

Thesis evaluate how the methods contribute to the development or maintenance of interests, skills and abilities and how they help to seniors in orientation in the ever rapidly changing society. It analyzes the objectives, content, methods, training and motivating adults and seniors. The work also includes interpretation of the law for staff training in the social field, particularly in the elderly home.

Key words

Activation of the elderly, aging, Dementia, methods to improve memory exercises memory and cognitive skills, self-education, old age, senior education, adult education, education for social workers.

A survey, hypotheses, case studies, interview

Obsah

ÚVOD	9
1. STÁRNUTÍ	11
2. STÁŘÍ.....	14
3. DEMENCE.....	18
3.1 Projevy demence.....	24
3.1.1 Jakým způsobem provést určení a typ demence?	29
3.2 Typy demencí	34
4. VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH.....	46
4.1 Vliv fyziologického stavu dospělého člověka na učení.....	50
4.2 Vliv vnitřních podmínek na učení dospělého jedince	56
4.3 Vliv vnějších podmínek na učení dospělého jedince.....	59
4.4 Efektivní způsob podpory učení dospělého jedince	61
5. SEBEVZDĚLÁVÁNÍ	65
6. V ÝZNAM VZDĚLÁVÁNÍ A AKTIVIZACE PRO SENIORY	67
6.1 Formy vzdělávání seniorů	68
6.2 Aktivizace – jako forma sociální služby	70
7. V ÝZNAM PROCVIČOVÁNÍ PAMĚTI A KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ VE STÁŘÍ.....	75
7.1 Metody pro zlepšení paměti	82
8. DOMOV BARBORA KUTNÁ HORA, POSKYTOVATEL SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	91
8.1 Vzdělání sociálních pracovníků v Domově Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb	92
8.1.1 Motivace při práci v pomáhající profesi.....	96
9. POPIS VÝZKUMU	99
9.1 Cíl a hypotézy výzkumu	99
9.2 Metody sběru dat.....	100
9.3 Charakteristika výzkumného vzorku	101
9.4 Sběr a zpracování údajů	101
9.5 Kasuistiky.....	139

9.6 Interpretace údajů	149
9.7 Shrnutí a doporučení.....	152
ZÁVĚR	156
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	158
SEZNAM PŘÍLOH.....	161

„Starý člověk má nepochybně právo na odpočinek, ale oddá-li se nečinnosti, odsuzuje se k tělesnému i duševnímu chátrání.“

(Josef Švancara)

ÚVOD

Stárnutí je proces, který se projevuje postupnými negativními morfologickými změnami organismu a snižování efektivity a účinnosti tělesných funkcí. Starý člověk má sníženou výkonnost, jinou adaptaci na zátěž, snáze se unaví a restituce po námaze mu trvá déle.

Dle demografického výzkumu se dožití stále prodlužuje. Většinu populace ve vyspělých státech tvoří osoby starší šedesáti let. Nachází se tedy v postproduktivním věku. Pro společnost to však představuje značné finanční a sociální nároky. V současné společnosti převažuje orientace na výkon a tendence prodloužení odchodu do důchodu. S těmito tendencemi je spjata opatření podpořit rozvoj vzdělávání dospělé populace a seniorů. Vzdělávání a aktivizace je pro seniory důležitým prostředkem a požadavkem kvality jejich života.

Bohužel v současné společnosti, která je zaměřená na výkon není úplně dostatečně doceněno a ani považováno za dobrou investici poskytování kvalitní péče starším osobám. Neboť stárnutí ovlivňuje jedince po stránce, fyzické, psychické i sociální. Proto je velmi důležité porozumět změnám organismu při stárnutí, pokud chceme seniory aktivizovat a vzdělávat.

Je vědecky potvrzeno, že vzdělávací aktivity v postproduktivním věku přispívají k rozvoji, nebo udržení zájmů, dovedností a schopností, pomáhají v orientaci ve stále se rychle měnícím současném světě. Pravidelný trénink paměti a kognitivních schopností je nejlepší prevence proti úpadku těchto funkcí a je zároveň prostředek oddálení demence, nebo zpomalení průběhu demence.

Autorka práce se zabývá významem vzdělávání a aktivizace seniorů v domově seniorů. Téma bylo vybráno na základě vlastní zkušenosti autorky. Pro autorku bylo velmi zajímavé sledovat a popisovat význam vzdělávání a aktivizace seniorů a metody procvičování paměti a kognitivních schopností.

Autorka se snaží prokázat pozitivní vliv vzdělávání a aktivizace pro seniory v domově seniorů a porovnat je se seniory žijícími v domácím prostředí. A tím napomoci vyvrátit všeobecné mínění veřejnosti, že se do domova seniorů chodí již jen zemřít.

Práce je rozdělena na devět částí. První a druhá část popisuje změny fyzických a kognitivních funkcí. Třetí část popisuje demenci její projevy, určení a typy demencí. Čtvrtá část popisuje vzdělávání dospělých a vliv vnějších a vnitřních podmínek na učení dospělého jedince. Pátá část se zabývá významem sebevzdělávání pro jedince. Šestá část popisuje význam vzdělávání a aktivizace pro seniory. Sedmá část popisuje význam procvičování paměti a kognitivních schopností ve stáří. V osmé kapitole je popsáno zařízení, kde autorka pracuje a odkud čerpala informace pro dotazníkové šetření. Výsledky práce jsou v deváté části podány s pomocí dotazníků a hypotéz. Shrnutí výzkumu a doporučení pro praxi. Na podporu svého tvrzení autorka zařadila tři kazuistiky, jak jednotliví senioři zapojení do šetření využívají domovem nabízenou aktivizaci.

1. STÁRNUTÍ

Stárnutí (senescence) člověka začíná mnohem dříve, než jsou patrné první vizuální známky stárnutí. Stárnutí je ovlivněno multifaktoriálně. Multifaktoriálnost je ovlivněna nejen geneticky, ale i působením vnějšího i vnitřního prostředí na organismus. Již po narození člověka se začínají v organismu projevovat změny způsobené stárnutím organismu. Během stárnutí se zvyšuje náchylnost k různým nemocem. Tento proces skončí smrtí, pokud jedinec nezemře z jiných důvodů.

Haškovcová (1990, s. 90-93) uvádí že, již staří Řekové měli své představy o stárnutí a stáří, například Aristoteles a Seneca pokládali stáří za nevléčitelnou chorobu, zatímco Galén na základě svých klinických pozorování tvrdil, že stárnutí je pochod fyziologický a přirozený. Zachovat si mládí je tedy touha lidí od dávných časů. Lze ji sledovat v literatuře, v umění i ve vědě. Výsledky bádání posledních desetiletí přinášejí biochemická vysvětlení procesů stárnutí. Věda navrhuje řadu prostředků, jak stárnutí zmírnit úpravou životosprávy a životního stylu. Obor zabývající se stářím se nazývá Gerontologie.

Dle Jedličky (1991, s. 6) existuje několik teorií stárnutí.

- **Teorie genetická** je potvrzena statickými údaji, dožívají-li se rodiče vysokého věku, je velká pravděpodobnost, že se vysokého věku dožijí i jejich děti. Tuto teorii dokládají i statistiky.
- **Teorie mutační** Ionizující záření je příčinou somatických mutací, které způsobuje stárnutí organismu.
- **Autonomní teorie** stárnutí je zapříčiněno tvorbou protilálet rotí vlastním bílkovinám a tím dojde k zániku buňky.
- **Teorie příčných vazeb** vychází z nálezů zjištěných v procesu stárnutí, kdy se v organismu chemicky spojují biologicky významné biomolekuly a tím se narušuje jejich funkce a metabolismus.
- **Teorie volných radikálů** Štípek a spol.(2000) uvádí že, moderní teorie volných radikálů je postavena na poznatku, že tyto látky jsou běžně produkovány organismem jako součást fyziologických a patologických

procesů. Volné radikály jsou velmi reaktivní molekuly, protože obsahují nepárové elektrony a proto vstupují velmi rychle do reakcí s biologicky významnými látkami. Oxidují je, modifikují a přispívají k jejich štěpení nebo vzájemným vazbám. Tím se samozřejmě mění struktura a funkce molekul důležitých pro životní funkce. Což vnímáme jako projevy stárnutí celého organismu.

Tvaroh (1983, s. 45-106) uvádí že, organismus člověka stárne nejdříve vnitřně, protože se v průběhu života hromadí v organismu volné radikály, které organismus neumí vyloučit a způsobují v organismu vážné poškození jednotlivých buněk DNA. Tím se snižuje výkonnost a adaptace na zátěž. Starý organismus je náchylnější k infekcím. Zotavení organismu po infekci nebo operaci trvá člověku déle. S přibývajícím věkem se snižuje látková výměna a klesá spotřeba kyslíku a tím se starý člověk rychleji unaví.

Mnohem později se mění i vzhled stárnoucího člověka. První známky stárnutí jsou nejdříve patrné na kůži, která se stává vráscitá, ztrácí elasticitu, objevují se i pigmentové skvrny. Kůže je suchá, protože ubývá vody a podkožního tuku. Kůže je náchylná i k tvorbě podlitin při lehčím pohmoždění (stačí pevnější stisk). Svalstvo ztrácí pružnost, sílu a objem. Některé funkce ve stáří fungují lépe: například se zlepšuje vstřebávání některých látek kůží a sliznicí). Kostí a klouby se stávají řídkší, křehčí- může je postihnout osteoporóza (odvápnění kostí). Meziobratlové ploténky a kloubní chrupavky se snižují, kolagenová vlákna ztrácí svou délku a pružnost. To má za následek zmenšení výšky starého člověka. Stárnutím nervového systému dochází u člověka k úbytku mozkových buněk a snížení váhy mozku. To má za následek pokles kapacity paměti převážně bezprostřední, krátkodobé, Prodlužuje se i doba reakce na podnět. Klesá hmotnost starého člověka.

Slábne funkce smyslových orgánů. Již po padesátém roce života se hmat a pocit doteku začíná oslabovat. Dle zjištění nejdříve slábne citění na dolních končetinách. V tomto období se též velmi výrazně zvyšuje práh pro citění bolesti, tím dochází k tomu, že starý člověk cítí bolest později. A bolest přestává být důležitým signálem pro včasné odhalení závažného onemocnění a dochází k pozdějšímu určení diagnózy a zahájení adekvátní léčby.

Kolem padesátého roku života slábne zrak a objevují se první příznaky starozrakosti. Mezi první projevy stárnutí zraku je snížení adaptace na tmu a ostrost vidění v noci.

Pro poruchy sluchu je charakteristické zhoršování slyšení tónů střední hluboké frekvence. Degenerativní procesy ve vnitřním uchu a poruchy prokrvení mozku jsou příčinou poruchy rovnováhy u starších lidí. Ubývají i chuťové pohárky, což může vést ke změně v chuti, nebo úplné ztrátě rozlišovací schopnosti chuti.

Starý člověk má sníženou výkonnost, jinou adaptaci na zátěž, snáze se unaví a restituce po námaze mu trvá déle. Má také sníženou odolnost proti infekcím, úprava zdravotního stavu po prodělaném onemocnění nebo po operaci je mnohem zdlouhavější. Ve stáří se mění reakce na léky.

Všechny tyto morfologické a funkční změny určují vzhled stárnoucího člověka. Lékaři umí podle těchto známek a zkušeností odhadnout stáří člověka. V procesu stárnutí však jsou velké individuální rozdíly takže "funkční věk" často neodpovídá kalendářnímu. Z biologického hlediska by se dal určit funkční věk, ale je to pro nedostatek kritérií ke zhodnocení funkcí orgánů a funkčního potenciálu člověka ve vyšším věku velmi obtížné. Při posuzování stáří se tedy vychází z matričních údajů. Dle Jedličky (1991, s. 7) stáří lze rozdělit do čtyř etap:

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

Jedlička (1991, s. 7) též konstatuje, že se z lékařského hlediska za staré považují osoby po 75 letech života.

2. STÁŘÍ

Stáří je vnímáno jako období nemocí, bolesti, strádání fyzického a psychického. Lidé si přejí dlouho žít, ale nechtějí být staří, Bojí se svého stáří a změn, které jsou s tímto obdobím spojeny.

Vágnerová (2007, s. 299) uvádí, že v **období raného stáří** nastávají fyzické změny, kdy jsou patrné první příznaky stárnutí, které zatím jedince nikterak v životě neomezují. A jedinec může vést aktivní a nezávislý život.

Psychické změny v tomto období jsou zcela běžné, v důsledku postupného ubývání neuronů a úbytku mozkové tkáně (atrofie). Ubývají i synaptická spojení což způsobí zhoršování kvality přenosu nervových vzruchů. Člověk pak nemůže plně využívat všechny informace, které přicházejí z prostředí, protože je nedokáže dostatečně rychle zpracovávat a není schopen uvažovat o více faktorech najednou. Změny jsou v kognitivních funkcích sloužících k zaznamenávání, ukládání a využívání informací. Zásadní změnou je celkové zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů. Starší lidé nejsou méně schopní, ale jsou pomalejší. Nestačí zpracovávat všechny potřebné informace a tím mají i delší volbu adekvátní reakce, protože se déle a obtížněji rozhodují. Sám fakt, že se musí rozhodovat, pro ně často představuje zátěž. Na zpomalení má též vliv i pocit strachu z chyb a tím větší sklon k opatrnosti, k vyvarování se chyb. Tímto strachem jsou stresováni. Starší člověk si však uvědomuje, že není schopen pracovat rychle a zároveň kvalitně, a proto většinou dává přednost pomalejšímu a pečlivějšímu přístupu. Senioři jsou rozvážnější a trpělivější.

Vágnerová (2007, s.317-322) konstatuje, že se již v raném stáří (60 -74let) začínají objevovat nedostatky paměťových funkcí a s nimi spojené obtíže v učení. Zhoršování není ovlivněno pouze biologickými změnami (stárnutí a s tím spojené chorobné procesy), ale dosaženým vzděláním a mírou užívání paměti. Je prokázáno, že vyšší vzdělání a trénování paměti uchovává tuto funkci na přijatelné úrovni delší dobu.

U starších lidí se zvyšuje citlivost na určité podněty, snižuje se odolnost k zátěži, což se projevuje ve zvládnání běžných situací. Emoční prožitky jsou pro seniory důležité, někdy mají větší význam, než měly ve středním věku. Mají pro ně značnou hodnotu,

mnoholetá zkušenost jim umožňuje pochopit různé souvislosti. Někdy, ale mohou přispívat k udržení negativních pocitů, jako je pocit újmy, deprese, přehlížení od okolního světa. Deprese mohou být kombinovány s úzkostnými stavy. Vágnerová (2007, s. 336-3337) konstatuje že: chorobné deprese je nutné odlišit od prohloubených a přetrvávajících pocitů smutku, které mohou být ve stáří rovněž časté. Deprese se u starších lidí projevuje pocity únavy, trvajícím většinu dne, aniž by člověk pracoval, nebo byl jinak aktivní Depresivní senior neprojevuje o nic zájem, nic ho netěší, v hodnocení čehokoliv převažuje pesimistický postoj. Nedostatek motivace provází neschopnost o čemkoliv rozhodovat, něco dělat a soustředit se.

V tomto období nastávají i sociální změny. Odchod do důchodu představuje pro staršího člověka významný sociální mezník, stává se seniorem a stáří se definuje sociálním způsobem. Odchod do důchodu není stanoven biologicky ani psychicky. Každá společnost si ho stanovuje sama, na základě mnoha faktorů. Senior ztrácí profesní roli a stává se soukromou osobou a anonymním důchodcem.

Velmi důležitá je **fáze přípravy na důchod**. Lidé, kteří se na odchod do důchodu připravovali, a měli představu, co pro realizaci této přípravy udělat ho bez větších problémů zvládli a cítili se spokojenější.

V **období pravého stáří (75- 89 let)** kvalita života postupně klesá. Toto období je spojeno s nárůstem problémů daných tělesných i mentálním úpadkem, projevy různých onemocnění somatických, psychických, která ovlivňují fungování CNS, či celého organismu. Narůstají zátěžové situace, s kterými se senior musí vyrovnat. Úmrtí partnera, zhoršení zdravotního stavu, ztráta soběstačnosti, ztráta soukromí při vstupu do některé instituce. Starý člověk je mnohem více zaměstnán stále obtížnějším zvládáním vlastního života. Odpoutává se od vnějšího světa a směřuje k dožití v izolaci, v soukromí a klidu. O dění kolem sebe se nezajímá, už se ho netýká, osvobodil se od spěchu a napětí a dochází u něho k přehodnocení vlastní identity. V každém období má člověk nějaký cíl, ale v tomto období je cílem většinou důstojně a bezbolestně zemřít.

Podle Vymětala lze chápat stáří jako: „ *o způsob naplnění a o kvalitu života v závěru životního běhu člověka, závisí především na zdravotním stavu, hodnotové orientaci, možnosti uplatnění a také nepřijetí člověka nejbližšími lidmi.*

„Jsme-li tělesně zdraví, psychicky integrováni a druhými akceptováni jako potřební, lze se osobně vyvíjet a růst až do smrti. To je pak stáří moudré a lidsky důstojné, chápající a přijímající vlastní život v širších souvislostech jako součást nadosobního řádu.“¹

Fyzické změny v období pravého stáří dle Vágnerové (2007,401 – 407) jsou charakteristické sníženou soběstačností jedince, která může vést až k bezmocnosti a závislosti na pomoci jiných lidí. Zhoršení zdravotního stavu a s tím spojená polymorbidita, to je současný výskyt několika chorob. Průběh onemocnění vede ke komplikacím a chronickým stavům, protože organismus už nemá dostatečné rezervy, aby zvládl i běžná onemocnění. Velmi časté jsou nemoci pohybového ústrojí. Důsledkem je menší pohyblivost seniorů, větší strach z pádů, z nezvládnutí situací v běžném životě na ulici, v domácnosti, v obchodě. Narůstá úzkost z těchto situací a důsledkem je rezignace na samostatný pohyb a setrvávání v bytě, v pokoji a k omezení sociálního kontaktu.

Vágnerová (2007, s. 407 – 414) **psychické změny v období pravého stáří** jsou charakteristické stále pokračujícím zpomalováním a úbytkem přesnosti při zaznamenávání, ukládání a využívání informací. Klesá slovní plynulost, to je vybavování verbálních výrazů, nejrychleji ubývají počítařské dovednosti. Člověk neumí efektivně zpracovávat ani uchovávat nové informace. Staří lidé ztrácí schopnost používat dříve osvojené znalosti a způsoby uvažování, a pokud je užívají, tak pouze zafixovaným stereotypním způsobem.

Paměť je na tolik postižena, že starý člověk není schopen využít ani dříve osvojené znalosti k vyřešení problému. Dochází ke zhoršování časového odhadu. Staří lidé mají pocit, že na ně ostatní lidé spěchají, důsledkem toho jsou ve stresu. Míra zhoršení všech funkcí se projeví v méně obvyklé situaci, kterou nejsou schopni zvládnout. Klesá intenzita a frekvence emočních prožitků, ale jejich kvalita se mění málo a plynule. Reagují méně emociálně kladně i negativně. Se stárnutím dochází k poklesu kontroly, ovládnutí poznávacích procesů, prožívání a chování, jež se projeví v zátěži různým způsobem, úzkostí, strachem, neklidem, agresí, apatií, neúčelnou

¹ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. S.46. ISBN 80- 7178-740-X.

manipulací s různými předměty. Proto u seniora dochází k redukci nebo ztrátě motivace k různým činnostem, stává se pasivní.

Tabulka č.1 *Změny ve stáří*²

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
Změny vzhledu	Zhoršení paměti	Odchod do penze
Úbytek svalové hmoty	Obtížnější osvojování nového	Změna životního stylu
Změny termoregulace	Nedůvěřivost	Stěhování
Změny činnosti smyslů	Snížená sebedůvěra	Ztráty blízkých lidí
Degenerativní změny kloubů	Sugestibilita	Osamělost
Kardiopulmonální změny	Emoční labilita	Finanční obtíže
Změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)	Změny vnímání	
Změny vylučování moči (častější nucení)	Zhoršení úsudku	
Změny sexuální aktivity		

Zdroj: Venglářová, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 12. ISBN 978-80-247-2170-5.

Senior se raduje z maličkostí, jež jsou součástí běžného života, což mladí lidé vůbec neprožívají. Senior je umí ocenit.

Nejčastější problém v tomto věku u starého člověka je závažnější úbytek rozumových schopností, které mohou člověka zbavit soběstačnosti a učinit jej závislého na péči jiné osoby. Suchá (2012, s. 11) uvádí, že se u starších jedinců objevuje ztuhlost (rigidita) v myšlení, zhoršuje se koncentrace, smyslová výkonnost, fantazie a tvůrčí schopnosti a duševní poruchy – deprese.

Podle statických údajů s narůstajícím věkem se výskyt demence zvyšuje.

² VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. S. 12. ISBN 978-80-247-2170-5.

3. DEMENCE

Koukolík (2004, s. 20) udává že: o demenci najdeme již zmínku u antických lékařů a filosofů. V antických svitkách popisují demenci jako úpadek duševních funkcí doprovázející stáří u některých jedinců. V 17. století poprvé v historii demence dostává právní obsah. V 18.století je syndrom demence popsán po stránce příznaků, chování (obsahově) lékaři. Pojem demence můžeme nalézt ve známé osvětské francouzské Encyklopedii z roku 1751- 1772. V roce 1804- 1807 pojem demence dostává formální právní podobu ve francouzském občanském zákoníku (zákoník je znám jako Code Napoleon), který slouží do dnes jako základ právních norem mnoha zemí. V 19. Století lékaři nedokázali s jistotou rozlišit syndrom demence od jiných poruch. Roku 1845 Griesinger popsal klinicky presenilní demenci. Demenci jako úpadek schopností ve stáří popsal v roce 1838 francouzský psychiatr Esquirol a označil ji jako *démence senile*. Přesné vymezení presenilní demence se datuje ale až od roku 1906, kdy Alois Alzheimer popsal demenci u Auguste D.(bylo jí 51 let, když zemřela na syndrom demence). 20. století je dobou zkoumání a rozlišování jednotlivých forem demence.

Demence je dle Vágnerové (2004, s. 265- 267) získané organické poškození CNS (centrálního nervového systému). Poškození se projevuje úbytkem kognitivních funkcí, jako je inteligence a paměť až dojde k degradaci celé osobnosti. Demence postihuje spíše starší jedince. Koukolík uvádí že, ze statistických údajů vyplývá zvyšující se výskyt postižení demencí po 60. roce věku člověka. V průmyslově rozvinutých zemích západního světa se „*každých 5 let prevalence syndromu demence přibližně zdvojuje. Ve věku do 75 let je prevalence syndromu demence vyšší u mužů, po této věkové hranici je vyšší u žen. Odhad prevalence syndromu demence do roku 2025 ve 29 zemích, je že staří dementní lidé budou přibývat rychleji než ostatní populace.*“³ Vznik syndromu demence mohou vyvolat různé faktory, jejichž účinky se mohou navzájem ovlivnit.

Vágnerová (2004, s. 266) uvádí faktory způsobující demenci. Jsou to genetické dispozice, biologický základ, exogenní fyzikální, chemické a biologické faktory, sociální faktory.

³ JIRÁK, R. a KOUKOLÍK, F. *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. Vyd. Praha: Galén, 2004. S. 20. ISBN 80-7262-268-4.

- **Genetické dispozice** mohou být příčinou vzniku syndromu demence, nebo na genetické dispozici závisí reakce organismu při jiném onemocnění či postižení. Příklad genetické dispozice vzniku cévního onemocnění a z toho pak možnost vzniku ischemicko- vaskulární demence. U Alzheimerovy demence se pak jedná o poruchu funkce konkrétních genů, v jejichž důsledku vzniká patologický protein. Porucha se týká těchto genů na 1., 12., 14., 19. a 21. Chromozomu.
- **Biologický základ** demence je zapříčiněna degenerativními změnami v mozku, hypoxií mozku, nebo úrazem mozku (mechanickým zhmožděním mozku).
- **Exogenní fyzikální, chemické a biologické faktory** – mezi tyto faktory, které mohou způsobit vznik syndromu demence, zahrnujeme kouření, otravy chemickými látkami, úrazy.
- **Sociální faktory** mohou být jednou z příčin vzniku, průběhu syndromu demence. Nekvalitní sociální zázemí, nekvalitní způsob života a s tím spojené dlouhodobé užívání alkoholu, drog.

Koukolík definuje demenci jako: „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. (Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek). Kódové označení v desáté revizi Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů F00- F03.*“⁴

Jiráček a Koukolík (2004, s. 81- 84) charakterizují demenci jako úbytek kognitivních i nekognitivních funkcí. U postižených demencí se projevují tři základní příznaky syndromu demence. Jsou navzájem propojené a navzájem se ovlivňují.

⁴ JIRÁK, R. a KOUKOLÍK, F. *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. s. 19. ISBN 80-7262-268-4.

Nejdříve se u postiženého projeví **porucha kognitivních funkcí** jako je paměť, vnímání a pozornost, intelektu, pozornosti. Porucha těchto funkcí může nastat pomalu, nenápadně, jiné demence se projeví velmi rychle, ale vždy s poruchami aktivit denního života. Jako první má jedinec postiženou paměť. Tak zvanou novopaměť není schopen najít věci, nezapamatuje si nově naučené činnosti, telefonní čísla, nepamatuje kam si, co odložil a nemůže to najít). Poté se mu obtížně vzpomíná na informace uložené v zásobní paměti tzv. staropaměť.

Poté nastávají **behaviorální a psychologické příznaky demence**, jež se vyskytují vždy u střední a pokročilé fáze demence. Mezi tyto příznaky patří poruchy chování (agresivita, útky neúčelná aktivita), poruchy emotivity (patické nálady, nezvládnání afektů), poruchy cyklu spánek- bdění, přidružené psychotické příznaky (bludy, poruchy vnímání). Bludy objevující se u jedinců jsou například, někdo jim krade věci, peníze. Halucinace jsou převážně zrakové, méně často sluchové, nebo jiných smyslů. Vyskytují se převážně u vaskulárních demencí afekty vzteku, nebo afekty lítosti. Častý je výskyt patických nálad, jež se mohou projevovat ve většině případů nárazově. U všech typů demence se velmi často projevuje úzkost a poruchy spánku. Dementní jedinec ve dne spí a v noci je v bdělém stavu. U pokročilých fází demence jsou jedinci zcela inkontinentní (moč i stolice).

Poruchy aktivit denního života u dementních jedinců dle Vágnerové (2004, s. 282- 284) patří k základním poruchám syndromu demence. Nejdříve se vytrácí instrumentální aktivity- běžné denní aktivity jako je schopnost telefonovat, manipulace s domácími elektrospotřebiči, penězi. Ubývají profesní aktivity a koníčky. Jako poslední jsou postiženy bazální aktivity. Jedinec se není schopen správně obléknout, svléknout, udržet osobní hygienu, najíst se bez pomoci druhé osoby. Demence se dělí do čtyř stádií, pro něž je typická určitá míra jednotlivých složek.

První stádium – lehká demence se projevují mírnější poruchy krátkodobé paměti, při vybavování některých slov, při počítání, obtíže při porozumění složitějšímu příběhu, uvažování bývá pomalé a těžkopádné. Lidé se snaží své nedostatky kompenzovat zafixovanými způsoby chování, vyhýbáním se obtížnějším situacím, důrazem na své minulé zásluhy. Někdy mají zhoršenou náladu. Nemocný jedinec potřebuje kontrolu a občasnou pomoc.

Druhé stádium- střední demence se projevuje závažnější poruchou dlouhodobé paměti. Jedinec je dezorientovaný časem i místem, má problémy řešit zcela obvyklé problémy, nerozumí mnoha požadavkům, sdělením a ztrácí soudnost. Řeč je obsahově chudá, nezvládá sebeobsluhu, objevuje se inkontinence, nerespektuje běžné sociální normy. Nemocný potřebuje dohled a trvalou pomoc.

Třetí stádium – těžká demence- se u nemocného projevuje tak, že je zcela dezorientován v čase a místě, osobou, která ztrácí schopnost myšlení. Jeho komunikace je zcela omezená. V chování nerespektuje vůbec žádná sociální pravidla, není schopen vůbec sebeobsluhy a je velmi inkontinentní. Jeho aktivita je opakování neúčelných pohybů či potulování bez cíle. Jedinec je zcela odkázán na péči okolí a je velmi žádoucí i ústavní péče, neboť je velkou zátěží pro rodinu.

Čtvrté stádium – terminální- je poslední fází tohoto onemocnění, kdy je nemocný zcela upoután na lůžko, nekomunikuje, ztratil schopnost jakékoli aktivity a je již zcela závislý na ošetrovatelské péči.

Je velmi žádoucí dle Vágnerové (2004, s. 282 – 284) jak pro nemocného syndromem demence tak pro jeho nejbližší okolí včas odhalit začátek demence. Při včasné odhalení a určení správné diagnózy je možné zahájit terapii. Je velmi důležité si všimnout varovných signálů počínající demence. K diagnostice demence odborníci z řad psychiatrů, neurologů, praktických lékařů využívají neurologické vyšetření, somatické vyšetření, jež se vždy opírá o poskytnuté údaje nejbližšími rodinnými příslušníky, pečovateli pacienta. Používají se škálovací metody a výkonnostní testy, psychologické vyšetření, laboratorní vyšetření a zobrazovací metody.

Je velmi **důležité určit, zda se jedná skutečně o syndrom demence**, nebo poruchu, jež demenci připomíná. Mezi tyto **poruchy patří deprese a deliria**. Depresivní nálada může připomínat obraz demence, protože postižení nemohou plně využít své kognitivní funkce.

Deprese dle Venglářové (2007, s. 19) může být přítomna u staršího jedince při začátku onemocnění demencí. Deprese se ve stáří velmi špatně diagnostikuje, velmi často se symptomy deprese připisují běžnému stárnutí. Pro seniory v depresi je charakteristické, že neprojevují zájem o každodenní věci, ztrácí se u nich pozitivní

emoce, mají pocit viny, trpí poruchy spánku, nechutenstvím, neplánují si nic do budoucna, mohou se sebepoškozovat, nebo přemýšlí o sebevraždě. Deprese se dělí podle závažnosti příznaků na mírnou, středně těžkou a těžkou. U některých jedinců je velmi těžké poznat, že trpí depresí, protože symptomy nejsou na první pohled patrné. Doporučuje se si všimnout projevů chování u staršího jedince, protože onemocnění depresí je vážné onemocnění. V počátcích velmi dobře léčitelné.

Deliria, jsou stavy, kdy jedinec je stížen kvalitativní poruchou vědomí a tím prožívání reality.

Hrdlička a Hrdličková při stanovení diagnózy syndromu demence a při vyšetřování by neměl být u vyšetřovaného jedince zmatený stav tzv. delirium. *Platná Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD – 10) požaduje, aby stav trval alespoň 6 měsíců, což má zamezit záměně s přechodnými stavy imitujícími demenci.*⁵

Hrdlička a Hrdličková popisují stav Deliria bez přítomnosti demence takto: *„Delirium, kvalitativní porucha vědomí, může přesvědčivě demenci imitovat. Často se objevuje u pacientů demencí již trpících, což znesnadňuje rozlišení. Pro diagnózu deliria oproti demenci svědčí náhlý vznik, zastřené vědomí, výrazně měnlivá úroveň kognitivních funkcí během krátké doby a nápadná dezorientace časová, místní i osobní. Z psychomotorických poruch bývá zřetelná hyperaktivita spojená s drobným motorickým neklidem a tzv. bludem zaměstnanosti (pacient automatizovaně provádí evidentně neúčelnou činnost, kterou považuje za vykonání potřebné práce). Poruchy spánku- bdění, emoční poruchy, zrakové halucinace. Obvykle dojde k úpravě stavu do týdne, jen zřídka trvá déle než 4 týdny.*⁶

U starších jedinců se vyskytují od 50 roku života poruchy paměti, roztržité chování, zapomnětlivost z důvodu věku nebo při depresi, stresu. Jedinec si nemůže vybavit jména, čísla. Ale u jedince však nedochází k úbytku kognitivních schopností a

⁵ HRDLIČKA, M. a HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. S. 11. ISBN 80-7169-797-4.

⁶ HRDLIČKA, M. a HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. S. 15. ISBN 80-7169-797-4.

intelektu. Jedinec je schopen vykonávat všechny aktivity a je schopen se na ně soustředit. Je tedy velmi důležité než se určí u jedince syndrom demence delší pozorování chování starého člověka, rozhovor s nejbližšími příbuznými a okolím ohledně chování. Někdy zapomnětlivost může být způsobena stresovými situacemi, jako jsou úmrtí partnera, zhoršení zdravotního stavu, přestěhování se. Nesprávně stanovená diagnóza může negativně ovlivnit zbytek života seniora,

Koukolík (2004, s. 21) uvádí zjištění, že již při stanovení prvních příznaků syndromu demence až po propuknutí syndromu demence se u jedinců bez ohledu věku a pohlaví zvyšuje úmrtnost. Dle jeho zjištění žije České republice v domovech důchodců nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných 62% seniorů se syndromem demence.

Možnosti terapie demence Vágnerová (2004, s. 287) uvádí, že terapie je ve všech formách zaměřena na zlepšení a zachování soběstačnosti nemocného. Využívá se farmakologická léčba, která je zaměřena k úpravě neklidu, deprese, i když základní onemocnění obvykle zásadním způsobem neovlivní. Psychoterapeutická péče spočívá v podpoře sebehodnocení, v terapii vzpomínkami s využitím zájmů nemocného. Často se používá behaviorální terapie, při které se jedinci účastní stimulace jednotlivých dovedností, muzikoterapie, pracovní terapie, kognitivní trénink, rehabilitace řeči, motoriky, kanisterapie (účinná pomocná terapie, v rámci které jsou psi využíváni ke zlepšení zdravotního stavu jedince).

Zásady komunikace se seniory trpícími syndromem demence: (Walsh, 2005, s. 8) důležité je vytvořit podmínky pro komunikaci, oslovit seniora jménem, podívat se, co právě dělá a připojit se k jeho činnosti, vnímat jeho neverbální projevy, poslouchat jeho slova a snažit se porozumět, co se za nimi skrývá, mít dostatek času na komunikaci a držet se jednoho tématu a zásady komunikace tady a teď, používat krátké věty, pojmenovávat co děláte vy a co právě dělá senior. Seniora povzbuzovat a dávat mu najevo, že věci zvládá a co dělá správně. Dávat přesné pokyny, jednoznačné a konkrétní, které obsahují pouze jeden splnitelný krok. Při komunikaci používat i neverbální techniky jako je výraz obličeje, sluch, zrak, hmat.

Příklady aktivizace seniorů postižených demencí se zabývám ve své praktické části a snažím se ukázat, jak je aktivizace a kontakt s lidmi stejného věku pro seniora

důležitý a přínosný. Cílem mé práce je potvrzení hypotézy, zda senioři, kteří jsou aktivní si i déle udrží soběstačnost, vitalitu a životní optimismus a elán.

3.1 Projevy demence

Podle (Gelder a kol., 1996, Jiráček 1996, Smolík, 1996 a Jiráček a kol., 1999) syndrom demence je ovlivněn typem a závažností zdravotního stavu jedince. Jeho psychickým, somatickým stavem, způsobem života a sociálními faktory, jež určují postižení kognitivních a psychických funkcí a až postupně dojde k úpadku celé osobnosti. (In: Vágnerová, 2004, s. 267).

Koukolík dle kritérií diagnózy demence podle MKN- 10 popisuje demenci jako: „*Syndromu daného poruchou paměti čili amnézií, společně s jednou nebo větším počtem dalších poruch kognitivních funkcí: apraxií, agnózií a poruchou řídicích neboli exekutivních funkcí (paměť, řeč a jazyk, smyslové vnímání a poznávání).*“⁷

Postižení paměťových funkcí

Koukolík (2004, s. 25-33) popisuje paměť jako soustavu neurokognitivních sítí velkého rozsahu, ale nejsou to však oddělené systémy, naopak jsou v interakci. Rozeznává paměť pracovní (krátkodobá), explicitní, deklarativní, sémantická paměť.

Pracovní paměť (krátkodobá paměť) jako první dojde k poškození krátkodobé paměti (short- term memory). V současné době se pro tuto paměť užívá pojem pracovní paměť. Jedinec není schopen si zapamatovat ani vybavit zvukové neřečové i řečové informace. Tyto informace, když se neopakují, vytrácejí se během 2-3 sekund. Jestliže si je jedinec opakuje nehlasně, tím si je pamatuje o něco déle. Poškození má za následek neschopnost učit se novým věcem, uchovat si informace. Jedinec si nevybaví jak řešit určitý problém, nezvládne se naučit novým dovednostem. Při větším postižení si jedinec není schopen vybavit již starší vědomosti.

⁷ JIRÁK, R. a KOUKOLÍK, F. *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2004. S. 23. ISBN 80-7262- 268-4.

Deklarativní paměť (explicitní) – tato paměť je vědomá slouží k zapamatování událostí a faktů. Je složena ze dvou podskupin paměti **sémantické a epizodické paměti.** Fakta jsou v paměti uspořádány obdobně jako hesla v encyklopedickém slovníku. **Paměť pro fakta se nazývá Sémantická paměť,** jejíž obsah není závislý na kontextu (na konkrétní čas a prostor). Události v deklarativní paměti jsou autobiografické události spojené s konkrétním časem a místem. Těmto obsahům je nucen se jedinec vědomě učit a sdílí se kulturně. Koukolík a Jiráček uvádí projevy poškození sémantické paměti u sémantické demence: *„které se projevuje těžkou anomii, poškozeným chápáním smyslu jednotlivých mluvených i psaných slov, poškozenou tvorbou příkladů v testech plynulosti sémantickou kategorií, sníženou mírou obecných znalostí o lidech, předmětech a smyslu slov. Dalšími znaky jsou relativní uchování dalších složek chápání tvorby jazyka, zejména fonologie a syntaxe, uchování vizuo-percepčních a prostorových schopností a dovedností, jakož i schopnost řešit neverbální úlohy a relativně uchovaná autobiografická a epizodická paměť⁸.* **Paměť pro události se nazývá paměť epizodická,** charakterizuje vztah ke kontextu.

U jedince se může projevit porucha deklarativní paměti, ve které mohou být postiženy zvláště sémantická a epizodická paměť nebo obě společně. Tato porucha se nazývá **amnézie.** Dle Koukolíka a Jiráčka (2004) amnézie někdy bývá i na události, jež byly před vznikem amnézie. Tato amnézie se nazývá retrogradní amnézie. Amnézie týkající se událostí, jež bývají po vzniku amnézie, říkáme anterogradní (ortogradní nebo prográdní) amnézie. Při amnézii nejsou postiženy jiné druhy paměti. Jedinci s amnézií se mohou učit hybným dovednostem, zůstává jim zachována procedurální paměť, ale nepamatují si, že se něco učili. Amnézie vzniká z mnoha příčin způsobené poškozením různých částí mozku. V současné době je hlavní příčina amnézie Alzheimerova nemoc, posttraumatický stresový syndrom a těžké deprese.

Vágnerová (2004, s. 267) uvádí že, nejdříve je poškozená krátkodobá paměť a střednědobá paměť. Proto jedinec není schopen se učit novým věcem, uchovat nové uložené vědomosti dovednosti, informace, z důvodu postižení deklarativní paměti. V počáteční fázi demence lidé výpadky paměti nahrazují konfabulacemi (nepravdivé,

⁸ JIRÁK, R. a KOUKOLÍK, F. *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie.* 1. Vyd. Praha: Grada, 2004. S.33. ISBN 80-7262- 268-4.

smyslené údaje), až přestávají rozlišovat, která informace je pravdivá a která výplod vlastní představivosti.

V pokročilejším stadiu demence se úplně vytrácí uložené dovednosti, znalosti a návyky. Jedinec si nedokáže vybavit ani své jméno, neumí se soustředit na žádnou činnost. Což má za následek poruchu myšlení a způsob řešení problémů. Myšlení se stává chudé jak po obsahové i formální stránce. Jedinec nejdříve ztrácí schopnost abstraktně myslet, není schopen si nic naplánovat, zorganizovat, rozhodovat se. Neumí se rozhodnout mezi několika způsoby řešení určité situace nebo problému. Vytratilo se i porozumění souvislostí a vztahů. Neví, jak se má v určité situaci zachovat, neví, jak se má obléknout, jak připravit stravu. S postupující demencí ubývá i sebekritičnosti a soudnosti. Jedinec si není schopen uvědomit nesprávnost svého chování. V pokročilé fázi jedinec nedokáže zpracovat informace, bloudí ve známém prostředí, nerozpozná známé objekty a tváře, ale vidí a slyší. Neorientuje se v čase, neví který je den, rok, noc nebo den. Nepamatuje si, kam si uložil své věci a je přesvědčen, že ho stále někdo okrádá.

Poruchy řeči a jazyka – Dle Koukolíka a Jiráka se jazykem rozumí: *“Výsledek složité neuronální činnosti dovolující vyjadřovat a vnímat duševní stavy prostřednictvím sluchových a grafických znaků nebo gest při využití senzorických a motorických funkcí, které k tomuto účelu nebyly prvotně specializovány. Řeč je jeden ze způsobů vyjadřování jazyka, jiným způsobem je písmo nebo gesta.”*⁹

Vágnerová (2004, s. 268) udává, že při poruše řeči jedinec ztratil schopnost porozumět mluveným informacím (mluvenému slovu), neumí se verbálně vyjádřit a není schopen se svým okolím komunikovat. Nerozumí obsahu sdělovaného, neumí si ho dát do souvislostí. Sdělenou informaci si nezapamatuje. Demence má za následek faktické korové poruchy, které se dělí podle funkčního hlediska. Rozlišujeme motorická, neplynulá afázie, při které je narušeno verbální vyjadřování. Při senzorické, plynulé afázii se jedná o neschopnost rozumět mluvenému slovu). Může se rozvinout tzv. agrafie – jedinec není schopen se vyjádřit písemně, nebo alexie ztráta schopnosti

⁹ JIRÁK, R. a KOUKOLÍK, F. *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2004. S.37. ISBN 80-7262- 268-4.

