GERONTOLOGIE PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI

JIŘINA ONDRUŠOVÁ,
BEÁTA KRAHULCOVÁ A KOL.

KAROLINUM



Jiřina Ondrušová
Beáta Krahulcová
a kolektiv

Gerontologie pro sociální práci

———

Recenzovaly:
Doc. PaedDr. Bibiána Hlebová, Ph.D.
PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

Kolektivní monografie Katedry psychosociálních věd a etiky
Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy.

Vydala Univerzita Karlova
Nakladatelství Karolinum
Redakce Hana Vaňáková
Jazyková spolupráce Linda Hýřová
Grafická úprava Jan Šerých
Sazba DTP Nakladatelství Karolinum
Vydání první

© Univerzita Karlova, 2019
© Jiřina Ondrušová, Beáta Krahulcová a kolektiv, 2019

ISBN 978-80-246-4383-0
ISBN 978-80-246-4395-3 (online: pdf)



Univerzita Karlova
Nakladatelství Karolinum 2020

www.karolinum.cz
ebooks@karolinum.cz

SEZNAM AUTORŮ

EDITORKY

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D., a prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

KOLEKTIV AUTORŮ

Mgr. Alžběta Bártová, Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze – studia dlouhověkosti

Mgr. Tereza Cimrmannová, Ph.D., Evangelická akademie – VOŠ sociální práce a SOŠ

ThDr. et Mgr. Markéta Kateřina Holečková, katedra psychosociálních věd a etiky Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze; Teologická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Mgr. Veronika Javorská, NADĚJE – sociální pracovnice terénního programu

Mgr. Jan Kaňák, Ph.D., katedra psychosociálních věd a etiky Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze; Terapeutické centrum Modré dveře, z. ú. – metodik, krizový intervent, psychoterapeut a sociální pracovník; Poradna Vigvam, z. ú. – terapeut

Mgr. Magdaléna Kosová, Domov Sue Ryder – vedoucí sociální pracovnice

Prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc., vedoucí katedry psychosociálních věd a etiky Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

MUDr. Lukáš Malý, Ústav etiky a humanitních studií 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze; Slezská nemocnice v Opavě – interní oddělení a hemodialyzační oddělení; účastník misí ve východní Africe a vedoucí lékař stáží českých mediků v Keni; katedra psychosociálních věd a etiky Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze – jako host

Mgr. Vojtěch Měřička, AChLJ, TopHelp Plus, s. r. o. – metodik sociálních služeb; řádový kaplan Vojenského a špitálního řádu sv. Lazara Jeruzalémského; katedra psychosociálních věd a etiky Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze – jako host

Mgr. Martina Mossóczy, Totum, z. s. – ředitelka, poradkyně pro neformální pečovatele a pomáhající pracovníky a lektorka

PhDr. Monika Nová, Ph.D., katedra psychosociálních věd a etiky Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D., katedra psychosociálních věd a etiky Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Mgr. Tereza Palánová, Ministerstvo zdravotnictví ČR; katedra psychosociálních věd a etiky Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Mgr. et Mgr. Karolína Pechová, Domov Sue Ryder – koordinátorka rozvojových projektů, výzkum v organizaci; Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze

Mgr. Šárka Pumprová, Totum, z. s. – poradkyně pro rodinné pečující

Mgr. Barbora Racková, katedra psychosociálních věd a etiky Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze; Poradna Vigvam, z. ú. – terapeutka

PhDr. Monika Válková, Centrum sociální a ošetřovatelské pomoci Praha 15 – ředitelka; katedra psychosociálních věd a etiky Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Mgr. Jana Vargová, Sociální oddělení Fakultní nemocnice Motol – vedoucí

OBSAH

Úvod 9

I. SOCIÁLNÍ GERONTOLOGIE – VYBRANÉ KAPITOLY 13

1. Úvod do sociální gerontologie (*Jiřina Ondrušová*) 15

2. Komunikace se seniory v kontextu psychopatologie spojené se stářím (*Beáta Krahulcová*) 29

3. Finanční zabezpečení seniorů v ČR v rámci aktivit sociálního státu (*Tereza Palánová*) 41

4. Aktivní stárnutí (*Alžběta Bártová*) 53

5. Sociální služby pro seniory a kvalita sociálních služeb (*Markéta Kateřina Holečková*) 61

6. Dlouhodobá péče – LTC (*Monika Válková*) 75

7. Komunitní plánování a senioři (*Tereza Palánová*) 91

8. Bezpečí seniorů (*Jiřina Ondrušová*) 97

9. Smysluplnost života ve stáří (*Jiřina Ondrušová*) 107

II. SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY – VYBRANÉ KAPITOLY 117

10. Metody sociální práce se seniory (*Monika Nová*) 119

11. Etické zásady sociální práce se seniory (*Tereza Cimrmannová*) 129

12. Spiritualita seniorů a její místo v sociální práci s klienty (*Jan Kaňák*) 141

13. Specifika telefonické krizové intervence se seniory (*Barbora Racková*) 157

14. Koordinace sociálně-zdravotní péče v terénních službách (*Vojtěch Měřička*) 167

15. Sociální práce v domovech pro seniory (*Karolína Pechová, Magdaléna Kosová*) 173

16. Specifika sociální práce se seniory s demencí v domovech pro seniory (*Magdaléna Kosová, Karolína Pechová*) 181

17. Sociální práce se seniory v lůžkovém zdravotnickém zařízení (*Jana Vargová*) 187

18. Paliativní péče – základní kontexty, aktuální otázky (*Tereza Cimrmannová*) 193

19. Sociální práce v hospicové péči (*Vojtěch Měřička*) 207

III. SPECIFICKÉ ASPEKTY V PÉČI O SENIORY – VYBRANÉ KAPITOLY 215

20. Chudoba ve stáří (*Monika Nová*) 217

21. Problematika osob bez domova v seniorském věku (*Veronika Javorská*) 225

22. Senioři závislí na návykových látkách (*Alžběta Bártová*) 231

23. Stárnutí, umírání a truchlení osob s mentálním znevýhodněním (*Tereza Cimrmannová*) 237

24. Duchovní péče o nemocné seniory (*Vojtěch Měřička*) 245

25. Neformální péče o seniory a podpora pečujících (*Šárka Pumprová*) 251

26. Syndrom vyhoření v péči o seniory (*Martina Mossóczy*) 265

IV. ZDRAVOTNÍ PROBLEMATIKA OSOB VYŠŠÍHO VĚKU – VYBRANÉ KAPITOLY 277

27. Zdraví a nemoc ve stáří (*Jiřina Ondrušová*) 279

28. Charakteristiky geriatrického pacienta a problematika vztahu lékař–pacient v praxi (*Lukáš Malý*) 291

29. Geriatrická křehkost a geriatrické syndromy (*Jiřina Ondrušová*) 297

30. Vybrané aspekty zdravotní problematiky a péče o seniory v oblastech Východní Afriky (Keňa, Uganda) (*Lukáš Malý*) 317

31. Podpora zdraví a prevence u seniorů (*Lukáš Malý, Jiřina Ondrušová*) 325

Seznam použité literatury 331

Summary 354

Rejstřík 361

Úvod

Globální stárnutí populace zahrnuje nárůst absolutního i relativního počtu seniorů, prodlužující se naději dožití a snižování dětské části populace. Také v České republice prochází věkové složení obyvatelstva výraznou proměnou a tato „seniorizace“ společnosti bude podle demografických prognóz nadále pokračovat. Stejně jako v zemích Evropské unie bude i u nás nejvýraznějším rysem demografického vývoje následujících desetiletí zvyšující se počet obyvatel ve věku 65 a více let.