čtení. Stává se, že jedinec odpovídá na dotazy, ale jeho odpovědi jsou úplně nesmyslné. Jedinec užívá jednoduchý způsob verbální komunikace, které se dá velmi obtížně porozumět. Při pokročilé demenci se stává, že jedinec ztratí schopnost se verbálně vyjádřit a komunikuje jen pomocí neúčelných a nesmyslných zvuků.

Poruchy emocí - se u jedince projeví ztrátou schopnosti kontrolovat a ovládat chování a nálady. Koukolík a Jiráček (2004, s. 66) uvádí, že základní emoční výrazy jako je hněv, smutek, strach štěstí, překvapení zvládají malé děti do 1 roku života. A předpokládá, že tyto základní emoce jsou projevem vrozeného chování, ne naučené. Jiráček a Koukolík uvádí platnou teorii, podle níž se na tvorbě a prožívání emocí podílejí: *“některé struktury mozkového kmene, jejichž schopnost odpovídá za schopnost rozlišení emočního signálu. Limbický systém a bazální ganglia, jejichž činnost odpovídá za jejich efektivní rozměr, tedy za schopnost dodat emočnímu signálu příslušný obsah, i za schopnost na tento obsah nějakým způsobem odpovědět. Mozková kůra jejíž činnost odpovídá za etický a estetický rozměr emocí. Nově poznáním systémem podílejší se na zpracovávání emocí je mozeček.”*¹⁰

Porucha emocí dle Koukolíka a Jiráčka (2004, s. 69) je způsobena poškozením mozku úrazem, nebo cévními mozkovými příhodami, genetickými vlivy. Při syndromu demence bývají ovlivněny všechny základní struktury funkčního systému emocí. Mezi tyto základní funkční systémy patří čelní laloky, které se dělí na další tři části. Každý funkční systém je spojen s jiným druhem chování, ale některé způsoby chování se váží na všechny tři funkční systémy dohromady. Jedinec může mít poruchu schopnosti dodržovat sociální pravidla chování, nezvládne řešit problémy, má zhoršenou schopnost adaptace na nečekané proměny okolí. Není schopen si dělat plány a ani je realizovat. U jedince se mohou objevit výrazné změny v osobnosti, jako je pokles svědomitosti podrážděnost, beztaktnost. Jedinec se může chovat způsobem, kterým napodobuje automaticky gesta a chování lidí v jeho okolí. Někteří postižení mají neovladatelné nutkání užívání předmětů v jejich okolí.

¹⁰ JIRÁK, R. a KOUKOLÍK, F. *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2004. S.65. ISBN 80-7262- 268-4.

Dle Vágnerové (2004, s. 270) se jedinec se syndromem demence stává velmi lítostivý nebo naopak euforický. Projevují se u něj depresivní nebo úzkostné chování. Někdy může dojít až k afektivním výbuchům, nebo se jedinci bez zjevné příčiny může změnit nálada. Chování se projevuje celkovým neklidem. Při pokročilé fázi demence je jedinec citově otupělí a apatický. Nemocní syndromem demence vyžadují stereotypní rutinu, v důsledku pomalého zhoršování se výkonnosti a rychlé unavitelnosti. Vytrácí se motivace k jakékoli činnosti a tím se redukují i zájmy. Vágnerová konstatuje u mnoha nemocných rozvoj „*apaticko- abulický syndrom, kdy člověk nic nechce, nic jej nezajímá a o nic neusiluje. Pokud se určité potřeby uchovávají, jde obvykle jen o základní pudové mechanismy.*“¹¹

Nápadnosti v chování se projevují nepřiměřenými reakcemi na určité situace. Lidé se chovají jakoby zpomaleně a utlumeně. Neprojevují v chování vůbec žádnou iniciativu. Veškeré pohybové aktivity, jež člověk provádí, jsou ochuzené o mimiku, řeč. Někdy se u jedince projevuje silný neklid a jedinec bezúčelně věnuje stereotypní činnosti (např. přendává věci z místa na místo). Občas se u jedince projeví přehnaná aktivita spojená s útekem z domova, bez schopnosti najít cestu zpět. Vyskytuje se porucha cyklu noc a den, převládá noční aktivita a denní ospalost. Při pokročilejší fázi demence jedinci ubývá aktivita a spíše všechen čas proleží. Začíná se projevovat apraxie, tj. úpadek naučených motorických dovedností. Jedinec zapomněl, jak se používá příbor, jak se umýt, vyčistit si zuby, jak se podepsat, jak číst. Přestává sám zvládat běžnou hygienickou činnost a stává se plně závislý na péči druhé osoby.

Úpadek osobnosti - dle Vágnerové (2004, s. 271) pozvolna dochází ke změně osobnosti postiženého syndromem demence, až nastane úplný úpadek a dezintegrace osobnosti. Úpadek osobnosti se projevuje například tím, že šetrný člověk se stane lakomým, extrovert začne být dotěrný a vlezlý. Jedinec se neorientuje v běžné sociální situaci, nechová se podle sociálních norem chování a ztrácí své sociální návyky. Ztrácí schopnost empatie, stává se egocentrický, bezohledný a sobecký. V chování k druhým lidem se projevuje nedůvěra, konfliktnost, nesnášenlivost a i agresivita. Nepocítují vinu a mizí pocit studu. Ztrácí schopnost udržovat osobní hygienu a čistotu. U některých

¹¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. Vyd. Praha: Portál, 2004. S. 270. ISBN 80-7178-802-3.

jedinců může dojít k rozvoji pudové složky jako je potřeba jídla, sexuality. Dle Vágnerové při postižení frontálního laloku dochází ke „*ztrátě sebekontroly, tyto nemocní se chovají zcela bez zábrán, např. se obnažují na veřejnosti, obtěžují personál v obchodě či v nemocnici, močí vedle postele. V této fázi choroby už nemají náhled na nevhodnost svých projevů.*“¹²

Subjektivní hodnocení postiženého demencí -sebehodnocení jedinců postižených demencí je možné jen v počáteční fázi onemocnění demencí. Jedinec se může sebehodnotit buď pozitivně, nebo negativně. Jedinec se ale snaží vyhnout všem situacím a činnostem, při nichž se mohou projevit jejich nedostatky schopnosti zvládnout bez chyby nějakou aktivitu, náročný požadavek vyplývající z jeho sociální role.

Vágnerová (2004, s. 272) konstatuje že, omezují kontakt s cizími lidmi, popírají své potíže a snaží se zpočátku zapomenuté postupy činností kompenzovat a využívat zachované stereotypy. Při pokročilejší fázi demence ubývá kompetencí a postižení lidé si to uvědomují. Stávají se úzkostní, depresivní, stydí se za svou neschopnost a snaží se své potíže popírat. U těchto lidí je velmi důležité pro jejich dobré sebehodnocení udržet si co nejdéle pocit soběstačnosti. Jak se demence prohlubuje, chovají se postižení primitivním způsobem. Mohou ztratit i schopnost verbálně komunikovat.

3.1.1 Jakým způsobem provést určení a typ demence?

Demence pochází z latinského kořene *de mens*, jež označuje pokles úrovně duševní činnosti. Koukolík a Jiráček poukazují na skutečnost, že se v odborných kruzích vede diskuze, zda syndrom demence tvoří součást stárnutí nebo zda se od sebe zásadně liší. Odborníci se přiklánějí spíše k názoru, že: „*demence není kauzálním důsledkem stárnutí. Opačně řečeno – stárnutí nemusí nutně vést*

¹² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. Vyd. Praha: Portál, 2004. S. 271. ISBN 80-7178-802-3.

*k demenci. Benigní a maligní stařecká zapomnětlivost, porucha paměti a poruchy dalších kognitivních funkcí ve vztahu k věku, jsou předmětem probíhajícího výzkumu a neuzavřené odborné diskuse.*¹³

Odborníci popisují tak zvanou **poruchu kognitivních funkcí ve vztahu k věku**. Dle Koukolíka a Jiráka (1999, s. 21) se jedná o postupné snížení kognitivních funkcí paměti, učení, pozornosti, soustředění, myšlení, jazyka a schopnosti řešit prostorové a zrakové úlohy. Pokles musí probíhat nejméně šest měsíců. Dle zjištěných údajů se tento pokles netýká jedinců až od padesáti let, ale mohou jím být postiženy již mnohem dříve v mladším věku. Je stále předmětem výzkumu, jak se na této poruše podílí genetické faktory, anatomické změny v mozku, pohlaví, rodinné a kulturní vlivy. Poruchu kognitivních funkcí ve vztahu k věku lze zjistit a prokázat neuropsychologickým testováním a je nutné u jedince shledat alespoň jednu odchylku pod určenou hranici věku.

Koukolík a Jiráka (1999, s. 21) dále uvádějí, že se u lidí s benigní stařeckou zapomnětlivostí může postupem času vyvinout demence. Mezi nejjednodušší metodu zjištění poklesu paměťové funkce patří provedení objektivního testu.

Jiráka a Koukolík (2004, s. 85- 86) uvádí nejjednodušší orientační test na zjištění stupně demence a stupně postižení kognitivních a nekognitivních funkcí. V testu některé šalovací otázky již pomáhají rozlišit druh demence. Test s názvem **MMSE (Mini- Mental State Examination)** je nejvíce i ve světě užívaný pro určení i stupně demence. V tomto testu se pomocí třiceti otázek hodnotí kognitivní funkce. Za správnou odpověď na otázku se přidělí jeden bod a za špatnou nula bodů. Nejvyšší počet bodů znamená, že jedinec není postižen demencí.

Dle tohoto testu zjišťujeme pomocí jednoduchých otázek co je dnes za den datum a jméno dne, kolikátého je podle data v kalendáři a kde se senior právě nachází. Dále se zjišťuje funkce krátkodobé paměti a to tím způsobem, že seniorovi vysvětlíme, z jakého důvodu, mu řekneme názvy tří jednoduchých snadno zapamatovatelných předmětů a po pěti minutách se zeptáme, které z těchto předmětů si zapamatoval. Názvy uváděných předmětů mohou být např. auto, míč, dům)

¹³ KOUKOLÍK, F. a JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. s 20. ISBN 80-7169-716-8.

- 1) Seniora se zeptáme na letopočet, měsíc, den v týdnu a kde se nachází.
- 2) Po vysvětlení, z jakého účelu požadujeme po seniorovi zopakování názvů tří předmětů, které mu sdělíme. A po pěti minutách se ho zeptáme, které námi sdělené názvy předmětů si zapamatoval.
- 3) Seniora poprosíme odečítání sedmičky od čísla sto.

Tento test se doporučuje opakovat po čtyřech týdnech. Prokáže-li se po, že jedinec i po zopakování jeví známky časoprostorové orientace, nebo není schopen si po pěti minutách vybavit dva ze tří jmenovaných předmětů. A v odečítání nemá správný výsledek jednoho nebo dvou odečítání. A pokud jsou lékařem již farmakologicky zabezpečena další onemocnění, nebo je-li senior již dostatečně zavodněn a má i v pořádku sociální kontakty a výsledek testu je stejný nebo horší. Můžeme již předpokládat u jedince a to z 90 % pravděpodobností, že se jedná o syndrom demence. A je tedy nutné takového jedince poslat k odborníkovi na podrobnější vyšetření.

Mini- Mental State Examination

1. ORIENTACE (nemocný by měl mít pro odpověď na každou z otázek deset sekund)

- Co je dnes za den?
- Kolikátého dnes je?
- Který je den v týdnu?
- Který měsíc teď máme?
- Který je nyní rok?
- Které roční období je teď?
- Jak se jmenuje země, ve které jsme?
- Ve kterém jsme okrese (kraji) ?
- Ve kterém jsme městě?
- Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav zdravotnické zařízení) ve které jsme?
- V kolikátém jsme poschodí?

2. ZAPAMATOVÁNÍ

Teď vám vyjmenuji tři předměty – až je vyjmenuji všechny, budu chtít, abyste je zopakoval. Zapamatujte si je dobře, protože se vás na ně ještě jednou zeptám za několik minut. (Slova se vyslovují s jednovteřinovou přestávkou mezi nimi)

- Lopata
- Šátek
- Váza

Nyní prosím řečená slova opakujte. (Nemocnému je nutno nechat na odpověď 20 sekund. Skóre se přiděluje za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Pokud pacient nezopakuje všechny tři výrazy, opakujte alespoň pětkrát, anebo než se to pacient naučí. Jinak by totiž nebylo možno vyšetřovat odstavec Výbavnost.)

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

Odečítejte od 100 po 7 a skončete po pěti odečtech. 100-93—86-79-72-65 (za každou správnou odpověď 1 bod). Pokud se pacient jednou zmýlí a další výsledky jsou proto posunuty, počítá se to jako jedna chyba.

V případě, že testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, lze jej místo toho požádat: Hláskujte pozpátku slovo. POKRM. Opakujte nejvýše třikrát, až nemocný rozumí. (M-R-K- O- P za každou správnou hlásku se započítává 1 bod). Skóre udává počet písmen ve správném pořadí – např. MRKOP- 5, PKORM- 3.

4. VÝBAVNOST

Můžete teď znovu opakovat slova, která jsem vám před chvílí řekl(a).

Na odpověď ponechte 10 sekund. Za každou správnou odpověď přísluší 1 bod.

- Lopata
- Šátek
- Váza

5. POJMENOVÁNÍ

- Ukažte náramkové hodinky: Jak se to jmenuje?
- Ukažte propisovací tužku: Co je to?

6. OPAKOVÁNÍ

Opakujte po mně větu : Žádná kdyby anebo ale.

(Na odpověď nechte 10 sekund, skóre 1 patří jen za celou větu a jen za úspěch na první pokus.)

7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Vložte pacientovi do ruky kus čistého papíru a dejte mu následující příkaz:

Veźmĕte teď do pravé ruky tento papír, přeloźte ho na polovinu a poloźte ho na podlahu.(Ponechte na provedení 30 sekund. Za kaźdý provedený stupeň přísluší jeden bod.)

Stupeň 1- Uchopení do pravé ruky

Stupeň 2- přeložení na polovinu

Stupeň 3- - položení na podlahu

8. ČTENÍ A VYHOVĚNÍ PŘÍKAZU

Ukaźte nemocnému kartu s nápisem – ZAVŘETE OČI. Současně ho požádejte. PŘEČTĚTE, CO JE NA PAPIRU NAPSÁNO, A UDĚLEJTE, CO SE OD VÁS ŽÁDÁ. (Na provedení příkazu nechte 10 sekund. Pokyn je možno opakovat nejvĕše tĕikrát. Bod lze přidĕlit pouze tehdy, zavře-li nemocný skutečně oči.)

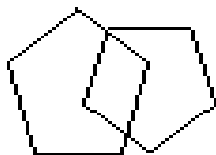
9. PSANÍ

Dejte nemocnému tuźku a papír a požádejte ho:

NAPIŠTE JAKOUKOLI VĚTU! (Na splnění příkazu se ponechá 30 sekund. Vĕta musí mít podstatné jmĕno a sloveso a musí dávat smysl. Pravopisné chyby vřak nevaďí.)

10. OBKRESLOVÁNÍ

Dejte nemocnému papír, tuźku a mazačí gumu. Požádejte ho, aby obkreslil obraz, který mu ukážete (viz níže). Ponechte mu jednu minutu, aby mohl udĕlat nĕkolik pokusů. Bod přísluší pouze tehdy, jsou-li zachovány vřechny strany a úhly a tvoří-li průnik obou čtyřúhelník. Roztřesenost ani rotace obrazců nevaďí.



HODNOCENÍ:

Za kaźdý správnĕ provedený úkol (pod úkol) se přidĕlí jeden bod. Celkovĕ dosažitelný počet bodů činí 30. **27- 30 bodů** – normální stav. **25 -26 bodů** možnost demence. **10- 24 bodů** mírná až středně těžká demence. **6- 9 bodů** středně těžká až těžká demence. Mĕně než **6 bodů** – těžká demence. ¹⁴

Zdroj: VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. Vyd. Praha: Portál, 2004. S. 269. ISBN 80-7178-802-3.

¹⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. Vyd. Praha: Portál, 2004. S. 269. ISBN 80-7178-802-3.

3.2 Typy demencí

Koukolík a Jiráček (1999, s. 27) uvádějí, že nestačí u jedince potvrdit diagnózu demence, je též nesmírně důležité určit její příčinu. To znamená určit etiologii postižení a přiřadit dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů o kterou demenci se jedná.

Rozeznáváme tyto diagnostiky demencí: Alzheimerova demence, Vaskulární demence, Demence s Lewyho tělísky, Demence při Parkinsonově nemoci, Multisystémová atrofie, Frontotemporální demence a příbuzná onemocnění, demence při Huntingtonově nemoci, mírná porucha kognitivních funkcí, Prionová onemocnění, Symptomatické demence.

ALZHEIMEROVA NEMOC

Alzheimerova nemoc dostala jméno po svém objeviteli Aloisi Alzheimerovi, který nemoc popsal a diagnostikoval na jednapadesátileté paní Augustě.

Alois Alzheimer se narodil 14. června 1861 v Marktbreitu nad Mohanem, poblíž Würzburgu. Studoval medicínu v Berlíně. V roce 1877 napsal diplomovou práci s názvem: O ceruminálních žlázách, práce obsahovala i histologické obrázky. V roce 1894 se oženil, manželka v roce 1901 zemřela. Z manželství měl tři děti. V roce 1903 odchází do Mnichova na Královskou psychiatrickou kliniku na pozvání Kraepelina. V roce 1906 se stal jeho zástupcem a v roce 1912 se Alzheimer stal ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity Friedricha Wilhelma v Breslau. Alois Alzheimer zemřel v roce 1915 v 51 letech.

Dle zjištěných údajů na vzniku Alzheimerovy nemoci se podílejí rizikové faktory, jako je věk a familiární dědičnost a genetické vlivy. Ke vzniku se může přičíst i Downův syndrom. Odborníci vedou diskuze nad rizikovými faktory jako je ženské pohlaví, poranění hlavy nižší vzdělání, hypertenze, kouření, hliník.

Jiráček a Koukolík (2004, s. 114) uvádějí faktory fungující jako ochrana a snížení výskytu Alzheimerovy nemoci. Užívání nesteroidních antirevmatik, postmenopauzální estrogenová terapie a užívání statinů.

Alzheimerová nemoc se řadí mezi heterogenní onemocnění. Je to nejčastější nemoc stáří. Jsou známé dvě formy nemoci raná a pozdní forma. Bylo již identifikováno a popsáno pět mutací genu APP způsobující Alzheimerovu nemoc. Dle Koukolíka a Jiráka se v roce 1992 vědcům podařilo zjistit gen, který je zodpovědný za vznik Alzheimerovy nemoci. *“V současnosti je v rodinách stížených Alzheimerovou nemocí s raným začátkem známo několik desítek patogenních mutací zmíněného genu. Žádná z těchto mutací se v normální populaci nevyskytuje. Onemocnění začíná mezi 35 až 50. rokem věku¹⁵.*

Raná forma (early-onset AD) při níž se objevují příznaky do 60. roku věku a doba přežití je šest až osm let. Tato raná forma nemoci je ovlivněna genovými poruchami na chromozomu 21. Tato raná forma se snadno diagnostikuje, než pozdní forma, která bývá ovlivněna familiární dědičností, protože postižení jedinci umírají dříve z jiných příčin.

Pozdní forma (late-onset AD), příznaky nemoci začínají až po 60. roce věku a doba přežití je i více než deset let. U této pozdní formy se podílí na vzniku familiární agregace ovlivněná vlivy vnějšího prostředí. Vysoké riziko vzniku je ještě kombinace těchto dvou výše uvedených vlivů s genetickými předpoklady.

Velmi pozdní (very late-onset) je označení Alzheimerovy nemoci, jejíž příznaky se objevují po 85 letech života. Je prokázáno, že na vzniku velmi pozdní formy se asi nejvíce podílí vnější prostředí a ohrožení familiární nebo genetické u této formy je velmi nízké.

Jirák a Koukolík (2004, s. 115) konstatují: doba přežití jedince od prvních příznaků propuknutí Alzheimerovy nemoci až po úmrtí záleží na věku, v němž byla diagnostikována. Při stanovení diagnózy mezi 60- 70. rokem věku, je počítaná doba přežití 7-10 let. Pokud je prokázána až v desátém deceniu, je předpoklad dožití 3 roky.

Příznaky Alzheimerovy nemoci se projevují nenápadně. Je velmi těžké rozlišit první příznaky nemoci od normálního stárnutí. Zatím se nepodařilo zjistit, jak dlouhé je období tzv. preklinické stádium (tzn. Vývoj onemocnění do propuknutí prvních

¹⁵ KOUKOLÍK, F. a JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, s. 69. ISBN 80-7169-615-3.

příznaků onemocnění). Dle zjištěných poznatků jsou prvními příznaky poruchy epizodické paměti. Nemocný člověk zapomíná každodenní události, nepamatuje si, co měl dnes k obědu, nevzpomene si na postup přípravy jídla.

Koukolík a Jiráček (1998, s. 89) uvádějí zjištění opírající se o sledování nedementních starších jedinců, že před vypuknutím samotného onemocnění Alzheimerova typu se u těchto jedinců dva až pět let objevují změny v mentální úrovni. Patrné jsou změny ve slovní paměti a v bezprostřední sluchové paměti. Mohou se objevit i poruchy vybavení nově ukládaných paměťových dat. Jazyk je zachován, ale jak se nemoc prohlubuje je řeč sice stále plynulá, ale obsahově prázdná. Nemocný hledá slovní spojení a slova, kterými by vyjádřil, to co chce sdělit.

S postupujícím vývojem Alzheimerovi nemoci se u nemocného více začínají objevovat poruchy vizuospaciálních funkcí. Nemocní nemohou nalézt cestu domů, bloudí i ve známém prostředí. Zapomínají cestu do obchodu, na poštu, ke známým. Nejsou schopni si naplánovat a rozdělit činnost. Ženy neumí zvolit správný postup přípravy jídla, praní. 40% nemocných začíná trpět depresemi, halucinacemi a agresivitou a trpí poruchami spánku. Tito jedinci mají prohozený cyklus ve dne spí a v noci bdí. Je však velmi těžké je léčit, protože jsou přesvědčeni, že jim nic není a odmítají se léčit.

Prognóza života u Alzheimerovy nemoci bývá obvykle 3-8 let. Dřívější úmrtí je zaznamenáno u lidí jež jsou postiženy těžšími stupni afázie, demence se vyvíjí i rychleji. Jsou postiženi ve větším stupni jazykové funkce. Muži na Alzheimerovu nemoc umírají dříve než ženy.

V průběhu Alzheimerovy nemoci u nemocného dochází postupně k různým fázím postižení kognitivních funkcí. Koukolík a Jiráček (1998, 97-98) popisují jednotlivé fáze postižení kognitivních funkcí. Jednotlivé fáze dělí do 7 skupin.

Do první skupiny patří jedinci **bez postižení kognitivních funkcí**, kteří nemají potíže s pamětí a poruchu paměti nelze rozpoznat ani při rozhovoru.

Druhou skupinu tvoří jedinci s **počínajícím postižením kognitivních funkcí**, jež si stěžují na občasné výpadky paměti. Jedinec si nemůže vzpomenout, kam si odložil

běžně užívané předměty, nevzpomene si na jména známých lidí. Porucha kognitivních funkcí stále ještě jedince žádným způsobem neomezuje v osobním ani profesionálním životě. Jedinec nevykazuje žádné známky nápadné poruchy.

Ve třetím rozdělení se u jedinců již objevuje **lehké postižení kognitivních funkcí**. Jedinec se není schopen orientovat v neznámém prostředí, je zmatený. Není schopen se soustředit a tím klesá jeho výkon. Obtížně hledá slovní spojení a trpí poruchou paměti na jména. Nepamatuje si, kam si odložil cenné předměty. U jedinců s náročným povoláním a sociálními povinnostmi klesá výkon. Jedinec se snaží své potíže zapírat. Potíže před blízkými lidmi nejdou popřít.

Do čtvrté skupiny řadí jedince se **středně těžkým postižením kognitivních funkcí**. Postižení jedinců se projevuje poruchami soustředění a péčí o vlastní osobu. Jedinec dělá chyby při počítání z hlavy, špatně se orientuje v čase a osobě. Je dezorientován ve známém prostředí, není schopen vykonávat složitější a náročnější činnosti. Nepoznává známé lidi a osoby. Jedinec však stále popírá své poruchy, i přesto že musí zanechat náročné povolání.

Pátou skupinu tvoří jedinci s **pokročilým postižením kognitivních funkcí**. Tito jedinci již potřebují pomoc druhé osoby, protože již nejsou schopni vést samostatný život. Nemocný si nepamatuje vlastní adresu, jména příbuzných členů rodiny. Je dezorientovaný v čase, místě, ale stále si pamatuje pro něj významné životní události, své jméno i jména svých dětí a životního partnera. Je schopen si zapamatovat cestu na toaletu. Zůstává schopen se najíst. Potřebují pomoc s výběrem ošacení. Vzdělanější jedinci již nezvládnou odečítat, protože již nejsou schopni větších početních kroků.

Šestou skupinu tvoří nemocní s **těžkým postižením kognitivních funkcí**. Tito jedinci si nepamatují jména osob ani těch, kteří o ně pečují. (osoby blízké, pečovatelé). Nevzpomenou si na své významné životní události. Nepamatují si aktuální informace. Mají obrácený denní rytmus v noci bdí a ve dne spí. Známé tváře lidí, jsou stále ještě schopni rozlišit od cizích tváří. Nejsou schopni odečítat. Objevuje se změna osobnosti projevující se změnami nálad, bludy, neklidem úzkostnými stavy, útočné až agresivní chování k neznámým věcem a jevům. Jedinec není schopen se rozhodnout (tzv. abulie).

Při pokročilé fázi Alzheimerovy nemoci není jedinec schopen komunikace s okolím, je apatický. Objevuje se u něj sedmý stupeň **velmi těžké postižení kognitivních funkcí**. Nejsou schopni udržovat oční kontakt s lidmi, nepoznávají své blízké, neudrží polohu v sedu, jsou zcela inkontinentní a němí. Někteří nemocní ztrácí hmotnost. Tito jedinci jsou zcela odkázáni na péči druhé osoby.

Alzheimerova nemoc se léčí farmakologicky a nefarmakologickými přístupy.

Jiráček a Koukolík (2004, s. 163) uvádí nefarmakologické přístupy. Mezi tyto přístupy uvádí psychiatrickou rehabilitaci, aktivační metody, socioterapii, rehabilitaci. Při psychiatrické rehabilitaci je důležité procvičovat běžné denní činnosti, velmi důležité je procvičování schopností, které má nemocný ještě zachovalé. Osvědčilo se trénování kognitivních funkcí, především procvičování základních dovedností a paměti. Cvičení lze provádět individuálně anebo skupinově.

U postižených Alzheimerovou nemocí se doporučuje opatřit dveře v místnostech jednoduchými nápisy usnadňující orientaci v bytě. Měli by mít na viditelném místě umístěn kalendář a hodiny, pro lepší orientaci ve dne i v čase. Doporučuje se i arteterapie, muzikoterapie a canisterapie. Muzikoterapii lze provozovat muziku aktivním provozováním hudby, nebo pasivním poslechem. Uvedené aktivity zlepšují u jedinců emoční i kognitivní funkce. Nemocné Alzheimerem je pro aktivity nutné motivovat.

VASKULÁRNÍ DEMENCE

Vaskulární demence je v mnoha zemích druhé nejčastější onemocnění po Alzheimerově nemoci. Koukolík (2004, s. 167) uvádí, že první zmínku o Vaskulární demenci lze najít již v první evropské učebnici neurologie z roku 1549 od Jaso de Pratisse. Již v roce 1893- 1902 se Binswanger s Alzheimerem zabývali studiem výzkumem demencí. A mimo Alzheimerovu nemoc popsali i vaskulární demenci, jako arteriosklerotické změny mozkové kůry. Na jejich studie v roce 1910 navázal Emil Kraepelin, který od presenilní a senilní demence odlišil skupinu, které dal název

Arteriosklerotická psychóza. Toto označení až do poloviny 70.let 20 stol. bylo součástí senilní demence, kdy se zjistilo že Alzheimerova nemoc způsobuje senilní demenci a atrofii mozku. Teprve ve 20. století se vaskulární demence uvádí jako diagnóza. Je předmětem výzkumu na kolik se cévní změny podílejí na vzniku demence.

Vaskulární demence způsobuje anatomické změny v lidském mozku. Tyto změny mohou být zapříčiněny infarkty, arteriosklerotickými změnami mozkových tepen a krkavic.

Dle Jiráka a Koukolíka jsou vaskulární demencí ohroženi jedinci: „s rizikovým faktorem vývoje vaskulární demence jsou iktu. Demence se vyvíjí v rozmezí několika měsíců až několika let. Již tři měsíce po iktu bývá četnost demence vysoká (13,6 až 31,8 %). Nezávislémi faktory zvyšujícími riziko demence po iktu jsou věk, rasa (afroamerický původ), předchozí iktus, lakunární iktus, diabetes mellitus. Rizikovými faktory bez předchozího klinicky zřejmého iktu je přítomnost lakunárních infarktů, rostoucí věk, výše diastolického krevního tlaku, výše hladiny kreatinu, kouření, stenóza a. karotis větší než 50%, mužské pohlaví a diabetes mellitus. Nově popisované riziko ischemického a/nebo hypoperfúzního poškození mozku je koronární bypass a náhrada mitrální chlopně.¹⁶

U jedinců s vaskulární demencí se objevují změny stavu během krátkého časového rozmezí. Kognitivní a nekognitivní funkce se postupně zhoršují. Zhoršování lze přirovnat ke schodům, funkce jdou postupně dolů. Na Zhoršujícím se stavu se podílí vznik stále nových mozkových infarktů, nebo mozkových příhod. Osobnost jedinců je dlouho zachována a jedinci jsou schopni posoudit svůj stav. U nemocných vaskulární demencí se objevují poruchy chůze s občasnými pády. Někteří jedinci trpí močovou inkontinencí. Jedinci trpí změnami nálady, epizodické deprese. V pokročilé fázi jsou změny osobnosti.

Terapie u vaskulární demence- léčba se provádí farmakologická a nefarmakologická. Nefarmakologická léčba se provádí obdobně jako u Alzheimerovy choroby. Doporučují se aktivity k podpoře běžných denních činností, aby se jedinec co nejdéle udržel soběstačnost. Muzikoterapie, arteterapie.

¹⁶ JIRÁK, R., a KOUKOLÍK, F. *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. Vyd. Praha: Galen 2004. S. 178. ISBN 80-7262-268-4.

DEMENCE S LEWYHO TĚLÍSKY

(Koukolík a Jiráček, 2004, s. 187) uvádí že, název demence s Lewyho tělísky je poprvé použit v roce 1961. Onemocnění demencí s Lewyho tělísky je někdy považováno za samotnou diagnózu, někdy je variantou Alzheimerovi nemoci, nebo idiopatické Parkinsonovy choroby.

Koukolík a Jiráček konstatují že: „*Demence s Lewyho tělísky je běžná forma demence vyššího věku, v nemocničních autoptických souborech představuje 15-20% všech případů. Definitivní diagnóza je neuropatologická.*“¹⁷

Vztah Alzheimerovy nemoci a demence s Lewyho tělísky dle Koukolíka a Jiráčka (2004, s. 192) dokládají na patologickém zkoumání mozků pacientů s diagnózou demence. Dle jejich zjištění čistou Alzheimerovu demenci identifikovali u více pacientů. Demenci s Lewyho tělísky objevili u menší části pacientů trpící Alzheimerovou nemocí, ale tito jedinci měli v mozku ještě Lewyho tělíska.

Zjistili, že čistá Alzheimerova nemoc je častější u žen a demence s Lewyho tělísky spíše u mužů.

Projevy demence s Lewyho tělísky (Koukolík a Jiráček, 2004, s. 195) Uvádí mezi příznaky, které mohou charakterizovat toto onemocnění: časté pády, výskyt halucinací jiných smyslů než zraku, ve zvýšené míře výskyt depresivní nálady. Při potvrzené diagnóze se u nemocných projevují tyto základní příznaky: zrakové halucinace, paranoidita, velmi častý výskyt delirií, krátkodobé fluktuace stavu, dlouhodobě progredientní demence, hypertonicko- hypokinetický extrapyramidový syndrom a jedinci bývají velmi přecitlivělí k antipsychotikům (neuroleptikům).

Terapie u demence s Lewyho tělísky je stejná jako u jiných typů demencí. Doporučuje se procvičování kognitivních funkcí, převážně paměti. Doporučují se aktivity k podpoře běžných denních činností, aby se jedinec co nejdéle udržel soběstačnost. Muzikoterapie, arteterapie.

¹⁷ JIRÁK, R., a KOUKOLÍK, F. *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. Vyd. Praha: Galen 2004. S.187. ISBN 80-7262-268-4.

DEMENCE PŘI PARKINSONOVĚ NEMOCI

Demence při Parkinsonově nemoci – Koukolík a Jiráček definují Parkinsonovu nemoc jako: „*progresivní motorickou poruchu v dospělosti, kterou doprovázejí dva nebo více následujících příznaků: klidový třes, bradykineze, končetinová rigidita, v pozdějším průběhu instabilita chůze. Přídavné jevy, které mohou onemocnění doprovázet, jsou časná nebo pozdní deprese a v pozdním průběhu úpadek kognitivních funkcí. Jako u Alzheimerovy nemoci se klinicky rozlišují pravděpodobná (probable), možná (possible) a definitivní (jistá, definice) diagnóza Parkinsonovy nemoci.*“¹⁸

Dle výzkumu se prokázalo u Parkinsonovy nemoci, že je to klinicky, anatomicky, geneticky a etiologicky heterogenní onemocnění. Klinicky heterogenní vliv se projevuje na věku jedinců, ve kterém se u nich začnou projevovat první příznaky onemocnění. Onemocnění se vyvíjí u každého jedince jiným tempem. U jedinců s ranějším nástupem příznaků je vývoj nemoci pomalejší. S přibývajícím věkem, se při objevení prvních příznaků Parkinsonovy nemoci, zvyšuje riziko demence.

Koukolík a Jiráček (2004, s. 199) dle prováděného výzkumu popisují rizikové faktory pro vývoj Parkinsonovy nemoci. Uvádí život na venkově a pití vody ze studní, kouření, rozličné dietní faktory, úrazy hlavy, působení pesticidů a herbicidů. Na vývoj onemocnění mají vliv i genetické dispozice, tzn., že některé geny zvyšují pravděpodobnost onemocnění. Byly již prokázány genetické dispozice v některých rodinách.

Projevy Parkinsonovy nemoci (Koukolík a Jiráček, 2004, 203) uvádí mezi typickými příznaky: neurologické příznaky jsou svalová rigidita (ztuhlost), tremor (třes), poruchy chůze a stoje, psychické poruchy- deprese, úzkost, deliria, psychotické poruchy, demence. Poruchy kognitivních funkcí a méně závažné poruchy poznávacích funkcí.

U některých jedinců s Parkinsonovou nemocí se může objevit demence. Typickými příznaky počínající demence jsou lehké poruchy kognitivních funkcí a exekutivních funkcí. Jedinci ztrácejí motivaci a schopnost si naplánovat činnost.

¹⁸ JIRÁK, R., a KOUKOLÍK, F. *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. Vyd. Praha: Galen 2004. S.199. ISBN 80-7262-268-4.

Projevuje se porucha abstraktního myšlení, jsou pomalí v řeči bez výrazné intonace. Někteří jedinci mohou mít problém s písmem a obkreslováním obrázků. Mají poruchu paměti. Velmi často jsou depresivní, úzkostní. Někteří jedinci s demencí i bez demence mohou mít halucinace (hlavně zrakové), deliria, bludy.

Terapie Parkinsonovy nemoci- farmakologická a psychické aktivity. Aktivity stejné jako u ostatních demencí. Doporučuje se procvičování kognitivních funkcí, převážně paměti a aktivity k podpoře běžných denních činností. Metodami aktivizace jedince postiženého Parkinsonovou nemocí se zabývá v praktické části práci.

MÍRNÁ PORUCHA KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Koukolík a Jiráček popisují mírné poruchy kognitivních funkcí jako: „*stav vyznačující se poruchami aktivit denního života. Poruchy paměti neinterferují se schopností samostatné existence. Jsou mírné intenzity, nedosahují stupně demence. Vždy jsou přítomny subjektivní stížnosti na poruchy paměti. Mohou být postiženy exekutivní funkce, ale toto postižení není takového stupně, aby podstatně zhoršilo schopnost běžné denní rutiny.*“¹⁹

Porucha se může u jedince objevit po stresové situaci např. přestěhování se, ztráta životního partnera, vážné onemocnění. U některých jedinců může porucha kognitivních funkcí po určité době odeznít, ale někde může být trvalá.

Historie vývoje pojmu- se datuje od roku 1958, kdy Kral popsal stařeckou zapomnětlivost. Dalším zkoumáním zjistil, že u některých jedinců stařecká zapomnětlivost přechází do demence, a nebo maligní stařecké zapomnětlivosti. Samotný pojem je použit v roce 1994 v Diagnostické a statistické příručce Americké psychiatrické asociace jako age- related memory impairment. V současné době se používá název mild cognitive impairment.- mírné poruchy kognitivních funkcí.

¹⁹ JIRÁK, R., a KOUKOLÍK, F. *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. Vyd. Praha: Galen 2004. S.241. ISBN 80-7262-268-4.

Projevy mírné poruchy kognitivních funkcí mohou být subjektivní a objektivní. Uvádí se, větší porucha recentní (epizodické paměti – krátkodobá paměť) než staropaměti. Může se objevit i porucha prostorové paměti. Postižení jedinci si subjektivně více stěžují na paměť, než je objektivně patrné. Jedinci však nezvládají tolik činností z důvodů poruchy psychické výkonnosti. Jedinci jsou stále schopni zvládnout běžné denní aktivity. U jedinců nejsou patrné známky demence.

Terapie mírné poruchy kognitivních funkcí- Je velmi žádoucí stále provádět kognitivní trénink a tím posilovat paměť, myšlení.

PRIONOVÁ ONEMOCNĚNÍ

Koukolík a Jiráček popisují Prionová onemocnění jako: „*skupinu neurodegenerativních chorob postihující zvířata i lidi. Lidská prionová onemocnění vytvořil roku 1982 Prusiner, označoval jím malé bílkovinné infekční částice, které jsou odolné vůči inaktivaci postupy, které mění nukleové kyseliny.*“²⁰

Lidská prionová onemocnění jsou známá jako na Sporadická Creutzfeldovo-Jakobova nemoc (CNJ), familiární Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, Iatrogenní Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, Nová varianta Creutzfeldovy- Jakobovy nemoci, fatální familiární insomnie, Kuru.

Sporadická **Creutzfeldovo Jakobova nemoc (CNJ)**- toto onemocnění bylo prokázáno v mnoha zemích, kde ho bylo možno prokázat. Identifikuje se jeden člověk na milion lidí za rok. Stále se nepodařilo zjistit, co vyvolává vznik tohoto onemocnění. Malé procento onemocnění je dědičného původu, kdy byly prokázány rodokmeny náchylné k tomuto onemocnění. Příznaky onemocnění se projeví mezi 45 -75 lety, u žen nebo u mužů. U starších pacientů je jeho výskyt vyšší. Průběh nemoci je u každého jedince rozdílný může trvat nejčastěji několik měsíců, ale vždy ne déle než jeden rok. Lze ho prokázat jen neurohistologickým vyšetřením mozku. Koukolík a Jiráček (1998, s.

²⁰ JIRÁK, R., a KOUKOLÍK, F. *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. Vyd. Praha: Galen 2004. S.245. ISBN 80-7262-268-4.

176-177) uvádí že s tímto onemocněním se u nás setkáme nejvíce v okolí Kysuc a Oravy. Creutzfeldova-Jakobova nemoc se objeví v šestém decéniu a je prokázáno, že 90% lidí zemře do 1 roku od objevení prvních příznaků této nemoci. Velmi často dochází k záměně tohoto onemocnění s počínající Alzheimerovou nemocí. Ale Creutzfeldova- Jakobova nemoc má rychlejší průběh. Jedinci mají dříve rané vizuální poruchy a kombinaci pyramidových, extrapyramidových a mozečkových příznaků.

SYMPTOMATICKÉ DEMENCE

Vznikají v důsledku působení infekčních onemocnění, metabolického, endokrinologického, toxického a farmakologického postižení mozku.

Mezi Symptomatické demence zařazujeme HIV- AIDS, progresivní paralýza, demence při neuroborelióze, demence při dalších infekčních chorobách, alkoholová demence.

HIV- AIDS

Koukolík a Jiráček (2004, s. 259) uvádí, že podle Světové zdravotnické organizace se počet nakažených HIV nebo AIDS stále zvyšuje. I přesto, že se mohou nakaženým HIV pacientům podat speciální léky na oddálení propuknutí onemocnění. Koukolík a Jiráček uvádí že: *„asi 20-30 % pacientů v pozdní vývojové fázi AIDS je postiženo motorickými a kognitivními poruchami, které nelze přičíst oportunním infekcím. Tyto poruchy mohou přejít do komplexu AIDS- demence, obvykle označovaného zkratkou ADC (AIDS-dementia komplex, HIV- dementia komplex), jenž může být složkou širšího postižení nervového systému při AIDS.“*²¹

Demenci často provází motorické příznaky, raným příznakem jsou poruchy paměti a soustředění, doprovázené psychomotorickým zpomalením. Motorické příznaky jsou ataxie, svalová slabost, třes, porucha jemné koordinace, tyto příznaky doprovází apatie, která je velmi individuální. V nejpokročilejších fázích choroby jsou postižení

²¹ JIRÁK, R., a KOUKOLÍK, F. *Demence Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. Vyd. Praha: Galen 2004. S.259. ISBN 80-7262-268-4.

těžce dementní, autističtí, inkontinentní, paraplegičtí, mají výrazný pokles tělesné hmotnosti.

PROGRESIVNÍ PARALÝZA (syphilis cerebri)

Toto onemocnění je v užším slova smyslu meningoencefalitid syphilitica, to jsou různé formy mozkové syfilitické angitidy. Toto onemocnění se opět začalo objevovat v souvislosti s otevřením hranic, sexuální turistikou a AIDS. Onemocnění se může projevovat jako jakékoli psychiatrické a neurologické onemocnění.

ALKOHOLICKÁ DEMENCE

Dle Koukolíka a Jiráka (2004 ,s. 271) je alkoholismus heterogenní poruchou, která poškozuje mozek. Česká republika se řadí mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu na osobu. Vznik závislosti na alkoholu je 25-50 % ovlivněno dědičnými dispozicemi. Sklon k pití alkoholu je prokázán na několika chromozomech. Alkoholismus lze tedy považovat za geneticky multifaktoriální. Závislost vzniká působením mnoha faktorů, které se navzájem ovlivňují (jsou v interakci). Alkohol poškozuje jedince somaticky (cirhóza jater, vředy, poškození ledvin, endokrinní změny). Mění se vzhled alkoholiků. Typický je předčasně zestárlý výraz, vodnaté oči, váčky pod očima, rudomodrý, těstovitě masitý obličej, celková zanedbanost, neschopnost udržet osobní hygienu, hypertonus končetinových svalů).

Projevy chování u alkoholiků: mají zhoršenou koncentraci pozornosti, paměti i celkové výkonnosti, uvažování je ulpívavé a vztahovačné, mívají narušené sebehodnocení. Časté jsou u nich změny v chování, převažuje egocentrismus, mizí sociální zábrany. V pozdějším stádiu alkoholismu jedinec není orientován místem, časem, osobou a má halucinace.

4. VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH

Jak správně výchovně působit na dospělé jedince, jak je správně motivovat pro vzbuzení zájmu se učit i v pokročilém věku, jaké jsou zvláštnosti v psychice dospělého jedince, jaké použít prostředky, jak se výchovným působením rozvine a změní osobnost dospělého člověka? Na tyto otázky se snaží odpovědět věda, která se nazývá pedagogická psychologie dospělých. Hartl tuto vědu charakterizuje: „*pedagogická psychologie dospělých je věda o psychologických zákonitostech výchovy a vzdělávání člověka v postupných věkových obdobích a v různých podmínkách jeho dospělosti.*“²²

Již ve starověku se starověcí filosofové ve svých úvahách zabývali psychologii a pedagogikou dospělého člověka. Tito filosofové vycházeli z ideální představy dospělého člověka, a tomuto ideálu se snažili při výchově a vzdělávání dospělých přiblížit. J. A. Komenský (1592- 1670) hovoří o prodloužení učení po celý život člověka. Rozdělil život člověka na jednotlivé etapy: dětství, dospělost a stáří. V 19. století se psychologie vyčlenila od ostatních věd. Ale stále se objevuje nutnost při pedagogické činnosti propojení s psychologii. Např. K.D. Ušinskij (1824- 1870) hovoří o nutnosti učitelů mít znalosti psychologie. I.P. Pavlov (1849- 1936) studoval reflexní chování živočichů, zkoumal podmíněné reflexy. A prokázal, že pro kvalitní učení je velmi důležité časté opakování, ale jedinec musí být vnitřně připraven na učení. G.E. Müller (1850- 1934) popsal pravidla efektivního učení, jež jsou aktuální do dnes. Je nutné, pro rychlejší zapamatování se učit vcelku, než po menších částech skládaných do celků. P.J. Galperin (nar.1902) vysvětluje teorii učení jako osvojování rozumových operací. Tyto operace rozděluje do tří stupňů. Dle jeho teorie je nezbytné k dobrému osvojení určení podstatných znaků osvojované vědomosti.

Hartl (1999, s. 75) uvádí, že člověk se stává člověkem naučeným chováním. Toto chování si osvojuje pomocí socializace. Jedinec je tak nucen získat záměrně a neustále během svého života velké množství znalostí, dovedností a vědomostí. Pro zdárný průběh učení a zapamatování vědomostí jsou velmi důležité vnější podmínky a psychická připravenost učícího se jedince.

²² HARTL,P. *Kompendium pedagogické psychologie dospělých*.1.vyd. Praha: Karolinum, 1999. S. 11. ISBN 80-7184-841-7.

Hartl definuje učení jako: „ *učení je více nebo méně trvalá změna ve věděni, chování nebo prožívání, která je výsledkem určité činnosti nebo zkušenosti člověka.*²³ Pedagog záměrně stanovuje požadavky na jedince, který si má osvojit vědomosti, dovednosti a návyky s cílem, aby jedinec si osvojil požadované vědomosti, návyky a dovednosti a dokázal je pochopit, analyzovat, a kombinovat. Samotné poznatky bez jejich propojení a porozumění jsou pro jedince nepotřebné. Jedinec si vytváří i svou hierarchii hodnot. Učení je tedy proces, dělený na: jednoduché druhy učení do tohoto procesu řadíme jednoduché podmiňování, vyhasínání, přivýkání, vtiskování a latentní učení. Složitější učení jsem patří: instrumentální učení, imitační, diskriminační, explorační a skupinové učení.

JEDNODUCHÉ DRUHY UČENÍ

Jednoduché podmiňování- (klasické, pavlovské nebo prvního řádu) – je založeno na vytvoření podmíněných reflexů (asociací).

Vyhasínání (extinkce) – podmíněné potlačení podmíněných reflexů, které již jedinec nepovažuje za důležité.

Přivýkání (habituační)- je zaniknutí vrozeného reflexu, na který si jedinec již přivykl a ten pro něj přestal být důležitý (již ho ani nevnímá a ani si neuvědomuje svou reakci na tento podnět). Habituační prostředí je takové prostředí, které na organismus působí, ale ten ho již nevnímá.

Vtiskování (imprinting) - dle Hartla je to, použil definici G. Murphyho „ *jde o zvýšenou schopnost učení a trvalého zapamatování určité zkušenosti v jistém období života, zpravidla ve velmi raném věku jedince, tzv. senzitivní období.*“²⁴ Odborníci vedou diskuzi, zda vtiskování (imprinting) je možný i v aktivní dospělosti.

Latentní učení (skryté učení) – je bezděčné zapamatování určitých návyků, podnětů a vztahů mezi nimi.

²³ HARTL, P. *Kompendium pedagogické psychologie dospělých*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, s. 76. ISBN 80-7148-841-7.

²⁴ HARTL, P. *Kompendium pedagogické psychologie dospělých*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, s. 78. ISBN 80-7148-841-7.

SLOŽITĚJŠÍ DRUHY UČENÍ

Instrumentální učení – (učení pokusem, omylem (thorndikovské) a operantní (skinnerovské) je prováděno zesílením požadované motorické reakce společně se vznikem podmíněného podnětu. (řízení auta, hra na hudební nástroj- motorické činnosti jsou spojovány do sebe zapadajících činností).

Imitační učení (učení napodobováním)- učení pomocí pozorování chování jiných jedinců.

Diskriminační učení (diferenciační) při tomto učení si jedinec vytřídí, a pamatuje z vnímaných podnětů, jevů, pouze pro ty něj významné. Ostatní jsou pro něj nepodstatné. Toto učení je základ každé profese.

Explorační učení (observační, učení pozorováním) – je založeno na potřebě jedince poznávat své okolí. Jedinec se učí pozorováním činnosti jiného člověka, aniž by byl k tomu nějakým způsobem podmiňován.

Skupinové učení - u nižších druhů (hmyz) je založeno na instinktech. U vyšších druhů je založeno na způsobu jejich komunikace.

UČENÍ SPECIFICKÉ POUZE PRO ČLOVĚKA

Dle Hartla (1999, s. 84) lze toto učení charakterizovat jako proces neustále získávání zkušeností, návyků, postojů. Důležitý při řešení a přizpůsobování se měnícím se sociálním a pracovním podmínkám. Učení je proces, který přetváří osobnost a charakter člověka, působí a mění i jeho citové vztahy. Jedná se o učení verbální, pojmově- paměťové, myšlenkové (řešením problémů) a sociální.

V dospělosti převažuje záměrné učení, které je považováno za schopnost. Tato schopnost je u každého dospělého jedince v jiné míře, protože její rozvoj je závislý na tom jak ji jedinec během života rozvíjí (zatěžuje).

Verbální učení- je nejběžnější učení již od dětství. Jeho podstatou je utváření mezislovních asociativních spojů. Verbální učení předchází pojmovému učení. Pouze dítě si může osvojit soubor základních poznatků o světě (jako například letopočty, zeměpisné názvy). Bez tohoto osvojení je nemožné přejít k pojmovému učení nebo

k učení řešením problémů. Verbální učení ztrácí postupně na účinnosti, proto ho jedinec postupně se zvyšujícím se věkem používá stále méně. Tím jak ho jedinec přestává používat, tím se snižuje jedincova schopnost memorování naučených informací. Tato schopnost trvale zůstává zachována u některých profesí (herci). Jsou-li jedinci po určitém časovém období vystaveni nutnosti se něco naučit (rekvalifikace, jazyk, střet s jiným prostředím) jsou velmi překvapeni a rozčarováni ze ztráty této schopnosti.

Pojmově-paměťové učení - se skládá ze dvou spojených procesů: tvoření pojmů a osvojování pojmů. Přitom se pojmy tvoří pomocí analýzy a syntézy. Osvojování pojmů lze dvěma způsoby: jedinec si v průběhu života vytváří své subjektivní pojmy, které jsou opřeny o vlastní zkušenost tzv. živelné pojmy. Tyto živelné pojmy, protože jsou založené na vlastní zkušenosti, obsahují i emocionální charakter, ale jsou nepřesné, částečné. Naopak naukové pojmy jsou přesné a jasné.

Hartl uvádí pro pojmové učení je velmi důležité: „ *novému pojmu se snadněji naučíme, když nevystupuje jako izolovaný prvek, ale zapadne do soustavy či struktury již utvořených pojmů.*“²⁵

Myšlenkové učení neboli řešení problémů – je spojení verbálního a pojmového paměťového učení, na jejichž základě se vytváří myšlenkové operace: práce s pojmy, soudy a úsudky, pro zdárné řešení problémů. Pro řešení jakéhokoli problému je významná analýza, ve které se hledá co je známé a co neznámé – hledané. Výsledkem jsou požadavky vedoucí k řešení. Po této fázi nastupuje syntéza, kdy na řešení používáme již minulé zkušenosti. Minulé zkušenosti mohou být i na obtíž, která jedince svazuje pouze na jediné řešení. Jedná se o tzv. funkční fixaci, jež vyjadřuje určitou zaměřenost, pro změnu této fixace je důležitá nápaditost nebo podpora. Tato podpora je u brainstormingu.

Sociální učení - jedinec si osvojuje znalosti, dovednosti, návyky postoje ve skupině lidí a to buď spontánním učením, nebo cílevědomě.

²⁵HARTL,P.*Kompendium pedagogické psychologie dospělých*,1.vyd. Praha: Karolinum,1999, s.83. ISBN 80-7148-841-7.

4.1 Vliv fyziologického stavu dospělého člověka na učení

Hartl (1999, s. 109) konstatuje: člověk se učí po celý život. Učení probíhá bezděčně, tím jak řeší životní problémy, nebo záměrně prostřednictvím účasti na organizovaném vzdělávání jako jsou rekvalifikační kurzy, sebevzděláváním. Fyziologický stav člověka ovlivňuje jeho motivaci, schopnost se učit i výsledky a průběh učení. Jedinec si postupné fyziologické změny, způsobené stárnutím svého organismu plně neuvědomuje. Protože ve většině případů dochází ke snižování schopností postupně.

Psychologický důsledek změn si dospělý člověk začíná uvědomovat kolem čtyřicátého roku života. Ve většině případů dospělý člověk tyto změny popírá. A stanoví si pro něj těžko splnitelný cíl, kterým si chce dokázat, že k žádným změnám nedošlo. Ale tím jak ke stárnutí organismu dochází postupně, přizpůsobuje se těmto změnám a tak může prožít střední léta a pozdější dospělý věk hodnotněji a více uplatnit své zkušenosti a zážitky než v mládí.

Dospělý jedinec mění svůj pohled na svou budoucnost i na svou osobu. Tento pohled mění i jeho motivaci a postoj k učení. Motivace k učení se proměňuje od vnějšího uspokojení k touze po vnitřním uspokojení z učení. Ve střední dospělosti si jedinec vybírá učení podle svých koníčků, nebo spojené se zaměstnáním.

Ve starším věku je motivace k učení zaměřená již na pro jedince zajímavé informace, které ho z nějakého důvodu zajímají nebo uspokojují. V tomto věku se mění i způsob zvládnutí učení. Vybírá si jen informace pro něj smysluplné a nějak využitelné. Oblastem v učení, které zatěžují jeho smyslové orgány se vyhýbá. Hartl uvádí že: *„věk sám o sobě není překážkou v učení. Výzkumy zabývající se učením dospělých prokázaly, že věkové změny v docilitě, tj. schopnosti učit se, jsou malé a pro většinu případů vůbec ne rozhodující.“*²⁶ Hartl (1999, s.110-127) uvádí vztah schopností dospělého člověka k jeho věku. Schopnosti, které zůstávají nezměněny ve vztahu k věku je znovupoznání, slovní paměť, paměť pro tóny, všeobecná

²⁶HARTL,P.*Kompendium pedagogické psychologie dospělých*,1.vyd. Praha: Karolinum,1999, s.110. ISBN 80-7148-841-7.

informovanost. Schopnosti, s určitým poklesem vzhledem k věku jsou motorická rychlost, senzomotorická rychlost, tradiční školní učivo, analogické usuzování. Nejvýrazněji klesající schopnosti vzhledem k věku je výbavnost nových poznatků, učení se symbolům a zapamatování si čísel a bezesmyslných slabik.

Fyziologické změny organismu mají největší vliv na rychlost učení, protože klesá zraková, sluchová výkonnost a klesá i pozornost. Je prokázáno, že mozek si udržuje schopnost se učit až do smrti člověka. Dle výzkumu, který se zabýval určením smrti člověka se zjistilo, že u jedince několik let před smrtí se zhoršují kognitivní funkce.

Odborníci se rozcházejí v odhadu délky trvání tohoto období tzv. terminálního období. Uvádí se od deseti měsíců až pět let. Doporučují co nejdéle a v co největší míře zatěžovat mozek, protože to je nejlepší ochrana organismu před stárnutím a cesta k uchování duševní a životní svěžesti.

Poklesu výkonnosti organismu je důležité přizpůsobit metody učení. Změnu učebního plánu, osnov učebních hodin, výběr a náročnost úloh a počet a délku vyučovacích hodin denně lze provést tak, aby vyhovovali účastníkům. Též je důležité přizpůsobit prostředí, v němž výuka probíhá. To umožní úspěšné zvládnutí učiva. Hartl uvádí zkušenost, že: *„ti dospělí, kteří mají větší obavy ze záporného vlivu fyziologických změn na průběh učení, méně ochotně zují kladný vztah k učení. Lektor, který pracuje s třídou dospělých, jim může pomoci tím, že jim vyloží fyziologii stárnutí, a tak sníží psychologický vliv těchto změn.“*²⁷

Pokles zrakové ostrosti, je pro dospělého člověka velmi zatěžující, protože dospělý člověk je více odkázán na zrak než na ostatní smysly. Dospělý člověk se učí z 85 procent zrakem. Mnoho dospělých jedinců kolem 45- 55 lety potřebuje brýle na čtení. Lektor vyučující dospělé by tedy na to měl pamatovat při úpravě vnějšího prostředí. Místnost by měla mít dostatečnou intenzitu světla, které by se mělo podobat dennímu osvětlení. Učební materiál by měl být v kontrastu od okolí. Všechny učební materiál určený pro dospělé od 35 let věku by měl využívat kontrastní barvy, výrazné odlišení u schémat, tabulek. Materiály tak získají názornost a mají schopnost více

²⁷ HARTL, P. *Kompéndium pedagogické psychologie dospělých*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, s. 110. ISBN 80-7148-841-7.

zaujmout a informovat. Je nežádoucí používat lesknoucí se papír, nebo tabule popsaná špatně čitelným písmem, skripta tištěná na nekvalitním papíru, který zvyšuje kontrast mezi typem písma a bílými místy na papíře.

Pokles sluchové ostrosti je způsoben třemi příčinami: fyziologickými změnami během stárnutí organismu, změnami způsobenými opotřebením smyslového orgánu, poklesem v důsledku vykonávané profese. Fyziologické stárnutí sluchu způsobuje změny v uchu, jež mají za následek neschopnost rozlišovat zvuky. Projevuje se to špatným rozlišováním některých jednotlivých slov a souhlásek např. v, d, b, t, h. Sluch se může zhoršovat do té míry, že jedinec neslyší žádné zvuky jako např. zvonění telefonu, zpěv ptáků. Hartl (1999, s. 117) konstatuje zjištění, že starší lidé (55- 64 let) žijící na vesnici mají menší ztrátu sluchu než lidé žijící ve městě.

Na sluchovou ostrost má vliv i hlučnost prostředí, protože hluk narušuje pozornost, komunikaci, výkon, ovlivňuje tělesné i duševní zdraví jedince. Jedinci vystaveny po delší dobu nadměrnému hluku, mohou dle zjištění, trpět poruchami centrálního nervového systému, vysokým krevním tlakem, žaludečními a dvanácterníkovými vředy, nebo kožním onemocněním. Nejvíce nebezpečný je hluk hlubokých a vysokých kmitočtů. Pokud je jedinec vystaven dvacet minut působení tomuto hluku o 90dB má rozhozenou duševní rovnováhu po zbytek dne.

Hartl (1999, s. 118) uvádí že: během výuky hluk rozptyluje pozornost, podílí se na vzniku více chyb a nepřesností, způsobuje únavu. Hluk může být způsoben špatně odhlučněnými místnostmi, kdy se v místnosti vytváří ozvěna, nebo pronikají zvuky z vedlejší místnosti jako je klepání, zvonění telefonu, hudba, hluk z ulice. Lektor vyučující dospělé účastníky by měl přizpůsobit i intenzitu hlasového projevu, tzn. důrazně a ne rychle a při udílení jakýkoliv pokynů vyčkat až jsou všichni účastníci připraveni. vždy by se měl snažit udílet jednoznačné snadno pochopitelné pokyny. Hartl konstatuje: *„U starých lidí může být schopnost chápat mluvené slovo tak výrazně snížena, že za přítomnosti vedlejších zvuků dochází k vývoji sluchového přetížení. Za takové situace pak starší lidé nejsou schopni ani soustředit pozornost, diskriminovat,*

ani organizovat zvukový materiál.²⁸“ Lektor by měl účastníkům vysvětlit příčinu hluku v místnosti.

Emoce – tím jak je dospělý člověk handicapován špatným sluchem, je ohrožen jeho emoční stav. Emoční porucha se může projevit jako skleslost, úzkostné stavy, nebo frustrace. Dospělý jedinec není schopen se soustředit svou pozornost na učení, pokud se situace nezlepší. Proto mnoho starších jedinců je nuceno použít naslouchátko, které však odstraní poruchu sluchu, ale neodstraní emoční poruchu. Neboť se mnohdy starý člověk za naslouchátko stydí. Může se stát, že si dospělý člověk nevěří ohledně požadavků spojených s výukou, pak pod vlivem stresové situace je jeho sluchové vnímání rozptýlené. Z tohoto důvodu, pak není schopen porozumět pokynům lektora.

Ostatní smysly – Dle Hartla (1999, s. 120) ostatní smysly dospělého jedince mají velmi malý podíl na učení. Je třeba mít na paměti, že ve stáří se zvyšuje tolerance vnímání bolesti a klesá hranice snášení bolesti a dotyku. Na toto je nutné myslet, pokud jedinec po padesátém roku věku, je nucen vykonávat nácvik praktických dovedností. Je prokázáno, že stářím smysly nepřestávají fungovat. Pouze u některých jedinců, pokud aktivně nevyužívají tyto orgány dochází k poklesu funkcí. Ve stáří pro uchování funkcí do vysokého věku, se doporučuje aktivní stáří.

Psychomotorické dovednosti - jejich úroveň je ovlivněna fyziologickým stavem jedince a jeho dovednosti propojit a spojit smyslové, nervové a motorické schopnosti. Jedinec musí být schopen koordinovat postup psychomotorické činnosti s potřebným minimálním časem a při minimální námaze. Toho lze dosáhnout opakováním požadovaného postupu činností. Hartl (1999, s. 122) hovoří, že ke snížení výkonnosti dochází tehdy, je-li neustále rušena, nebo omezována prováděna činnost, to má za následek zvyšování potřebného času, únavy, snížení výkonnosti a možnosti chybování. Pokles psychomotorických dovedností vzniká v důsledku fyziologických změn jedince způsobeného stářím.

²⁸ HARTL, P. *Kompendium pedagogické psychologie dospělých*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, s. 119. ISBN 80-7148-841-7.

Pokles psychomotorických dovedností nelze zastavit, je nutné se jí přizpůsobit. Pro lektora to předpokládá nutnost vytvořit takové podmínky pro učení dospělých, aby jim bylo umožněno podat co nejlepší výkon a využít co nejvíce potenciál svých schopností a možností. Měl by dávat účastníkům jednotné pokyny s potřebným časem k jejich pochopení a vnímání. Umožnit individuální tempo učení a ihned sdělit výsledky učení.

Slovní vyjadřování se u dospělého člověka s postupujícím věkem mění. Zpomaluje se tempo řeči a jedinec hned nenajde pro vyjádření vhodné slovo. S postupujícím věkem klesá schopnost vybavit si slovní spojení, nebo vysvětlit jeho význam. Hartl uvádí: *„Rozsah toho, co člověk čte a poslouchá, zůstává stejný během celé dospělosti. Řada výzkumů uvádí, že rozsah slovníku a uložených informací roste s věkem, ale že fyziologické změny omezují schopnost dospělého plně využívat všeho, co zná. V dospělosti se mění organizace i využívání nashromážděných informací. Dospělí zařazují stále větší počet informací do širších logických a smysluplných celků a zobecňují je, což umožňuje jejich výhodnější uspořádání.“*²⁹

Vliv věku na učení Dle Hartla (1999, s. 125) dospělý jedinec používá k učení logickou paměť, protože informace jsou pro něj lépe zapamatovatelné pomocí vztahů mezi poznatky. Mechanickou paměť užívají při učení děti. Mechanická paměť zůstává výkonná a zachována u dospělých, u kterých je základem vykonávané profese. Učení patří mezi schopnosti, které lze dále zlepšovat, pokud se nepoužívá, ztrácí se. Hartl konstatuje: *„Úspěšnost učení v dospělosti závisí na délce iniciálního učení (platí vztah: čím delší, tím lépe), na jeho zaměření a kvalitě a dále na délce přestávky před začátkem dalšího učení. Ideální je, když propast mezi iniciálním a dalším učením netrvá déle než jedny prázdniny. Čím trvá déle a zvláště jde-li o dlouhé roky, tím hůře. Přizpůsobit se učení je pak mnohem obtížnější a trvá to déle.“*³⁰ Pro úspěšné a zdárné učení dospělého

²⁹ HARTL, P. *Kompendium pedagogické psychologie dospělých*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, s. 123. ISBN 80-7148-841-7.

³⁰ HARTL, P. *Kompendium pedagogické psychologie dospělých*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, s. 125. ISBN 80-7148-841-7.

jedince je důležité, aby se chtěl učit. Převážná část dospělé populace se odmítá učit z důvodů psychické úzkosti, nejistoty, nebo nechtějí změnit své zaběhnuté stereotypy, hodnoty a postoje.

Důležité pro motivaci dospělého člověka k učení je emoční podpora okolí. Učení je činnost, kterou získáme pomocí nových poznatků a zážitků z pozorování, poslouchání, čtení a studia. K řešení problémů člověk využívá nabitě vědomosti a myšlenkové operace. Další psychomotorické dovednosti jedinec nabývá, tím, že je provádí.

M. A. OKUN (1977): In: Hartl (1999, s. 126) prováděl gerontopsychologický výzkum týkající se vyučování starších dospělých. Výsledky výzkumu lze shrnout do několika bodů. Kognitivní poruchy u starších dospělých lze vykompenzovat správně podanými informacemi. Informace je nutné podávat v menším uceleném celku. Pro podporu aktivní účasti na výuce je nutné sdělit starším jedincům očekávané výsledky učení. Jejich zájem lze zvýšit tím, že navážeme při výuce na jejich předchozí zkušenosti. Nutné ponechat každému jedinci individuální tempo jeho práce. Při učení využívat co nejvíce názorné pomůcky, schémata, přehledy. Na konci každé vyučovací hodiny provádět shrnutí, nebo zpětnou vazbu. Při podávání zcela nových informací, látky, nutné střídát pozornost a uvolnění posluchačů. Při učení používat příkladů, zobecnění, přirovnání na nějakou situaci, zdůraznění rozdílů, poslušnost, řešení problémů.

Vliv změny prostředí na starší jedince – Hartl (1999, s. 127) uvádí, že každá změna prostředí je pro staršího jedince vždy emociálně stresující situace. Reakce jedince je v menší míře, pokud může kontrolovat, předvídat své osobní podmínky před, během a po změně prostředí.

Kladný vliv na staršího člověka mají univerzity třetího věku, a všechny vzdělávací, kulturní akce pro seniory. Starší člověk zde přijde do styku s dalšími vrstevníky, kteří mu poskytnou úplně nová témata k hovoru. Na vzdělávací akci se naučí novým dovednostem, dozví se informace k řešení problémů a má možnost si nechat zodpovědět mnoho otázek, na které nezná odpověď, nebo řešení. Jestliže se starší jedinec na tato setkání těší a netrápí ho nedostatek sebedůvěry a obavy se selhání

po dlouhé pauze například v učení, nedůvěra a zlehčování jeho účasti na těchto setkáních od nejbližší rodiny, lze tyto setkání staršímu jedinci doporučit. Je to velmi důležitý prostředek na zpomalení stárnutí.

4.2 Vliv vnitřních podmínek na učení dospělého jedince

Vnitřní podmínky pro učení Hartl (1999, s. 129- 144) popisuje pomocí aktivace a motivace k učení, vlivem úzkosti, paměti, schopností se soustředit a věkem jedince.

Aktivace – (arousal) stav vzrušení, který má připravit organismus na uskutečnění dané činnosti. Jsou prokázány individuální rozdíly v aktivaci (potřeby vzrušení). Aktivační úroveň každého jedince je připravenost organismu ihned k činnosti. Připravenost je ovlivněna působením biologicko- fyziologických faktorů a působením vnitřních a vnějších podmínek a zkušeností organismu.

Motivace – je intrapsychická pobídka ke zvýšení nebo snížení aktivity, mobilizace sil v organismu, projevující se napětím, neklidem. Motivace každého člověka je dána jeho osobností, hierarchií hodnot, dosavadními zkušenostmi, schopnostmi a naučenými dovednostmi. Negativně na motivaci působí strach, úzkost a bolest. Hartl uvádí že: „ *V učení dospělých, bylo mnohokrát zjištěno, že přílišná motivace může být stejně neprospěšná jako motivace malá. Také příliš vysoká aktivace může snižovat výkon a to u starších více než u mladých dospělých. Ve výuce dospělých to často souvisí s jejím tempem. Vynechání odpovědi u starších dospělých převyšuje nesprávné odpovědi a oba druhy chyb se zvyšují, když je tempo úlohy rychlé.*“³¹

³¹ HARTL,P.*Kompendium pedagogické psychologie dospělých*,1.vyd. Praha: Karolinum,1999, s.131. ISBN 80-7148-841-7.

Motiv - je pohnutka k vykonání a uspokojení určité potřeby. Motiv má cíl, směr, intenzitu a je trvalý. Vychází z vnitřních, vědomých nebo nevědomých, bezděčných či podvědomých, vnějších podnětů. Je velmi důležitý pro emoce a fantazii člověka.

Vliv úzkosti - Převážná většina učících se dospělých se musí naučit vyrovnat s úzkostí ať s pozitivní, nebo naopak negativní. Jejich úzkost pramení z obavy a strachu ze selhání, ze ztráty sociální prestiže, důvěry v jejich osobu. Tato obava je u formálního i neformálního vzdělávání. Protože dospělý člověk si uvědomuje postupné snižování své fyzické i psychické výkonnosti. **Pozitivní úzkost** – je v malé míře vítaná. Motivuje učícího se jedince a aktivuje ho po delší časové období. **Negativní úzkost** - má na jedince neblahý vliv, protože v něm prudce zvýší zájem a tím se i úměrně zvýší úzkost, která je překážkou učení. Zvýšený zájem u jedince má za následek krátkodobý vysoký výkon, který ale není po delší dobu efektivní. Jedinec se z dlouhodobého hlediska nic nenaučí, protože není možné si delší dobu udržet vysoký zájem a vysoký výkon. Učící se dostává do vysoké úrovně úzkosti, má tzv. emocionální blok, klesá jeho výkonnost a jedinec si není schopen nic z učení zapamatovat.

Velmi důležitá pro učení dospělého jedince je jeho **vnitřní motivace**. Vnitřní motivace vychází z příjemných pocitů jedince, z toho co mu dělá radost a nějakým způsobem ho naplňuje a má pro něj nějaký význam a proto si snaží stále zlepšovat svoji výkonnost. Vnitřní motivace člověka k učení vychází z toho ,co mu učení přinese v současné době, nebo v budoucnu. Učení, jež nemá pro dospělého význam ani důvod, tomu nevěnuje čas ani námahu. **Vnější motivace** vychází většinou z potřeb organizace, zaměstnavatele, své zaměstnance rekvafikovat nebo k jejich zvyšování kvalifikace.

Hartl popisuje vliv úzkosti na aktivaci při učení dospělých takto: *„U člověka, který je zcela spokojen sám se sebou i se svou úrovní vzdělanosti, se často nedaří vzbudit dostatečnou úroveň aktivace pro další učení. Člověka, který je se sebou hluboce nespokojen a pociťuje tíživý nesoulad mezi dosaženou vzdělaností a vzdělaností žádoucí, ovládá tak silná úzkost a malá sebedůvěra, že k dalšímu učení přistupuje velice nerad. A pokud ano, pravděpodobně se nedostaví k přijímacím zkouškám nebo ho odradí první drobný neúspěch a učení zanechá. Dospělý pociťující zdravou*

nespokojenost sám se sebou a přiměřený nesoulad mezi svým vzděláním a potřebou učit se má nejlepší předpoklady pro úspěchy v dalším učení. ³²

Paměť, zapamatování a uchování v paměti - Hartl (1999, s. 136- 144) konstatuje, že schopnost jedince zapamatovat si požadované informace je ovlivněno věkem, náročností učiva, zapojením ostatních smyslových orgánů a pestrostí smyslových podnětů, uspořádání učiva a podmínkami vnějšího prostředí, kde se učení uskutečňuje. Je velice důležité pro učení v dospělosti, se naučit učit v mladém věku. Dospělý jedinci, kteří si tuto schopnost dostatečně neosvojili, nebo uplynul již delší čas, od doby, kdy se museli učit, mají velmi malé předpoklady k učení.

Kapacita paměti u dospělého člověka je ovlivněna jeho věkem, způsobem života a zatěžováním paměti během výkonu profese. Je dokázáno, že paměť, kterou jedinec málo během života využívá, zaniká. Hartl (1999, s. 138) udává výsledky výzkumu, který byl zaměřený na vliv věku na paměť. Dle tohoto zjištění věk jedince zásadním způsobem neovlivňuje primární paměť, má vliv pouze na rychlost vybavení. V pokročilém věku je jedinec si schopen vybavit vše, co souvisí s jeho profesní činností. Paměť dospělého člověka je z větší části založena na schopnosti poznávat známé podle předchozího učení. Vybavení z paměti dochází, jestliže jedinec opakuje již naučené, bez toho, že by si to uvědomoval. Pro správnou funkci paměti je velmi důležité vybavení a znovupoznání, vzpomínka (vzpomenutí se na postupy učení) a rekonstrukce (rozpomenutí se hierarchie postupu a pořadí ukládání látky učení). Paměť znovupoznání má větší kapacitu, než paměť pro vybavování.

Lektor by měl pomoci dospělému jedinci usnadnit zapamatování probíraného učiva. Toho lze dosáhnout pomocí: střídat několik minut soustředění na probíranou látku s odpočinkem. Hartl (1999, s. 141 - 144) je žádoucí používat při podávání informací jednoduché věty, které si následně posluchači spojují ve smysl dávající věty. Tím dojde ke spojení události do jedné části, kterou již není jednoduché rozdělit na původní jednoduché věty. Tento proces se odborně nazývá znovupoznání neboli generalizace.

³² HARTL, P. *Kompendium pedagogické psychologie dospělých*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, s. 134. ISBN 80-7148-841-7.

Řadí se mezi významné myšlenkové operace, které se trénují během života člověka. Úroveň kvalita znovupoznání, se promítá do rozumových schopností i do schopnosti řešit problémy. Hartl výsledky výzkumu potvrzují že: „*schopnost pamatovat si a přesně rozlišovat pojmy je u zdravého jedince beze ztráty až do nejvyššího věku.*“³³ Pro zapamatování je nutné nové informace spojit s již předchozími, nebo následujícími. Je velmi důležité, aby informace na sebe logicky navazovaly. A nejdůležitější informace je nutné zdůraznit a zopakovat.

Dospělý člověk u něhož chceme ovlivnit a změnit jeho postoj lze pomocí konkrétních forem učení. Podle Hartla (1999, s. 144) jsou to formy seřazené od neúčinnějších konkrétních forem učení: přímá zkušenost, konkrétní fakta, hraní rolí, zprostředkování zkušeností, demonstrace, exkurze, interakce účastníků pomocí nejmodernější techniky, dokumenty, obrázky, grafy, psaný text, čtený text.

4.3 Vliv vnějších podmínek na učení dospělého jedince

Úspěšné zvládnutí učení dospělého jedince je ovlivněno i vnějšími podmínkami. Přestože dospělý jedinec má vnitřní předpoklady pro úspěšné zvládnutí studia, vlivem nezměnitelného působení vnějšího prostředí, učení nezvládne.

Podmínky vnějšího prostředí pro učení vždy ovlivňuje organizátor učení, lektor svým vystupováním, nebo vytvořením nevhodných cílů učení, učebním plánem, osnovami, učební látkou, nevhodně zvolenými prostředky k učení.

Vnější působení prostředí se dělí na působení emocionální a fyzikální. Do **fyzikálního prostředí** řadíme přizpůsobený nábytek k učení, optimální osvětlení, teplota v místnosti, plán vyučování, cíle, chování lektora. **Emocionální prostředí**

³³ HARTL,P.*Kompendium pedagogické psychologie dospělých*, 1.vyd. Praha: Karolinum,1999, s .141. ISBN 80-7148-841-7.

zahrnuje emocionální klima, bariéry, úroveň vyučování, kognitivní styly učení, výběr prostředků k učení.

Plán vyučování – vždy vytváří lektor, na základě předem stanoveného cíle a činnosti učícího se účastníka. Efektivita závisí na tom, zda se shoduje cíl lektora s cílem účastníka. U dospělých jedinců je velmi důležité, aby lektor znal potřeby účastníků, jejich požadavky na obsah učiva. Poskytl jim na plnění zadaných úkolů delší časové období. Učivo musí uspořádat v logické posloupnosti. A zvolil vhodné metody předání a zdůraznil důležité informace. Hartl doporučuje u učebního materiálu: „*S postupujícím věkem dospělých musí vzrůstat jednoduchost, výraznost a frekvence učebního materiálu ve vyučování, aby tím byla vyrovnána ztráta smyslové ostrosti. Vyučovací metody voleny tak, aby byly zaměřeny na nejdůležitější prvky učiva.*“³⁴ Před ukončení setkání by měl lektor zjistit, zda účastníci pochopili prezentované informace. Zda je potřeba ještě něco vysvětlit. Vždy respektovat a umožnit individuální tempo. Dobrý lektor se umí vcítit do pocitů účastníků a dívat se jejich očima.

Emocionální klima Hartl (1999, s. 152- 156) na emocionální klima mají vliv účastníci a jejich vztahy, lektor a jeho vztah k účastníkům. Lektor je vždy zodpovědný za příjemné emocionální prostředí. K jeho umění patří vytvoření tvůrčí atmosféry, kvalitních vztahů mezi účastníky. Lektor by měl přistupovat ke každému účastníkovi jako k rovnocennému partnerovi a nepodrobovat kritice účastníka před ostatními.

Pro překonání emocionální bariéry u účastníka je důležitá vhodná organizace vyučování a podpora účastníka v přesvědčení, že je ve studiu úspěšný.

³⁴ HARTL,P.*Kompendium pedagogické psychologie dospělých*,1.vyd. Praha: Karolinum,1999, s.151. ISBN 80-7148-841-7.

4.4 Efektivní způsob podpory učení dospělého jedince

Hartl (1999, s. 162- 166) konstatuje, že učení je proces, který si lze v průběhu života osvojit. Jedinec je schopen učit se po celý svůj život. S postupujícím věkem člověka, je důležité poskytnout delší časové rozmezí pro učení. Tato schopnost je ovlivněna fyziologickým stavem člověka, úrovní kognitivních funkcí, emocionálními vlivy, vnějším prostředím a životními zkušenostmi. Jedinec není schopen se učit jestliže, je bez motivace a neosvojil si během života dostatek zkušeností z předchozího učení. Pokud má zhoršený stav, nebo nedostatečně vyvinutý centrální nervový systém v úrovni myšlení, nebo jeho fyzický stav není dostatečně vyvinutý pro nějakou činnost v učení.

Cesta, která umožňuje přenést a aplikovat naučené informace z jedné situace na druhou je nazývána transfér. Aby byl přenos informací (transfér) kvalitní, je nutno vycházet u jedinců z jejich předchozích zkušeností, které mají pozitivní nebo naopak negativní vliv na právě vykonávanou činnost a jak souvisí předchozí činnost po stránce intelektuální a motorické. Transfér vyjadřuje kvalitní, správný přenos, naopak pro negativní, nekvalitní, rušený se používá pojem interference.

Transfér se podle (Hartla, 1999, s. 167- 170) dělí na specifický a nespecifický, laterální, vertikální, intelektuálních dovedností, bilaterální. **Specifický transfer** je založen na využívání předchozího učení na obsahově podobném následujícím učení. Pro kvalitu přenosu se od lektora požaduje, aby upozornil na odlišnosti nového materiálu od předchozího.

Nespecifický transfer se používá pro předávání dovedností, vědomostí, řešení úkolů a emocionální reakce. Nejvíce se používá při výchově a vývoji jedince. Je prokázáno, že osvojí-li si a pochopí-li jedinec nějaký způsob řešení problému, úkolu, je schopen řešení aplikovat na podobné úkoly. Z tohoto principu vychází tzv. generalizace.

Generalizace je schopnost učícího se jedince zobecnit předešlé zkušenosti. Lektor by měl dospělému jedinci vyložit učební látku tak, aby učícímu pomohl použít proces abstrakce a zobecnění pojmů na předchozí zkušenosti.

Transfer **laterální** - se uplatňuje při přenosu získaných, naučených vědomostí dovedností na jinou odlišnou situaci. Transfer **vertikální** je schopnost využít osvojené vědomosti, dovednosti pro zvyšování schopnosti až na nejvyšší možnou úroveň (příkladem jsou matematické schopnosti pro statistické použití).

Transfer byl předmětem mnoha výzkumů. Výzkumem transferu se v roce 1959 zabýval i H. F. HARLO: In.(Hartl, 1999, s. 168), který prokázal, že na kvalitní transfer má vliv stupeň schopnosti se učit. *„Ke zvláště pozitivnímu transferu dochází, je-li osvojován souvislý významový materiál, tvořící uzavřené, strukturované celky. Jde o pozitivní vliv následné činnosti na uchování předchozích výsledků učení v paměti. Tento vliv však může být negativní, jestliže jde o zapamatování materiálu, který netvoří významový celek. Následné učení pak působí rušivě na již osvojené učivo a zhoršuje výsledky předcházejícího zapamatování.“*³⁵

Transfer **intelektuálních dovedností** – se uskutečňuje pomocí vnímání, myšlení, používání asociace, generalizace, abstrakce. Přenos intelektuálních dovedností, informací je u dospělého člověka ovlivněn jeho dosavadními zkušenostmi a znalostmi. Vše jedinec posuzuje z hlediska účelnosti, předchozí zkušenosti a naučených návyků. Je-li jedinec vystaven zvládnutí zcela nových situací je to pro dospělého člověka velmi stresující situace, na kterou musí vynaložit značnou část své energie.

Na podporu intelektuálních dovedností se doporučuje: osvojit si návyk učit se, který napomáhá zároveň k soustředění a zaměření pozornosti, udržuje intelektuální aktivitu a tím se zvyšuje i sebedůvěra jedince. Častý trénink v memorování (opakování) je předpoklad pro učení.

Transfer **bilaterální**- který se zabývá vlivem v motorické oblasti na učení. Vlivem horní končetiny – ruky na dolní končetinu téže strany těla anebo v úhlopříčném směru. Bylo zjištěno, že v úhlopříčném směru má transfer nejnižší přenos.