Rok 2040 bude pro Českou republiku obdobím, kdy generace baby boomu sedmdesátých let 20. století překročí hranici stáří, a proto lze jednoduchou prognózu vztáhnout k tomuto časovému horizontu. Zatímco očekávaná změna celkového počtu obyvatel České republiky není významná, předpokládaný vývoj počtu obyvatel starších 65 let bude více než 2,75 milionu, což bude činit 25 % české populace. Očekávaná naděje dožití při narození bude 80,5 roku pro muže a 85,5 roku pro ženy a i nadále lze předpokládat postupný růst tohoto demografického ukazatele včetně odlišného tempa poklesu úmrtnosti ve vztahu k pohlaví. Významně poroste i zastoupení osob ve věku pozdního

stáří (80+), jejichž počet se oproti současným čtyřem procentům zdvojnásobí (ČSÚ, střední varianta).

Ačkoli představují senioři jako celek velmi heterogenní skupinu občanů, právě pro velmi staré osoby je z hlediska zdravotního stavu typická multimorbidita, spojená s vyšší potřebou a spotřebou zdravotní a sociální péče. I když lze předpokládat, že funkční stav budoucích seniorů bude podstatně lepší, než je tomu v současné době, bude mít nárůst počtu osob vyššího věku významný dopad na celou společnost. Z uvedených údajů je patrné, že právě senioři se sníženou mírou soběstačnosti budou představovat jednu z největších cílových skupin pro obor sociální práce.

Sociální práce je odbornou disciplínou, která se po roce 1989 v ČR dynamicky rozvinula. Mezinárodní federace sociálních pracovníků formulovala její pojetí jako „na praxi založenou profesi a akademickou disciplínu, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost a posílení a osvobození lidí" (ASVSP, 2014). Jedná se tak o pomáhající profesi vstupující do složitého mezilidského terénu a odborně náročné praxe. Vedle znalosti teorie a metod vlastního oboru je činnost sociálního pracovníka závislá na aktivním osvojení práva, sociální politiky, psychologie, zdravotních nauk i metod výzkumu. Zákon č. 108/2006 Sb. uvádí v § 109 klíčové oblasti, jako je řešení sociálně-právních problémů, sociálně-právní poradenství, prevence, aktivizace, depistáž, krizová pomoc, analytická, metodická a koncepční činnost. Právě u osob vyššího věku v nepříznivé životní situaci a s omezenou soběstačností se jedná o důležité odborné činnosti, které mohou významně ovlivnit kvalitu jejich života.

Rychlé stárnutí populace potřebuje nové přístupy v zohlednění potřeb a preferencí starých lidí. Mezi moderní strategie patří preventivní postupy, podpora zdravého a aktivního stárnutí a komplexní přístup k osobám se sníženou soběstačností směřující k jejich samostatnému životu v domácím prostředí spolu se zachováním jejich autonomie a důstojnosti včetně respektování konečnosti lidského života. Nezbytná a prospěšná je spolupráce napříč jednotlivými obory.

Staří lidé představují nejrychleji rostoucí věkovou skupinu v naší společnosti. I z tohoto důvodu vychází v posledních letech na českém knižním trhu řada publikací z oboru sociální gerontologie a geriatrie.

Motivem k sepsání této knihy byla mnohaletá výuka gerontologie a dalších kurzů zaměřených na práci se seniory v rámci oboru sociální a charitativní práce na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy. Právě z četných diskusí se studenty, jimiž byli mnohdy sociální pracovníci z ambulantních, terénních a pobytových služeb pro seniory, z hospicové péče i ze zdravotnických zařízení, vyplynula potřeba uceleného odborného textu pro tuto profesi. Sociální práci nelze vykonávat mechanicky, určité řešení je nutné vždy individuálně posuzovat v kontextu teorie, etických zásad a konkrétní praxe. Právě k tomu jsou vedeni posluchači oboru sociální a charitativní práce.

Cílem publikace je podat komplexní přehledový text o problematice stárnutí pro potřeby sociálních pracovníků a detailněji v něm popsat dílčí gerontologická témata. Naším záměrem bylo propojit teoretická témata se zkušenostmi z praktické sociální práce, a proto jsou jednotlivé příspěvky doplněny příklady z praxe.

Kniha je členěna do čtyř tematických celků. První část obsahuje základní informace ze sociální gerontologie důležité pro pochopení charakteristik, potřeb a rizikových faktorů osob vyššího věku s různou mírou soběstačnosti včetně finančního zabezpečení a problematiky péče o seniory na různých úrovních. Informace z těchto kapitol lze využít i z hlediska odborného sociálního poradenství pro seniory. Ambicí však rozhodně není předložit všechny poznatky tak jako odborné teoretické publikace s touto tematikou, na něž je v textu odkazováno. Druhá část knihy se systematicky zaměřuje na konkrétní možnosti sociální práce se seniory v sociálních a zdravotních službách. V kapitolách třetí části jsou popsány některé specifické aspekty péče o osoby vyššího věku. U seniorů jejich sociální situace velmi těsně souvisí se zdravotním stavem. Tento trend je nejnápadnější u osob velmi starých a disabilních, vyžadujících velmi náročnou profesionální péči. Proto jsou v poslední části publikace shrnuty základní informace o zdravotní problematice osob vyššího věku ve vztahu k odbornosti profese sociálního pracovníka. Sociální pracovníci se v dnešní době zúčastňují různých humanitárních projektů v rozvojových zemích, kde jsou zcela odlišné podmínky od situace v České republice. Zajímavé doplnění tématu představuje kapitola o zdravotní problematice seniorů a péči o ně v jedné z těchto oblastí.

Autorský kolektiv tvoří pedagogové katedry psychosociálních věd a etiky Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy a také odborníci z praxe, kteří kdysi studium magisterského oboru sociální a charitativní práce na této fakultě absolvovali a v současnosti se profesně věnují seniorům.

Sociální práce se seniory je v posledních letech chápána jako forma specializace v oboru jako takovém. Akademické i praktické poznatky tzv. geriatrické sociální práce (*geriatric social work*) jsou tak uzpůsobeny znalostem naší cílové skupiny. Text této publikace se zaměřuje na konkrétní cílovou skupinu, která je jeho jednotícím prvkem. V tomto ohledu splňuje kniha první podmínku specializace v sociální práci, a to zaměření popisované problematiky na jednu cílovou skupinu. Možné nejasnosti mohou vznikat s ohledem na požadavek, aby byl v publikaci přítomen prvek, který je pro sociální práci specifický vzhledem k partnerským profesím. V textu je patrné, že autoři jednotlivých kapitol vycházejí z odlišných prostředí a zkušeností a také z různých rámců pregraduálního i postgraduálního vzdělání, které absolvovali. Řešením v konceptu předložené publikace bylo oddělení problematiky sociálních služeb v obecné rovině od specifických témat sociální práce. Sociální služby a sociální práce nejsou synonyma, jak může být někdy mylně chápáno. V praxi se ovšem sociální služby se sociální prací do značné míry prolínají, jak je patrné z kapitol

Metody sociální práce se seniory a Etické zásady práce se seniory. V následných příspěvcích je věnován prostor tématům, která oborově specifická jsou. Z hlediska pojetí sociální práce lze tedy text naší publikace zařadit na pomezí profesionální a filantropické sociální práce.

Autoři

I. SOCIÁLNÍ GERONTOLOGIE – VYBRANÉ KAPITOLY

/1/
Úvod do sociální gerontologie

Jiřina Ondrušová

V úvodní kapitole jsou velmi stručně charakterizovány stěžejní pojmy a témata ze sociální gerontologie.

Gerontologie[1] je nauka, která zkoumá příčiny, projevy, zákonitosti a mechanismy stárnutí a stáří. Jedná se o interdisciplinární vědu a dělí se na tři obory:

- **Gerontologie teoretická** – vytváří teoretické základy pro péči o osoby vyššího věku. Zkoumá příčiny a mechanismy stárnutí, formuluje hypotézy a teorie stárnutí.
- **Gerontologie klinická (geriatrie)** – je specializovaným lékařským oborem a zabývá se zdravotním a funkčním stavem stárnoucího a starého člověka. Zohledňuje specifika stonání ve stáří, zabývá se prevencí nemocí, jejich diagnostikou, léčbou, rehabilitací a následnou péčí o pacienty – seniory. Má tedy intervenčně preventivní charakter a podporuje zdravé stárnutí.
- **Gerontologie sociální** – jedná se o velmi široký obor, který se zabývá vzájemnými vztahy mezi seniory a společností. Zahrnuje téma demografické-

1 *Geron*, *gerontos* – řecky starý člověk; *logos* – nauka.

ho stárnutí a jeho důsledků, sociologické aspekty stárnutí, psychosociální charakteristiky stárnutí, ale i praktické, právní a etické aspekty péče o staré občany v rodině i v sociálních službách. Formuluje podmínky aktivního stárnutí, upozorňuje na nutnost přípravy na stáří, zabývá se kvalitou života seniorů a řadou dalších významných témat.[2]

Zatímco zájem o „fenomén stáří" se v dávné historii objevoval spíše sporadicky, postupný významnější a systematický rozvoj poznatků o problematice stáří lze zaznamenat až od 20. století. Jako samostatný výukový předmět se gerontologie šířeji etabluje teprve v posledních desetiletích.

Cílem gerontologie je zlepšení kvality života seniorů. To znamená předcházet předčasnému a patologickému stárnutí a nesoběstačnosti, usilovat o zdravé stárnutí a soběstačnost ve stáří a podporovat aktivní život osob vyššího věku.[3]

1.1 STÁRNUTÍ

Stárnutí je neodvratný, celoživotní biologický proces, na jehož konci je **stáří**. Definic stárnutí a stáří existuje celá řada a uvádějí je mnozí autoři.[4] Upozorňují na univerzalitu procesu a současně na velké individuální rozdíly mezi konkrétními jedinci.

Příčinám stárnutí se věnuje teoretická gerontologie. Dosavadní teorie jsou četné a vysvětlují proces stárnutí z různých aspektů.[5] Na základě moderních poznatků lze zobecnit, že stárnutí je multifaktoriální, komplexní jev, na němž se spolupodílejí genetická výbava člověka, jeho životní styl a faktory zevního prostředí. Je tedy zřejmé, že proces stárnutí jedince lze do určité míry ovlivnit.

Charakteristickým fenoménem fyziologického stárnutí je involuce jednotlivých orgánových systémů a funkcí a zároveň i asynchronnost procesu stárnutí pro konkrétní orgány, které stárnou rozdílným způsobem. Dalším společným rysem je snížená adaptabilita, pomalejší psychomotorické tempo a proměna stárnoucího jedince ve všech jeho rovinách: biologické, psychické, sociální i spirituální.

Fyzická dimenze představuje biologické stárnutí organismu, které mění viditelným způsobem zevnějšek člověka. Obvyklé vnější tělesné změny (atrofie, snižování elasticity, úbytek vody) se týkají všech orgánových soustav.

---

2 Zavázalová, H. et al.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum 2001.

3 Tamtéž.

4 Pacovský, V.: *Proti věku není léku – Úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum 1997. Topinková, E. – Neuwirth, J.: *Geriatrie pro praktického lékaře.* Praha: Grada 1995. Zavázalová, H. et al.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*.

5 **Teorie stárnutí** dělíme na biologické, které převažují (teorie stárnutí makromolekul, hromadění odpadních látek, hromadění volných radikálů, teorie genetické, imunologické a četné další), a sociální (teorie aktivity, teorie neangažovanosti, teorie kontinuity a diskontinuity). Jarošová, D.: *Péče o seniory*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity 2006.

Dochází k poklesu funkčnosti orgánů, změnám metabolismu a imunitních mechanismů; snižuje se schopnost adaptace organismu na zátěž. Míru fyziologických změn (např. atrofii kosterních svalů, stav kostí, výkonnost srdce, stav tepen) lze v průběhu stárnutí ovlivnit zdravou životosprávou – kvalitní, pestrou a střídmou stravou a fyzickou aktivitou.

Oproti tomuto fyziologickému stárnutí je patologické stárnutí charakterizováno chronickými zdravotními problémy a multimorbiditou, špatným funkčním stavem, sníženou soběstačností a výraznou potřebou sociální a zdravotní péče včetně depistáže a dispenzarizace těchto osob.