³⁵ HARTL,P.*Kompendium pedagogické psychologie dospělých*, 1.vyd. Praha: Karolinum, 1999, s. 168. ISBN 80-7148-841-7.

Na úspěšné zvládnutí učení má velký vliv **zpětná vazba pro účastníky i lektora**. Účastníky zpětná vazba motivuje na usilovnější učení a umožňuje kontrolu, zda jedinec správně pochopil prezentované informace, látku. Lektorovi zpětná vazba umožňuje, jak má lépe předkládat informace účastníkům, jaké zvolit metody pro kvalitní podporu učení u účastníků, jaké mají účastníci vstupní znalosti a dovednosti. Jak účastníci pochopili přednášenou látku.

Závěrečné hodnocení se používá na konci každého studijního cyklu. Jeho účelem je posoudit kvalitu ukončeného učení. Zda se dosažené a získané vědomosti účastníků shodují s vytyčeným cílem. Umožňují předpovědět a zlepšit úspěšnost dalších následných kurzů vyučování.

Principy na úspěšné zvládnutí učení dospělých (Hartl, 1999) :

- Účinnější učení dospělých jedinců podporuje skupinové vyučování, než individuální. Techniky skupinového vyučování jsou pro učení efektivnější, než pro samostatného jedince.
- Učení se musí dospělý jedinec účastnit aktivně.
- Nová látka je pro dospělého jedince snadno zapamatovatelná a osvojitelná, pokud navazuje, nebo vychází z toho, co dospělý zná nebo si měl možnost již osvojit, vyzkoušet.
- Při vyučování střídat několik minut soustředění na probíranou látku s odpočinkem.
- Opakovat učební materiál a shrnout na konci každého bloku nejpodstatnější informace.
- Přizpůsobit výuku individuálnímu tempu jedince.
- Lektor by měl přistupovat ke každému účastníkovi jako k rovnocennému partnerovi a nepodrobovat kritice účastníka před ostatními.
- Důležitá je pro učícího se jedince emocionální podpora od nejbližší rodiny a lektora.
- Učební materiál a metody zvolit tak, aby účastníka informovaly o nejdůležitějších informacích

- Na plnění úkolů poskytnout učícímu delší časové rozmezí.
- Učivo uspořádat v logické posloupnosti
- Zvolit vhodné metody předání a vhodné prostředí.
- Používat při předávání informací jednoduché věty
- Při vyučování využívat co nejvíce názorné pomůcky, schémata, přehledy
- Při výkladu používat příkladů, zobecnění, přirovnání na nějakou situaci, zdůraznění rozdílů, posloupnost řešení problémů.
- Při výkladu používat intelektuální a motorické činnosti
- Během výkladu používat protiklady starého a nového a zdůraznit v čem se liší.
- Na konci každé výuky využívat zpětnou vazbu, hodnocení vzdělávání od účastníků. Lektor může využít ústní zkoušení, ale více méně stresující pro účastníky výuky je vyplnění testu z předtištěnými otázkami. Otázky se však musí týkat nejdůležitějších informací z přednášeného tématu.

5. SEBEVZDĚLÁVÁNÍ

Podle Hartla (1999, s. 211) se sebevzděláním rozumí individuální způsob učení, při kterém si jedinec osvojuje poznatky, vědomosti a dovednosti. K učení využívá knihy, studium literatury, časopisy, informační technologie, veřejné sdělovací prostředky. Jedinec se aktivně zapojuje do výchovy a vzdělávání a tím mění své hodnoty a přetváří sám sebe. Hartl konstatuje: „ *Každý dospělý, který má zájem o jakoukoli činnost v oblasti lidského poznání, který má jakéhokoli koníčka, se stává člověkem, který se sebevzdělává.* “³⁶

V historii lze určité formy sebevzdělávání dospělých osob již nalézt v antice, hovoří o něm ve svém díle i J. A. Komenský. Podle koncepce a vývoje dělíme sebevzdělávání do tří etap. Tradiční koncepce, Humanistická koncepce a Celoživotní vzdělávání.

Tradiční koncepce se datuje do první poloviny 20. Století. Byla uskutečňována v evropských zemích a Anglii převážně ve středních vrstvách obyvatel. Nebyly akceptovány skutečné potřeby učícího se jedince, ale učení bylo podřízeno společnosti, nebo skupině lidí. To vytvářelo nerovnost v přístupu ke vzdělávání a k informacím. Byl i vytvořen jistý druh monopolu vztahující se v poskytování informací.

Humanistická koncepce - dospělý učící se jedinec si aktivně vyhledává informace, rozhoduje o způsobu získání i metodách osvojení si nových poznatků a dovedností. Poskytovatelé vzdělávání dospělých jsou pouze odpovědní za vhodnou nabídku a způsoby uspokojení vzdělávacích potřeb jedinců. Zajišťují nabídku kurzů, otevřený přístup do pořádaných kurzů pro všechny zájemce, umožňují vzdělávajícím se jedincům vyjádřit vhodným způsobem svá přání a očekávání ohledně vzdělávání. Učitel zde vystupuje jako někdo, kdo učícímu pomáhá překonat obtíže spojené s učením.

³⁶ HARTL, P. *Kompedium pedagogické psychologie dospělých*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, s. 211. ISBN 80-7148-841-7.

Celoživotní vzdělávání je filozofií dnešního pojetí vzdělávání dospělých. Je reakcí na současný vývoj společnosti. Rozvoj moderních technologií a společnosti požaduje osvojování si nových znalostí a dovedností. Vzdělání se stává požadovanou hodnotou v profesním i osobním životě. Zvyšuje konkurenceschopnost a uplatnitelnost na pracovním trhu a zároveň působí na zvyšování životního standardu jedince i společnosti.

U starších jedinců v postproduktivním věku sebevzdělávání pomáhá posílit fyzickou a psychickou kondici. K tomuto účelu se v rámci vysokých škol a univerzit zřizují tzv. U3V (univerzity třetího věku). V současné době jsou tyto univerzity součástí celoživotního vzdělávání. Studium nevede k profesní přípravě. Vzdělání pomáhá být v postproduktivním věku aktivní, seberealizovat se, dále rozvíjet svou dřívější profesi, své zájmy. Naučit se novým dovednostem, zkušenostem. Pomáhá udržet si a rozvíjet sociální kontakty.

Prováděla se řada výzkumů, cílem bylo zjištění schopností dospělého jedince k sebevzdělávání. V roce 1983 se tímto výzkumem zabýval i A. TOUGH : In Hartl (1999, s. 212) a jeho poznatky lze shrnout do několika bodů: pro úspěšné sebevzdělávání v dospělém věku je nutné přesné vymezení cíle učení. Důležité je si průběh učení naplánovat, provést vhodným způsobem vyhovujícím jedinci a zhodnotit samotné učení. Prostředí pro učení si vždy uspořádat tak, aby bylo vyhovující učící se osobě. Naučit si vyhledávat požadované informace. Být motivován a umět překonávat obtíže spojené s učením. Naučit se, obnovovat a rozvíjet svou motivaci k učení.

Potřeba sebevzdělávání vychází z Maslowovy (1943- hierarchie lidských potřeb). Po uspokojení předešlých potřeb jako jsou fyziologické potřeby, potřeba sounáležitosti lásky a bezpečí, potřeba seberealizace.

6. V ÝZNAM VZDĚLÁVÁNÍ A AKTIVIZACE PRO SENIORY

Dle výzkumu odborníků a statistických údajů celosvětové populace stárne. Proto je velmi žádoucí, aby se jednotlivé vládní koncepce zabývali přípravou a řešením změn týkající se populační skladby obyvatel. Podle prognózy odborníků se bude zvyšovat počet šedesátiletých lidí. V České republice na tyto prognózy reaguje ministerstvo MPSV – Národním programem přípravy na stárnutí. Hlavní myšlenkou programu je zvyšovat kvalitu života v seniorském postproduktivním věku dle individuálních potřeb jedince.

Současné teorie a tendence jsou „aktivní stárnutí“ vycházející psychologických výzkumů jedinců v postproduktivním věku, že stáří lidé mají uchovány stejné potřeby jako měli ve středním dospělém věku. Jisté omezení pro tyto jedince je odchod do důchodu, protože tím se přirozeně sníží sociální kontakty a možnosti komunikace. A jedinec odchodem do důchodu získává status snižující vnímání vlastní hodnoty nejen od okolí, ale sebe samotného. Proto se společnost snaží rozvíjet a podporovat snahy organizací o rozvoj možností vzdělávání pro starší generace.

Mühlpachr a Staníček (2001, s. 28) uvádí: vzdělávací aktivity jsou prostředek k pochopení změn a orientaci v současné společnosti plné technických změn. Pomáhají jedinci v postproduktivním věku udržet režim dne a tím přispívají k psychickému a fyzickému zdraví. Nové informace pomáhají se lépe vyrovnat se stárnutím v jednotlivých pozdějších stádiích.

U seniorů postproduktivním věku plní vzdělávání dle (Livečky In: Mühlpachr a Staníček, 2001 s. 28) tyto funkce:

- **Preventivní** - aktivity konané před vlastním stářím, které ovlivňují pozitivně stárnutí.
- **Rehabilitační** – pomáhá k zachování a udržování, nebo znovuzískání duševní a fyzické svěžesti
- **Posilovací** – pomocí této funkce zůstávají zachovány, nebo se rozvíjí zájmy, schopnosti, dovednosti potřebné pro aktivní život.

- **Anticipační-** podílí se na psychické kondici při změnách organismu stárnoucího jedince a tím se podílí na přípravě života při ukončení aktivního pracovního procesu.

Osoby v postproduktivním věku se vzdělávají, nebo jsou motivováni se vzdělávat dle individuálních potřeb. Pro některé jedince je motivací se vzdělávat pocit seberealizace, při odchodu do důchodu ze své profese má jedinec stále potřebu rozvíjet své poznatky a specializaci. Získávat nové poznatky a dovednosti. Rozšířit své dovednosti, zájmy. Udržet si stávající dovednosti a zájmy. Udržet si co nejdéle samostatnost a získat nové sociální kontakty. Někteří jedinci si v tomto období prostřednictvím vzdělávání realizují svá přání, na která v produktivním věku nezbýval čas.

6.1 Formy vzdělávání seniorů

Dle Mühlpachra a Stanička (2001, s. 28- 29) tvoří senioři (osoby v postproduktivním věku) v současné době nejpočetnější sociální skupinu. Shodným znakem skupiny je že, převážná většina členů již ukončila aktivní pracovní proces. Skupina má diferencující znaky, jež jsou způsobeny rozdílnou úrovní vzdělání, sociálního statusu a životní úrovní, finanční úrovní a životními zkušenostmi a rodinným zázemím, zdravotním a psychickým zdravím. Při vytváření vzdělávacích aktivit pro osoby v postproduktivním věku je nutné přihlížet a počítat se všemi diferencujícími znaky skupiny.

V současné době se realizují tyto vzdělávací formy pro osoby v postproduktivním věku: Lidové univerzity, Akademie třetího věku, Kluby aktivního stáří, Univerzity třetího věku.

Lidové univerzity - tato forma vzdělávací aktivity se realizuje převážně ve skandinávských zemích a německy hovořících státech. Osoba v postproduktivním věku navštěvuje vzdělávací modul společně s mladými studenty. To přináší mezigenerační

výhody, pro staršího jedince, že neztratí kontakt s mladou generací a opačně mladá generace lépe porozumí problémům straší generace.

Akademie třetího věku - mají u nás velkou tradici, protože jsou zřizovány v regionech, kde se nenachází žádná vysoká škola. Jsou určeny pro osoby v postproduktivním věku, jež se mají zájem se vzdělávat. Akademie třetího věku organizují pod svým jménem různé organizace např. Červený kříž, Městské knihovny, Domy kultury. Tyto organizace při sestavování vzdělávacích aktivit vychází z místních potřeb a individuálních zájmů zájemců o studium.

Kluby aktivního stáří - mají u nás velkou tradici jako Akademie třetího věku. Při sestavování vzdělávacích aktivit vychází pořádající organizace z potřeb a ze zájmů zájemců. Na rozdíl od Akademií třetího věku osoby navštěvující Kluby aktivního stáří mají neformální trvalejší vztahy, které napomáhají rozvíjení individuálních zájmů i dovedností, podporují osobnější sociální kontakty seniorů.

Univerzity třetího věku (U3V) - jsou zakládány u vysokých škol, nebo u univerzit. Nabízejí získání vysokoškolského studia dle zájmů účastníků (seniorů). V současné době jsou tyto univerzity součástí celoživotního vzdělávání. Studium nevede k profesní přípravě. Vzdělání pomáhá být v postproduktivním věku aktivní, seberealizovat se, dále rozvíjet svou dřívější profesi, své zájmy. Naučit se novým dovednostem, zkušenostem. Pomáhá udržet si a rozvíjet sociální kontakty nejen s vrstevníky. Pomáhá i k pocitu být někomu prospěšný a užitečný. Dle Mühlpachra a Staníčka *„poslání českých U3V v budoucnosti lze spatřovat především v tom, aby přispívaly k tomu, že si studenti- senioři uvědomí svou aktivní úlohu ve společnosti.“*³⁷

³⁷ MÜHLPACHR, P. a STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. S. 33. ISBN 80-210-2510-7.

6.2 Aktivizace – jako forma sociální služby

Hartl pojmem aktivizace rozumí: „ *nespecifické označení úrovně aktivity, vybuzení, založené na smyslové, žlázové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti.* “³⁸

Aktivizace se provádí při poskytování sociální služby dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách a prováděcí vyhlášce 505/2006 Sb. Dle tohoto zákona a prováděcí vyhlášky se hovoří o sociálně aktivizační službě. Dle tohoto zákona se služby poskytují jako pobytové, terénní a ambulantní služby. Zákon upravuje, jaké služby v rámci aktivizace musí jednotlivé služby svým klientům poskytovat a nabízet.

Aktivizace vychází z ergoterapie (léčba prací), snaží se naplnit volný čas, kdy aktivity, pomáhají udržovat soběstačnost seniora a posílit jeho psychickou a fyzickou kondici.

Pfeifer (1990, s. 9-11) uvádí: výraz ergoterapie vznikl z řeckých slov ergo- práce a terapie – léčení. Ergoterapie tedy znamená léčbu prací. Tato léčba je určena pro tělesně, duševně nebo smyslově postižené osoby. Terapie se volí vždy podle zájmu klienta. Některých aktivit se klient může účastnit aktivně jiných naopak pasivně. Ergoterapie se dělí na čtyři oblasti, podle jejího zaměření. Ergoterapie zaměřená na postiženou oblast, na pracovní začlenění, na výchovu k soběstačnosti. Tito čtyři formy se vzájemně doplňují. Ergoterapie se uplatňuje v chirurgii, při interních onemocněních, v pediatrii, v geriatrii a u neurologických a psychicky nemocných.

Pozitivní vliv práce, sportu a jiných tělesných aktivit si všimli lékaři již ve starověku. Ale až dr. Ph. Pinel (1745- 1826) ve Francii ji první použil jako léčebnou metodu v psychiatrických ústavech. Pfeifer (1990, s. 9) uvádí, že v České republice používala v minulém století v psychiatrických léčebnách. Pacienti pracovali na zahradě. V Jedličkově ústavu pro postižené děti, kde bylo zaměstnávání dětí jako součást léčby a výchovy. Nutností je použití kompenzačních pomůcek a nácvik jejich používání.

³⁸ HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. Vyd. Praha: Budka, 1993. S. 9. ISBN 80-90 15 49-0-5.

Cílem aktivizace ve stáří je pomoc při nalezení smyslu života a motivace k dalšímu úsilí, posílení identity a osobního rozvoje, důstojnosti a sebeúcty. Posílení sounáležitosti, opory a jistoty proti opuštěnosti, umožnění prožitku úspěchu. Kognitivní aktivizace – trénování paměti prevence psychického a fyzického úpadku. Poznávací výlety a kulturní vystoupení – prevence proti pocitu opuštěnosti. Tyto všechny aktivity jsou pro starší jedince zdrojem radosti, štěstí a sounáležitosti.

Cílem vedení aktivit –Mühlpachr a Staníček rozumí *„Plánovitým způsobem vést osoby, které při vytváření a hledání smysluplného využití dne postrádají kontrolu nad denní realitou.“*³⁹

Při volbě aktivizace je nutné se řídit přáním seniora, jeho minulými i nynějšími aktivitami, schopnostmi, pohyblivostí a věkem. Aktivizace je velmi důležitá v každém věku seniora, ale po 80. roce věku je nutné ji přímo nabízet, motivovat ho k činnosti a vysvětlit mu potřebnost jeho práce pro ostatní (práce pro ostatní ho může více motivovat). Někteří senioři si sami činnosti vyhledávají a dávají si cíle, jiní to však již neumí a čím jsou starší je žádoucí jim pomoci a nabízet jim nějakou činnost nebo zábavu dříve než upadnou do apatie.

S nabídkou vhodné činnosti je nutné začít co nejdříve po nástupu klienta do zařízení. Po delším časové prodlevě je těžší nalézt zájem seniora. Při vykonávání jakékoli činnosti na seniory nespěcháme, pomáháme jen v nejnnutnějších případech. Je důležité seniorovi pomoci, ale ne vykonat činnost za něj.

Cílem programování aktivit je vytvářet seniorům prostředí, které je podporuje materiálně, psychologicky a sociálně. Podpora seniora v aktivitě spočívá v pomoci hledat to, co seniora naplňuje, co mu působí radost, co mu dává smysl života a přináší mu příjemné pocity.

Aktivita dle (Mühlpachra a Staníčka, 2001, s. 90-95) má přirozeným způsobem navazovat na to co jedinec provozoval před vstupem do instituce nebo na to, co bylo přerušeno nemocí, popřípadě objevit to, co je skryto jako vnitřní možnost. Důležitá součást aktivit je komunikace a to ve formě povídání, vzpomínání, naslouchání.

³⁹ MÜHLPACHR, P. a STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. S. 90. ISBN 80-210-2510-7.

Pro zvolení vhodné aktivity pro seniora je nutné zjistit, zda nabízené aktivity vyhovují jeho potřebám a zájmům. Zjistíme to prostřednictvím informativního rozhovoru, kdy pověřený pracovník se dotazuje na všeobecné údaje o klientovi a tímto způsobem se dozví, co klienta zajímá, jaké má dovednosti a přání. Jakým aktivitám se věnoval a kde a jakým způsobem. Poté se provádí analýza a zpracování získaných informací o klientovi, jeho motivaci pro určitou činnost (co chce) a jaké má možnosti (co může). Je nutné si položit otázku, zda klient může v dané aktivitě pokračovat, nebo je nutné aktivitu možné individualizovat jeho potřebám, nebo zda bude nutná pomoc či vedení na určitou požadovanou aktivitu. Poté je žádoucí zvážit, kdo zabezpečí nutné vedení aktivizace. Může to být pracovník, nějaký člen rodiny, nebo dobrovolný pracovník. Posledním krokem plánování aktivity je rozhovor s klientem, jakým způsobem se bude aktivizace provádět, zda individuálně, nebo skupinově popřípadě určitá aktivita individuálně ostatní skupinově. Ještě se upřesní časové rozmezí od kdy do kdy se požadovaná aktivita koná a místo kde se koná.

Rozdělení činností podle počtu zapojených osob:

Podporují se **individuální aktivity** vykonávané zcela samostatně, **párové činnosti** i **skupinové aktivity**. Skupinové aktivity umožňují dle (Walsche, 2005) seniorům se setkávat a vzájemně se podporovat, sdílet radost, smutek, posilovat sebedůvěru. Skupinu tvoří lidé přibližně stejného věku.

Aktivizátor může být kdokoli, kdo má rád společnost, rád něco vymýšlí a organizuje. Může to být laik, příslušník rodiny, sociální pracovník, zdravotní sestra. **Laik může provádět aktivity pro volný čas** a je-li poučen, může provádět i nácvik soběstačnosti.

Motivace seniorů na aktivitě – (Mühlpachr a Staníček, 2001, s. 96 – 97) konstatují, že **neexistuje žádný jednoznačný a opravdu fungující způsob motivování jedinců na aktivizaci**. **Motivaci seniora je vždy nutné přizpůsobit individualitě osobnosti seniora**, neboť každý je jedinečná a neopakovatelná bytost, která má své přání, zájmy a potřeby.

Aktivizátor pro správnou motivaci seniora by se měl naučit znát individuální zájmy a potřeby jednotlivých seniorů.

Mühlpachr a Staníček (2001, s. 96) doporučují pro motivaci dodržovat tyto základní zásady:

- Vždy je nutné, aby měl senior možnost dobrovolného výběru a určil si požadovanou míru pomoci k činnosti.
- Důležité je seniorovi vysvětlit postup, tak aby pochopil požadovanou činnost a bylo možné vidět konkrétní výsledek dané aktivizace a umožnit prožít úspěch.
- Nabídku k aktivitě, je důležité provádět zajímavě, poutavě s vysvětlením
- Aktivitu vykonávat vždy ve vhodném prostředí (osvětlení, vybavení místnosti, rozvržení zasedacího pořádku)
- Poskytnout seniorovi dostatek času pro rozhodnutí, zda se požadované aktivizace zúčastní.
- Aktivita by vždy měla mít smysl. Senior by měl být informován proč to či ono provádí.
- Aktivitu je dobré koncipovat, tak aby podněcovala zájem a zachovávala důstojnost toho, komu je nabízena.

Je ověřeno, že se senioři rádi zaměstnávají prací, kterou během života vykonávali, z tohoto poznatku by se při sestavování činností pro jednotlivé seniory mělo vycházet. Též je velmi důležité počítat se stařeckým negativismem, pocity méněcennosti, depresiemi, demencí. Je tedy nutné najít pracovní činnosti, které mají pro klienty smysl.

Pfeiffer (1990, s. 88 – 89) uvádí, že pro člověka upoutaného na lůžko je velmi důležitá mobilizace na lůžku, úchopy či nácvik s vhodnou kompenzační pomůckou. Jedinec by měl možnost pozorovat své okolí, alespoň pomocí zrcadla, na stojan pak můžeme upevnit knihu nebo časopis, aby text byl v přiměřené vzdálenosti od očí. Je dobré mít u lůžka radiomagnetofon a v pokoji na vyvýšeném místě televizní přijímač.

Při demenci (např. Alzheimerově chorobě) je užitečné nacvičovat orientaci v prostředí, výcvik pravo- levé orientace, orientace na těle, procvičování jemné motoriky, apraxie, koordinace cvičením paměti, procvičování paměti jednoduchými počty, sensorické stimulace, reprodukce obrázků, čtení jednoduchých textů nebo

činnosti zvolené dle konkrétní potřeby seniora. Ergoterapii nelze uplatnit v konečném stádiu nemoci.

U psychicky nemocných se využívá muzikoterapie, různé pracovní činnosti jako je práce s hlínou, s papírem, rozhovory individuální nebo skupinové.

Fyzická aktivizace je velmi důležitá u lidí v depresi a u osob, které je důležité zaměstnat nějakou činností. Doporučují se jednoduché hry a rozcvičky. Při procvičování náhrady ztracených funkcí, je snahou podpora rozvoje zachovaných funkcí, aby ztráta byla pro organismus co v nejmenším měřítku. Činnosti musí být přiměřené funkčnímu stavu.

K vytvoření účinného plánu aktivizace je nutné získat velké množství informací o klientovi. K získání informací velmi napomáhá individuální plánování nebo klíčový rozhovor s klientem. Diagnostické metody jako pozorování, rozhovor s rodinou a testování činností vyhovující klientovi.

Při individuálním plánování se zjišťují zájmy klienta, jeho původní profese a přání. Snahou je, aby nabídka aktivizace vycházela z potřeb klienta, jeho zájmů a přání.

Na průběh a vliv aktivizace na jedince má velký vliv vytvoření příjemné a milé atmosféry. Vlídlost, pozitivní přístup pracovníka je již záruka poloviny úspěchu. Místnosti, k aktivizaci by měly být prostorné, dobře osvětlené, zařízení by mělo být uzpůsobeno dle probíhajících činností. Je dobré mít kromě pracovního prostoru i prostor k odpočinku, kde lze popít kávu a pojmít vlastnoruční výrobky.

Nechce - li senior vykonávat nějakou činnost v žádném případě ho k ní nenutíme a hledáme jinou. Vždy je třeba zhodnotit, co jednatel zvládne sám a s čím je nutné pomoci.

Pfeiffer (1990, s. 98 -102) poukazuje že, cílem jakékoli činnosti je vždy vyšší nebo nižší samostatnost jednotlivce. Je důležité postupovat od jednoduchého k složitějšímu. Velmi žádoucí jsou názorné ukázky, schémata, nákresy. Aktivizační pracovník musí pro zdárný průběh potlačit sympatie a antipatie vůči jednotlivým jedincům. Antipatie i sympatie jsou většinou podvědomé, těžko je dovedeme vysvětlit i přesto je nutné zachovat profesionální přístup.

7. V ÝZNAM PROCVIČOVÁNÍ PAMĚTI A KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ VE STÁŘÍ

Preiss a Křivohlavý (2009, s. 7-9) uvádí, že odborníci z řad lékařů, psychologů poukazují na fakt, že pravidelný trénink paměti a kognitivních schopností je nejlepší prevence proti úpadku těchto funkcí a je zároveň prostředek oddálení demence, nebo zpomalení průběhu demence.

Trénink paměti je důležitý preventivní prostředek pro udržení duševního zdraví nejen ve stáří. Na paměť si stěžují jedinci různých věkových skupin, ale s věkem se stížnost stává více reálná a oprávněná. Preiss a Křivohlavý konstatují že „u osmdesátiletých je to téměř 90%. Trénink paměti může zlepšit subjektivní paměť i objektivní paměťový výkon. Trénink paměti může otočit běžné oslabování kognitivních funkcí. Z přirozeného úbytku se stane přírůstek. Trénink paměti může zlepšit nejen paměť samotnou, ale i výkon v jiných oblastech, především v každodenním fungování a výkonech.“⁴⁰

Aby jedinec cvičil paměť a kognitivní schopnosti, musí mít motivaci, snahu a přání něco v životě dokázat, zapamatovat si a naučit se. Kognitivní schopnosti jsou vrozené schopnosti. Pokud jedinec se chce něco naučit a je dle konstatování Preisse a Křivohlavého (2009, s. 16- 21) emocionálně podporován od svého nejbližšího okolí učení a zapamatování je pro jedince snadné. Pokud je tomu však naopak, nebo jedince, dané téma nezajímá, do své paměti si uloží jen málo poznatků, nebo vůbec žádné.

Cílem cvičení paměti a kognitivních schopností je zlepšit stupeň určitých schopností a dovedností a snažit se překonávat překážky k dosažení vytyčeného cíle. Trénováním si jedinec procvičuje pozornost, myšlení, rychlost a přesnost vnímání, zapamatování. K dosažení cíle je velmi potřebná disciplína a řád v přístupu jedince k učení.

⁴⁰PREISS, M. a KŘIVOHLAVÝ, J.,*Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 8. ISBN 978-80-247-2738-7.

Priess a Křivohlavý (2009, s. 22 – 37) uvádějí, **paměť tvoří tři složky, které se liší svou funkcí a každý druh paměti lze procvičovat. Je to paměť sensorická, krátkodobá a dlouhodobá.**

Senzorická paměť - tuto paměť druhu tvoří jednotlivé smyslové orgány, pomocí nichž informace získáváme. Skládá se z paměti sluchové (verbální, zvuky, tóny), zrakové, chuťové. Podněty, které tyto smyslové orgány vnímají, si sensorická paměť udrží jen do dvou vteřin. Délka zachycení podnětu může být i kratší v závislosti na druhu smyslového orgánu.

Z tohoto důvodu se sensorická paměť označuje jako „ultrakrátká paměť“. Preiss a Křivohlavý konstatují že, *„sensorická paměť vykazuje specifické zvláštnosti. Na jedné straně je možno konstatovat, že je při vědomé činnosti výrazně ovlivňována pozorností. Ta určuje to, nač se máme soustředit a působí selektivně (výběrově). Nevidíme věci, které nás v dané chvíli nezajímají – nestojí v centru zaměření naší pozornosti a nemají vztah k našemu stavu potřeb (k naší motivaci).“*⁴¹

Senzorická paměť je velmi ovlivněna pozorností. S pozorností souvisí i minulé zkušenosti s určitým podnětem a podle tohoto jedinci přizpůsobují vnímání (percepci) podnětů. Pozornost v krátkodobé paměti, filtruje z velkého množství podnětů pro jedince, pouze ty, jež mají pro něj nějaký význam. A jedinec si je po velmi krátkou dobu uchová v sensorické paměti. Pozornost a soustředění pozornosti při vnímání jedince na určitý podnět, je příčinou selhávání sensorické paměti.

Proto je velmi žádoucí cvičit pozornost a sensorickou paměť. Cvičení soustředění pozornosti se provádí pomocí několika metod. Nejvíce používaná je metoda, při které se jedinci předloží dva skoro stejné obrázky. Obrázky se liší pouze v detailech, které lze objevit pouze delším pozorováním a srovnáváním obou obrázků současně. Sluchová pozornost se cvičí pomocí poslechu nějaké melodie, rytmu, rozeznávání zvuků hudebních nástrojů. Před začátkem trénování je vždy důležité ujasnit jedinci na co se má zaměřit. Co je cílem pozornosti. Důležité je, aby se jedinec koncentroval na jednu činnost, jednu danou konkrétní věc, podnět. Lze pozornost na podněty dělit i postupně.

⁴¹ PREISS, M. a KŘIVOHLAVÝ, J., *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 23. ISBN 978-80-247-2738-7.

Je žádoucí při delším časovém cvičení sensorické paměti, zařazovat chvíle odpočinku, pomlky a pauzy.

Krátkodobá paměť (pracovní paměť) - tato paměť je pro jedince velmi důležitá. Slouží k udržení a zpracování informací. Krátkodobé paměti předchází senzomotorická paměť. Po krátkodobé paměti následuje paměť dlouhodobá. Preiss a Křivohlavý uvádějí že, „ *V krátkodobé paměti probíhají děje, které přicházejí na jedné straně ze sensorické paměti do paměti dlouhodobé, za druhé pak činnosti, které přicházejí z dlouhodobé paměti a v krátkodobé paměti se hodnotí (např. při rozhodování) a zpracovávají.*“⁴² Odborníci z řad psychologů tuto paměť charakterizují pomocí výrazu 7 plus minus 2. (z anglického chunks) Myslí tím informace uspořádané do smysluplných skupin informací.

Krátkodobá paměť se skládá ze dvou druhů činností. V první činnosti se informace usměrňují, ritualizují. Jedná se o činnosti, jež se dříve stejným způsobem, formou probíhaly. A jedinec má celý postup již osvojen a provádí jej skoro automaticky. (příklad může být hra na hudební nástroj, řízení automobilu). V druhé činnosti se jedná o rozhodování, kdy se jedinec rozhoduje, co udělá s informacemi přicházejícími ze sensorické paměti. Těchto informací přichází stále velké množství a proto je důležité je zhodnotit. Hodnocení informací se provádí podle toho jaký význam a vztah má informace k záměrné činnosti jedince. Pokud jedinec vyhodnotí informaci jako smysluplnou, informace postupuje do dlouhodobé paměti a podílí se na dalším rozhodování jedince. Vyhodnotí-li jedinec informaci jako nepotřebnou, zbytečnou, nezapamatuje si ji.

Podle Brauera, Múlerra, Michelfedera, 1995) In Preiss a Křivohlavý dělí krátkodobou paměť na tři druhy, podle kterých se informace zachytí a udrží na:

„ultrakrátkou – krátkodobou paměť, která udrží informaci po dobu maximálně patnáct sekund. Střednědobou krátkou paměť, která udrží informaci až několik hodin.

⁴² PREISS, M. a KŘIVOHLAVÝ, J., *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 25. ISBN 978-80-247-2738-7.

Čerstvou krátkodobou paměť, která udrží informaci až osm dní.“⁴³ Příkladem dobrého fungování těchto tří druhů paměti je při překladu a porozumění vět v německém jazyku. Tlumočník z němčiny do češtiny je nucen si celou větu pamatovat v ultrakrátké krátkodobé paměti, jen tak může větu přetlumočit ve správném významu. Nebo jedinec využívá ultrakrátkou krátkodobou paměť, pokud hovoří s druhou osobou, která používá zájmena on, ona, ono, to, tato. Naslouchající je nucen si krátkodobě pamatovat obsah předcházejících vět, tak aby pochopil obsah sdělení následujících vět.

Pro cvičení krátkodobé paměti jsou určena cvičení, která umožňují přesnější a správné zapamatování sdělovaného obsahu. Preiss a Křivohlavý (2009, s. 27- 28) hovoří, že je nutné informace podávat v logických souvislostech, a postupně. Informace, smysluplné a významné pro jedince. Tyto informace si jedinec zapamatuje po delší dobu. Dle W. D. Oswalda a G Roedela (1995) In Preiss a Křivohlavý (2009, s. 27), kteří sestavili 3 stupně od méně účinného postupu zapamatování si informace k velmi efektivnímu. Nejméně dobrý způsob zapamatování je memorování (učení se nazpaměť) informací. Do druhého stupně zařadili tzv. asociování- při kterém se informace skládají do celků podle určitých charakteristik. (např. dělení stromů na jehličnaté a listnaté). Třetí stupeň nejvíce vhodný způsob zapamatování je členění informací při zpracovávání do smysluplných celků s přihlédnutím k jejich účelu. (např. práce s PC s určitým druhem programu a v daném prostředí).

Krátkodobou paměť ovlivňuje i zapomínání. Zapomínání může být způsobeno tím, že jedinec během života získává další poznatky, zážitky, k první uložené informaci. Jedinec, je nucen přehodnotit již dříve uložené poznatky. Jedinec zapomíná již dříve uložené informace v důsledku ukládání do paměti nových informací. Nové informace soupeří s již uloženými a tyto psychické aktivity zvyšují nároky na paměť a tím ji zároveň poškozují. Naopak, kde nové informace spolupracují s již uloženými hovoříme dle psychologů o transferu.

⁴³ PREISS, M. a KŘIVOHLAVÝ, J., *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 26-27. ISBN 978-80-247-2738-7.

Nebo jedinec může být vystaven situaci, kdy vědomě potlačuje něco, co si do paměti uložil, protože je těžké pro jeho osobu se s tím vyrovnat. Tímto jevem se zabýval i Sigmund Freud v tzv. superego (vliv kultury, civilizace) a id (naše pudy) na duševní život jedince. Jedinec si není schopen si nic zapamatovat ani poté vybavit z paměti pokud je vystaven nějakému psychickému šoku. Jedinec je postižen tzv. Amnesií, která vyjadřuje nemožnost si vzpomenout na to, co bylo před psychickým otřesem.

Dlouhodobá paměť - je schopnost paměti udržet po delší časové rozmezí, to co si jedinec do paměti uložil. Uložené informace zůstávají v paměti většinou po celý život. Tato paměť je nejstabilnější, uspořádána podle řádu a je nejvíce odolná narušení, je i nejobsažnější, protože je v ní uloženo nejvíce informací.

Dlouhodobá paměť podle výzkumu využívá pro svou funkci celý mozek člověka. Kvalita paměti je závislá na plasticitě mozku, která je závislá na spojení neuronů v mozku. A schopnosti při porušení nějakého nervového synaptického spojení převzít ostatní synaptická spojení v mozku funkci porušeného spojení.

Preiss a Křivohlavý (2009, s. 33) konstatují, že je snadnější do dlouhodobé paměti informace uložit, než si je vybavit. Potřebné informace se ihned neukládají do dlouhodobé paměti, než se informace uloží natrvalo předchází ji tzv. konsolidační fáze. Konsolidační fáze probíhá alespoň minimálně dvacet minut. Informace je trvale uložena do paměti až po šedesáti minutách. Čas mezi trvalým uložením a konsolidační fází potřebuje organismus k biochemickým změnám a tvorbě proteinů v systému nervových buněk. Dle vědeckého výzkumu a pokusu na krysách, Je-li jedinec do 20 minut po získání informace vystaven psychickému otřesu, informace se neuloží.

Dlouhodobá paměť se dělí na tři druhy podle přijímaného obsahu informací. Dělí se na epizodickou, sémantickou, procedurální paměť.

Epizodická paměť- tato paměť slouží k ukládání osobních zážitků (autobiografických poznatků). Tato paměť má schopnost, že si jedinec pamatuje i svůj postoj k zážitku, který je ovlivněn individualitou současným stavem sebevědomí jedince. Obsahuje informace z minulosti. Pomáhá uložit si nové informace a vybavit si již uložené.

Sémantická paměť - do této paměti jsou uloženy všeobecné znalosti člověka. Tato paměť mu umožňuje sociální verbální komunikaci mezi lidmi. Jsou v ní uloženy znalosti, dovednosti naší kultury a všeho co člověka obklopuje. Fakta, encyklopedické znalosti.

Procedurální paměť- slouží jedincům k vykonávání senzomotorických dovedností, které jedinec posléze provádí automaticky. Pomocí této paměti je jedinec schopen hrát na hudební nástroj, aplikovat počty a násobilku.

Preiss a Křivohlavý (2009, s. 34) popisují že, dlouhodobá paměť má schopnost uložit i normy a duchovní zážitky. Normy jsou uloženy ve formě příkazů, zákazů, jak co udělat a jak posuzovat. A duchovní zážitky ovlivňují jedince za jakým účelem to, či ono jedinec dělá. Co jedinci určité jednání přináší v životě.

Na uložení a zpracování informace do dlouhodobé paměti má vliv hloubka zpracování informací. Intenzitou zpracování se zabývali H. Brauer, E. Müller a H. Michelfelder (1995) In Preiss a Křivohlavý (2009, s. 34-35) a podle toho dělí zpracování na tři úrovně: Povrchové zpracování provádí pouze vnější povrchní zpracování vnímané informace. Střední zpracování je zaměřeno jen na jeden význam. Hluboké – intenzivní zpracování se provádí pouze se zaměřením na význam informace.

Dekodování se používá pro vyvolání informací z dlouhodobé paměti. Probíhá několika způsoby a to buď spontánně – volně, znovupoznáním a pomocí asociování, kdy se vyvolávaná informace spojí s jinou informací.

Preiss a Křivohlavý (2009, s. 35 – 36) popisují, problémy vybavení informace z dlouhodobé paměti. Tyto problémy můžou trvat po krátký čas nebo po delší časové období. Krátkodobé potíže s vybavením informace z dlouhodobé paměti se týkají vybavení si jména určité osoby, názvu. Preiss a Křivohlavý) doporučují pro cvičení pro zvládnutí tohoto problému. Podle jejich doporučení: *„Nemáme na to, na co si nemůžeme momentálně vzpomenout, urputně myslet, že to máme nechat určitou chvíli uležet a odvést pozornost k něčemu jinému. Nebo pochvíli odvedení pozornosti máme vybavit*

např. kterým písmenem to jméno, na které si nemůžeme vzpomenout, asi začínalo, ve které situaci jsme se s osobou setkali a ve které spojitosti, s okolnostmi.“⁴⁴

Při dlouhodobých problémech vybavení informace z dlouhodobé paměti si jedinec není schopen vzpomenout na požadovanou informaci. Nevzpomenutí je zapříčiněno tím, že daná informace je umístěna v nevědomí člověka a ve vědomí se již nenachází. Lze informaci vyvolat pouze hypnózou. Pokusy s hypnózou prokázaly, že člověk si je schopen v hypnóze vybavit i ty informace na které si již vůbec nepamatuje.

Závažné poruchy při vybavování informací z dlouhodobé paměti mohou být zapříčiněny závažným onemocněním, které způsobuje organické změny v CNS. Například Alzheimerovou nemocí, Hopkinsonovou chorobou a Korzakův syndrom. Procvičování a trénování paměti je i u těchto jedinců nemírně důležité. Slouží ke zpomalení průběhu onemocnění.

Preiss a Křivohlavý (2009, s. 41 – 46) popisují význam paměti pro kognitivní schopnosti. Bez správné funkce paměti nemohou kognitivní schopnosti dobře plnit svůj účel. Slovo Kognitivní pochází z latiny ze slova“ Cognosco – ve významu poznávám.

Zkoumáním kognitivních schopností člověka a paměti se zabývá kognitivní psychologie. Preiss a Křivohlavý kognitivní psychologii charakterizují *„že se zabývá procesy, které probíhají jednak z vnějšku těla do ústředí (kde jde o tzv. vnímání podnětů) a procesy, které probíhají uvnitř mozku (uvažování). Myslí se tím vyšší míra zobecňování (abstrakce), tvorbu pojetí (konceptů), složitých vztahových (architektonických) sít, teorií apod. Tyto procesy označujeme jako intelektuální či teoretické kognitivní schopnosti.*“⁴⁵

Pod pojmem intelektuální / teoretické schopnosti se rozumí hodnoty, dovednosti, znalosti důležité pro řešení problémů v průběhu životní dráhy člověka. Jedinci si během

⁴⁴ PREISS, M. a KŘIVOHLAVÝ, J.,*Trénování paměti a poznávacích schopností*.1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 35. ISBN 978-80-247-2738-7.

⁴⁵ PREISS, M. a KŘIVOHLAVÝ, J.,*Trénování paměti a poznávacích schopností*.1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, s.42. ISBN 978-80-247-2738-7.

života vytváří kognitivní mapy, které mu pomáhají úspěšně zvládnout orientaci v životě a řídí jeho jednání.

Trénink paměti a kognitivních schopností je velmi prospěšný pro psychiku jedince. Kognitivní schopnosti pomáhají jedincům v orientaci v okolním prostředí, jsou nápomocní při řešení problémů v těžkých životních situacích, ve vytváření hodnotového systému jedince, podílí se na řízení jednání a emocionálního stavu jedinců. Vašina (2002, s. 1-8) konstatuje, že na správnou funkci kognitivních schopností má velký vliv i jádro osobnosti.