Psychická dimenze je charakterizována proměnou kognitivních funkcí, osobnostních rysů a mírou schopnosti přijmout novou roli v rámci reakce na vlastní stáří. Zahrnuje také mentální funkce a emoční složku. Rovněž psychické funkce stárnoucího člověka lze ovlivnit zdravým životním stylem, psychickou aktivitou a vhodným režimem dne.

Zásady duševní životosprávy zformuloval jako „Pět pé optimální adaptace na stáří" Švancara[6] a definoval je jako perspektivu, prozíravost, pružnost, porozumění a potěšení. Jako nosné lze označit a přidat i pozitivní myšlení, pokoru a (sebe)přijetí.

Pět modelů adjustace na stáří popisuje Bromley.[7] Jako optimální označuje konstruktivní přístup, kdy člověk reálně řeší problémy stáří a dobře navazuje vztahy. Pasivita je charakteristická pro přístup závislosti. Obranným postojem reagují často profesně úspěšní lidé, kteří se snaží dokazovat, že ještě nejsou staří. Někteří jedinci mohou na problémy spojené se stárnutím reagovat nepřátelským přístupem a mrzutostí, ti pak často žijí v ústraní. Rizikem depresivity, nebo dokonce sebevraždy mohou být ohroženi zejména staří lidé se sebenepřátelským postojem.

Sociální dimenze zahrnuje začlenění stárnoucího jedince do sociálních sítí, jeho postoje k okolí, ochotu participovat na aktivitách – tedy jeho vztahy k blízkým a ke společnosti. V průběhu stárnutí a ve stáří dochází k proměně vztahů v rodině (partneři, děti, vnoučata, sourozenci) i mezi vrstevníky, přáteli (obnova a posilování dávných přátelství, ale i změny těchto vztahů v nemoci). Nepřenosná a ve stáří velmi důležitá je kohortová zkušenost spojená s možností sdílet společné vzpomínky a zkušenosti z minulosti. Zpravidla nastává odchod ze zaměstnání s omezením letitých kontaktů, nezřídka je pro seniory nutné i přestěhování z původního místa bydliště, což představuje v pokročilém věku většinou velkou psychickou zátěž především tehdy, pokud nutnosti stěhování předchází ztráta blízké osoby (obvykle životního partnera). Staří lidé podle aktuálních výzkumů[8] preferují samostatný život a vítají, pokud

6 Švancara, J.: Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace ve stáří. In: Z. Kalvach et al.: *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada 2004, s. 103–115.

7 Cit. podle K. Kubalčíková et al.: *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita 2015, s. 29. (online), http://is.muni.cz/do/fss/kspsp/knihy_esf/Kubalcikova-e-kniha.pdf.

8 Tamtéž, s. 38.

jejich blízcí nežijí daleko. Takzvaná intimita na dálku je udržována formou častých telefonátů a pravidelných návštěv. Individuální řešení vyžaduje situace v případě snížené soběstačnosti starého člověka, kdy může být optimální variantou kombinace formální a neformální péče. Důležitým zdrojem podpory seniorů je kvalitní sociální síť.

Spirituální dimenze je u některých stárnoucích osob vyjádřena větším příklonem ke spiritualitě, ale i religiozitě; je nutné podotknout, že ve stáří se víra také proměňuje a mnoho věřících v tomto životním období z různých důvodů prožívá krizi svojí víry. Pro seniory je v rámci církví významná možnost zažívat společenství a účastnit se na jeho aktivitách. V období pokročilého stáří lidé postupně přicházejí o vnější formy svého duchovního života (účast na bohoslužbách, dění ve farnosti) a jejich spiritualita se tak může stávat jednodušší a spíše zaměřenou do vlastního nitra. Proces, jímž se někteří senioři vyrovnávají s poklesem svých fyzických a psychických sil v pokročilém stáří se nazývá gerotranscendence. Představuje postupné odpoutávání se od materialistického zaměření a příklon ke spirituálnímu. Četní autoři upozorňují na pozitivní vliv víry na zvládání řady těžkostí spojených se stárnutím a stářím[9] (více kap. 12).

1.2 PERIODIZACE LIDSKÉHO ŽIVOTA VE STÁŘÍ

Lidský věk se vymezuje podle různých hledisek. Užívané termíny ve vztahu ke stáří jsou kalendářní věk, biologický věk, funkční stav, sociální stáří, třetí a čtvrtý věk a také postproduktivní věk.

Kalendářní stáří je jednoznačně vymezitelné. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která v šedesátých letech 20. století přijala patnáctiletou periodizaci lidského života, se vyšší věk dělí takto:

- 60–74 let: rané stáří (počínající stáří);
- 75–89 let: vlastní stáří (osoby pokročilého, vysokého věku);
- 90 a více let: období dlouhověkosti.

Vzhledem k demografickému vývoji a zlepšování funkčního stavu seniorů je v současnosti **za počátek stáří považován věk 65 let a jako vlastní stáří je označován věk 75 let**. Výstižnější je tedy následující členění:

- 65–74 let: mladí senioři (*young-old*);
- 75–84 let: staří senioři (*middle-old*);
- 85 a více let: velmi staří senioři, dlouhověcí (*oldest-old*).[10]

Kalendářní věk však necharakterizuje míru involučních změn, zdatnosti, pracovní schopnosti ani sociální role v životě stárnoucího člověka. Jedná se

9 Ondrušová, J.: *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum 2011.

10 Holmerová, I. et al.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: GEMA 2002, s. 18. Zavázalová, H. et al.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 12–13.

o administrativní nástroj, využívaný například v demografii a zejména ke statistickým účelům.

Biologický věk oproti tomu vypovídá o celkovém stavu organismu, míře involučních změn a poklesu potenciálu zdraví. U stárnoucího člověka se na biologických změnách spolupodílejí ve vyšší míře i nemoci.

Funkční stav je soubor funkčního potenciálu daného jedince a je ovlivňován celou řadou především vnějších faktorů (na rozdíl od kalendářního věku). Kalendářní věk a funkční stav se tedy nemusí shodovat. Funkční stav (zdatnost, výkonnost a míru soběstačnosti) seniorů lze hodnotit pomocí celé řady testů.[11]

Sociální stáří je charakterizováno rolí, kterou člověk zastává ve společnosti. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován věk, kdy jedinci vznikne nárok na starobní důchod.

Z hlediska ekonomické aktivity, v souvislosti se stanoveným věkem odchodu do důchodu, je období stáří označováno také jako **postproduktivní věk**. V rámci sociální periodizace života je uváděno ještě rozdělení postproduktivního věku na **třetí věk** (období soběstačnosti, aktivity, možnosti rozvoje osobnosti) a **čtvrtý věk** (období nesoběstačnosti, závislosti na pomoci od druhých).