7.1 Metody pro zlepšení paměti

Dle Vašiny (2002, s- 1-8) právě osobnostní charakteristika „Já“ osobnosti, které je dominující pro každého jedince, má velký vliv na lidskou psychiku, na zpracování informací a tím i na funkci paměti a kognitivních schopností (poznávacích schopností).

Vašina (2002) konstatuje, že je velmi žádoucí pro správnou funkci kognitivních schopností znát alespoň jednoduchým způsobem určení a zařazení jedince dle struktury charakteristiky temperamentu osobnosti. Odborníci rozeznávají tyto temperamentové typy: Extravert, Introvert, Sangvinik, Cholerik. Odborné posouzení provádí pouze psycholog, jedinec jako laik je schopen určit svůj typ osobnosti velmi zjednodušeným způsobem podle např. Eysenckova osobnostního dotazníku. Doporučuje se tato zjištění o své osobě, na podkladě pravdivého zodpovězení dotazníku, ještě o nezávislé vyplnění třetí osobou, která jedince velmi dobře zná. Jedinec se prostřednictvím určení svého temperamentu dozví o svých dominujících osobních charakteristikách, zda je spíše introvert, či extrovert, co ovlivňuje jeho chování a jednání, jak ovládá komunikaci s druhými lidmi a naopak jak určité vlastnosti posílit, změnit. Je dokázáno, že jakým způsobem jedinec přijímá, nebo vysílá informace je propojeno s jeho charakteristikou osobnosti.

Hartl (1993, s. 132 – 133) na světě neexistují dva lidé s naprosto totožnou osobností. Hartl dělí **vlastnosti osobnosti** na zájmy, temperament, charakter a schopnosti. Charakterové vlastnosti jedince se podílí na jeho vztahu k druhým lidem, k práci a ke své osobě. Temperament se projevuje v prožívání citových záležitostí. Zájmy jsou ukazatelem činnosti, která jedince nejvíce zajímá. Schopnosti jsou ukazatelem, na jaké výši jedinec vykonává určitou činnost. Hartl konstatuje, že „jedna stránka schopnosti určuje limit, kterého lze ve výkonu dosáhnout, a druhá do jakého stupně se tato kapacita využije, jaká je síla motivace.“⁴⁶ Dle zjištění na světě neexistuje jedinec, u něhož by byl zjištěn pouze jeden temperament, vždy se jedná o soubor vlastností osobnosti. Avšak některé vlastnosti u jedince jsou dominující ve větší míře a podle této míry jedinec náleží k určitému temperamentu a tím vykazuje určité chování, jednání a myšlení a kognitivní schopnosti.

Je velmi důležité, dle Vašiny (2002, s. 9- 10) **před započítím procvičování paměti** zjistit, jaká je **výkonnost paměti u jedince**. Doporučuje si pro určení úrovně paměti udělat test, který se skládá z jednoduchých otázek, na které jedinec pravdivě odpoví.

Pokud se u jedince zjistí občasné nepřesnosti ve vybavování z paměti, nebo si nepamatuje určité události, pojmy, není nic ztraceno, může svou paměť posílit pomocí cíleného procvičování paměti. Špatná paměť může být zapříčiněna tím, že je mozek přepracovaný, nebo naopak netrénovaný (zlenivělý), jedinec se nachází ve stresu. Jedinec může být pod vlivem drog i kouření více jak 5 cigaret denně nepřispívá k dobré paměti. Jeden z faktorů může být i dysfunkce štítné žlázy a vysoký krevní tlak. Odborníci z řad psychologů již sestavili typy otázek, obrázků cvičení, které jedinci pomáhají procvičit určitý typ paměti.

Preiss a Křivohlavý (2009, s. 47) popisují **nejjednodušší způsob určení kvality paměti**. Skládá se ze dvou časových částí, jež jsou od sebe oddělené. **V první fázi se jedinec seznamuje pomocí smyslů (co vidí, slyší, přečte si) v určitém časovém limitu s daným počtem slov, tvarů, obrázků, dat. Ve druhé fázi se po uplynutí**

⁴⁶ HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. Vyd. Praha: Budka, 1993. S. 9. ISBN 80-90 15 49-0-5.

časového limitu má jedinec pokusit reprodukovat co nejvíce zapamatovaných slov, obrázků, tvarů, nebo dat. Nezáleží na pořadí, ve kterém vybavené informace vyjmenuje. Pomocí tohoto způsobu vybavování se může zjišťovat úroveň obrazové paměti (určují se obrazy, fotografie), nebo paměť pro pohyb se zjišťuje tak, že se určitý pohyb rozfázuje na menší sekvence určitého pohybu a jedinec má za úkol opakovat určitý sled pohybu.

Vašina (2002, s. 9-10) sestavil test, ve kterém si jedinec otestuje v jaké situaci mu selhává paměť. Test je založen na osmi otázkách z běžného života. Otázky jsou tohoto typu: Stává se vám, že nepoznáváte místo, kde jste už byli? Stává se Vám, že opakovaně kontrolujete dveře od bytu, zda jste je zamkli při odchodu? Stává se Vám, že si dnes nevzpomenete, co jste měli k obědu? Stává se Vám, že při rozhovoru, zapomenete, co jste chtěli říct? Stává se Vám, že Vás někdo na ulici pozdraví a vy, nevíte kdo to je? Vašina (2002) radí, jak správně vyhodnotit tento test. Za každou odpověď, ve které si jedinec může odpovědět, že se mu daný jev nepříhodil v posledním půlroce 1 bod. Jestliže se ale určitý jev stal jedinci alespoň jednou nebo dvakrát v uplynulém půlroce, připiše si 2 body. 3 body náleží jedinci, který si kladně odpoví na dané otázky, že se daný problém jeho osobě stává alespoň jednou za měsíc. 4 body – jednou týdně, 5 bodů každý den. Vyhodnocení 8- 10 bodů výborná paměť, 11- 18 bodů výborná paměť, 19- 26 bodů průměrná paměť, slabá paměť, 35 -40 bodů selhávající paměť.

Suchá (2007, s. 13- 16) doporučuje pro uchování paměti do co nejvyššího věku jednoduchou techniku spočívající: ve čtení denního tisku, novin, časopisů, zajímat se o dění kolem sebe, sledování soutěžních, vědomostních a naučných pořadů. Poznávat nová místa, lidi, situace. Důležitý je kontakt nejen s vrstevníky. Velmi prospívá dostatek spánku, užívání potravinových doplňků pro zlepšení paměti, dostatečný přísun vápníku. Velmi žádoucí je pohyb a tělesné cvičení. Suchá udává: *„nejvýhodnější je, pokud trénink paměti následuje po tělesném cvičení, kdy je mozek dostatečně prokrven a cvičení paměti tedy probíhá snadněji. Podobný vliv na rozumové funkce má i tanec a zpěv.*⁴⁷

⁴⁷ SUCHÁ, J. *Cvičení paměti pro každý věk*. 2. Vyd. Praha: Portál: 2012, s. 14. ISBN 978-80-262-0140-3.

Preiss a Křivohlavý (2009, s. 48 – 65) uvádí příklady technik procvičování paměti. Při procvičování paměti je velmi důležitá psychická pohoda jedince a vhodné prostředí. Jedině v takovém případě se bude jedinec na učení soustředit a bude schopen se něco naučit. Dle zásady: „ *Když již něco děláš, dělej to pozorně. Soustřed' se na to cele, vyplatí se to.*“⁴⁸

Cvičení pozornosti, koncentrace

- **Procvičování pozornosti** se provádí pomocí dvou stejných obrázků, které se však liší v detailu. Úkolem je najít přesně daný počet rozdílů. Může se použít i tzv. korekce textu (provádí novináři) a to následujícím způsobem. Jedinci je předložen tištěný text, ve kterém se mají podtrhnout všechny samohlásky.
- **Zpětné čtení** určitý text se čte pozpátku. (Z pravé k levé straně) např. Máma vaří čaj. Věta bude znít: Čaj vaří máma. Lze použít těžší variantu čtení textu zpětně po jednotlivých písmenech.jač vřav amám.
- **Zrcadlový obraz** - určitý jednoduchý obrázek má jedinec zrcadlově překreslit. Porovnává směr a délka přesnosti čar.
- **Kreslení jedním tahem** – jednoduchý obrázek, který lze nakreslit jedním tahem je nutné co nejpřesněji překreslit. Lze zvolit i těžší postup překreslování, kdy je po určitém čase obrázek, sloužící jako vzor zakryt a jedinec má obraz nakreslit z paměti.

PROCVIČOVÁNÍ DLOHODOBÉ PAMĚTI

Suchá (2007, s. 12) konstatuje dlouhodobá paměť se vyznačuje neomezenou kapacitou i časem pro ukládání informací.

Slova a jejich význam – slovní úkoly

⁴⁸ PREISS, M. a KŘIVOHLAVÝ, J.,*Trénování paměti a poznávacích schopností*.1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 67. ISBN 978-80-247-2738-7.

Preiss a Křivohlavý (2009, s. 49 – 54) uvádí, že se při cvičení paměti ve většině případů využívají slova, věty. Pro procvičování paměti je velmi důležitá správná interpretace a pochopení daného slova, rčení, přirovnání. Správné vysvětlení a význam daného slovního spojení a jeho vhodné použití v daném textu.

- **Synonyma** - jsou slova stejného významu. Úkolem je na určité dané slovo vytvořit slovo stejného nebo podobného významu. Např. tatínek – otec- táta.
- **Antonyma** jsou slova opačného významu. Úkolem je na určité dané slovo vytvořit slovo opačného významu. Např. Tlustý – hubený
- **Hyperonyma** je nadřazené slovo k daným slovům. Např. jablko- hruška- švestka je ovoce. Slovo Ovoce je hyperonymum.
- **Homonyma** jsou slova, která stejně zní, ale mají odlišný význam. Např. okno – skleněná tabule okna, nebo výpadek paměti.
- **Proměny slov** – máme určené slovo a změnou jednoho písmenka vznikne jiné slovo. Např. pole – role – kole.
- **Zapamatování přečteného textu** – úkolem je různě dlouhý text po přečtení interpretovat z paměti co bylo přečteno.
- **Vysvětlování významu přísloví a rčení** – úkolem je vysvětlit význam určitého úsloví nebo rčení, Např. Co můžeš udělat dnes neodkládej na zítřek.
- **Čtení textu bez mezer** – úkolem je přečíst text, kde nejsou mezery mezi slovy.
- **Cvičení se souhláskami** – úkolem je upravit a přečíst text, ve kterém chybí samohlásky. Např. jd- d- l- s-. Jdu do lesa.
- **Určení hlavního města daného státu.**

Úkoly s čísly - při tomto cvičení se využívají matematické dovednosti, dle Preisse a Křivohlavého (2009) se procvičuje práce s čísly a jejich vzájemný vztah. Určují se významy jednotlivých čísel.

- **Sudoku** – úkolem je doplnit do tabulky čísla tak, aby se v řadě ani v daném slouci neopakovalo stejné číslo.

- **Kombinace čísla a slov**- úkolem je vysvětlit text, ve kterém se vyskytují čísla i písmena.
- **Přepsat čísla do římského tvaru a naopak.** Tímto úkolem se procvičuje převod čísel.

PROCVIČOVÁNÍ KRÁTKODOBÉ PAMĚTI

Suchá (2012, s. 12) krátkodobá paměť umožňuje vybavení potřebného menšího množství informací, k řešení aktuálního problému. Vybavená informace mohou být slovní nebo zrakově prostorové informace. Jedinec si tuto informaci podrží v paměti pouze jen 30- 90 sekund. Poté ji zapomene, nebo ji dále zpracovává a ta se uloží do dlouhodobé paměti. Kapacita této paměti je velmi malá a u mnoha jedinců i poškozená.

- **Přečtení úryvku článku** – úkolem je poté položit posluchači otázky týkající se obsahu textu.
- **Zapamatování slov** – je dán časový limit, během kterého si pozorně přečtete daná slova, tvary, čísla. Snahou si je zapamatovat co největší počet. Poté se zakryjí a úkolem je napsat co nejvíce zapamatovaných slov, tvarů, čísel.
- **Přesmyčky názvů rostlin, zvířat, měst**- úkolem je nesrozumitelná slova, přesunout písmena tak, aby vznikl požadovaný název.

CVIČENÍ HUDEBNÍ PAMĚTI

- **Znalost melodie** – úkolem je ke známým slovům písničky doplnit melodii a naopak.
- **Jsou dána počáteční slova písničky** – úkolem je doplnění dalších slov a melodie.

CVIČENÍ PAMĚTI PRO POHYBOVOU AKTIVITU

Preiss a Křivohlavý (2009, s. 57) uvádí, že tento způsob cvičení se nejvíce používá v Německu u starších lidí, převážně v domovech seniorů. Úkol je znám pod názvem:

- **Tanec prováděný vsedě** - cvičení se provádí následujícím způsobem: jedinec předvede několik po sobě jdoucích pohybů na danou melodii. Úkolem přihlízejících je zopakovat sled pohybů na danou melodii.

TRÉNOVÁNÍ ORIENTACE

Hirtlová (2011, s. 97) hlavním cílem tohoto cvičení je procvičování orientace ve známém prostředí. Pomocí vzpomínek, myšlení v bezprostřední realitě.

- **Orientace v místnosti, v bytě** – úkolem je si vzpomenout, kde se nachází dané předměty, věci, spotřebiče. Např. určitá váza, židlička, obraz, čepice, doklady.
- **Přiřadit ke jménu výrobku k jakému účelu slouží a naopak.** Např. Zubní pasta – Odol.
- **Určení času** – úkolem je orientace v čase. Např. v kolik hodin začínají zprávy na konkrétní televizní stanici.

PROCVIČOVÁNÍ LOGICKÉHO MYŠLENÍ

Vašina (2002, s. 73- 83) udává, že odborníci z řad neurologie se zabývali výzkumem pravé a levé funkce hemisféry člověka. A z jejich poznatků vznikly cílená cvičení, která pomáhají ke spolupráci obou hemisfér (pravé a levé), která vede ke zlepšení kapacity mozku, paměti, posiluje soustředění a emoční stabilitu. Levá hemisféra (u tzv. praváků) slouží k provádění logických operací při řešení matematických úloh, rozkládá slova na slabiky, pomáhá rozpoznat a uchovat melodie a notový zápis, pomáhá k analýze detailu. Pomáhá zpracovávat znakové a sluchové podněty a porozumění mluvenému slovu, písmu. Pomocí pravé hemisféry jedinec rozpoznává obličej, předměty. Zpracovává neverbální sluchové informace. Umožňuje jedinci použít fantazii a intuici.

Hirtlová (2011, s. 131 – 140) nabízí na procvičování levé hemisféry tato cvičení:

- **Doplnění čísla do tabulky** – je dána tabulka s několika čísly, která jsou k sobě ve vzájemném vztahu. Jedno políčko zůstává prázdné. Úkolem je doplnit správné číslo.
- **Přiřazení správného času k určité činnosti.**

- **Zašifovaná slova** – úkolem je v na první pohled nesmyslném seřazení souhlásek a samohlásek vytvořit smysluplné slovní spojení.

HRÁTKY SE SLOVY

Hirtlová (2011, s. 155) udává, že toto cvičení je vhodné k rozpoznání prvních příznaků Alzheimerovi demence. Mezi první příznaky tohoto onemocnění patří problémy s vyjadřovacími schopnostmi. Cvičení jsou koncipována na procvičení verbálního projevu.

- V daném časovém limitu napsat co nejvíce slov, které se jedinci vybaví k určitému zadanému pojmu. Např. škola, nemocnice, cukrárna.
- Dalším úkolem je doplnit dle daného začátečního písmene - jméno, město, řeku, zvíře, rostlinu. Např. na písmeno L – Lenka – Liberec- Labe- Laň- Len.
- Úkolem je napsat tři věty se stejným obsahem, ale vždy je nutné použít jiná slova. Ale věta musí mít stejný význam.
- Úkolem je seřadit správně slova ve větách, aby věta dávala smysl a poté nahlas přečíst.

MNEMOTECHNICKÉ POMŮCKY doporučuje Suchá (2012, s. 14-15) **pro lepší zapamatování a vybavování informací.** Řadíme sem: Akronyma, Akrostická mnemonika, logická mnemotechnika, metoda stromu, tělový seznam.

- **Akronyma-** využíváme počáteční písmena slov, jež si chceme zapamatovat. Např. Zapamatovat si – nos- oko-pusa- NOP.
- **Akrostická mnemonika-** využíváme počáteční písmena pojmů, jež si máme vštípit do paměti, začínají počáteční písmena jiných slov, které tvoří větu. Např Helena líbala na kole robustního cestáře France. (vodík, lithium, sodík, draslík, rubidium, cesium, francium)
- **Mnemotechnika – tzv. oslí nůžky** - jestliže je nutné si zapamatovat nějaký číselný údaj, použijeme počáteční slabiky jednotlivých čísel daného číselného údaje.
- **Metoda stromu** – jestliže si potřebuji něco zapamatovat např. seznam na nákup. Jednotlivé položky se přiřadí posloupně k číslům. 1- chléb, 2- rohlíky...

- **Spojování pojmů do zapamatovatelného celku** - potřebuji si zapamatovat nákup vajíčka, mouka, zelenina- představím si to, jako uvařenou omeletu.
- **Používat zvýrazňovače, podtrhávat si v textu důležité informace**
- **Lépe se pamatují obrázky než slova, která jedinec slyší.**
- **Spojit informace, jež si chceme zapamatovat, s nějakým emočním prožitkem.**

RADY PŘI SELHÁVÁNÍ PAMĚTI Z DŮVODU STRESU

Vašina (2002, s. 54- 72) udává, že selhávání paměti je ovlivněno mírou působení stresujících faktorů. U každého jedince je jiná míra a příčiny působení vlivů způsobujících stres. Co pro jednoho je zdrojem stresu, pro druhého představuje pouze zkušenost. Prožívání stresu je ovlivněno osobností jedince. Stres mohou vyvolat i pozitivní jevy pro jedince.

Odborníci doporučují základní pravidla pro paměť při selhávání v důsledku stresu.

- Doporučuje se úměrná fyzická aktivita jedince. Při velké fyzické námaze střídat aktivitu s odpočinkem.
- Znat svůj osobní biorytmus: zda jedinec je tzv. skřivan (je nejvíce aktivní ráno), nebo tzv. sova (nejvíce aktivní večer a v noci). Toto rozlišení je důležité pro plánování práce.
- Doporučuje se cvičit psychiku pomocí např. cvičení paměti. Velmi vhodné jsou křížovky, sudoku, cvičení podporující logické myšlení, přečtení prózy, básně, jež u jedince zvyšují dobrou náladu. Velká psychická zátěž se doporučuje střídat s fyzickou.
- Doporučuje se dostatečný pravidelný pobyt na čerstvém vzduchu. Ideální je spojení s nějakou aktivitou.

8. DOMOV BARBORA KUTNÁ HORA, POSKYTOVATEL SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Zřizovatel je Středočeský kraj, příspěvková organizace, statutární zástupce je ředitel jmenovaný zřizovatelem.

Domov Barbora Kutná Hora jako domov důchodců se datuje od roku 1948, kdy začala příprava adaptace domu číslo popisné 228 na domov pro přestárlé a práce neschopné. V této budově byla od roku 1890 veřejná nemocnice. Budova byla postavena v novogotickém slohu. Od roku 2002, kdy byla zahájena rekonstrukce a dostavba nového křídla budovy, je tvořen dvěma budovami, které jsou navzájem spojené spojovací chodbou rozdělenou pouze uzamykatelnými dveřmi. Domov Barbora Kutná Hora má registrované tři služby- Domov pro seniory a Domov pro osoby s mentálním i kombinovaným postižením a chráněné bydlení. Posláním Domova Barbora Kutná Hora je vytvořit pro osoby, které nemohou trvale žít ve svém domácím prostředí, důstojnou náhradu za běžné domácí prostředí a podporovat je ve snaze co nejvíce se přiblížit běžnému způsobu života a zachovat si sociální vazby. Domov Barbora Kutná Hora poskytuje služby občanům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci pro svou sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a o poskytování těchto služeb požádali. Služby jsou určeny a poskytovány zejména občanům kutnohorského regionu, a to formou celoročního pobytu.

Pobytové služby jsou poskytovány zpravidla odděleně dvěma skupinám osob. Seniorům a osobám s mentálním i kombinovaným postižením s výjimkou osob závislých na alkoholu a jiných omamných látkách a jedinců s agresivním chováním, které znemožňuje společné bydlení a klidné soužití. Mimo osob, jejichž stav vyžaduje nepřetržitý dohled nebo těch, jejichž osobní cíle nedokáže organizace naplnit.

Cílovou skupinou Domova pro seniory jsou jak mladší senioři ve věku 65-80 let, tak starší senioři nad 80 let s chronickým onemocněním, s tělesným a zdravotním postižením, kteří vlastními silami nemohou uplatnit práva a nároky a jsou v důsledku nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiného člověka a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti a potřebují celoroční ubytování, stravování,

ošetřovatelskou a zdravotní péči. Principy poskytované péče vychází z poslání, které si stanovili pracovníci domova.

*„ Vytvořit důstojnou náhradu za běžné domácí prostředí a podporovat je ve snaze co nejvíce se přiblížit běžnému způsobu života a zachovat si sociální vazby. “*⁴⁹

Kapacita lůžek pro seniory Domova Barbora Kutná Hora, poskytovatele sociálních služeb je 76 míst pro seniory. Z toho je 10 míst na 1 lůžkovém pokoji, 54 míst ve 2 lůžkovém pokoji a 12 míst na 3 lůžkovém pokoji.

8.1 Vzdělání sociálních pracovníků v Domově Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb

Odborné vzdělání je první předpoklad dle zákona č.108/2006Sb. pro profesi sociální pracovník. Na výkon profese sociálního pracovníka není však dostačující ukončené odborné vzdělání, ale je nutné další vzdělávání sociálních pracovníků. Další vzdělávání sociálních pracovníků je velmi důležité pro kvalitní poskytování služby na odborné výši.

Vzdělání pro sociální práci, náplň profese sociálního pracovníka, prohlubování kvalifikace a průběžné vzdělání sociálních pracovníků vychází z právního předpisu. Tím je zákon č. 108/ 2006 Sb. o sociálních službách a prováděcí vyhláška č. 505/ 2006 Sb. Práva a povinnosti sociálních pracovníků definuje právní systém, zaměstnavatel a profesní standardy a etický kodex sociálních pracovníků. Zdroj: Posuzování vzdělání:[online]. 3.8. 2012 [cit. 2012- 12-10]. Dostupné z: ([www.mpsv.cz./files/članky/14261/Posuzování vzdělání.pdf](http://www.mpsv.cz./files/članky/14261/Posuzování_vzdělání.pdf)).

Zákon upravuje odbornou způsobilost a předpoklady pro výkon sociálního pracovníka. Sjednocuje požadavky pro výkon této profese, aby byly v souladu s náročností této profese. Dle zákona sociální pracovníci sami rozhodují, nebo se spolupodílejí na rozhodování o zásadních změnách v životě lidí. Rozhodnutí velmi

⁴⁹ DOMOV BARBORA, Kutná Hora:[online]. 2006- 2012 [cit. 2012- 12- 10]. Dostupné z: [http://www.domov-barbora.cz/s/informace-domov pro seniory](http://www.domov-barbora.cz/s/informace-domov-pro-seniory)

ovlivňují kvalitu života jednotlivců, rodin, skupin osob, proto musí být provedeny na profesionální úrovni.

Požadavky na výkon profese sociálního pracovníka lze získat pouze odborným vzděláním. Pro výkon profese však nestačí jen zákonem stanovená úroveň vzdělání, ale zákon stanoví další vzdělávání sociálních pracovníků. Cílem dalšího vzdělávání je zajistit sociálním pracovníkům trvalé zvyšování odbornosti a tím dosáhnout zvyšující se kvality systému sociálních služeb a sociální pomoci. Pružně tak reagovat na aktuální potřeby lidí ve společnosti.(www.mpsv.cz).

Zákon stanoví požadovanou úroveň vzdělání: Vyšší odborné vzdělání obor sociální práce.

Vysokoškolské vzdělání zaměřené na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku a dosažení stupně bakalářského nebo magisterského vzdělání.

Při výkonu práce sociálního pracovníka, bez zákonem stanoveného vzdělání. Absolvováním akreditovaných vzdělávacích kurzů zaměřených na sociální práci, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku. Kurz v délce 200 hodin a délka výkonu profese nejméně 5 let a pokud není dosažené vysokoškolské vzdělání v oborech vymezených zákonem.

Při výkonu manželského, rodinného poradce nutné vysokoškolské vzdělání s ukončením studií jednooborové psychologie nebo magisterský titul humanitního zaměření a při absolvování minimálně 400 hodin postgraduálního výcviku v metodách manželského poradenství a psychoterapie, nebo dlouhodobého psychoterapeutického výcviku ve zdravotnictví.

Zákon stanoví pro všechny profese vykonávající odbornou činnost dle zákona 108/2006 Sb. povinnost dalšího vzdělávání, pomocí nichž si pracovníci obnovují, a doplňují kvalifikaci.

Další vzdělávání se uskutečňuje prostřednictvím: absolvováním akreditovaných kurzů a školicích kurzů. Speciální vzdělávání pořádané vysokými školami a vyššími odbornými školami, odbornou praxí v zařízení sociálních služeb.

Zákon o sociálních službách vymezuje konkrétní profese, které se podílí na poskytování sociálních služeb. Sociální služby poskytují podporu a pomoc osobám, jež má zamezit sociálnímu vyloučení umožnit jim v co největším rozsahu se zapojit do společnosti využít její zdroje. Na poskytování sociálních služeb se podílí jedinci a odborné činnosti z rozličných oborů.

Zákon stanoví: kdo v sociálních službách vykonává odbornou činnost

- sociální pracovníci- upravuje zákon 108/ 2006 Sb. o sociálních službách.
- Pracovníci v sociálních službách – stanoveno zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách.
- Zdravotničtí pracovníci – stanoveno zdravotnickými předpisy
- Pedagogičtí pracovníci – upraveno příslušnými paragrafy §109 a 110 zákona 108/2006 Sb.

Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb, pečovatelskou činnost v domácnosti osob. Pracovník přichází do přímého kontaktu s osobami s psychickými, fyzickými obtížemi různého stupně a druhu postižení.

Podmínkou pro výkon profese pracovníka v sociálních službách je absolvování kurzu akreditovaného MPSV, podle §37 vyhlášky č. 505/ 2006 sb. O akreditaci zařízení k provádění rekvalifikace uchazečů o zaměstnání a zájemců o zaměstnání. Vzdělávací program: Pracovník sociálních služeb se zaměřením na přímou obslužnou činnost. V předepsaném rozsahu vyučovacích hodin. Trestní a morální bezúhonnost. Zdroj: MPSV: CZ: Pobytové služby. [online]. 3. 8. 2012 [cit. 2012- 12-10]. Dostupné z: (www.mpsv.cz./cs/13370).

Vrtišková (2009, s109 – 112) uvádí: **Jedinec při výkonu profese sociálního pracovníka by měl mimo odborného vzdělání ještě splňovat další kritéria.** Těmi se rozumí **osobnostní předpoklady pro výkon profese**, jako jsou komunikační dovednosti, citová vyrovnanost, schopnost empatie, životní optimismus.

Komunikační dovednosti- jsou velmi žádoucí v každé fázi výkonu profese sociálního pracovníka. Dobrá komunikace je jeden ze základních prostředků pro

navázání vztahu mezi klientem a pracovníkem a tím pomáhá vytvořit terapeutické prostředí, které se spolupodílí na řešení obtíží klienta. Komunikace je prostředkem k vytvoření důvěry a navázání spolupráce mezi klientem a sociálním pracovníkem. Dobrá komunikační schopnost je nejen verbální vyjadřování, ale zahrnuje gesta, mimiku, postoj, kultivovanost projevu, schopnost aktivně naslouchat. Nedostatky v komunikačních schopnostech při jednání s lidmi a v navazování kontaktu lze odstranit tréninkem se zaměřením na tento problém a sebekontrolou jedince.

Citová vyrovnanost - u sociálního pracovníka je jeden z prostředků, který pomáhá klientům zvládnout svou nelehkou situaci, nebo problém. Sociální pracovník by měl tedy vystupovat a chovat se přiměřeně situaci. Vrtišková (2009, s. 110) konstatuje: *“Citová vyrovnanost a stálost pomáhá snášet fyzické, emocionální a psychické vypětí, překonávání nepříjemných pocitů, které jsou spojeny s určitými typy klientů. Citová stabilita, nepodléhání emocím je důležitou ochranou vlastního duševního zdraví.”*⁵⁰ Citová stabilita je jeden z předpokladů zralé osobnosti.

Schopnost empatie – Empatie pochází z řeckého slova *emphateia* – vcítění. Z psychologického hlediska to znamená lidsky porozumět, pochopit druhého jednání, vcítit se do jeho pocitů. Empatii řadíme mezi schopnosti člověka. Empatie je tedy zčásti vrozená a zčásti získaná výchovou během života jedince. Empatii lze tedy v dospělém věku rozvíjet pomocí psychoterapeutického tréninku.

Životní optimismus - se dle Vrtiškové (2009) řadí mezi potřebné a jednu z nejdůležitějších vlastností pro výkon profese sociálního pracovníka. Životním optimismem se v tomto případě rozumí víra v dobro každého člověka. Každý jedinec má v sobě pozitivní vlastnosti, které se mohou rozvíjet. A naděje je přesvědčení sociálního pracovníka, že to lze.

Při výkonu povolání sociálního pracovníka velmi pomáhají osobní a životní zkušenosti. Sociální pracovník by měl sám sebe dobře znát, znát své reakce, dobré i kladné stránky své osobnosti, znát své pocity a reakce na určité podněty. Na provedení kvalitní práce má vliv nejen dosažené odborné vzdělání, osobnostní předpoklady, ale i zázemí, rodinné prostředí pracovníka. Jeho zájmy, koníčky a způsob trávení volného

⁵⁰ Vrtišková, M. *Teorie a metody sociální práce*. 1. Vyd. Brno: Tribun, 2009. S. 110. ISBN 978-80-7399-877-6.

času. Kvalitní rodinné vztahy, zájmy a způsob trávení času se řadí do duševní hygieny sociálních pracovníků. Dobrá duševní hygiena pomáhá odreagování se od negativních zážitků z výkonu profese.

Domov Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb poskytuje podporu svým zaměstnancům v prohlubování, doplňování jejich kvalifikace, znalostí a dovedností. Dle Výroční zprávy (2011, s. 9) se zaměstnanci v přímé péči v rámci dalšího vzdělávání účastnili těchto školení a kurzů: Individuální plánování, pořádala agentura Adpontes, Praktické postupy při zvládnutí problémových situací v péči o seniory od agentury KVS, Paliativní péče- návrat k lidskosti - agentura Curatio, Průběh a úspěšné zvládnutí adaptace seniora při nástupu do zařízení – pořádané agenturou KVS, Demografický vývoj a jeho společenské a individuální účinky pořádané institutem vzdělávání APSS, Práce s klientem - seniorem aktivizace a motivace agentura KVS, Základy laické pomoci v sociálních službách pořádala agentura Dalšího vzdělávání dospělých.

Pro výkon zdravotnické profese je předepsané zdravotní vzdělání ukončené maturitní zkouškou a platnou registrací pro výkon zdravotnické profese. Vzdělávání zdravotnických pracovníků slouží k udržení odborné způsobilosti pro výkon profese. Zdravotní pracovníci se účastnili těchto školení: základy laické první pomoci, Emoční inteligence, šikana v pobytových zařízeních sociální služby. Zdravotní pracovníci mají možnost si přečíst odborný časopis Setra, Ošetrovatelská péče. Dle zájmu se mohou vzdělávat individuálně. ([www. Domov-barbora.cz/files/dokumenty/ výroční zprava – 2011.pdf](http://www.Domov-barbora.cz/files/dokumenty/vyrocnizprava-2011.pdf)).

8.1.1 Motivace při práci v pomáhající profesi

Motivace jedince pro práci v pomáhající profesi vychází dle Vymětala (2003, s. 73- 78) z Maslowovy pyramidy potřeb. Tato teorie předpokládá má-li jedinec uspokojeny základní potřeby, snaží se rozvíjet potřebu seberealizace. Do seberealizace člověka se řadí motivace k nějaké práci, bádání ve vědě, filosofické úvahy, víra v Boha,

jako forma sebezdokonalení svého života i ostatních jedinců. Z této potřeby vychází altruistické chování sociálně orientovaných lidí. Vymětal konstatuje: „*Člověk postrádající dlouhodobě intimní meziosobní vztahy hledá sebeúctu a vlastně tyto vztahy tím, že vyhledává činnosti, v nichž se může silně sociálně angažovat, chová se obětavě, a tak posléze získává uznání a i kontakty, které původně postrádal a které ho motivovaly.*“⁵¹

Dle Vrtiškové (2009, s. 113 – 114) jsou pomáhající profese velmi zajímavé a žádoucí pro jedince, kteří si snaží uplatnit své sociální citění, snahu pomoci druhým lidem. Odtud vychází jejich motivace pro volbu pomáhající profese. Odborníci z řad psychologů tuto motivaci jedinců označují jako **altruismus** – tzv. prosociální chování. Ve významu nezištná pomoc jinému, jež se nachází v nouzi. Altruismus pochází z latinského *alter – uter* - znamená jeden jako druhý. Vymětal vymezuje altruismus takto: „*úzce souvisí se soucitem- abych druhému pomohl, musím si umět představit, jak mu je a že je potřebný pomoci – a dále s empatií (porozuměním na základě vcítění). Empatie je totiž předpokladem soucitu, neboť se musím do druhého a jeho situace vcítit a porozumět mu, potom soucítím a nakonec jedním nápomocně, altruisticky.*“⁵²

Z historického hlediska je nezištná pomoc naší kultuře vlastní a je založená na křesťanské víře. Vychází z kulturních tradic a norem chování. Jedincům je vštěpována pomocí výchovy a morálních kulturních pravidel. Nepomoci člověku v nouzi představuje pro jedince „špatné svědomí“ ve vztahu k druhým lidem a narušení meziosobních vztahů.

Psychologové zkoumají jedince, u kterých je altruistické chování výrazným rysem jejich povahy a jednání. Dle Vymětala (2003, s. 83) došli k zjištění, že altruistické chování těchto jedinců je jejich zcela přirozené chování, plné vzájemnosti a sociálnosti. Rozdávají to, čeho oni sami mají dostatek. Jejich povahovým rysem je nezištnost, obětavost chování a jednání.

⁵¹ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3 vyd. Praha: Portál, 2003. S. 78. ISBN 80-7178-740-X.

⁵² VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3 vyd. Praha: Portál, 2003. S. 82. ISBN 80-7178-740-X.

Vedle jedinců s výrazně altruistickým chováním a jednáním jsou lidé s tzv. syndromem pomahačů (z německého Helfer – Syndrom). Tito jedinci svou péčí ostatní nutí k pasivní závislosti. Svou péčí druhým vnucují. Musí o druhé pečovat, aby si sami udrželi duševní rovnováhu. Vymětal tyto jedince charakterizuje jako: „ *v běžném kontaktu jsou až příliš hodní, neagresivní, nesobečtí, nerespektující a neprosazující své potřeby a nároky. Vůbec sami sebe nehájí a jako by jim samým na sobě nezáleželo, jsou stále jen pro druhé. Jejich spontaneita a kreativita bývá snížena, prožívání je též chudší. V kontaktu lze konstatovat nečitelnost.*“⁵³

Jedinečnost profese sociálního pracovníka a ostatních pomáhajících oborů v sociální práci je, že dle Vrtiškové (2009, 40-41) je zaměřena na vztahy jedinců a vlivu sociálního prostředí na jedince. Orientuje se na pomoc jednotlivcům, jejich rodinám, skupinám lidí různého etnika, nebo náboženského vyznání. Sociální práce se zaměřuje na všechny oblasti života klienta. Sociální pracovník se zajímá a pomáhá v celé životní situaci klienta. V sociální práci se k řešení životní situace každého klienta přistupuje jedinečně a komplexně v rámci ekonomického, zdravotního, právního, psychologického, sociologického, pedagogického hlediska.

⁵³ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3 vyd. Praha: Portál, 2003. S. 83. ISBN 80-7178-740-X.

9 POPIS VÝZKUMU

9.1 Cíl a hypotézy výzkumu

Průměrný věk dožití se dle demografického výzkumu stále prodlužuje. Podle odborníků žije v Evropě více než čtvrtina obyvatel starších šedesáti a více let. Nachází se tedy v postproduktivním věku. To představuje značné nároky na finanční a sociální zdroje každé země. Současná tendence je prodloužení odchodu do důchodu. Současně s tímto opatřením jsou tendence v rozvoje vzdělávání pro dospělé ale i pro starší populaci v postproduktivním věku. Pro osoby v postproduktivním věku je důležitým požadavkem kvality života uspokojování všech potřeb přes fyziologické, psychické a sociální až po potřebu vést i nadále aktivní život. Odborníci prokázali, že vzdělávací aktivity v postproduktivním věku přispívají k rozvoji, nebo udržení zájmů, dovedností a schopností, pomáhají v orientaci ve stále se rychle měnícím současném světě.

Trénink paměti a kognitivních schopností je velmi prospěšný pro psychiku jedince. Kognitivní schopnosti pomáhají jedincům v orientaci v okolním prostředí, jsou nápomocni při řešení problémů v těžkých životních situacích, ve vytváření hodnotového systému jedince, podílí se na řízení jednání a emocionálního stavu jedinců. Proto si autorka této práce stanovila úkol zmapovat situaci na dostupné sestavě seniorů.

Na základě takového průzkumu bude možné zvolit postupy ve zvýšení účinnosti cvičení na procvičování kognitivních schopností osob v postproduktivním věku. Za důležité autorka považuje i zvýšení informovanosti starších osob o prospěšnosti jakékoli jimi provozované aktivity, jako významného kroku k udržení duševní svěžesti do velmi vysokého věku.

Cílem práce bylo ověřit význam vzdělávání a aktivizace ve stáří. Autorka zvolila pět hypotéz, pomocí nichž se snaží prokázat prospěšnost provozování jakékoli duševní, nebo fyzické činnosti na stárnoucí organismus. Prokázat účinnost vzdělávání a aktivizace pro seniory v domově seniorů a porovnat je se seniory žijícími v domácím prostředí. A tím napomoci vyvrátit všeobecné mínění veřejnosti, že se do domova seniorů chodí již jen zemřít.

Hypotéza č. I Senioři, kteří jsou aktivní si déle udrží soběstačnost, životní elán a vitalitu?

Hypotéza č. II Senioři, kteří žijí v domácím prostředí mají svůj volný čas spíše pasivní, než senioři, kteří žijí v DS?

Hypotéza č. III Senioři v postproduktivním věku změni své zájmy a záliby?

Hypotéza č. IV Senioři mají své plány týkající se prožití svého stáří?

Hypotéza č. V Mají senioři zachovanou krátkodobou nebo dlouhodobou paměť?

9.2 Metody sběru dat

Pro zjišťování potřebných údajů byl použit standardizovaný (strukturovaný) rozhovor a současně vyplňován dotazník formulovaný na základě uvedených hypotéz. Krátké a jasné otázky byly předem připravené tak, aby na ně musela být dána jednoznačná odpověď. Otázky byly dávány všem dotazovaným starším osobám ve stejném pořadí. Dotazník byl anonymní. Skládá se z 29 otázek, z nichž je 22 přímo k danému tématu a zbylých 7 otázek zjišťují údaje o respondentovi, věku, pohlaví, zda dotazovaný je vdova, vdovec, zda žije v domácím prostředí nebo ústavní péči.

Autorka se otázky snažila formulovat co nejšetrněji, především s ohledem na cílovou skupinu respondentů, kterou je v tomto případě starší generace. Dotazníky autorka předávala osobně všem seniorům, a to za stejných podmínek, se slovním komentářem, a pokud bylo třeba i se širším vysvětlením. Autorka při rozhovor kriticky pozorovala reakce respondentů a jejich chování s cílem odhadnout hodnověrnost odpovědí.

9.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Autorka své kvantitativní šetření prováděla v Domově Barbora Kutná Hora, poskytovatele sociálních služeb a v okolí svého bydliště. Dotazník vyplňovali ženy a muži starší 60 let.

Domov Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb je příspěvková organizace s právní subjektivitou, jehož zřizovatelem je Středočeský kraj. Statutární zástupce je ředitel jmenovaný zřizovatelem. Domov Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb poskytuje služby občanům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci pro svou sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a o poskytování služby požádali. Cílovou skupinu Domova pro seniory jsou jak mladší senioři ve věku 65-80let, tak starší senioři nad 80 let s chronickým onemocněním, s tělesným a zdravotním postižením, kteří vlastními silami nemohou uplatnit práva a nároky a jsou v důsledku nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiného člověka.

V okolí svého bydliště se autorka dotazovala 50 osob starších šedesáti let. Převážná část osob byla již ve starobním důchodu. Převážná část starších osob sdílí domácnost s některým příbuzným, pouze 13 starších osob žije samostatně.

9.4 Sběr a zpracování údajů

Šetření se zúčastnilo 50 starších osob žijících v domácím prostředí, z toho bylo 34 žen, 16 mužů. Počet seniorů žijících v domově seniorů je 76 lidí. Šetření v domově seniorů se účastnilo 50 dotazovaných seniorů. Z toho bylo 10 mužů a 40 žen.

Pro hypotézu č. V autorka vybrala 18 seniorů žijících v domově seniorů. S těmito seniory je autorka v pravidelném kontaktu. Těmto seniorům byly mimo předloženého dotazníku ještě položeny otázky na zjištění stavu jejich krátkodobé a dlouhodobé paměti. Senioři po dobu tří měsíců měli interpretovat vždy 3 otázky na krátkodobou paměť a tři otázky na dlouhodobou paměť. Otázky na krátkodobou paměť zněly: Co bylo dnes k obědu? Co bylo dnes k večeři? Jaké bylo dnes počasí? Otázky na

dlouhodobou paměť: Jaké bylo Vaše povolání?, Jaké jste měl(a) manželství a v kolika letech jste se vdávala,nebo ženil? Jaké bylo Vaše dětství? Tyto stejné otázky byly vybraným seniorům pokládány po 1 dnu, po 2 dnech, po 5 dnech, po 10 dnech. Graf vyjadřuje v procentech poměr správných odpovědí na dané otázky. Odpovědi jsou velmi závislé na aktuálním zdravotním stavu seniora, zdravotní diagnóze, mentální úrovni, vzdělání, povolání.

Údaje z dotazníků byly shrnuty a roztríděny v následujících tabulkách a poměry vyjádřeny procentuálně v grafech.

Otázka č. 1: Jste žena nebo muž?

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů (absolutní počet).

ŽENA	MUŽ
74	26

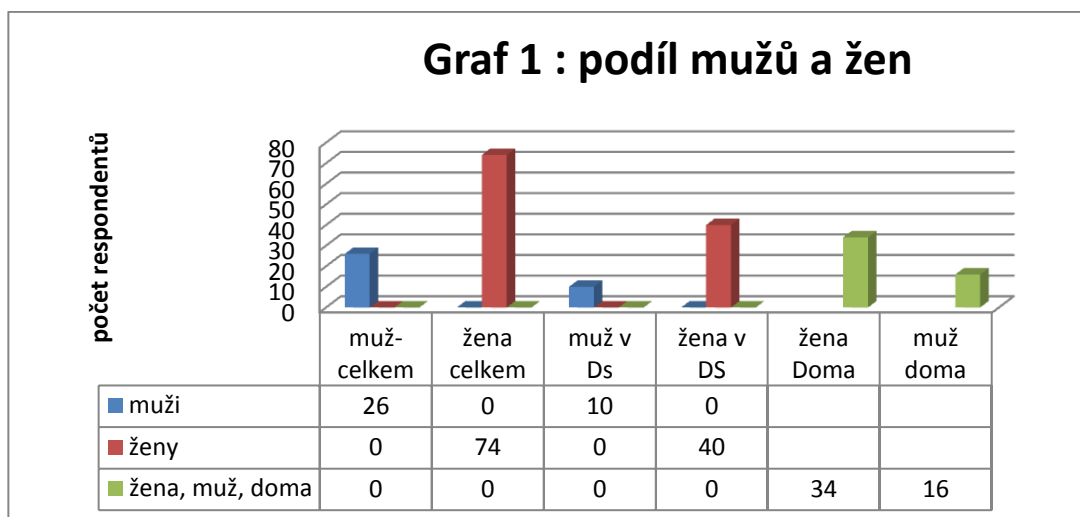
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Otázka č. 3: Žijete doma nebo v instituci (domov seniorů)?

Tabulka č. 2 k otázce č.3

DOMA	INSTITUCE (DS)	DŮM S PEČ. SLUŽBOU
48	50	2

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

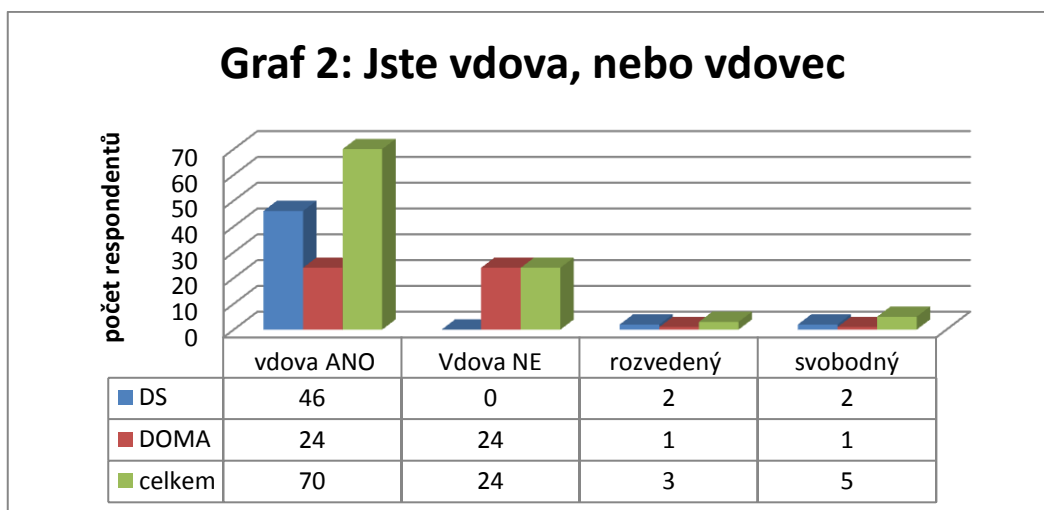
Z tabulky č. 1 a č.2 a grafu č. 1 vyplývá, že z dotazovaných 100 starších osob je celkový počet mužů 26 a 74 žen. Z celkového počtu respondentů je 10 mužů žijících v DS a mužů žijících doma je 16. Žen žijících doma je 34 a v DS 40.

Otázka č. 2: Jste vdova, nebo vdovec?

Tabulka č.3 k otázce č. 2.

ŽIJETE	ANO jsem vdova/ vdovec	NE	ROZVEDENÝ	SVOBODNÝ
DS	46	0	2	2
DOMA	24	24	1	1
CELKEM	70	24	3	3

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č.3 a grafu č.2 vyplývá, že většina dotazovaných starších osob je vdova, nebo vdovec. Vdov nebo vdovců žijících v DS je 46, počet vdov (vdovců) žijících doma je 24. 2 osoby žijící v DS jsou rozvedené a 2 svobodné. Počet rozvedených osob žijících doma je 1 a 1 osoba je svobodná.

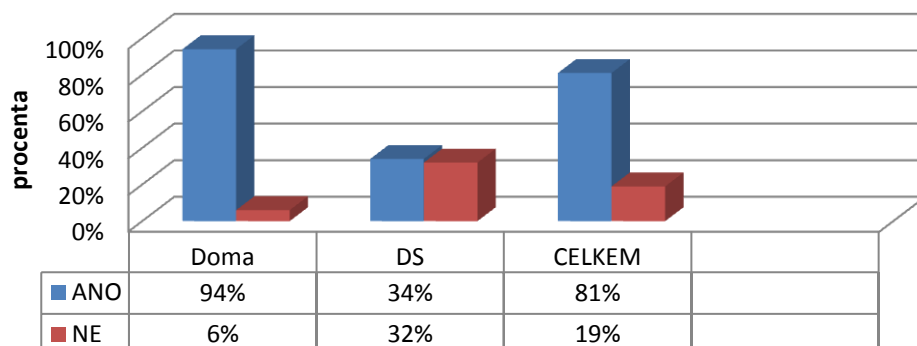
Otázka č. 4: Jste schopen (na) naplánovat si svůj denní program?

Tabulka č. 4 k otázce č.4

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DOMA	47	94	3	6
DS	34	68	16	32
CELKEM	81	81	19	19

Zdroj autor práce (vlastní šetření):

Graf 3: Schopen (na) naplánovat si svůj denní program



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

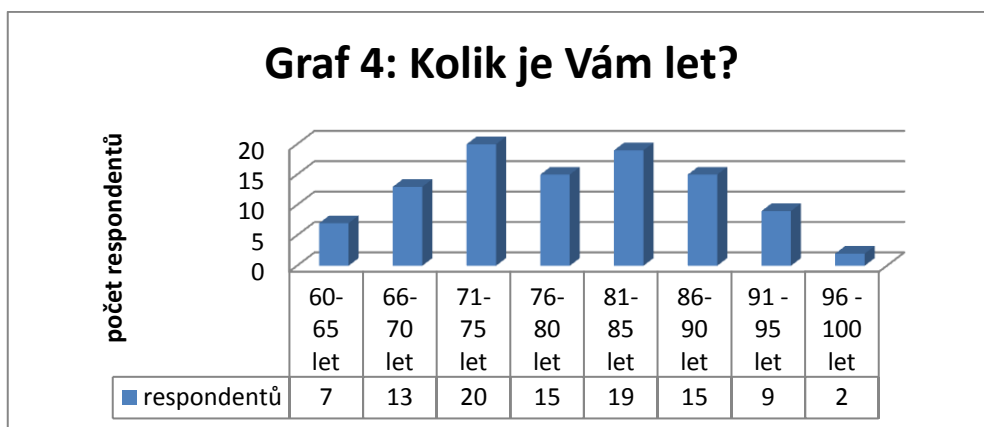
Z tabulky č. 4 a grafu č. 3 vyplývá, že z dotazovaných starších osob je schopno si naplánovat svůj denní program celkem 81 (81%) dotázaných. Z celkového počtu respondentů, kteří si umí naplánovat svůj denní program je 47(94%) žijících doma a z DS je 34 (68%). Starších osob, jež si neumí naplánovat svůj denní program žijící doma je 3 (6%) a z DS je 16 (32%) z celkového počtu dotazovaných.

Otázka č. 5: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 6 k otázce č. 5

VĚK RESPONDENTŮ	POČET DANÉHO VĚKU				Počet celkem
	ŽENA doma	ŽENA DS	MUŽ doma	MUŽ DS	
60- 65 let	5	0	2	0	7
66 -70 let	7	1	4	1	13
71- 75 let	10	3	6	1	20
76- 80 let	4	10	1	0	15
81 – 85 let	5	9	1	4	19
86-90 let	1	10	2	2	15
91 -95 let	2	7	0	0	9
96– 100 let	0	0	0	2	2

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 6 a grafu č. 4 vyplývá, že z dotazovaných starších osob bylo ve věku 60-65 let bylo 7 (z toho žilo v DS nula, a doma žilo 5 žen a 2 muži). Ve věku 66-70 let bylo 13 dotazovaných (žijících v DS bylo 1 žena a 1 muž, doma žilo 7 žen a 4 muži). Ve věku 71-75 let bylo 20 dotazovaných (z DS bylo 3 ženy a 1 muž, doma žilo 10 žen a 6 mužů). Ve věku 76- 80 let bylo 15 dotazovaných (z toho z DS bylo 10 žen a žádný muž, doma žilo 4 ženy a 1 muž). Ve věku 81- 85 let bylo 19 dotazovaných (z celkového počtu bylo z DS 9 žen a 4 muži, doma žilo 5 žen a 1 muž). Ve věku 86-90 let bylo 15 dotazovaných (z DS bylo 10 žen a 2 muži, doma žilo 1 žena a 2 muži). Ve věku 91-95 let bylo 9 dotazovaných (z DS bylo 7 žen a žádný muž, doma žilo 2 ženy a žádný muž). Ve věku 96 -100 let byli 2 dotazovaní (z DS byli 2 muži žádná žena, doma v tomto věku nebyl dotazován nikdo).

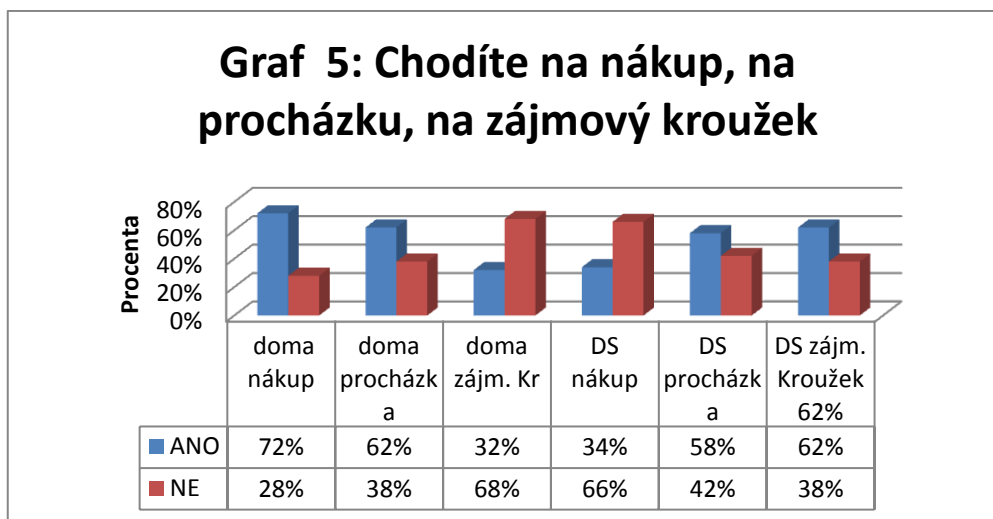
Otázka č. 6: Chodíte na nákup, na procházku, na zájmový kroužek?

Tabulka č.7

DOMA	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
nákup	36	72	14	28
proch.	31	62	19	38
zájmový kroužek	16	32	34	68
DS	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
nákup	17	34	33	66
proch.	29	58	21	42

zájmový kroužek	31	62	19	38
-----------------	----	----	----	----

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

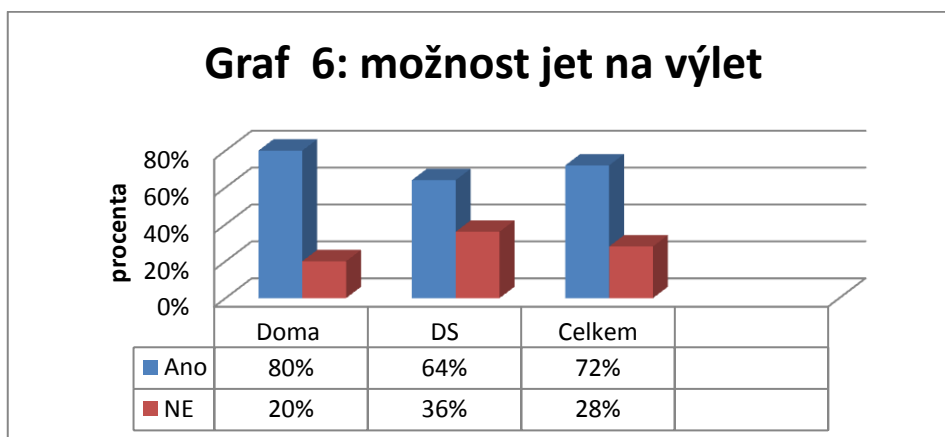
Z tabulky č.7 a grafu č.5 vyplývá, že z dotazovaných starších osob žijících doma chodí na nákup 72% (36) osob, nechodí na nákup 28% (14) osob. Na procházku chodí 62% (31) dotazovaných osob žijících doma a 38% (19) osob naopak uvádí, že na procházku nechodí. Zájmový kroužek navštěvuje 32% (16) osob žijících doma a nenavštěvuje 38% (19) osob. Z dotazovaných starších osob žijících v DS chodí 34% (17) osob na nákup a nechodí na nákup 66% (33) osob. Na procházku chodí 58% (29) osob a nechodí 42% (21) osob. Zájmový kroužek v rámci DS navštěvuje 62% (31) dotazovaných osob a 38% (19) osob se neúčastní.

Otázka č. 7: Máte možnost jet ve všední den, nebo o víkendu na výlet?

Tabulka č. 8 k otázce č.7

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DOMA	40	80	10	20
DS	32	64	18	36
CELKEM	72	72	28	28

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č.8 a grafu č. 6 vyplývá, že z dotazovaných starších lidí žijících doma má možnost jet ve všední den nebo o víkendu na výlet 80%(40) dotazovaných osob a nejezdí 20%(10) osob. Z osob žijících v DS udává, že má možnost jet na výlet 64% (32) osob a nejezdí 36% (18) dotazovaných osob.

Otázka č. 8: Byl (a) jste v poslední době v kině, v divadle, na taneční zábavě, na bohoslužbě, na návštěvě u příbuzných, nebo u přátel?

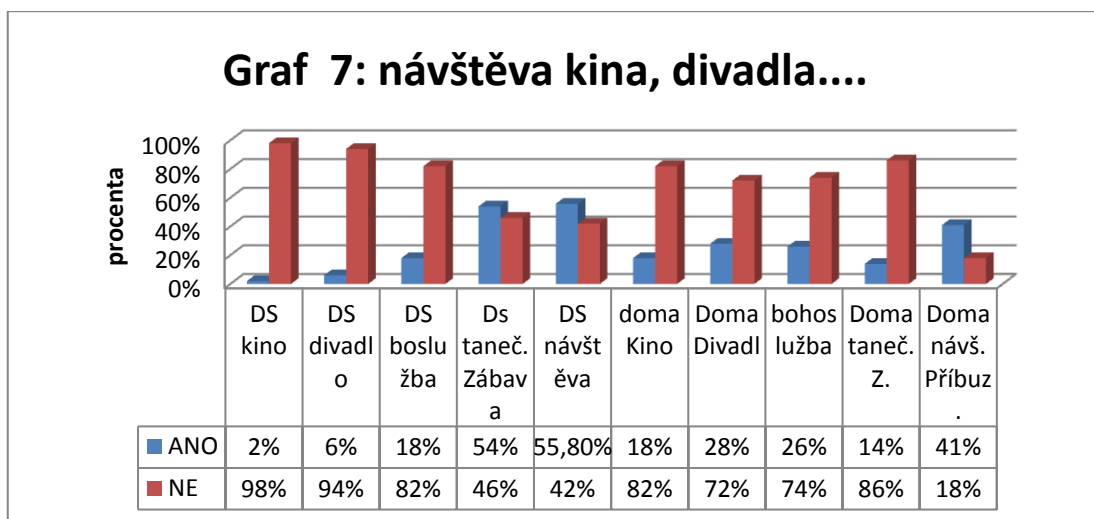
Tabulka č. 9 k otázce č .8

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DOMA				
kino	9	18	41	82
divadlo	14	28	36	72
bohoslužba	13	26	37	74
taneční zábava	7	14	43	86
návštěva příbuzných	41	82	9	18

Tabulka č.10 k otázce č. 8

DS	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
kino	1	2	49	98
divadlo	3	6	47	94
Bohoslu- žba	9	18	41	82
taneční zábava	27	54	23	46
návštěva	29	55,8	21	42

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č.9 č.10 a grafu č.7 vyplývá, že ze starších dotazovaných osob žijících doma navštívilo kino 18%(9)osob a v kině nebylo 82% (41) osob. Divadlo navštívilo 28% (14)dotazovaných osob a nenavštívilo 72% (36)osob žijících doma. Bohoslužbu navštívilo 26% (13)osob a nenavštěvuje 74% (37)osob. Na taneční zábavě bylo v poslední době 14% (7) osob a nebylo 86% (43) starších osob žijících doma. Své příbuzné navštívilo 82% (41)osob žijících doma a nenavštívilo 18% (9) osob.

Senioři žijící v DS navštívila kino 1 osoba 2% (1) a 98% (49) osob v kině v poslední době nebylo. V divadle bylo 6% (3) osoby a nebylo 94% (47) osob. Bohoslužbu navštívilo 18% (9)osob a 82% (41) osob žijících v DS bohoslužbu nenavštěvuje.

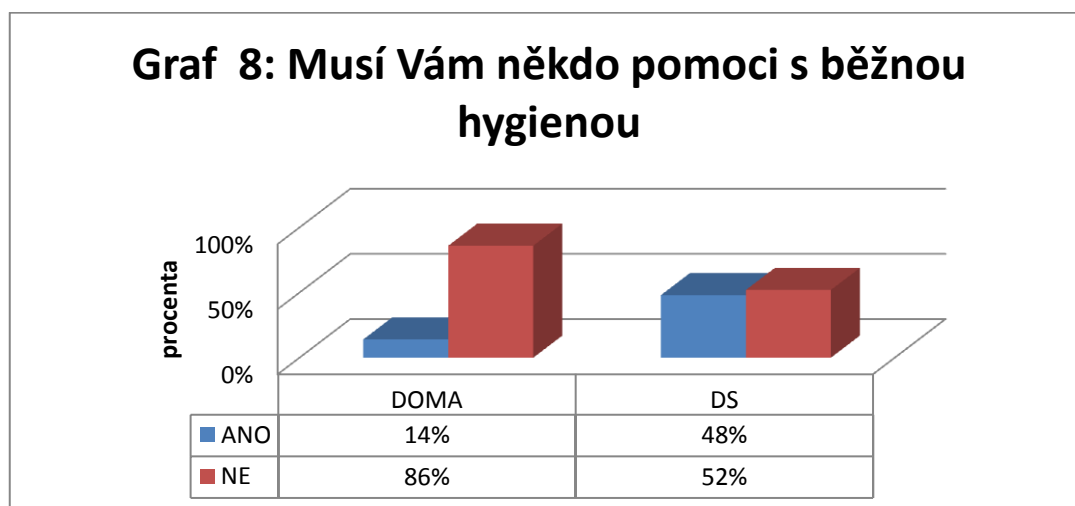
Taneční zábavu navštívilo 54% (27) osob a nezúčastnilo se 46% (23) osob. Na návštěvě u příbuzných udává, že bylo 55,8% (29) osob a nebylo 42% (21) osob.

Otázka 9: Musí Vám někdo pomoci s běžnou hygienou?

Tabulka č. 11

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DOMA	7	14	43	86
DS	24	48	26	52

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

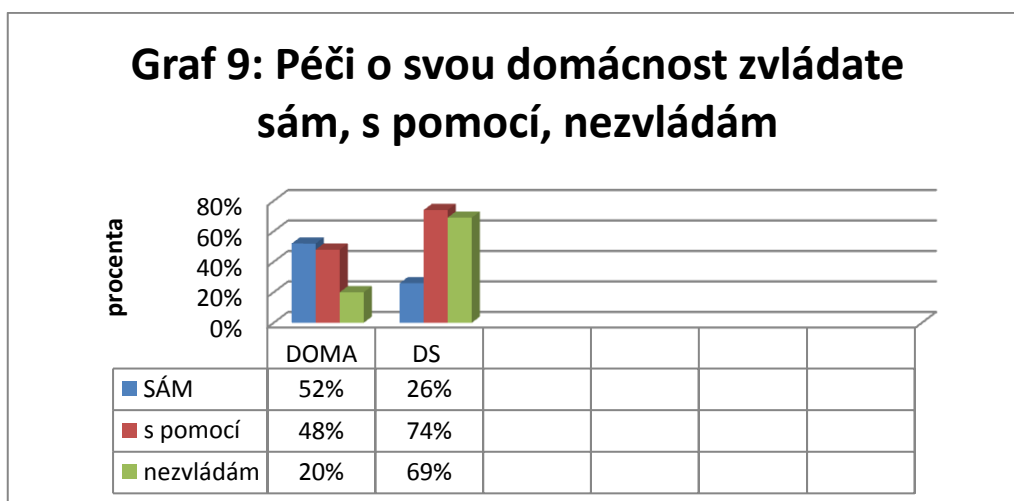
Z tabulky č. 11 a grafu 8 vyplývá že, 14% (7) osobám žijících doma musí někdo pomoci s běžnou hygienou a naopak v 86% (43) osob žijících doma pomoc zatím nepotřebuje. Seniorům žijících v DS je nutné pomoci s běžnou hygienou 48% (24) dotázaných a 52% (26) dotázaných seniorů zatím pomoc s hygienou nepotřebuje.

Otázka č. 10: Péči o svou domácnost zvládáte sám(a), nebo potřebujete pomoc druhé osoby?

Tabulka č. 12 k otázce 10

	SÁM		S POMOCÍ	
	Počet	%	Počet	%
DOMA	24	52	22	48
DS	5	26	14	74
	NEZVLÁDÁM			
	Počet	%		
DOMA	4	20		
DS	31	69		

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

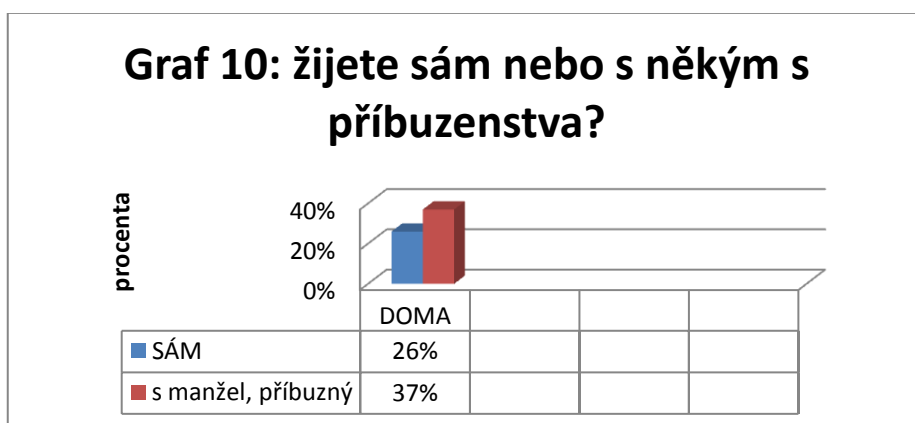
Domácnost u osob žijících v DS je úklid jejich pokoje a osobních věcí v pokoji. Úklid pokoje zvládne samostatně 5 osob (26%), s pomocí zvládne ve svém pokoji udržet pořádek ve svých osobních věcech 14 (74%) osob a nezvládne vůbec 31 (69%) dotázaných osob. U dotazovaných seniorů žijících doma udává, že samostatně pečuje o svou domácnost 24 (52%) dotázaných starších osob, zvládne s pomocí 22 osob (48%) a nezvládají 4 osoby (20%).

Otázka č. 11: Žijete sám (a) nebo s někým s příbuzenstva?

Tabulka č.13

	SÁM		žiju manželem/příbuzným	
	Počet	%	Počet	%
DOMA	13	26	37	74

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 13 a grafu 10 vyplývá, že dotazované starší osoby žijící doma žijí ve 26% (13) osob sami a 74% (37) starších osob udává, že žije s manželem nebo s někým s příbuzenstva. Starší osoby žijící v DS tuto otázku nevyplňovaly.

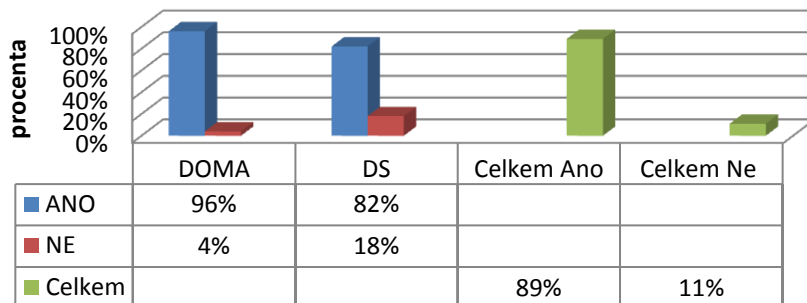
Otázka č. 12: Znáte některé organizace nebo služby, které pomáhají starším občanům?

Tabulka č. 14

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DOMA	48	96	2	4
DS	41	82	9	18
CELKEM	89	89	11	11

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Graf 11: Znáte organizace, služby pomáhající seniorům?



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

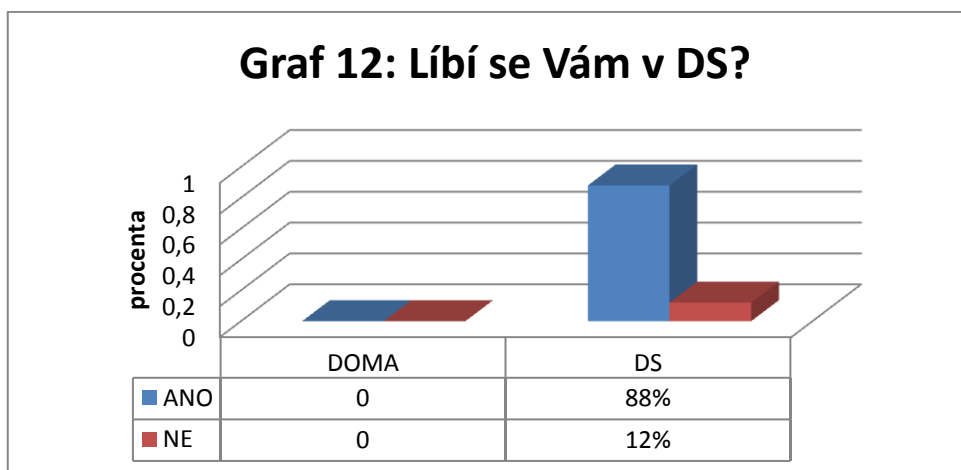
Z tabulky č.14 a grafu 11 vyplývá, že dotazované starší osoby žijící doma znají v 96% (48 osob) některé služby nebo organizace pomáhající starším občanům. Senioři žijící doma udávají, že neznají organizace nebo služby pomáhající seniorům ve 4% (2 osoby). Ze šetření v DS vyplývá, že senioři zde žijící znají organizace pomáhající starším osobám v 82% (41 osob) a nezná 11% (11 osob).

Otázka č. 13: Pokud již jste v DS líbí se Vám zde?

Tabulka č. 15

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DOMA	0	0	0	0
DS	44	88	6	12
CELKEM	44	88	6	12

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 15 a grafu 12 vyplývá, že na tuto otázku odpovídali pouze starší osoby žijící v DS. Senioři žijící v DS udávají, že se jim v 88% (44 osob) DS líbí. Z tohoto počtu 20 starších osob přiznává, že se jim zpočátku život v DS vůbec nelíbil, ale že si již zvykli a považují DS za svůj druhý domov. Stále se nelíbí 12% (6) dotazovaným starším osobám.

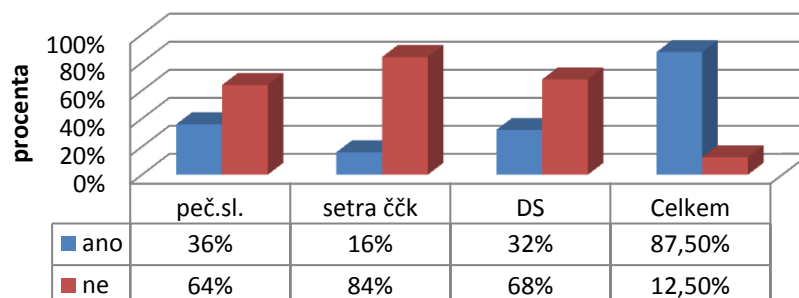
Otázka 14: Pokud žijete doma, dokázal (a) by jste si představit, že budete využívat, nebo již využíváte nějaký typ sociální služby? Prosím vyberte z nabízených možností o jaký typ služby by se jednalo? Pečovatelská služba, Návštěva zdravotní sestry z ČČK, Domov seniorů – celoroční pobytové zařízení.

Tabulka č. 16

	ANO		NE	
doma	Počet	%	Počet	%
peč.sl	18	36	32	64
setra	8	16	42	84
DS	16	32	34	68
celkem	42	87,5	6	12,5

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Graf 13: Pokud žijete doma, budete využívat pečovatelskou službu, návštěvu zdravotní sestry, žít v DS?



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

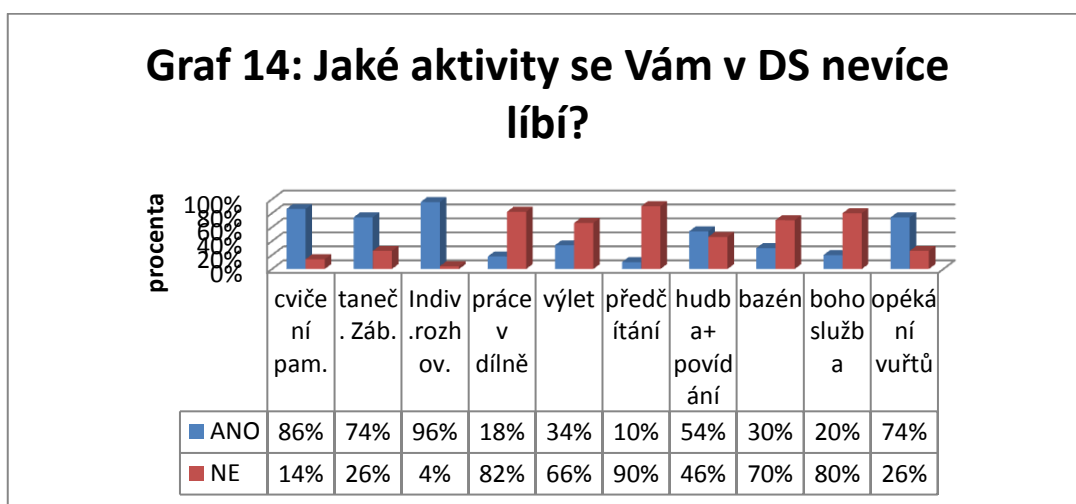
Z tabulky č. 16 a grafu 13 vyplývá, že na otázku odpovídali pouze starší osoby žijící doma. Starší osoby žijící doma udávají, že by využívali v 36% (18 osob) služby Pečovatelské služby, návštěvu sestry z ČČK v jejich domácím prostředí by využilo 16% (8) starších osob a pobyt v DS by v případě zhoršení zdravotního stavu volilo 32% (16) seniorů). Ze zjištění vyplývá, že 87,5% (42) seniorů při zhoršení svého zdravotního stavu i při současné péči rodinných příslušníků, nebo nejbližších příbuzných se nebrání požádat o pomoc některou z uvedených sociálních služeb. Pouze 12,5% (6) dotazovaných seniorů se vyslovilo, že ne. Z celkového počtu dotazovaných seniorů 2 seniorky již žily a využívaly služeb domu s pečovatelskou službou.

Otázka 15: Jaké aktivity se Vám nejvíce líbí? Prosím vyberte z nabízených možností. Skupinové cvičení paměti, taneční zábavy, individuální rozhovor, práce v dílně (výroba výrobků, vaření), kavárnička, účast na výletě, předčítání, setkání na nějaké téma s poslechem hudby, v letních měsících návštěva bazénu, návštěva místní kaple, posezení na zahradě.

Tabulka č.17

DS	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
cvičení paměti	43	86	7	14
taneč. Zábava	37	74	13	26
indiv. Rozhovor	48	96	2	4
práce v dílně	9	18	41	82
výlet	17	34	33	66
předčítání	5	10	45	90
hudba+ povídání	27	54	23	46
bazén	15	30	35	70
bohoslužba	10	20	40	80
opékání vuřtů	37	74	13	26

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

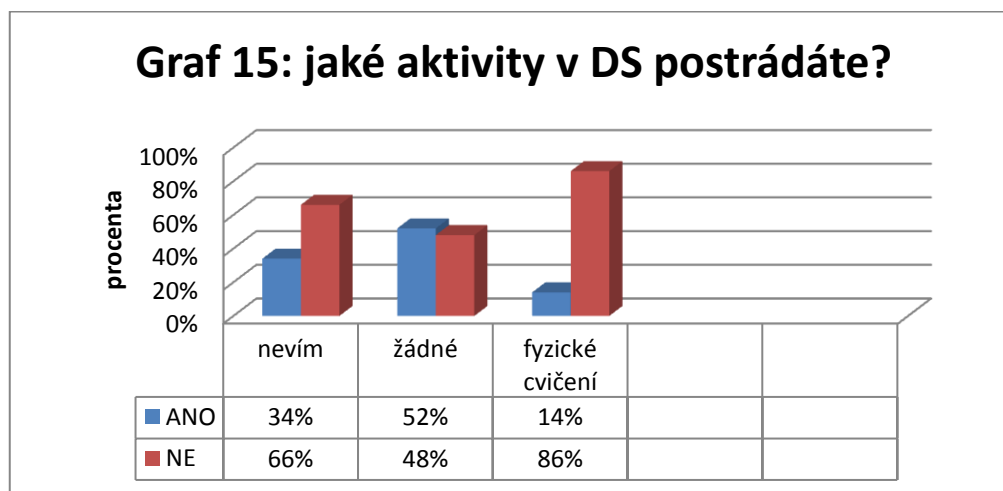
Z tabulky č. 17 a grafu 14 vyplývá, že na otázku odpovídali pouze senioři žijící v DS. Ze všech nabízených aktivit se dotazovaným seniorům žijícím v DS líbí v 96% (48 osob) individuální rozhovor, poté cvičení paměti 86% (43 osob), účast i pasivní na taneční zábavě uvedlo 74% (37 osob), opékání vuřtů se líbí též 74% (37) starším osobám žijícím v DS. Povídání na nějaké téma s hudbou se líbí 54% (27) dotazovaným seniorům, účast na výletě se líbí 34% (17) a účast na bohoslužbě v místní kapli udává 20% (10) seniorů. Práce v dílně se líbí 18% (9) dotazovaným a nejméně se líbilo dotazovaným seniorům předčítání pouhých 10% (5) osob.

Otázka 16: Jaké aktivity naopak v DS postrádáte, nebo by, jste si přáli zavést?

Tabulka č.18

DS	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
nevím	17	34	33	66
žádné	26	52	24	48
cvičení i na lůžku	7	14	43	86

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky 18 a grafu 15 vyplývá, že senioři žijící v DS V 52% (26) žádné aktivity nepostrádají, neví 34% (17) seniorů a 14% (7) dotazovaných seniorů by si přálo zavést

i fyzické cvičení na lůžku, protože ve většině případů v mládí provozovali aktivně sport anebo pravidelně cvičili v Sokolu.

Otázka 17: Jaké byly Vaše zájmy dříve a v současné době?

Tabulka č.19 Zájmy dříve

Doma - Dříve	Počet	%	Počet	%
Cestování	21	42	29	58
zahrádka	18	36	32	64
houbaření	12	24	38	76
péče o domác.	15	30	35	70
četba knih	13	26	37	74
sport aktivně	11	22	39	78
kultura	25	50	25	50
sledovánTV	6	12	44	88
ruční práce	9	18	41	82

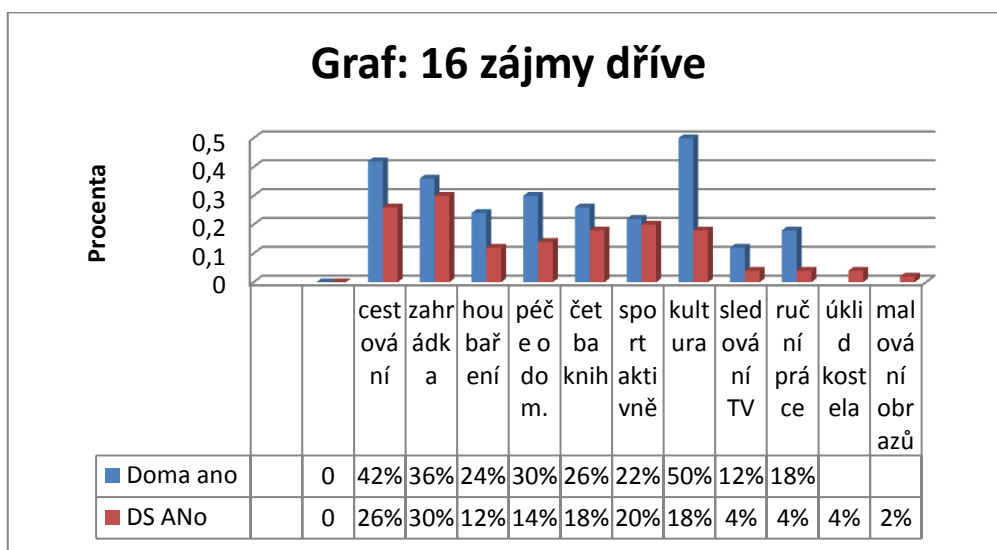
Zdroj. autor práce (vlastní šetření)

Tabulka č.20

	ANO		NE	
DS- dříve	Počet	%	Počet	%
cestování	13	26	37	74
zahrádka	15	30	35	70
houbaření	6	12	44	88

péče o domácnost	7	14	43	86
četba	9	18	41	82
sport aktivně	10	20	40	80
DS- dříve	Počet	%	Počet	%
kultura	9	18	41	82
úklid kostela	2	4	48	96
ruční práce	2	4	48	96
sled. TV	2	4	48	96
malování obrazů	1	2	49	98

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 19 a grafu 16 vyplývá, že většina dotazovaných starších osob měla dříve v produktivním věku jiné složení zájmů. Starší osoby žijící doma v 42% (21) uvedlo cestování, poté 36% (18) starších osob práci na zahrádce. 24% (12) seniorů rádo chodilo do lesa na houby, nebo pouze na procházku. Ženy uváděly v 30% (15) péči o domácnost, ve volném čase četbu knih uvedlo 26% (13) starších osob. Aktivní sport

uvádí 22% (11) starších osob z tohoto počtu dotazovaných respondentů na sportovní aktivitu uvedlo 1 osoba tenis, 1 fotbal, 4 jízda na kole, 5 cvičení v Sokole. Sledování TV 12% (6) osob, ruční práce 18% (9) dotazovaných, kulturní život 50% (25) osob.

Z tabulky č. 20 a grafu 16 vyplývá, že většina dotazovaných seniorů žijících v DS měla v produktivním věku jiné složení zájmů než v současné době. U seniorů žijících v DS bylo u některých dotazovaných respondentů obtížné získat odpověď. Bylo nutné podrobněji dotazované osobě vysvětlit znění a smysl otázky. Seniori žijící v DS za své dřívější zájmy uvedli 26% (13) cestování, práce na zahrádce 30% (15), houbaření a procházku v lese 12% (6), péči o domácnost 14% (7) osob, četbu knih 18% (9), kulturní život uvedlo 18% (9) dotazovaných, úklid kostela 4% (2), ruční práce 4% (2), sledování TV 4% (2), malování obrazů 2% (1) dotazovaných osob.