1.3 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE Z DEMOGRAFIE

Demografie je nauka o obyvatelstvu, která zkoumá jeho složení a pohyb. Složení obyvatelstva je výsledkem jeho pohybu, dlouhodobých reprodukčních procesů a společenských podmínek.[12]

Základní demografické pojmy:

- **Porodnost** (natalita) udává podíl narozených z určité skupiny za určité časové období. **Úmrtnost** (mortalita) udává podíl zemřelých z určité skupiny za určité časové období. **Migrace** je změna trvalého pobytu.
- **Absolutní stárnutí** je charakterizováno jako zvyšování počtu starých lidí v populaci.
- **Demografické stárnutí (relativní stárnutí)** je charakterizováno jako zvyšování (procentního) podílu seniorů v populaci.
- **Střední délka života (*life expectancy*) – očekávaná doba dožití, naděje dožití.** Udává předpokládaný průměrný počet let, kterých se pravděpo-

11 Příklady testů užívaných pro stanovení míry soběstačnosti:
- Testy fyzické výkonnosti a soběstačnosti: Test instrumentálních všedních činností – IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), Test základních sebeobslužných činností – ADL (*Activities of Daily Living*).
- Testy k diagnostice kognitivních funkcí: Krátká škála mentálního stavu – MMSE (*Mini-Mental State Exam*), Montrealský kognitivní test (*Montreal Cognitive Assessment – MoCA*), Test POBAV (Pojmenování OBrázků A jejich Vybavení).
- Test k diagnostice psychické pohody: Škála deprese pro geriatrické pacienty – GDS-15 (*Geriatric Depression Scale-15*).

12 Zavázalová, H. et al.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 11.

dobně jedinec dožije, pokud se nezmění úmrtnostní poměry. Nejčastěji se určuje střední délka života při narození a konstruuje se zvlášť pro muže a ženy. Ovlivňuje ji celá řada celospolečenských a individuálních faktorů (socioekonomický rozvoj, úroveň medicíny a dostupnost zdravotní a sociální péče, genetická výbava jedince, životní styl). Hodnota střední délky života ve vyspělých zemích stoupá.[13]

- **Střední délka života prožitá ve zdraví (*healthy life years*) – naděje dožití ve zdraví, bez chronických chorob, bez závažného postižení.** Zatímco naděje dožití se v zemích EU zvyšuje, hodnota střední délky života prožité ve zdraví v Evropě dosud prakticky stagnuje.[14]
- **Průměrný věk** je aritmetický průměr věku všech jedinců v dané populaci.[15]
- **Index stáří** vyjadřuje, kolik je v populaci obyvatel ve věku 60 a více let na 100 dětí ve věku 0–14 let (věkové hranice srovnávaných skupin mohou být různé).

Aktuální demografické charakteristiky České republiky jsou **nízká porodnost, prodlužující se střední délka života, zvyšování absolutního počtu starých osob** (počet obyvatel starších 65 let přesáhl v roce 2017 hranici dvou milionů) a **demografické stárnutí populace.**[16]

1.4 DŮSLEDKY STÁRNUTÍ

Stárnutí je provázeno řadou důsledků pro stárnoucího jedince i pro společnost. Jsou to zejména důsledky ekonomické, sociálně-zdravotní, sociologické a psychosociální.[17] Je třeba upozornit i na dopady politické. Při trvale rostoucím počtu budou senioři představovat důležitou politickou sílu.

Ekonomické důsledky stárnutí obyvatelstva se týkají celé společnosti, neboť ekonomicky aktivní osoby musí vyprodukovat tolik, aby uspokojily nejenom svoje životní potřeby, ale i potřeby ostatních členů společnosti, tj. osob ekonomicky neaktivních. K hodnocení možnosti uspokojení těchto potřeb a mezinárodní srovnání se používají různě konstruované indexy závislosti. V souvislosti se stárnutím populace se ve vyspělých zemích rozvíjí „stříbrná ekonomika" (*silver economy*) orientovaná na kupní sílu seniorů (produkty, služby a technologie reflektující specifické potřeby a požadavky osob vyššího

13 **Střední délka života (naděje dožití)** byla v roce 2017 v ČR u mužů 76,1 roku a u žen 82,0 roku. Eurostat. *Healthy life years and life expectancy at birth by sex* 2017. (online), https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150/default/table?lang=en

14 **Střední délka života prožitá ve zdraví** byla v roce 2017 v ČR u mužů 60,6 roku a u žen 62,4 roku. Eurostat. *Healthy life years and life expectancy at birth by sex* 2017. (online), https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150/default/table?lang=en.

15 **Průměrný věk obyvatel ČR** v roce 2017 byl 42,2 roku. ČSÚ. *Pohyb obyvatelstva – rok 2017*. (online), https://www.czso.cz/csu/czso/cri/pohyb-obyvatelstva-rok-2017.

16 ČSÚ. *Pohyb obyvatelstva – rok 2017*.

17 Zavázalová, H. et al.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 20–26.

věku) a přinášející další pracovní možnosti. Pro jedince je důležité zajištění přiměřených finančních prostředků k udržení slušné životní úrovně v souladu s lidskou důstojností (více kap. 3 a 20). V současné době jsou opakovaně diskutovány možnosti reforem důchodového pojištění a také zaměstnávání seniorů včetně osob 50+. To je kromě situace na trhu práce a nabídky pracovních míst závislé i na možnostech a potřebách stárnoucího jedince – na jeho zdravotním stavu, uspokojení z práce atd. Možnost řízení věkové struktury pracovníků a podporu věkové diverzity na pracovišti představuje *age management*, jehož praxe bojuje s věkovými bariérami.[18]

Ve stáří více než v jiné životní etapě spolu velmi úzce souvisejí zdravotní a sociální situace. **Zdravotně-sociální důsledky stárnutí** jsou způsobeny vyšší nemocností seniorů a z ní plynoucí vyšší potřebou a spotřebou zdravotní a sociální péče u starých osob (více kap. 27–29). Staří lidé častěji využívají ambulantní zdravotní péči a jsou i častěji a déle hospitalizováni. Nejzávažnějším důsledkem nemocnosti ve stáří je zhoršení funkčního stavu seniora, snížení jeho soběstačnosti a vznik závislosti na pomoci druhé osoby. Senioři ve větší míře využívají terénní sociální služby a ve vyšším věku je charakteristická i větší potřeba rezidenční péče. Převažuje péče ošetřovatelská.[19] Významné determinanty vzniku či zhoršení stávajícího onemocnění představují pro stáří charakteristické výše uvedené rizikové faktory. Tyto poznatky by měla reflektovat koncepce dlouhodobé péče (více kap. 6).

Sociologické a psychosociální důsledky stárnutí jsou způsobeny především změnami v charakteru rodiny, způsobu bydlení, dále vyšší vzdělaností starších osob, jejich stoupajícími požadavky na životní úroveň a také zvyšující se ekonomickou aktivitou seniorů. Tak jak se v posledních desetiletích proměňuje společnost, mění se i způsob života obyvatelstva. Neopominutelná by však měla být sociální integrace seniorů, naslouchání jejich potřebám a snaha o řešení rizikových situací a problémů. Nové projekty začínají více podporovat mezigenerační solidaritu. Ve vytváření příznivé společenské atmosféry a výchově k úctě ke starým lidem a zájmu o ně má nezastupitelnou úlohu rodina, škola i celá veřejnost. V posledních letech se tohoto úkolu úspěšně zhostila některá veřejnoprávní média.[20]

Osobní důsledky stárnutí můžeme charakterizovat jako životní problémy seniorů. Jako nepříznivé osobní důsledky stárnutí lze bezpochyby označit zhoršení vlastního zdravotního stavu, nemoc blízké osoby spojenou s dlouhodobým pečováním, úmrtí životního partnera, příbuzných a přátel. Velmi záleží na schopnostech a možnostech jedince a podpoře jeho okolí včetně pro-

18 Čevela, R. et al.: *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada 2014.

19 Zavázalová, H. et al.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 23–24.

20 V rámci projektu Českého rozhlasu „Ježíškova vnoučata" nakreslilo 100 tisíc dětí z mateřských škol vánoční přání pro opuštěné seniory. Lidé si začali více všímat osamělých starých lidí ve svém okolí či širším příbuzenstvu. To vzbuzuje naději, že projekt do budoucna přispěje k proměně mezigeneračních vztahů a názorů mladších lidí na starší generace.

fesionálů, jak tyto závažné životní situace senior zvládne. Znamená to často nutnost změny životního stylu, potřebu zvýšené pomoci od druhých, ale i větší finanční zátěž. Aktuální je ve stáří zabezpečení vhodného bydlení, což zahrnuje problematiku jeho finanční udržitelnosti, bezbariérovosti bydlení, jeho bezpečnosti, dostupnosti služeb, blízkosti rodiny a přátel. Jako zvláště naléhavá se jeví tato otázka v době, kdy starý člověk ztrácí životního partnera a zůstává bydlet sám. Stále diskutováno je téma sociálního bydlení pro seniory.

Jako nejzávažnější osobní důsledky stárnutí lze označit snížení soběstačnosti a osamělost. Gerontologická prevence, stejně jako sociální práce se seniory usilují o předcházení vzniku závislosti na pomoci druhé osoby a o zmírnění osamělosti udržováním kontaktů. Cílem je udržet starého člověka v jeho vlastním prostředí, pokud si to on sám přeje a je to pro něj a jeho okolí bezpečné.

I v situaci, kdy závažné zdravotní obtíže starého člověka výrazně omezují, je třeba v rámci osobních důsledků stárnutí zmínit i specifická pozitiva vyššího věku. K těm patří ustálenost potřeb a s přibývajícími zkušenostmi spojená změna v hierarchii hodnot spolu se schopností odlišit záležitosti podstatné od nepodstatných. Přibývá volného času s možností věnovat se dostupným aktivitám, ale také více času pro všechny blízké. A to je cenné i v situaci fyzicky limitovaného stáří. „Stárnutí není jen procesem degradace a vadnutí; má stejně jako každá životní etapa své vlastní hodnoty, své vlastní kouzlo, svou vlastní moudrost…“[21]

1.5 CHARAKTERISTIKY SENIORSKÉ POPULACE

Vzhledem ke stále se prodlužující střední délce života lze očekávat u mnoha osob **dlouhé trvání života ve stáří**. I když bývá populace starých lidí vnímána jako homogenní, jedná se o velmi **heterogenní skupinu**. Senioři se mezi sebou významně liší věkem, zdravotním stavem a funkčními schopnostmi, ekonomickými podmínkami, formou bydlení, sociální sítí, vzděláním, zájmy, prioritami i hodnotovým systémem atd.

K charakteristikám soudobé seniorské populace patří **převaha** (zpravidla ovdovělých) **starých žen**, které jsou více než muži **ohroženy chudobou**. Dalším rysem je v různých aspektech i určitá **znevýhodněnost seniorů** oproti příslušníkům mladších generací v současné společnosti.

Většina osob vyššího věku žije samostatný, plný a mnohdy i velmi aktivní život. Z hlediska funkční zdatnosti je označujeme jako seniory **nezávislé, zdatné, či dokonce elitní**. Sociální práce je však zaměřena zejména na **seniory křehké, závislé a umírající**.[22] Ti jsou v různé míře ohroženi poklesem funkčních schopností a soběstačnosti, a nejsou proto schopni uspokojovat své

21 H. Hesse in: A. Grün. *Umění stárnout*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství 2009, s. 12.

22 Čevela, R. et al.: *Sociální gerontologie*. Praha: Grada 2012, s. 29.

každodenní potřeby. Podmínky poskytování pomoci a podpory těmto osobám v České republice upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

1.6 SOBĚSTAČNOST A ZÁVISLOST VE STÁŘÍ

Soběstačnost je definována jako „schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost. Má složku fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou."[23] Míru soběstačnosti ve stáří nejvíce ovlivňují závažné nemoci, špatné bytové podmínky a všechny rizikové gerontologické faktory. Dále je to nemožnost nebo neochota v poskytování pomoci ze strany rodiny a v některých regionech i zhoršená dostupnost zdravotnických a sociálních služeb.[24] S přibývajícím věkem se lidé velmi obávají ztráty soběstačnosti a závislosti na pomoci a péči druhé osoby. Soběstačnost tak pro seniory představuje významný aspekt kvality života.

Závislost může u starého člověka vzniknout náhle (závažný úraz, cévní mozková příhoda) nebo postupně (zhoršující se chronické onemocnění – demence, Parkinsonova nemoc, ztráta zraku). Nelze pomíjet příčiny a rizika sociálně konstruované závislosti (architektonické bariéry, nedostatečné a nefunkční sociální vazby spolu s vytěsněním stárnoucího jedince z přirozeného prostředí).[25] Ve stáří je nízká míra soběstačnosti charakterizována vzrůstající prevalencí a zhoršováním s věkem, vyšší prevalence a rychlejší nástup je u žen. U obou pohlaví dochází postupně ke sdružování defektů a hierarchii v poklesu funkčních schopností – tj. nejprve se obvykle snižuje schopnost vykonávat všední denní činnosti a při dalším poškození se přidávají problémy se zabezpečením sebeobsluhy.[26]

1.7 RIZIKOVÉ GERONTOLOGICKÉ FAKTORY

Jako rizikové gerontologické faktory lze označit charakteristiky a události, které mohou přispívat k větší ohroženosti seniorů. Jedná se o rizikové osoby a rizikové situace v populaci seniorů.