Tabulka č. 21 zájmy v současné době

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
Doma nyní				
sled. TV	25	50	25	50
četba knih	11	22	39	78
poslech rozhlas	5	10	45	90
ruční práce	5	10	45	90
lázně	2	4	48	96
posezení s přáteli	6	12	44	88
hlídání vnoučat	4	8	46	92
cestování	5	10	45	90
četba tisku a křížovky	3	6	47	94
kultura kino, divadlo	3	6	47	94

poslech hudby	2	4	48	96
práce okolo bytu	4	8	46	92
práce na zahrádce	14	23,3	46	76,7

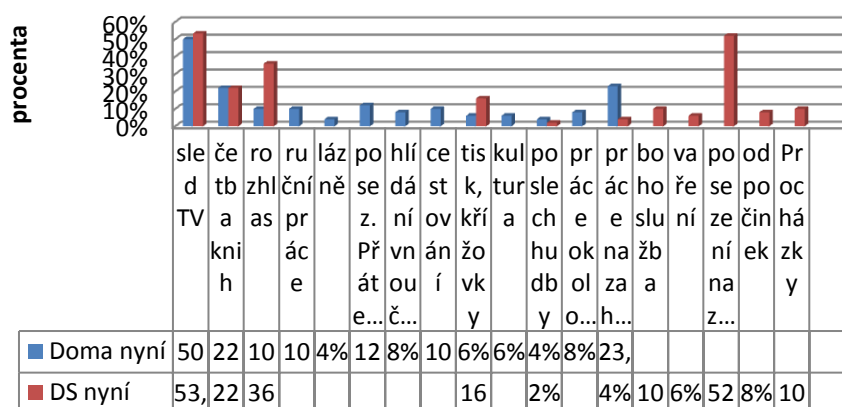
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka č.22

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DS nyní	32	53,3	28	46,7
sled. TV	11	22	39	78
čtení knih	18	36	32	64
poslech radia	5	10	45	90
procházky	4	8	46	92
odpočinek	3	4	47	94
luštění křížovek	5	10	45	90
bohoslužba	6	12	44	88
četba tisku	2	4	48	96
práce na zahrádce	3	6	47	94
vaření	1	2	49	98
poslech hudby	26	52	24	48
posezení na zahrádce				

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Graf 17: zájmy v současné době



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 21 a grafu 17 vyplývá, že starší osoby žijící doma za současné zájmy uvádí 50% (25) osob sledování TV, četbu knih 22% (11), poslech rozhlasu 10% (5) dotazovaných, ruční práce 10% (5), návštěva lázní 4% (2), posezení s přáteli 12% (6), hlídání vnoučat 8% (4), cestování 10% (5), četba tisku a luštění křížovek 6% (3), kultura – návštěva kina a divadla 6% (3 osoby), poslech hudby 4% (2), práce okolo bytu 8% (4), práce na zahrádce 23,3% (14) dotazovaných respondentů žijících doma.

Z tabulky č. 22 a grafu 17 vyplývá, že senioři žijící v DS za současné zájmy uvádí sledování TV 53,3% (32), poslech rozhlasu 36% (18), četba knih 22% (11) osob, procházky i s doprovodem 10% (5), odpočinek na pokoji 8% (4), luštění křížovek 4% (3), čtení denního tisku 12% (6), práce na zahrádce 4% (2), vaření pro ostatní seniory v zařízení v kuchyňce 6% (3), poslech hudby 2% (1), posezení na zahrádce 52% (26) dotazovaných respondentů.

Otázka 18: Pokud jsou Vaše zájmy v současné době jiné, z jakého důvodu? Ze zhoršení zdravotního stavu, z nedostatku financí, z nedostatku času, realizují si dřívější plány a přání, nemám již přátele se kterými jsem určité zájmy sdílel(a) z důvodu zhoršení jejich zdravotního stavu, nebo již zemřeli, odstěhovali se.

Tabulka č.23

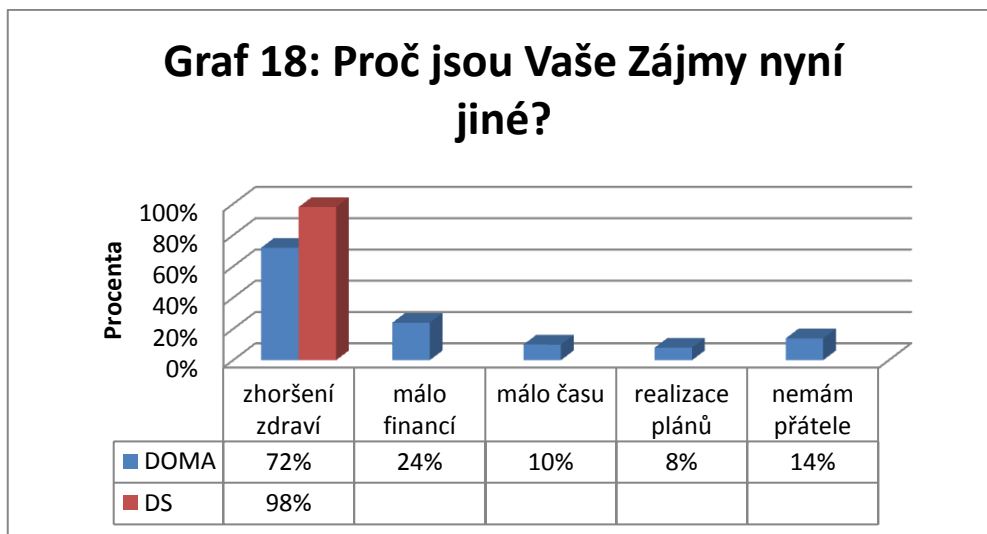
	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
Doma zhoršení zdr.stavu	36	72	14	28
málo financí	12	24	38	76
málo času	5	10	45	90
realizace plánů	4	8	46	92
nemám již přátele	7	14	43	86

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka č. 24

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
Ze zhoršení zdravot. Stavů	49	98	1	2
nemám již přátele	1	2	49	98
málo času	0	0	0	0
Realizace plánů	0	0	0	0
Málo financí	0	0	0	0

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 23 a grafu 18 vyplývá, že dotazovaní respondenti žijící doma mají v současné době jiné zájmy z 72% (36) ze zhoršení zdravotního stavu, málo financí udává 24% (12) osob, málo času uvedlo 10% (5) respondentů, realizují si své přání a plány 8% (4), nemám již přátele, se kterými jsem určité aktivity sdílel(a) 14% (7) dotazovaných. Někteří dotazovaní respondenti žijící doma uváděli dvě varianty např. realizují si své přání, ale nemám na realizaci dostatek finančních prostředků.

Z tabulky č. 24 a grafu 18 vyplývá, že osoby žijící v DS mají v současné době jiné zájmy z důvodu zhoršení zdravotního stavu 98% (49), pouze 1 dotazovaný respondent uvedl, že již nemá přátele, se kterými určité zájmy sdílel. Na ostatní otázky žádný dotazovaný senior neodpověděl kladně.

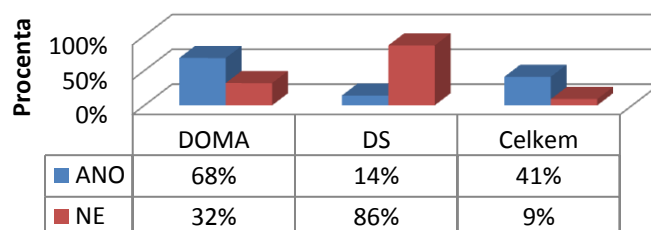
Otázka 19: Jestliže máte na něco chuť, uvaříte si to? Ano, Ne

Tabulka č. 25

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DS	7	14	43	86
DOMA	34	68	16	32
Celkem	41	82	9	18

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Graf 19: Jestliže máte na něco chuť uvaříte si to?



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

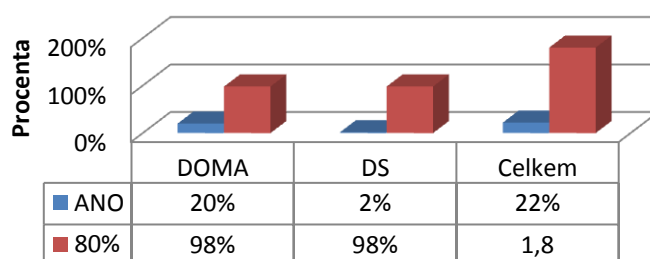
Z tabulky č. 25 a grafu 19 vyplývá, že dotazovaní respondenti žijící doma si vaří v 68% (34) osob a v DS v 14% (7) osob.

Otázka 20: Kouříte ? Ano, Ne

Tabulka č. 26

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DS	1	2	49	98
DOMA	10	20	40	80
Celkem	11	22	39	78

Graf 20: Kouříte?



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

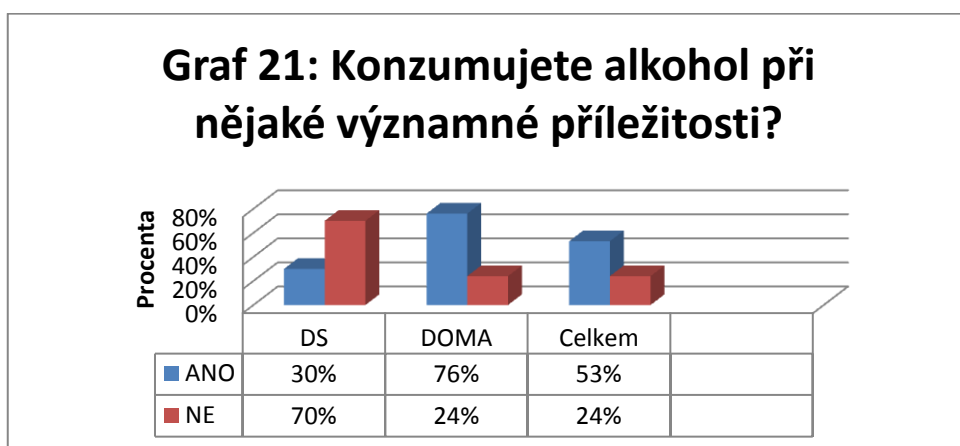
Z tabulky č.26 a grafu 20 vyplývá, že kouří 20% (10) respondentů žijících doma a pouze 2 % (1) žijících v DS.

Otázka 21: Konzumujete alkohol při nějaké významné příležitosti? Ano, ne

Tabulka č. 27

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DS	15	30	35	70
DOMA	38	76	12	24
Celkem	53	53	47	47

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 27 a grafu 21 vyplývá, že alkohol při nějaké významné příležitosti konzumuje 76% (38) osob žijících doma a 30% (15) osob žijících v DS.

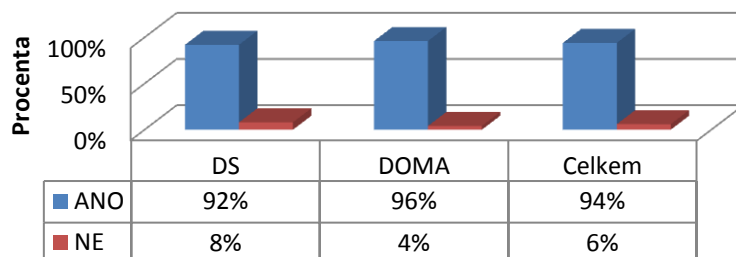
Otázka 22: Udržujete pravidelný kontakt s rodinou? Ano, ne

Tabulka č. 28

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DS	46	92	4	8
DOMA	48	96	2	4
Celkem	94	94	6	6

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Graf 22: Udržujete pravidelný kontakt s rodinou?



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 28 a grafu 22 vyplývá, že dotazovaní respondenti udržují pravidelný kontakt s rodinou, pokud žijí doma v 96% (48) a v DS 92% (46). Z dotazovaných respondentů žijících doma odpověděli 4% (2), že ne z důvodu, že již žádné blízké příbuzné nemají.

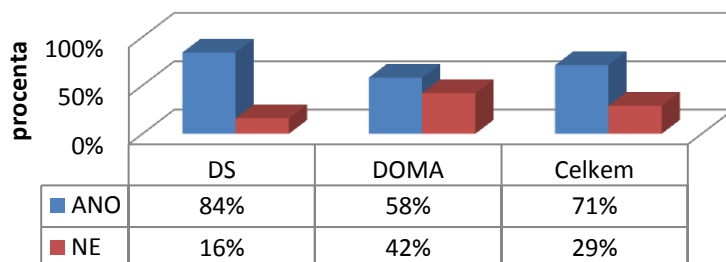
Otázka 23: Jste věřící? Ano, ne

Tabulka č. 29

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DS	42	84	8	16
DOMA	29	58	21	42
Celkem	71	71	29	29

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Graf 23: Jste věřící?



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

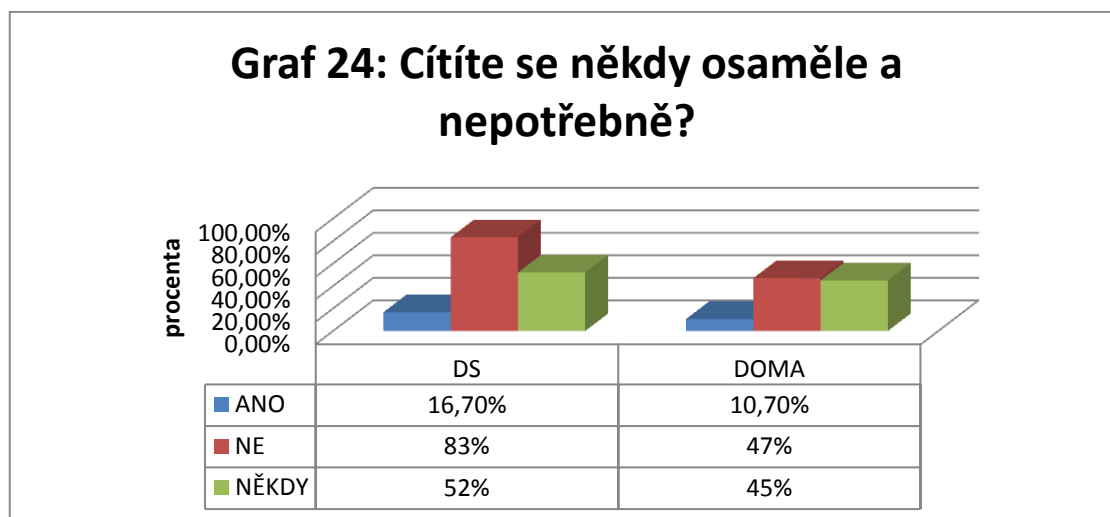
Z tabulky č. 29 a grafu 23 vyplývá, že dotazovaní respondenti vyznávají nějakou víru. Osoby žijící doma 58% (29) a senioři žijící v DS 84% (42) dotazovaných osob.

Otázka 24: Cítíte se někdy osaměle a nepotřebně? Ano, ne, někdy

Tabulka č. 30

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	%
DS	4	16,7	20	83,3
DOMA	3	10,7	25	47
	někdy			
	Počet	%		
DS	26	52		
DOMA	22	45		

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

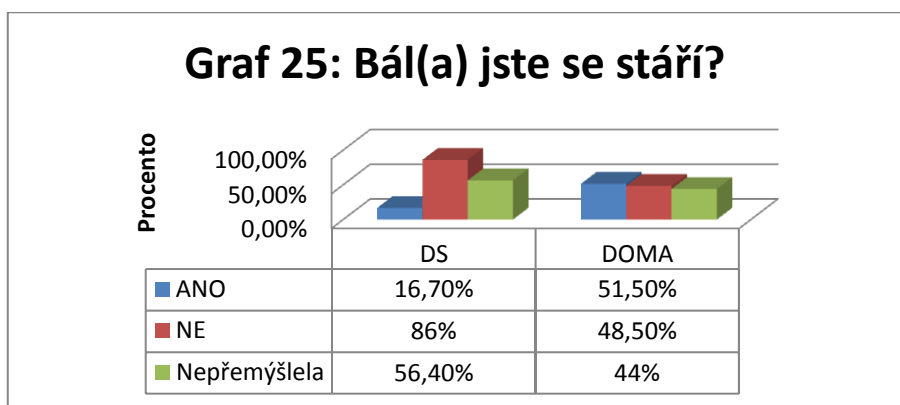
Z tabulky č. 30 a grafu 24 vyplývá, že dotazovaní starší lidé žijící doma se cítí osaměle a nepotřebně 10,7% (3), někdy udává 45% (22) osob a necítí se osaměle a nepotřebně 47% (25) dotazovaných osob. Senioři žijící v DS se cítí osaměle a nepotřebně v 16,7% (4) osoby, necítí se, uvedlo 83,3% (20) a někdy 52% (26) dotazovaných respondentů.

Otázka 25: Bála jste se stáří? Ano, ne, nepřemýšlela jsem o tom.

Tabulka č. 31

	ANO		NE		Nepřemýšlela jsem o tom	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
DS	4	16,7	24	86	22	56,4
Doma	17	51,5	16	48,5	17	44

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č 31 a grafu 25 vyplývá, že dotazovaní starší lidé, kteří žijí doma se bojí stáří v 51,5% (17) , nebojí se 48,5% (16) a nepřemýšlelo o tom 44% (17) osob. Senioři žijící v DS se stáří báli v 16,7% (4) a ne udává 86% (24), nepřemýšlelo 56,4% (22) osob.

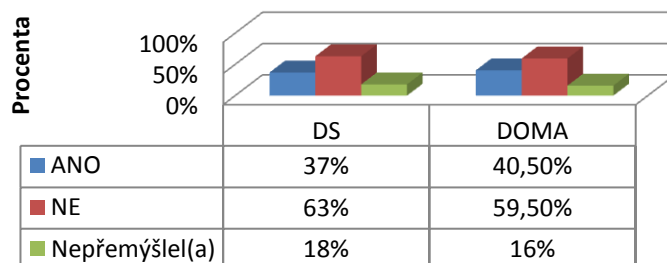
Otázka 26: Měla jste plány, jak si představujete své stáří?

Tabulka č. 32

	ANO		NE		NEPŘEMÝŠLEL(A)	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
DS	15	37	26	63	9	18
DOMA	17	40,5	25	59,5	8	16

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Graf 26: Měl(a) jste plány jak si představujete své stáří?



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 32 a grafu 26 vyplývá, že dotazovaní respondenti žijící doma mají plány jak, si představují stáří v 40,5% (17), nemají 59,5% (25) a nepřemýšlelo o představě svého stáří 16% (8). Starší lidé žijící v DS mají plány, jak si představují své stáří v 37% (15) a ne uvedlo 63% (26) a nepřemýšlelo 18% (9) dotazovaných osob.

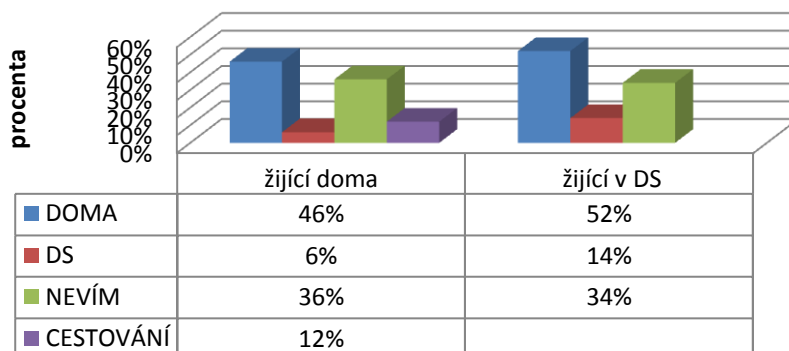
Otázka 27: Můžete sdělit, jak vypadala konkrétní představa týkající se Vašeho stáří?

Tabulka č.33

	ANO		NE	
DOMA	Počet	%	Počet	
žít doma	23	46	27	54
žít DS	3	6	47	94
nevím	18	36	32	64
cestování	6	12	44	88
	ANO		NE	
DS	Počet	%	Počet	
žít doma	26	52	24	48
žít DS	7	14	43	86
nevím	17	34	33	66

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Graf 27: Jak vypadala konkrétní představa Vašeho stáří?



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 33 a grafu 27 vyplývá, že konkrétní představa starších osob žijících doma je 46% (23) osob si přeje dožít doma, 6% (3) dotazovaných respondentů by při zhoršení zdravotního stavu chtělo dožít v nějakém zařízení, kde se o něj postarají a toto kritérium splňuje dožití v DS, 36% (18) osob neví, jak si představuje své stáří a 12% (6) by chtělo ve stáří cestovat. Představa seniorů žijících v DS byla v 52% (26) žít a dožít doma, pouze 14% (7) dotazovaných osob mělo představu, že chce dožít v DS a sami si ještě při dobrém zdravotním stavu zařizovali žádost o poskytování služby. 34% (17) dotazovaných respondentů nevědělo, jak vypadá jejich konkrétní představa jejich stáří.

Otázka 28: Pohybujete se s pomocí? 2 francouzských holí, 1 hole, bez kompenzačních pomůcek, jiné.

Tabulka č. 34

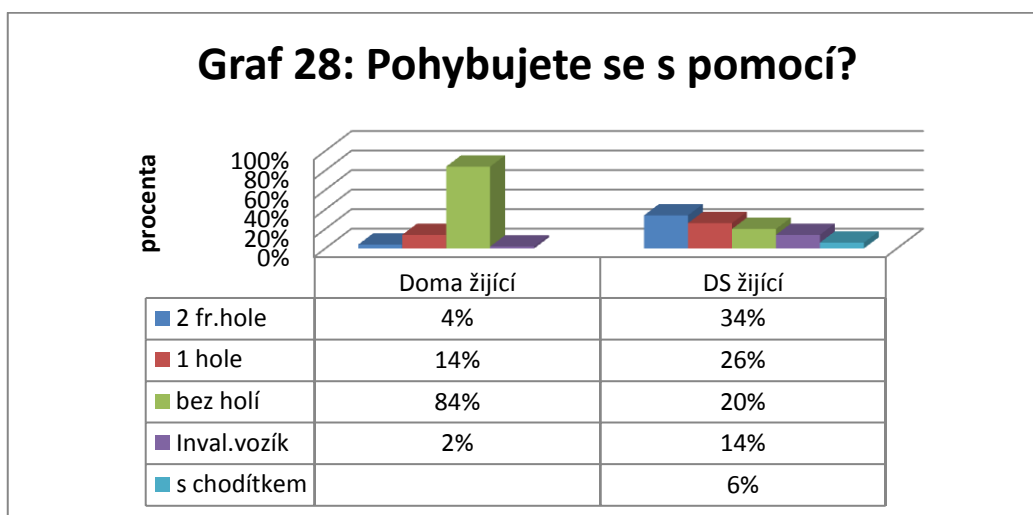
	ANO		NE	
DOMA	Počet	%	Počet	
2 fr. Hole	2	4	48	96
1 hole	7	14	43	86
bez holí	42	84	8	16
inv.vozík	1	2	49	98

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka č. 35

DS	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	
inv.vozík	7	14	43	86
1 hole	13	26	37	74
bez holí	10	20	40	80
2 fr. hole	17	34	33	66
s chodítkem	3	6	47	94

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 34 a grafu 28 vyplývá, že dotazované starší osoby žijící doma se pohybují nejvíce 84% (42) bez kompenzačních pomůcek, ve 14% (7) se pohybuje pomocí 1 hole, dvě francouzské hole k pohybu používají 4% (2) dotazovaných osob a na invalidním vozíku jsou 2% (1) dotazovaný senior.

Z tabulky č. 35 a grafu 28 vyplývá, že dotazované osoby žijící v DS se pohybují v 34% (17) pomocí 2 francouzských holí, o jedné holi 26% (13) dotazovaných, pohyb bez kompenzačních pomůcek 20% (10) seniorů a 14% (7) osob je upoutáno na invalidní vozík, 6% (3) dotazovaných osob pohyb pouze s chodítkem.

Otázka 29: Prosím vyberte z nabízených zdravotních problémů, nebo onemocnění to, které bylo Vaší osobě diagnostikováno lékařem. Diabetes mellitus (cukrovka),

Alzheimerova nemoc, Vysoký krevní tlak, Parkinsonova nemoc, stavy po zlomeninách, trpím občasnými výpadky paměti (nemohu si vzpomenout na určité jméno, místo, kam jsem něco položil(a), uklidil(a), prodělal(a) jsem mozkovou příhodu (mrtvici), prodělal(a) jsem infarkt, jiné.

Tabulka č. 36

	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	
DOMA				
cukrovka	4	8	46	92
Vysoký tlak	23	46	27	54
Parkinsonova nemoc	3	6	47	94
stav po zlomeninách	1	2	49	98
občasné výpadky paměti	10	20	40	80
po mrtvici	4	8	46	92
po infarktu	1	2	49	98
rakovina	4	8	46	92
špatný zrak a sluch	6	12	44	88
bolesti kloubů	12	24	38	76
chronická bolest žlučníku	2	4	48	96
Obezita a dna	1	2	49	98

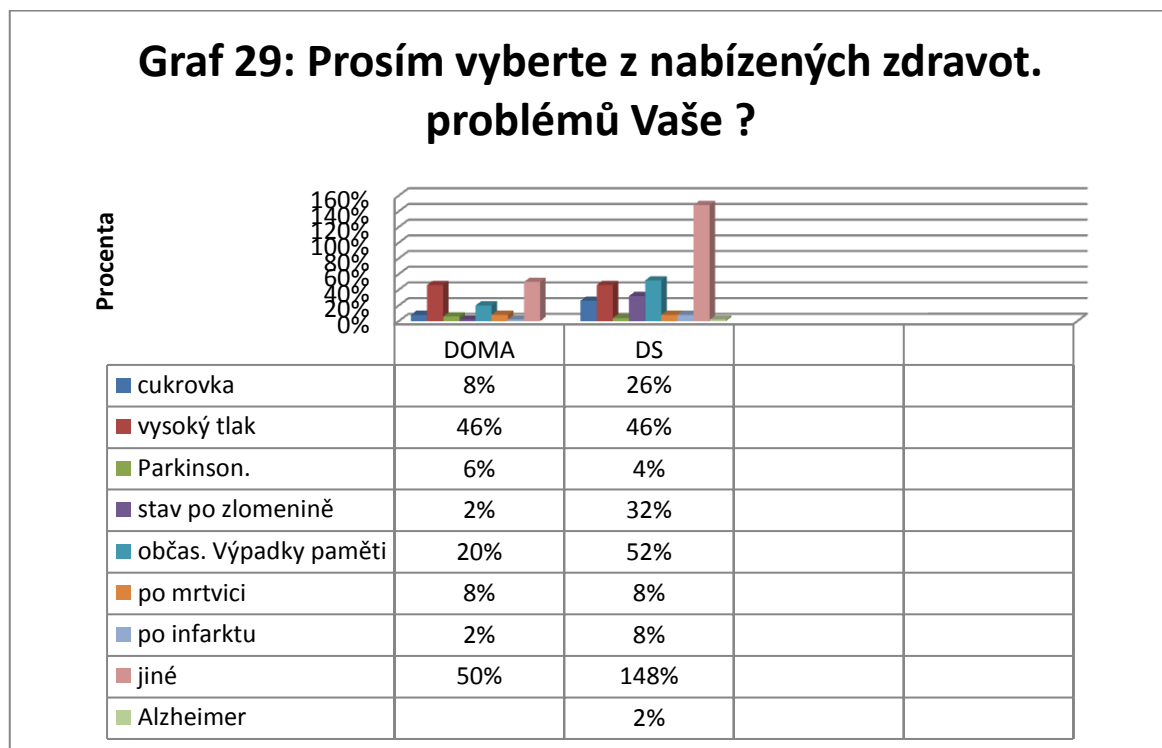
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka č. 37

DS	ANO		NE	
	Počet	%	Počet	
cukrovka	13	26	37	74
Alzheimer	1	2	49	98
vysoký krevní tlak	23	46	27	54
Parkinsonova nemoc	2	4	48	96
stav po zlomeninách	16	32	34	68
občasné výpadky paměti	26	52	24	48
po mrtvici	4	8	46	92
po infarktu	4	8	46	92
obrna v dětství	3	6	47	94
rakovina	5	10	45	90
bolest zad, DK, HK, kloubů	6	12	44	88
bolest žlučníku	7	14	43	86

inkontinence	24	48	26	52
zhoršený zrak i sluch	29	58	21	42

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 36 a grafu 29 vyplývá, že osoby žijící doma z nabízených zdravotních onemocnění, nebo zdravotních obtíží udávali diabetes mellitus (cukrovka) 8% (4), vysoký krevní tlak 46% (23), Parkinsonovo onemocnění 6% (3), stav po zlomenině 2% (1), občasné výpadky paměti 20% (10), po mrtvici 8% (4), po infarktu 2% (1). Jiné onemocnění uváděli onemocnění rakovinou 2% (1), špatný zrak a sluch 12% (6), bolesti kloubů 24% (12), chronická bolest žlučníku 4% (2), obezita a dna 2% (1).

Z tabulky č. 37 a grafu 29 vyplývá, že osoby žijící v DS z nabízených zdravotních onemocnění, nebo zdravotních obtíží udávali diabetes mellitus (cukrovka) 26% (13), Alzheimer 2% (1), vysoký krevní tlak 46% (23), Parkinsonovo onemocnění 4% (2), stav po zlomenině 32% (16), občasné výpadky paměti 52% (26), po mrtvici 8% (4), po

infarktu 8% (4). Jiné onemocnění uváděli onemocnění dětskou obrnou 6% (3), onemocnění rakovinou 10% (5), bolest zad, HK, DK a kloubů 12% (6), bolest žlučníku 14% (7), inkontinenci udávalo 48% (24), zhoršený zrak a sluch 58% (29).

Tabulka č. 38 k Hypotéze č.5

jméno	nástup	diagnóza	% správných odpovědí na: Krátkodobou paměť	Věk seniora
p. Jaroslav	2007	dem- Alzheimerova typu.	0%	88
p.Libuše	2011	dia, generalizovaná ateroskler.	10%	83
p. Božena	2011	Ateroskleróza mozkov.tepen	15%	85
p. Marie	2010	hypertenze	15%	92
p. Jiřina	2010	Parkinson.	20% - nepřesné	77
P. Ludmila	2004	HypertenzeIII, obezita	30% nepřesně	86
p. Květa	2008	hypertenze, ICHS	30-40% nepřesné	94
p. Kamila	2012	gen.ateroskler.mozková	35%-kolísavé	78
p. Jiří	2012	ICHS, deprese	35-40% nepřesně	81
p. Monika		Povšechná ateroskleróza	40% nepřesné	78
p. Marta	2012	Generalizovaná ateroskleróza	60%	82
P. Pavla	2012	ICHS, hypertenze, bolesti zad	60%	82
p.Jana	2012	ICHS, deprese	60% nepřesné	77,5
p.Milan	2011	Aterosis universalis	70%	66
P. Lenka	2011	neurčitá demence	75%	72
p.Antonín	2004	diabetes mellitus -dieta	80%	96
p.Věra	2012	diabetes, deprese	90%	71
P.Lada	2009	ICHS, hypertenze	99%	83

Zdroj autor práce (vlastní šetření)

Tabulka č. 38 a graf 30 vyjadřuje % správných odpovědí na ověření krátkodobé paměti. Senioři po dobu tří měsíců měli interpretovat vždy 3 otázky na krátkodobou paměť Otázky na krátkodobou paměť: Co bylo dnes k obědu? Co bylo dnes k večeři? Jaké bylo dnes počasí? Jak vyplývá z tabulky č. 38 a grafu 30 odpovědi jsou vyjádřeny v procentech správných odpovědí na dané otázky. Odpovědi jsou velmi závislé na zdravotním stavu seniora a aktuálním psychickém rozpoložení. Nejhůře s krátkodobou pamětí je p. Jaroslav 0% správných odpovědí z krátkodobé paměti, ovlivněno jeho diagnózou. Poté následuje p. Libuše (15%) též ovlivněno zdravotní diagnózou. Nejlépe ve správnosti odpovědí j p. Lada, ovlivněno vzděláním, životním stylem a zdravotním stavem. (viz. kasuistika)

Tabulka č. 39

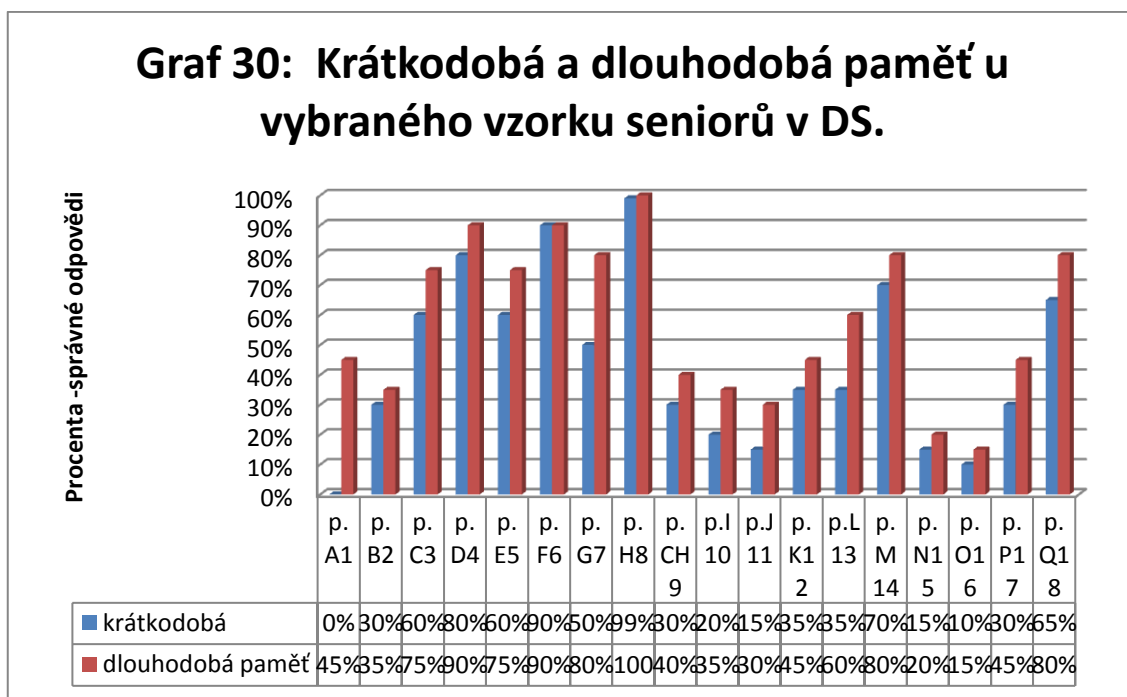
Jméno	Nástup	Diagnóza	% správnosti odpovědí na dlouhodobou paměť	Věk seniora
p.Marie	2010	hypertenze	15%	92
p.Libuše	2011	dia, generalizovaná ateroskler.	15%	83
p.Božena	2011	Ateroskleróza mozgov.tepen	25%nepřesně	85
p.Monika		Povšechná ateroskleróza	35% nepřesné	78
p. Jiřina	2010	Parkinson.	35-40%	77
P.Ludmila	2004	HypertenzeIII, obezita	40% nepřesně	86
p.Jiří	2012	ICHS, deprese	45% nepřesně	81
p. Kamila	2012	gen.ateroskler.mozková	49 - 60% kolísavé	78
p.Květa	2008	hypertenze, ICHS	50-60% nepřesné	94
p.Pavla	2012	ICHS, hypertenze, bolesti zad	65%	82
P. Jaroslav	2007	dem- Alzheimerova typu	75%	88
p.Marta	2012	Generalizovaná ateroskleróza	75%	82
p. Milan	2011	Aterosis universalis	75- 80%	66
p. Lenka	2011	neurčitá demence	75-80%	72
p.Jana	2012	ICHS, deprese	75-85%	77,5
P. Antonín	2004	diabetes mellitus -dieta	90-95%	96
p.Věra	2012	diabetes, deprese	90-95%	71
P.Lada	2009	ICHS, hypertenze	99%	83

Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Tabulka č. 39 a graf 30 vyjadřuje % správných odpovědí na ověření dlouhodobé paměti.

Otázky na dlouhodobou paměť: Jaké bylo Vaše povolání?, Jaké jste měl(a) manželství a v kolika letech jste se vdávala, nebo ženil? Jaké bylo Vaše dětství? Tyto stejné otázky byly vybraným seniorům pokládány po 1 dnu, po 2 dnech, po 5 dnech, po 10 dnech. Graf vyjadřuje v procentech poměr správných odpovědí na dané otázky. Odpovědi jsou velmi závislé na aktuálním zdravotním stavu seniora a psychickém rozpoložení. Jsou ovlivněny výkonem povolání, mentální úrovní seniora. Nejhůře s dlouhodobou pamětí je p. Marie (15%) správných odpovědí ovlivněno životním stylem, mentální úrovní, výkonem povolání a věkem. Poté následuje p. Libuše (15%) též ovlivněno zdravotní diagnózou. Nejlépe ve správnosti odpovědí je p. Lada, ovlivněno vzděláním, životním stylem a zdravotním stavem. (viz. kasuistika). Všichni dotazovaní senioři jsou velmi potěšeni, když mohou vyprávět o svém dětství, rodině, zaměstnání. U většiny z nich se jakékoli téma hovoru vždy stočí na jejich rodinu, dětství, školní docházku. Vyprávějí např. co jim jejich babička, maminka, nebo tatínek radili na správné provedení určité činnosti. P Jaroslav (75%) při své zdravotní diagnóze (demence Alzheimerova typu) si velmi přesně pamatuje na dětství, nebo jak spravoval obuv (byl obuvníkem). Proto především před vánočními svátky jeho aktivizační činnost spočívá v tom, že pomocí kladívka roztlouká ořechy na cukroví, ale jádra nevylupuje, pouze stále roztlouká.

Graf 30: Krátkodobá a dlouhodobá paměť u vybraného vzorku seniorů v DS.



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Z tabulky č. 38, 39 a grafu 30 vyplývá, že kvalita krátkodobé a dlouhodobé paměti je velmi ovlivněna zdravotním stavem seniora, jeho mentální úrovní, povoláním jež vykonával během svého aktivního života a momentálním psychickým stavem.

9.5 Kasuistiky

Kasuistika pan Antonín

(v tabulce 38,39 a grafu 30)

Cíl mé práce zjistit význam vzdělávání (aktivizace) pro seniory v Domově Barbora Kutná Hora. A prokázat prospěšnost provozování jakékoli duševní, nebo fyzické činnosti na stárnoucí organismus.

Pro svou případovou studii tohoto klienta jsem využívala pozorování, individuální rozhovory s panem Antonínem, protože se s ním mohu setkávat pravidelně. Na některé

otázky týkající se minulosti pana Antonína jsem si domluvila tři schůzky s příbuznými pana Antonína. Využila jsem i analýzu spisové dokumentace.

Pan Antonínovi je 96 let, je vdovec, manželka zemřela v roce 1984 (bylo jí 61 let). Do Domova Barbora Kutná Hora nastoupil v roce 2004, po ročním pobytu v kutnohorské léčebně dlouhodobě nemocných.

Osobní anamnéza pan Antonín se narodil v roce 1917 v obci Kluky v okrese Kutná Hora, kde rodina bydlela do čtyř let pana Antonína. Poté se rodina přestěhovala do Újezdu u Petrovic, kde bydlel s rodiči do svých 14 let. Od 14 let žije v Kutné Hoře. Pan Antonín se ženil ve 24 letech, manželce bylo v den svatby 18 let. Krátce po svatbě musel ročník 1917(ženy, muži) na práci do Německa. Manželka sloužila na faře. Manželství bylo spokojené. Vydrželo až do manželčiny smrti. Manželka zemřela v roce 1984 v 61 letech na rakovinu.

Rodinná anamnéza OTEC pana Antonína se narodil v Křeseticích v roce 1862, vyučil se kolářem. Po vyučení odjel do Rakousko-Uherska, kde byl tři roky. Poté se vrátil do Čech, krátce po návratu se oženil a koupil dům v obci Kluky. Narodil se mu syn a manželka krátce po porodu zemřela. Znovu se oženil, vzal si slečnu, která byla na Klukách na faře na vychování. Otec zemřel v roce 1939 bylo mu 77let.

MATKA pana Antonína se narodila v roce 1876, byla na faře kuchařka, protože její bratr byl farář v obci Kluky. Matka zemřela v roce 1927 bylo jí 51 let.

SOUROZENCI pan Antonín měl čtyři sourozence. Jeden nejstarší nevlastní bratr Zdeněk, z předešlého manželství otce. Další sourozenci z druhého manželství, Mařenka, Josef, Jan. Tyto děti i pan Antonín se narodily v obci Kluky. Poté se rodina stěhuje do Újezdu, protože syn z prvního manželství se oženil a otec mu nechal dům. V Újezdu se narodila další dcera Božena. Všichni sourozenci pana Antonína již zemřeli.

Školní a pracovní anamnéza pan Antonín vychodil základní školu v Petrovicích. Ve 14 letech se odešel učit na pekaře k pekaři Maternovi do Kutné Hory. (Pekař Materna měl za ženu otcovu sestru). Po vyučení pracoval jeden rok u pekaře Nešpora, poté pět let u pekaře Trojana. Mezitím se oženil, aby se vyhnul nucené práci v Německu a nebylo mu to však nic platné, ročník 1917 musel povinně do Německa na práci.

Nucené práce v Německu vykonával jeden a půl roku, poté se mu podařilo utéct, lékař v Kutné Hoře mu pomohl se ukrýt ve mlýně u mlynáře Dospivi, kde pracoval až do konce druhé světové války. Po válce šel do textilní fabriky k Nekolům, jako pomocný dělník, kde pracoval pět let až do zrušení fabriky. Poté odešel do ČSAD, zde jezdil jako závozník 26 let. V šedesáti letech odešel do starobního důchodu.

Zdravotní stav pan Antonín je po fraktuře krčku stehenní kosti vlevo, implantaci endoprotézy kyčle vlevo, elizi tu. Útvaru levé tváře, má částečnou slepotu. Dále se léčí na Perniciozní animu a povšechnou atrogenní nemoc. Pohybuje se pomocí dvou francouzských holí.