Rizikové osoby v populaci seniorů podle WHO:[27]

- osoby starší 80 let,
- osoby vyššího věku žijící osaměle,
- staré, zejména osamělé ženy,
- senioři žijící v rezidenční péči,

23 Zavázalová, H. et al.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 31.
24 Tamtéž, s. 31–32.
25 Kubalčíková, K. et al.: *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*.
26 Zavázalová, H. et al.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 31.
27 Tamtéž, s. 36.

- staří lidé se závažným onemocněním,
- páry, kde je jeden z partnerů vážně nemocen,
- osoby vyššího věku se špatným hmotným zabezpečením.

Tito staří lidé už nejsou schopni adaptovat se na změny, které se stárnutím souvisejí. V sociální práci by na ně měla být zaměřena depistáž a dispenzarizace, neboť potřebují v různé míře podporu a pomoc.

K nově diskutovaným tématům patří rizikovost některých specifických skupin mezi seniory (např. stárnoucí osoby s mentálním znevýhodněním, staré osoby bez domova, senioři závislí na návykových látkách). Tito lidé čelí speciálním problémům a bezpochyby vyžadují z hlediska sociální práce obdobnou pozornost jako výše jmenovaní (více kap. 21–23).

Rizikové situace u seniorů:

- **Ztráta manžela, životního partnera a poslední blízké osoby** patří k nejtěžším životním událostem a lze říci, že pro staršího člověka je to ztráta nenahraditelná. Náhle vzniklá prázdnota může být spolu s truchlením provázena pocity opuštěnosti, vystupňováním úzkosti, depresivitou i somatickými příznaky. Je třeba vystavět novou strukturu dne a s odchodem blízkého člověka bývají spojeny i praktické problémy – pozůstalý senior je náhle na všechno sám, musí převzít povinnosti, které obstarával jeho partner, a nezřídka se významně zhorší i jeho finanční situace. Je nutné řešit řadu nově vzniklých situací.
- **Přemístění do pobytových zařízení sociální nebo zdravotní péče** je považováno za významný rizikový mezník v životě starého člověka. Úskalím může být adaptační krize, riziko sociální izolace, ztráta autonomie a intimity, ohrožení míry dosavadní soběstačnosti (přepečování) i syndrom poslední štace (příznaky plynoucí z uvědomění si definitivní ztráty domova). Nepříznivě může být institucionalizace vnímána především tehdy, pokud není se seniorem dostatečně a citlivě prodiskutována v rodině i ze strany profesionálů. Týká se to jak starších osob s rodinným zázemím, tak osamělých.[28] Ke zmírnění uvedených rizik, která hrozí při přechodu seniora do rezidenční péče, slouží adaptační proces a individuální plánování (více kap. 15 a 16). Oproti tomu hospitalizace v nemocnici je seniorem chápána spíše jako přechodná změna s perspektivou návratu do domácího prostředí.
- **Návrat z ústavního zařízení do vlastního prostředí** je spojen s rizikem návratu do domácího prostředí bez zajištěné péče. Senior je ohrožen dekompenzací zdravotního stavu, komplikacemi a další hospitalizací. Prevencí této situace je správná koordinace služeb na úrovni sociální práce v nemocnicích a v terénu (více kap. 14 a 17).
- **Odchod do starobního důchodu představuje významný životní mezník.** Důležité jsou okolnosti, které tuto situaci provázejí, a tak je pro některé starší osoby věk nároku na starobní důchod vítaný (dlouhodobě ne-

28 Vágnerová, M.: *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří.* Praha: Karolinum 2007.

zaměstnaní, lidé se zdravotními problémy, ti, kdo pečují o nesoběstačné rodiče nebo blízké, ale i senioři, kteří se realizují v péči o vnoučata či mají řadu koníčků, na něž dosud neměli čas). Riziková je situace pro ty starší osoby, jimž byla jejich profese vším, nemají jiné zájmy ani širší sociální zázemí. O to hůře nesou ztrátu profesní role, změnu struktury dne, pocity neužitečnosti a zúžení sociálních kontaktů, spojené s rizikem sociální izolace. Úskalím je i častější pobyt doma, který může vést u osob žijících v partnerství k vyhrocení dosud skrytých problémů, což je spojeno s nutností znovu se naučit žít pospolu. U starších lidí v důchodovém věku je třeba zmínit i ohrožení nedostatkem financí a s tím spojenou nižší životní úroveň.

Rizikové faktory v životě seniorů se často sdružují, přičemž **nejzávažnější je kumulace vysokého věku, špatného zdravotního stavu a osamělosti.** Souběh těchto faktorů vyúsťuje v nesoběstačnost a dlouhodobou institucionalizaci.[29]

1.8 POTŘEBY SENIORŮ

Staří lidé mají obdobné potřeby jako ostatní věkové skupiny, odlišují se však v jiném způsobu jejich naplňování. V průběhu stárnutí dochází také ke změnám v hierarchii potřeb. Pro starého člověka nejsou důležité pouze základní biologické a psychosociální potřeby, ale zpravidla i vyšší potřeby duchovní. Jejich naplňování může napomoci v mezních situacích lidského života, ale také v pokročilém, fyzicky značně limitovaném stáří.[30]

S postupujícím věkem vystupují do popředí zejména následující potřeby:[31]

- **Potřeba citové jistoty** – souvisí s vazbou na blízké osoby ochotné poskytnout seniorovi pomoc a podporu.
- **Potřeba bezpečí** – její význam ve vyšším věku souvisí s ubýváním kompetencí a sil u stárnoucího člověka.
- **Potřeba lásky, sociálních kontaktů, rodinné vazby** – specifickým znakem stáří je potřeba sociálního kontaktu. Ten by měl být přiměřený. Senioři upřednostňují blízké osoby (rodina, přátelé, sousedé) a oproti mladým lidem obtížněji navazují nové vztahy (rizikem je např. přestěhování nebo nástup do rezidenční péče.)
- **Potřeba seberealizace** – někteří senioři se realizují v rámci svých koníčků, plní si svoje dřívější sny, a často také pečují o potřebné členy rodiny, vnoučata atd. Pouze velmi malá část seniorů i po odchodu do starobního důchodu je i nadále zaměstnána či podniká.[32] Někteří naplňují potřebu

29 Zavázalová, H. et al.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*, s. 36.
30 Ondrušová, J.: *Stáří a smysl života*, s. 41–44.
31 Vágnerová, M.: *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*.
32 Český statistický úřad. *Senioři.* (online), 10. 5. 2017, https://www.czso.cz/csu/czso/seniori.

seberealizace formou vzpomínek na dřívější profesní dovednosti a úspěchy. Především v pozdním stáří může potřeba seberealizace vyhasínat, když se staří lidé smiřují se svým životem, bilancují a jejich ambice ustupují do pozadí.