Vlastní pozorování pan Antonín přišel z léčebny dlouhodobě nemocných, byl zde na doléčení a poté se mu pobyt prodloužil o čekací dobu do přijetí do Domova Barbora Kutná Hora. Na oddělení dlouhodobě nemocných mimo povinné rehabilitace ležel na lůžku nebo seděl v křesle u lůžka, nebo se mohl projít po chodbě sám nebo s příbuznými. V léčebně se mu dle svědectví příbuzných nelíbilo. Ale pobyt zde bral pouze na doléčení a stále doufal v brzký návrat domů. V léčebně dlouhodobě nemocných pobýval kolem jednoho roku. V roce 2004 nastoupil domova pro seniory. V domově se mu vůbec nelíbilo, nemohl si vůbec zvyknout. Chyběla mu „svoboda“, kterou měl doma i když byl doma sám. Syn ho vzal na tři měsíční dovolenou, při které si pan Antonín ověřil, že opravdu nemůže být doma sám.

Pan Antonín bez problémů navazuje sociální kontakt, velmi rád si povídá. Velmi dobře umí vypravovat o svém životě a lidech, s nimiž se během něho setkal. Z nabídky aktivizace upřednostňuje hudební nabídky, skupinové cvičení paměti a individuální rozhovory. Když pan Antonín začne vypravovat, je velmi těžké od něj odejít, stále povídá. Rozhovor začíná slovy“ A to Vám ještě musím říct, nebo to jsem Vám ještě neřekl.“ V létě si velmi rád posedí na zahrádce, kde pozoruje chování zpěvných ptáků a povídá si s ostatními spolubydlíci. Pan Antonín má stále výbornou paměť. Po ránu, poslouchá rozhlas, z jehož informací pak informuje personál, spolubydlíci o tom jaké ten den bude počasí, jaké jsou, kde události toho dne. Poslouchá-li zajímavý pořad týkající se nějaké problematiky, chce na tento problém znát názor i službu konajícího personálu. Televizní vysílání nesleduje, kvůli své částečné slepotě. Pan Antonín je částečně omezen v pohybu z důvodů používání dvou francouzských holí. Při hudebních

vystoupeních sedí, nohou si podupává do taktu a prozpěvuje si. V letních měsících si pan Antonín rád posedí na zahrádce. Pan Antonín si aktivity sám nevyhledává je nutné mu je nabízet.

Informace v krátkodobé paměti je schopen interpretovat z 80% správně, jeho dlouhodobá paměť je též na velmi dobré úrovni. Vybavování již dříve uložených informací z jeho dlouhodobé paměti je přesné z 90%. Pamatuje si konkrétní jména, kde bydleli, co dělali, jak a na co zemřeli, kolik mají dětí.

Metody aktivizace: procvičování paměti pomocí doplňování křížovky, na dlouhodobou paměť vysvětlování významu rčení a přísloví, individuální rozhovory, muzikoterapie, procvičování chůze.

Prognóza do budoucna vzhledem k věku lze očekávat zhoršování zdravotního stavu i úbytek soběstačnosti a kvality paměti. Využití služeb, které nabízí Domov Barbora Kutná Hora, ohledně aktivizačního programu, bude nutné uzpůsobit zdravotním možnostem a přání pana Antonína. A zároveň s tím bude nutné rozšířit nabídku pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a péči o zdraví.

Kasuistika paní Lada

(v tabulce č.38,39 a grafu 30)

Cíl mé práce zjistit význam vzdělávání (aktivizace) pro seniory v Domově Barbora Kutná Hora. A prokázat prospěšnost provozování jakékoli duševní, nebo fyzické činnosti na stárnoucí organismus

Pro svou případovou studii paní Lady jsem využila pozorování chování klientky, individuální rozhovory s paní Ladou, protože mám možnost se s ní setkávat pravidelně. Využila jsem i analýzu spisové dokumentace.

Osobní anamnéza

Paní Lada je 86 let, je rozvedená. Do Domova Barbora Kutná Hora nastoupila v březnu 2009 z domácího prostředí po smrti druhá. Paní Lada se narodila v roce 1930 v Praze. V Praze prožila dětství, které v jejích vzpomínkách není příliš šťastné, protože v deseti letech onemocněla dětskou obrnou. Paní Lada se vdávala ve 23,5 letech, manžel byl o dva roky mladší (1928). Byl architekt. V manželství se narodili dvě děti, syn (1954) a dcera (1962). Manželství trvalo 27 let, poté následoval v červnu 1980 rozvod, protože manžel hodně pil. Krátce po rozvodu se seznámila s mužem, jehož si v březnu v roce 1981 vzala, po třech letech se po vzájemné dohodě rozvedli. Po osmi letech života pouze s dětmi se seznámila s mužem o devět let mladším, se kterým žila jako druh a družka osmnáct let. Vztah byl nádherný, byl to ten pravý muž, ta pravá láska. Druh byl advokát. Zemřel na Parkinsonovu chorobu. Paní Lada o něj až do jeho smrti pečovala doma.

Rodinná anamnéza

Otec Václav se narodil v roce 1904 ve Smržově u Lomnice nad Lužnicí. Pocházel ze statku a měl ještě devět sourozenců. Do Prahy odešel na vojnu asi na dva roky. Plnoletost byla v té době až ve 21 letech. Ženil se v roce 1928 ve svých 24 letech a byl již po vojně. Otec Václav vyšel ze čtvrté obecné třídy, ale výborně uměl kupecké počty. Za války byl totálně nasazen v Berlíně (1943 v továrně na letadla), kde také zažil přímý nálet na Berlín. Od té doby špatně slyšel, protože mu tlaková vlna poškodila ušní

bubínky. Po válce zaměstnanec sportovního obchodu, opravoval sportovní náčiní (tenisové rakety). V roce 1948 si požádal o přidělení živnostenského listu, který mu byl v témže roce přiznán. A začal tedy podnikat v prodeji veškerých lesních plodů v Praze. Prodej lesních plodů v Praze byl velmi výnosný, pan Václav jezdil plody kupovat na Uhelný trh, každé ráno žebříňákem, kam mu je přinášeli vesničtí obyvatelé. Velký zájem ze strany zákazníků byl o houby a borůvky, jahody. V roce 1950 komunisté obchod zavřeli. Otec Václav to velmi těžce nesl, onemocněl rakovinou žaludku a v roce 1966 zemřel.

MATKA paní Lady se narodila v roce 1908 v Praze ve velmi chudé, ale zbožné rodině. Její otec byl slévač v ČKD a matka byla v domácnosti. Mezi prarodiči paní Lady byl dvacetiletý věkový rozdíl. Prarodiče byli proti známosti, ale protože zjistili, že matka paní Lady již ztratila panenství, proto ač neradi souhlasili se sňatkem. Matka paní Lady pomáhala prodávat v obchodě, po zavření obchodu pracovala jako prodavačka potravin.

Paní Lada měla tři sourozence mladší než paní Lada. Sestra Věra se narodila v roce 1932, vyučila se švadlenou a jako švadlena pracovala celý život. Bydlí v Praze. Je vdaná, manžel je úředník, má jednoho syna, který vystudoval stavební průmyslovku.

Bratr Václav se narodil v roce 1942, byl vyučen čalouníkem, ženatý, měl dvě dcery. V roce 2001 zemřel na rakovinu.

Sestra Marie se narodila v roce 1948, vystudovala obchodní školu, pracovala v kanceláři, v současné době je v důchodu. Je rozvedená, manžel byl podnikatel, má dvě děti.

Školní a pracovní anamnéza

Paní Lada po základní devítileté škole v Praze se šla učit fotografkou. Pracovala 26 let ve filmových ateliérech na Barandově, kde například dělala velký upoutávací plakát na film Němá Barikáda. V roce 1956 se s manželem na umístěnku stěhovali do Mostu, protože manžel byl architekt. Zde žili osmnáct let. Začala pracovat v obchodě jako prodavačka potravin. V roce 1974 se rodina stěhuje zpět do Prahy. Vyhrála konkurz na vedoucí prodejny potravin. Vlastní byt v Praze rodina dostala až po čtyřech

letech, Do té doby rodina bydlela v provizorně upraveném bytě. K fotografování se paní Lada již nikdy nevrátila. Až do odchodu do důchodu pracovala jako vedoucí potravin v Praze a po rozvodu ve Starém Kolíně. Do důchodu odešla v 56 letech.

Zdravotní stav

Paní Lada se léčí na ischemickou chorobu srdeční, má trvalou kardiostimulaci, hypertensi, glaukom, je po dětské obrně, po fraktuře levého předloktí horní končetiny (1986), fraktuře lokte pravé horní končetiny (2005) a zlomeném kotníku levé dolní končetiny (2010).

Vlastní pozorování

Paní Lada přišla do domova seniorů ze svého rozhodnutí. Nástup do domova seniorů velmi uvítala, protože den nástupu byl den pohřbu jejího druha, Paní Lada se bála být v domě sama i v současné době nerada do domu jezdí, stále jí vše připomíná společné chvíle strávené s mužem. I v domově seniorů si nepřeje jednolůžkový pokoj, nechce totiž být na pokoji sama. Paní Lada bez problémů navazuje sociální kontakt. Velmi ráda se účastní společných aktivit domova. I když má postižené ruce po dětské obrně, velmi ráda plete, šije, háčkuje, vaří ve cvičné kuchyňce. Paní Lada je stále v dobré náladě a velmi ráda nezištně pomáhá méně schopným klientům, buď pouze radou, nebo skutkem. Pravidelně se účastní bohoslužeb a v domově jí navštěvuje duchovní. K víře přivádí i ostatní klienty. Paní Lada též pravidelně navštěvuje příbuzné. Paní Lada si od jara do podzimu ráda posejí na zahrádce domova. Paní Lada si vždy najde nějakou volnočasovou aktivitu během dne, anebo si vybere z nabídky. Krátkodobá paměť je vynikající na 99% a dlouhodobá je též na vysoké úrovni (100%).

Metody aktivizace: cvičení pozornosti a koncentrace, na procvičení krátkodobé paměti interpretace přečteného textu, muzikoterapie, účast na taneční zábavě, plavání v bazénu, individuální rozhovory. Paní Lada se účastní všech aktivit, které domov seniorů nabízí. Pokud aktivita není v nabídce, paní Lada ji vykonává individuálně a snaží se pro její nápad zlákat i další seniory anebo jí zařadit do nabídky pro ostatní.

Prognóza do budoucnosti

Vzhledem k věku lze očekávat zhoršování zdravotního stavu i úbytek soběstačnosti. Využití služeb, které nabízí Domov Barbora Kutná Hora ohledně aktivizačního programu, bude nutné uzpůsobit zdravotním možnostem a přáním paní Lady. A zároveň s tím bude nutné rozšířit nabídku pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a péči o zdraví.

Kasuistika paní Jiřina

(v tabulce č. 38, 39 a grafu 30)

Cíl mé práce zjistit význam vzdělávání (aktivizace) pro seniory v Domově Barbora Kutná Hora. A prokázat prospěšnost provozování jakékoli duševní, nebo fyzické činnosti na stárnoucí organismus

Pro svou případovou studii paní Jiřiny jsem využila pozorování chování klientky, individuální rozhovory s paní Jiřinou, protože mám možnost se s ní setkávat pravidelně. Využila jsem i analýzu spisové dokumentace.

Osobní anamnéza

Paní Jiřina je 77 let, je vdova. Do Domova Barbora Kutná Hora nastoupila v roce 2011 z domácího prostředí po několika letech, kdy žila doma sama. Paní Jiřina se narodila v roce 1936 ve Zruči nad Sázavou. Ve Zruči nad Sázavou strávila dětství, které bylo dle jejích vzpomínek šťastné. Paní Jiřina se vdávala ve 21 letech a s manželem dále bydleli ve Zruči nad Sázavou. Manžel byl narozen ve stejném roce (1936) jako paní Jiřina. Pracoval na ČKD v dělnické profesi. V manželství se narodili 2 děti, syn a dcera. Manželství bylo spokojené. Manžel zemřel v roce 2000.

Rodinná anamnéza

OTEC Jiří byl řezník. Narodil se v roce 1911. Zemřel v roce 1975.

MATKA narozena 1910 pracovala ve statku jako zahradnice. Zemřela v roce 1979.

Žádné sourozence paní Jiřina neměla.

Školní a pracovní anamnéza:

Paní Jiřina vypráví: „ Do školy jsem chodila ve Zruči nad Sázavou. Po základní škole jsem šla hned pracovat. Pracovala jsem jako kuchařka, protože jsem nebyla vyučená kuchařka po nějakém čase mi zaměstnavatel umožnil si dodělat výuční list na kuchařku. Po deseti letech, kdy jsem pracovala jako kuchařka jsem nastoupila do místní

drogérie jako prodavačka, kde jsem za několik let mohla dělat vedoucí prodejny. Do důchodu odešla v daném věku, pracovala i 3 roky přes důchod.

Zdravotní stav

Paní Jiřina se léčí na Parkinsonský syndrom, Ischemickou chorobu srdeční, a má diagnostikovaný lehký kognitivní deficit – delirantní stav.

Vlastní pozorování

Paní Jiřina bez problémů navazuje sociální kontakt, ale vyhýbá se bližšímu kontaktu s ostatními klienty. Když se s nimi setká během dne, ráda si s nimi popovídá, ale kontakt s nimi přímo nevyhledává. Před příchodem do domova se doma starala o domácnost, ráda četla, především romány pro ženy od spisovatelky Javořické, luštila křížovky, s rodinou ve volném čase jezdila ráda na poznávací výlety.

V současné době jí zhoršení zdravotního stavu nedovoluje se věnovat dřívějším zájmům. Z nabídky volnočasové aktivizace velmi upřednostňuje individuální rozhovory v soukromí svého pokoje. Ze společenských aktivit se ráda účastní posezení spojených s hudebním vystoupením především dětí, nebo hudebního vystoupení s hudbou jejího mládí. V letním období si ráda posedí na zahradě. TV sleduje velmi málo – pokud ano spíše filmy pro pamětníky a seriál ze současného prostředí Ulice.

Paní Jiřina si uvědomuje, jak se její nemoc vyvíjí a jaká je prognóza do budoucnosti. Budoucnosti se obává. Trpí úzkostnými stavy, třes dolních končetin se stále zhoršuje, klientka jí pouze lžící. Paní Jiřina je v péči psychiatra- velmi špatně snáší jakoukoli změnu týkající se změny medikace. Paní Jiřina si běžnou hygienu o vlastní osobu zvládá sama, v současné době potřebuje pomoc při koupání.

Krátkodobá paměť paní Jiřiny je nepřesná (20%) a informace z dlouhodobé paměti jsou z 35% správné dle jejího aktuálního zdravotního stavu. Sdělované informace jsou v jejím podání zmatené a pro druhou osobu nepochopitelné, chybí v nich údaje a detaily. Stále častěji trpí depresivní náladou a v takovém případě není schopna adekvátně jednat ani myslet.

Metody aktivizace: Paní Jiřina preferuje individuální rozhovory s ostatními seniory, nebo pracovníky. Ráda se účastní muzikoterapie, především pokud vystupují děti. Velmi ráda si poslechne povídání na nějaké dané téma doplněné hudbou. (např. povídání o jarních zvycích a k tomu poslech písní s jarní tematikou). Na procvičování dlouhodobé paměti ráda doplňuje a vysvětluje význam přísloví a rčení. V letních měsících upřednostňuje menší procházku spojenou s nákupem v nedalekém obchůdku a posezení na zahradě.

Prognóza do budoucnosti

Vzhledem k věku a diagnóze lze očekávat zhoršování zdravotního stavu i úbytek soběstačnosti a kvality paměti. Využití služeb, které nabízí domov seniorů ohledně aktivizačního programu i péče o vlastní osobu bude nutné uzpůsobit přání a možnostem paní Jiřiny.

9.6 Interpretace údajů

Cílem práce bylo ověřit, zda senioři, kteří jsou aktivní si déle udrží soběstačnost životní elán, vitalitu. Autorka zvolila pět hypotéz, pomocí nichž se snaží prokázat prospěšnost provozování jakékoli duševní, nebo fyzické činnosti. Prokázat účinnost vzdělávání a aktivizace pro seniory v domově seniorů a porovnat je se seniory žijícími v domácím prostředí. A vyvrátit všeobecné mínění veřejnosti, že se do domova seniorů chodí již jen zemřít.

Pro ověření hypotézy č. V autorka vybrala 18 seniorů žijících v domově seniorů. S těmito seniory je autorka v pravidelném kontaktu. Těmto seniorům byly mimo předloženého dotazníku ještě položeny otázky na zjištění stavu jejich krátkodobé a dlouhodobé paměti.

Senioři po dobu tří měsíců měli interpretovat vždy 3 otázky na krátkodobou paměť a tři otázky na dlouhodobou paměť. Otázky na krátkodobou paměť zněly: Co bylo dnes k obědu? Co bylo dnes k večeři? Jaké bylo dnes počasí? Otázky na dlouhodobou paměť: Jaké bylo Vaše povolání?, Jaké jste měl(a) manželství a v kolika letech jste se vdávala, nebo ženil? Jaké bylo Vaše dětství? Tyto stejné otázky byly vybraným seniorům pokládány po 1 dnu, po 2 dnech, po 5 dnech, po 10 dnech. Odpovědi byly vyhodnoceny a vyjádřeny v procentech v tabulce č. 38 a 39 a grafu 30.

Hypotéza č. I: Senioři, kteří jsou aktivní si déle udrží soběstačnost, životní elán a vitalitu?

Dle zjištění autorky, se hypotéza, že senioři, kteří jsou aktivní si déle udrží soběstačnost, vitalitu a životní optimismus a elán se potvrdila (tab. 17 a 21 a viz. - kasuistiky). Na první pohled ze seniora vyzařuje dobrá psychická kondice, životní optimismus a elán. Stále si dává nějaký cíl do budoucna. Senior, který může pomoci druhé osobě, činnosti vykonává s větším zájmem a motivací daný úkol úspěšně dokončit. A svým chováním dává motivaci ostatním seniorům. Toto zjištění je platné pro seniory žijící doma i v domově seniorů.

Hypotéza č. II: Senioři, kteří žijí v domácím prostředí mají svůj volný čas spíše pasivní, než senioři, kteří žijí v DS?

Dle zjištění autorky senioři, kteří žijí v domácím prostředí tráví svůj čas převážně aktivně, vykonávají drobné domácí práce, někteří hlídají vnoučata, cestují, chodí na procházky (tab. 21 a 25), zajímají se o politické dění kolem sebe a ve světě, přečtou si nějakou knihu, denní tisk. Činnost však přizpůsobují svému aktuálnímu zdravotnímu stavu a psychickým schopnostem. Senioři, kteří žijí se svým partnerem, nebo rodinným příslušníkem činnosti vykonávají více motivováni. Všechny tyto činnosti psychické i fyzické pomáhají seniorům posilovat jejich identitu, důstojnost a sebeúctu a jsou prostředkem při nalézání smyslu života.

Senioři, jež žijí v DS se aktivizace (tab. 16, 17,18, 20, 22 a 25 – kasuistiky) přizpůsobuje individualitě osobnosti seniora jeho zájmům a přání a schopnostem. Skupinové aktivity umožňují seniorům se setkávat, podělit se o radost, smutek starosti, úspěch, prevence deprese. Senioři, kteří žili doma sami a během celého dne, kdy byli doma sami, dle jejich slov trpěli depresemi, Jak poznamenala jedna seniorka 83 let „, po smrti manžela jsem byla doma sama, syn byl po celý den v práci a já až do večera čekala, až se vrátí večer domů, tak to šlo den za dnem. Začala jsem trpět depresemi a musela jsem navštívit psychiatra, protože jsem si neměla během dne s kým promluvit a chodit k někomu každý den na návštěvu a otravovat ho jsem nechtěla. Proto jsem šťastná, že se v DS uvolnilo místo a já mohla nastoupit. Přestože jsem nemocná, mohu stále chodit bez kompenzačních pomůcek, zde v DS se realizuji.“ Seniorska pomáhá ostatním seniorům, kteří jsou na tom zdravotně hůře.

Hypotéza č. III: Senioři v postproduktivním věku změny své zájmy a záliby?

Hypotéza byla potvrzena. Senioři ve většině případů jsou nuceni změnit své zájmy a záliby z důvodu zhoršení zdravotního stavu. Toto zjištění se potvrdilo pro seniory žijící doma i v DS (tab. 23 a 24, kasuistiky). Pokud změny své zájmy z důvodu zhoršení zdravotního stavu nemají dostatek finančních prostředků, aby si upravili podmínky pro realizaci některých zájmů.

Hypotéza č. IV: Senioři mají své plány týkající se prožití jejich stáří?

Dle zjištění autorky převážná část osob v postproduktivním věku má, nebo mělo plány, jak si přejí prožít své stáří (tab. 31,32, a 33). Jejich plány bohužel v mnoha případech změny zhoršení zdravotního stavu. Sám senior, nebo jejich rodinný příslušník, blízký příbuzný je nucen přání seniora změnit. Tato změna se však uskutečňuje vždy v zájmu seniora.

Hypotéza č. V: Mají senioři zachovanou lepší krátkodobou paměť než dlouhodobou paměť ?

Hypotéza se u vybrané skupiny žijící v DS nepotvrdila, senioři mají krátkodobou paměť velmi nepřesnou až nulovou. Většina seniorů má poškozenou i dlouhodobou paměť, stav paměti je u každého seniora velmi individuální (tab. č. 38 a 39, graf 30

kasuistiky) velmi záleží na jejich zdravotním stavu, diagnóze, mentální úrovni, vzdělání, povolání. Senioři z této skupiny jsou schopni zvládnout běžnou denní péči o svou osobu, pouze někteří jedinci z této skupiny musí mít nutný dohled a drobnou pomoc při zvládnání běžné denní péče o svou osobu. Pomoc spočívá ve slovní nápovědě, co budeme v tomto časovém rozmezí dělat (např. holení) a kde se daná činnost bude provádět (místo). V pomoci seniorovi připravit si vše potřebné na holení. Někteří senioři si nemohou vyjít sami do města na procházku, protože zde hrozí riziko, že by se již nevrátili zpět do domova seniorů (důvod- nepamatují si cestu). Ve většině případů pokud jsou místní, nebo z okolí domova seniorů, vždy dojdou na místo, kde žily po celý život před nástupem do domova seniorů.

9.7 Shrnutí a doporučení

Průměrný věk dožití se dle demografického výzkumu stále prodlužuje. Podle odborníků žije v Evropě více než čtvrtina obyvatel starších šedesáti a více let. Nachází se tedy v postproduktivním věku. To představuje značné nároky na finanční a sociální zdroje každé země. Současná tendence je prodloužení odchodu do důchodu. Současně s tímto opatřením jsou tendence v rozvoje vzdělávání pro dospělé ale i pro starší populaci v postproduktivním věku. Pro osoby v postproduktivním věku je důležitým požadavkem kvality života uspokojování všech potřeb přes fyziologické, psychické a sociální až po potřebu vést i nadále aktivní život. Odborníci prokázali, že vzdělávací aktivity v postproduktivním věku přispívají k rozvoji, nebo udržení zájmů, dovedností a schopností, pomáhají v orientaci ve stále se rychle měnícím současném světě.

Dospělý jedinec mění svůj pohled na svou budoucnost i na svou osobu. Tento pohled mění i jeho motivaci a postoj k učení. Motivace k učení se proměňuje od vnějšího uspokojení k touze po vnitřním uspokojení z učení. Ve střední dospělosti si jedinec vybírá učení podle svých koníčků, nebo spojené se zaměstnáním.

Ve starším věku je motivace k učení zaměřená již na pro jedince zajímavé informace, které ho z nějakého důvodu zajímají nebo uspokojují. V tomto věku se mění

i způsob zvládnání učení. Vybírá si jen informace pro něj smysluplné a nějak využitelné. Oblastem v učení, které zatěžují jeho smyslové orgány se vyhýbá

Fyziologické změny organismu mají největší vliv na rychlost učení, protože klesá zraková, sluchová výkonnost a klesá i pozornost. Je prokázáno, že mozek si udržuje schopnost se učit až do smrti člověka. Dle výzkumu, který se zabýval určením smrti člověka se zjistilo, že u jedince několik let před smrtí se zhoršují kognitivní funkce.

Důležité pro motivaci dospělého člověka k učení je emoční podpora okolí. Učení je činnost, kterou získáme pomocí nových poznatků a zážitků z pozorování, poslouchání, čtení a studia. K řešení problémů člověk využívá nabitě vědomosti a myšlenkové operace. Další psychomotorické dovednosti jedinec nabývá, tím, že je provádí. Odborníci z řad lékařů, psychologů poukazují na fakt, že pravidelný trénink paměti a kognitivních schopností je nejlepší prevence proti úpadku těchto funkcí a je zároveň prostředek oddálení demence, nebo zpomalení průběhu demence.

Trénink paměti je důležitý preventivní prostředek pro udržení duševního zdraví nejen ve stáří. Na paměť si stěžují jedinci různých věkových skupin, ale s věkem jsou tyto stížnosti oprávněnější.

Senioři ve většině případů jsou nuceni změnit své zájmy a záliby z důvodu zhoršení zdravotního stavu. Převážná část osob v postproduktivním věku má, nebo mělo plány, jak si přejí prožít své stáří. Jejich plány bohužel v mnoha případech změnil zhoršení zdravotního stavu. Sám senior, nebo jejich rodinný příslušník, blízký příbuzný je nucen přání seniora změnit. Tato změna se však uskutečňuje vždy v zájmu seniora. Stojí před volbou zda péči o seniora zvládne rodina sama, nebo bude nucena vyhledat k pomoci některých určených služeb a pobytových zařízení.

Pokud zvolí pobytovou službu domov důchodců, zde je aktivizace seniora upravena zákonem 108/2006 Sb. a hovoříme o aktivizaci jako sociální službě.

Při volbě aktivizace je nutné se řídit přáním seniora, jeho minulými i nynějšími aktivitami, schopnostmi, pohyblivostí a věkem. Aktivizace je velmi důležitá v každém věku seniora, ale po 80. roce věku je nutné ji přímo nabízet, motivovat ho k činnosti a vysvětlit mu potřebnost jeho práce pro ostatní (práce pro ostatní ho může více

motivovat). Někteří senioři si sami činnosti vyhledávají a dávají si cíle, jiní to však již neumí a čím jsou starší je žádoucí jim pomoci a nabízet jim nějakou činnost nebo zábavu dříve než upadnou do apatie.

S nabídkou vhodné činnosti je nutné začít co nejdříve po nástupu klienta do zařízení. Po delším časové prodlevě je těžší nalézt zájem seniora. Při vykonávání jakékoli činnosti na seniory nespěcháme, pomáháme jen v nejnútnejších případech. Je důležité seniorovi pomoci, ale ne vykonat činnost za něj.

Cílem programování aktivit je vytvářet seniorům prostředí, které je podporuje materiálně, psychologicky a sociálně. Podpora seniora v aktivitě spočívá v pomoci hledat to, co seniora naplňuje, co mu působí radost, co mu dává smysl života a přináší mu příjemné pocity.

Aktivita má přirozeným způsobem navazovat na to co jedinec provozoval před vstupem do instituce nebo na to, co bylo přerušeno nemocí, popřípadě objevit to, co je skryto jako vnitřní možnost. Důležitá součást aktivit je komunikace a to ve formě povídání, vzpomínání, naslouchání.

Pro zvolení vhodné aktivity pro seniora je nutné zjistit, zda nabízené aktivity vyhovují jeho potřebám a zájmům. Zjistíme to prostřednictvím informativního rozhovoru, kdy pověřený pracovník se dotazuje na všeobecné údaje o klientovi a tímto způsobem se dozví, co klienta zajímá, jaké má dovednosti a přání. Jakým aktivitám se věnoval a kde a jakým způsobem. Poté se provádí analýza a zpracování získaných informací o klientovi, jeho motivaci pro určitou činnost (co chce) a jaké má možnosti (co může) zvládnout sám a s čím je seniorovi nutné pomoci. Toto se v sociálních službách nazývá Individuální plánování služby.

V DS své služby poskytují vzdělaní zaměstnanci a jejich povinností je dle zákona se celoživotně vzdělávat. Toto vzdělávání pracovníků je velmi důležité pro kvalitní poskytování služby a reagování na stále nové poznatky a zjištění týkající se péče o osoby, jež kvůli svému zhoršenému zdravotnímu stavu vyžadují celodenní péči a dohled.

Návrhy na opatření. Na základě zjištění autorka doporučuje používat v domově seniorů i nadále programování aktivit dle individuálního plánování. Pro trénování paměti nabízet práci s počítačovou technikou pro rozvoj kreativity jedince, slovní hry Scrables pro rozšiřování nebo udržení slovní zásoby. Poznávací výlety s následnými besedami a diskusemi po návratu, pohybové aktivity spojené s jógou. Autorka doporučuje použít i reminiscenční terapii (vzpomínková terapie) založenou na využívání vzpomínek a na jejich vybavování pomocí fotografií. Staré knihy, noviny, časopisy, kalendáře, staré předměty (jako jsou staré váhy, valcha, druhy látek, staré recepty na pečivo atd.) Tyto všechny předměty mohou být spouštěčem vzpomínek. Některá doporučení jsou velmi vhodná i pro seniory žijící doma. Zde je plánování aktivit závislé na rodině a známých seniora. Alespoň jednou za rok je užitečné, pro seniory žijící v domově seniorů, uspořádat kulturní akci, kde by byli přítomni klienti a jejich rodinný příslušníci, vítáni by byli senioři, jež žijí doma. Tyto akce lze využít k získání kontaktů na dobrovolné pracovníky k individuálním rozhovorům. Zavést, podle výsledků dotazníkového šetření, zdravotní cvičení, kam by byl umožněn přístup i seniorům žijícím v domácím prostředí..

ZÁVĚR

Stárnutí je proces, který se projevuje postupnými negativními morfologickými změnami organismu a snižování efektivity a účinnosti tělesných funkcí. Starý člověk má sníženou výkonnost, jinou adaptaci na zátěž, snáze se unaví a restituce po námaze mu trvá déle.

Dle demografického výzkumu se dožití stále prodlužuje. Většinu populace ve vyspělých státech tvoří osoby starší šedesát let. Nachází se tedy v postproduktivním věku. Pro společnost to však představuje značné finanční a sociální nároky. V současné společnosti převažuje orientace na výkon a tendence prodloužení odchodu do důchodu. S těmito tendencemi je spjata opatření podpořit rozvoj vzdělávání dospělé populace a seniorů. Vzdělávání a aktivizace je pro seniory důležitým prostředkem a požadavkem kvality jejich života.

Bohužel v současné společnosti, která je zaměřená na výkon není úplně dostatečně doceněno a ani považováno za dobrou investici poskytování kvalitní péče starším osobám. Neboť stárnutí ovlivňuje jedince po stránce, fyzické, psychické i sociální. Proto je velmi důležité porozumět změnám organismu při stárnutí, pokud chceme seniory aktivizovat a vzdělávat.

Práce prokázala že, vzdělávací aktivity v postproduktivním věku přispívají k rozvoji, nebo udržení zájmů, dovedností a schopností, pomáhají v orientaci ve stále se rychle měnícím současném světě. Pravidelný trénink paměti a kognitivních schopností je nejlepší prevence proti úpadku těchto funkcí a je zároveň prostředek oddálení demence, nebo zpomalení průběhu demence.

Skupinové aktivity umožňují seniorům se setkávat, podělit se o radost, smutek starosti, úspěch, prevence deprese. Senioři, kteří žili doma sami a během celého dne, kdy byli doma sami, dle jejich slov trpěli depresemi, Jak poznamenala jedna seniorka 83 let „ *po smrti manžela jsem byla doma sama, syn byl po celý den v práci a já až do večera čekala, až se vrátí večer domů, tak to šlo den za dnem. Začala jsem trpět depresemi a musela jsem navštívit psychiatra, protože jsem si neměla během dne s kým promluvit a chodit k někomu každý den na návštěvu a otravovat ho jsem nechtěla. Proto*

jsem šťastná, že se v DS uvolnilo místo a já mohla nastoupit. Přestože jsem nemocná, mohu stále chodit bez kompenzačních pomůcek, zde v DS se realizuji.“ Seniorka pomáhá ostatním seniorům, kteří jsou na tom zdravotně hůře.

Výsledky této práce ukázaly, že senioři mají o jakoukoli nabízenou aktivizaci, vzdělávání zájem. A jsou vděční, že mohou prožít zbytek svého života smysluplně a s vědomím, že jim někdo naslouchá. Někde mají prostředí s lidmi, kteří jim naslouchají a pomáhají řešit problémy. Místo, kde mají své přátele. To vše s cílem umožnit seniorům ještě něco hezkého prožít a na základě svých vlastních prožitých zážitků, senioři obohatí i druhé lidi ve svém okolí. Před všemi lidmi, kteří seniorům věnují čas a zájem, je dlouhá cesta, která nikdy nekončí.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů:

HARTL, P. *Kompendium pedagogické psychologie dospělých*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-841-7.

HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Budka: 1993. ISBN 80-90 15 49-0-5.

HIRTLOVÁ, P. *Tělocvična pro mozek*. 1. Vyd. Brno: Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-86879-29-1.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. Vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HOWARD, P. J. *Příručka pro uživatele mozku*. 3 vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-661-6.

HRDLIČKA, M. a HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-797-4.

JEDLIČKA, V.a KOL. *Praktická gerontologie*. 2 vyd. Brno: Grafia, 1991. ISBN 80-7013-109-8.

JIRÁK, R. a KOUKOLÍK, F. *Demence – Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1 vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., a JIRÁK, R. *Griatrie a gerontologie*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KLUSOŇOVÁ, E a ŠPIČKOVÁ, J. *Ergoterapie I*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-7169-704-4.

KOUKOLÍK, F. a JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169- 615-3.

KOUKOLÍK, F. a JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-716-8.

MÜHLPACHR, P. a STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2510-7.

- PFEIFER, J. *Ergoterapie II*. 1 vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-7204-266-1.
- PREISS, M. a KŘIVOHLAVÝ, J. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2738-7.
- SUCHÁ, J. *Cvičení paměti pro každý věk*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0140-3.
- ŠTÍPEK, S. a KOL. *Antioxidanty a volné radikály ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-704-4.s
- TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-365-5.
- TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. 3 vyd. Praha: 3. Lékařská fakulta UK, 2002. ISBN 80-238-8541-3.
- TVAROH, F. *Všichni stárneme*. 2 vyd. Praha: Avicenum, 1983
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II – dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VÁGNEOVÁ, M. *Vývojová psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VAŠINA, L. *Jak si zlepšit paměť*. 2. vyd. Brno: Computer Press, 2002. ISBN 80-7226-794-9.
- VEBEROVÁ, M. *Význam aktivizace v Domově Barbora Kutná Hora (absolventská práce z VOŠSP)*, Praha: 2009/2010.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VRTIŠKOVÁ, M. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Tribun, 2009. ISBN 978-80-7399-877-6.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X
- WALSHD, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1.vyd Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.

Seznam použitých internetových zdrojů

DOMOV BARBORA, Kutná Hora: [online]. 2006- 2012 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://www.domov-barbora.cz/s/> informace- domov pro seniory.

DOMOV BARBORA, Kutná Hora: [online]. 2006- 2012 [cit.2012-12-10]. Dostupné z: [http:// www.domov-barbora.cz/files/dokumenty](http://www.domov-barbora.cz/files/dokumenty) výroční zpráva- 2011.pdf.

MPSV. CZ: Posuzování vzdělání:[online]. 3. 8. 2012 [cit. 2012- 12-10]. Dostupné z: ([www.mpsv.cz. /files/ články/14261/ Posuzování vzdělání.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/14261/Posuzovani_vzdelani.pdf)).

MPSV: CZ: Pobytové služby. [online]. 3. 8. 2012 [cit. 2012- 12-10]. Dostupné z: ([www.mpsv.cz. /cs/13370](http://www.mpsv.cz/cs/13370)).

Seznam použitých legislativních norem

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a prováděcí vyhláška zákona č.505/2006 Sb.

Zákon č. 96 vyhlášky 424/2004 Sb. O nelékařských zdravotních povoláních.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník I

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

blahopřeji Vám k rozhodnutí, provozovat jakoukoli aktivitu (např. cvičení paměti, luštění křížovek, návštěva nějaké společenské akce, četba knih, časopisů). Je to významný krok k udržení duševní svěžesti do velmi vysokého věku.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Významně pomůžete zvýšit účinek cvičení na procvičování paměti. Odpovědi jsou zcela anonymní. Výsledky tohoto šetření budou podkladem pro mou diplomovou práci ve školním roce 2012/2013 a nebudou nijak zneužity. Pokud se rozhodnete, že dotazník vyplníte, berte prosím otázky vážně a odpovídejte sám nebo sama za sebe. **Hodící se odpověď, prosím zakroužkujte.**

Předem děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci.

Bc. Martina Veberová, DiS

- | | | |
|---|------|-----|
| 1) Jste muž nebo žena? | ŽENA | MUŽ |
| 2) Jste vdova, nebo vdovec? | ANO | NE |
| 3) Žijete doma nebo v instituci?(domov seniorů) | DOMA | |

DOMOV SENIORŮ

4) Jste schopen(na) naplánovat si svůj denní program? ANO NE

5) Kolik je Vám let?

6) Chodíte na

- Na nákup ANO NE
- Na procházku ANO NE
- Na zájmový kroužek ANO NE

7) Máte možnost jet (ve všední den, nebo o víkendu) na výlet? ANO NE

8) Byl(a) jste v poslední době

- V kině ANO NE
- V divadle ANO NE
- Na taneční zábavě ANO NE
- Na bohoslužbě ANO NE
- Na návštěvě u příbuzných, nebo u přátel ANO NE

9) Musí Vám někdo pomoci s běžnou hygienou ? ANO NE

10) Péči o svou domácnost zvládáte sám(a), nebo potřebujete pomoc druhé osoby?

- Sám (a) ANO NE
- s pomocí ANO NE
- Někdy potřebuji pomoc ANO NE
- NEZVLÁDÁM

11) Žijete sám(a) nebo s někým s příbuzenstva?

- Sám ANO NE

- Žiji s manželem ANO NE
- Žiji s někým s příbuzenstva ANO NE

12) Znáte některé organizace nebo služby, které pomáhají starším občanům?

ANO NE

13) Pokud již jste v DS líbí se Vám zde? ANO NE

14) Pokud žijete doma, dokázal(a) by jste, si představit, že budete využívat, nebo již využíváte nějaký typ sociální služby? Prosím vyberte z nabízených možností o jaký typ služby by se jednalo?

- Pečovatelská služba
- Návštěva zdravotní sestry z ČČK
- Domov seniorů- celoroční pobytové zařízení

15) Jaké aktivity se Vám v DS nejvíce líbí? Prosím vyberte z nabízených možností.

- Skupinové cvičení paměti ANO NE
- Taneční zábava ANO NE
- Individuální rozhovor ANO NE
- Práce v dílně – výroba výrobků ANO NE
- Práce v dílně – vaření ANO NE
- Kavárnička ANO NE
- účast na výletě ANO NE
- Předčítání ANO NE
- Setkání na nějaké téma s poslechem hudby ANO NE
- V letních měsících návštěva bazénu ANO NE
- Návštěva místní kaple ANO NE
- Posezení na zahradě – opékání vuřtů ANO NE

16) Jaké aktivity naopak v DS postrádáte, nebo by, jste si přáli je zavést?

17) Jaké byly Vaše zájmy dříve a v současné době ?

➤ Dříve

➤ Nyní

18) Pokud jsou Vaše zájmy v současné době jiné, z jakého důvodu?

➤ Ze zhoršení zdravotního stavu

➤ Z nedostatku financí

➤ Z nedostatku času

➤ Realizuji si dřívější plány a přání

➤ Nemám již přátele se kterými jsem určité zájmy sdílel (a) z důvodu zhoršení jejich zdravotního stavu, nebo již zemřeli, odstěhovali se.

19) Jestliže máte na něco chuť uvaříte si to? ANO NE

20) Kouříte? ANO NE

21) Konzumujete alkohol při nějaké významné příležitosti? ANO NE

22) Udržujete pravidelný kontakt s rodinou? ANO NE

23) Jste věřící? ANO NE

24) Cítíte se někdy osaměle a nepotřebně? ANO NE NĚKDY

25) Bá(a)l(a) jste se stáří ? ANO NE Nepřemýšlel(a) jsem o tom

26) Měl(a) jste plány, jak si představujete své stáří? ANO NE

27) Můžete sdělit, jak vypadala konkrétní představa týkající se Vašeho stáří?

28) Pohybujete se s pomocí ? 2 francouzských holí

1 hole

bez kompenzačních pomůcek

jiné

29) Prosím vyberte z nabízených zdravotních problémů, nebo onemocnění to, které bylo Vaši osobě diagnostikováno lékařem.

- Diabetes mellitus (cukrovka)
- Alzheimerova nemoc
- Vysoký krevní tlak
- Parkinsonova nemoc
- Stavy po zlomeninách
- Trpím občasnými výpadky paměti (nemohu si vzpomenout na určité jméno, místo, kam jsem něco položil(a), uklidil(a).
- Prodělal (a) jsem mozkovou příhodu (mrtvice)
- Prodělal(a) jsem infarkt
- jiné

Děkuji za Váš čas, který se věnoval (a) vyplnění dotazníku.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Martina Veberová

Obor: 7501T001 - Andragogika

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Význam vzdělávání seniorů v Domově Barbora, poskytovatele sociálních služeb. Význam vzdělávání zaměstnanců v domově seniorů.

Rok: 2012/ 2013

Celkový počet stran textu: 149

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 28

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce: Mgr. Martina Strnadová