- **Potřeba užitečnosti pro druhé** – pocit neužitečnosti může pro starého člověka představovat silnou emoční zátěž a snižovat jeho sebevědomí. Potřebu být užitečný mohou senioři naplnit zčásti v pracovním procesu, dále v pomoci nebo péči o členy širší rodiny (staré rodiče, partnera, vnoučata), ale i v rámci komunity. V pozdním stáří s fyzickými limity se pak jedná o zapojení ve formě zcela nenáročných „prací" a úkonů, které, pokud je starý člověk dokáže, mu dodávají právě pocit užitečnosti.
- **Potřeba autonomie** – možnost volby, rozhodování, kontroly nad svým životem je významná pro spokojený život i ve stáří.
- **Potřeba zachování důstojnosti** – i v omezeném stáří lze potřebu důstojnosti charakterizovat jako jednu z nejvýznamnějších. Nutnost zachovávat lidskou důstojnost osob, jimž je poskytována pomoc a podpora, je zakotvena i v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- **Spirituální potřeby** (více kap. 12 a 24).
- **Potřeba smysluplnosti života** (více kap. 9).

1.9 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ

Jak na celém světě přibývá starších lidí, roste i zájem o zkoumání různých aspektů jejich života. Studium kvality života prodělává svůj „boom" zejména v posledních desetiletích.[33] Hodnocení kvality života a posléze i jeho smysluplnosti ve stáří se stalo předmětem odborného zájmu až poté, co byly ve vyspělých zemích pro seniory zajištěny základní materiální podmínky a bazální zdravotní a sociální péče.

„Kvalita života" je nejednoznačný a široký pojem. V současné době je užíván v celé řadě oborů, a tak jej lze definovat i zkoumat z různých aspektů. Obecně se dá říci, že koncept kvality života má dvě dimenze: objektivní a subjektivní. Objektivní kvalita života znamená naplnění požadavků, které se týkají materiálních a sociálních podmínek života a fyzického zdraví. Subjektivní kvalita života souvisí s psychickou pohodou a všeobecnou spokojeností se životem.[34]

Existuje celá řada definic, přičemž Světová zdravotnická organizace charakterizuje kvalitu života jako to, „jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům". V této definici se odráží subjektivnost hodnocení

33 Hnilicová, H.: Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: J. Payne: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton 2005, s. 196–204.

34 Tamtéž.

kvality vlastního života, její kulturní podmíněnost a vztah k individuálním hodnotám a způsobu jejich realizace.[35]

Tématem kvality života se zabývají různé koncepty. Například v modelu čtyř kvalit života považuje jeho autor[36] za důležité kromě **vnějších předpokladů** (vhodnost prostředí: ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky kvality života) a **vnitřních předpokladů** (životaschopnost jedince: fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života) i **vyšší hodnoty**. Jedná se o užitečnost života člověka pro jeho okolí a jeho vnitřní cenu (morální vývoj). Do konceptu je včleněno i **vlastní hodnocení života**, které zahrnuje subjektivní pohodu, spokojenost, štěstí a pocit smysluplnosti.

Hodnocení kvality života se na konci 20. století stalo standardním postupem pro hodnocení zdravotní a sociální péče. Vznikaly mezinárodní výzkumné ústavy a odborné společnosti a byly vytvořeny validizované instrumenty pro zkoumání kvality života. Ke zjišťování kvality života se obvykle používají všeobecné nebo speciální dotazníky (např. pro osoby určitého věku, nemocné s konkrétní diagnózou) či strukturované rozhovory. Studium kvality života je v současnosti považováno za samostatnou mezioborovou vědní disciplínu.[37]

1.9.1 KVALITA ŽIVOTA U SENIORŮ

Podle závěrů studie z roku 2013[38] je pohled samotných starších osob na kvalitu jejich života komplexní a zahrnuje celou řadu aspektů, které ji ovlivňují pozitivně i negativně. Týkají se jednak současného prožívání, ale i minulých zkušeností a také představ o dalším životě. Pro chápání a charakterizování kvality života je pro seniory významné **sociální zázemí** a **vztahy s jejich nejbližšími** a rovněž **subjektivní posouzení zdravotního stavu**, od něhož se odvíjejí další možnosti či omezení. K nejpodstatnějším z nich patří **možnost účastnit se různých aktivit**, ať už individuálně nebo v kolektivu, dále **soběstačnost a finanční a materiální zabezpečení**. K dalším významným faktorům ovlivňujícím kvalitu života řadí senioři **potřebu smyslu života** a **schopnost žít navzdory různým ztrátám**. Důležité je pro ně také **přátelské a bezpečné prostředí**.

Na rozdílnost priorit u starších osob v různých životních situacích upozorňují další studie. Pro seniory žijící **v pobytových zařízeních je důležitá** míra osobní **autonomie, soukromí, nezávislost, možnost volby, strukturovanost času a adekvátní podpora v případě potřeby**. Senioři v rezidenční péči kladli důraz i na **kvalitu prostředí**, zatímco staří lidé žijící ve vlastním

35 Dragomirecká, E.: Koncept kvality života ve stáří. In: I. Tomeš et al.: *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum 2017, s. 103–111.
36 Veenhoven, R.: The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies* 1, č. 1 (2000), s. 1–39.
37 Dragomirecká, E.: Koncept kvality života ve stáří, s. 103–111.
38 Kačmárová, M.: Subjektívne hodnotená kvalita života seniorov: kvalitatívne a kvantitatívne postupy jej zisťovania. *Československá psychologie* 1, č. LVII (2013), s. 44–51.

prostředí považovali pro kvalitu života za důležité **sociální začlenění**.[39] Kromě vyjmenovaných aspektů upozorňují další autoři[40] na hodnotu stabilního manželství a význam nepřítomnosti problémů s alkoholem. **Opakovaně je jako faktor, který výrazně ovlivňuje subjektivní hodnocení kvality života, uváděna depresivita.**[41]

Diskutována je kvalita života starších osob ve vztahu k prodlužující se naději dožití. Vzhledem k tomu, že významným atributem dobré kvality života je zdravotní stav, je třeba zmínit i téma kvality života nemocných starých lidí, kteří potřebují odbornou pomoc a péči. Medicínské hledisko, zaměřené na zdravím podmíněnou kvalitu života, používá kvalitu života i jako určitý protiklad ke kvantitě života (délce přežití). Kvalita života je v současnosti spolu s mortalitou hlavním parametrem každé léčby závažného onemocnění. Vztáhneme-li téma kvality života u nemocných seniorů k již zmíněnému modelu čtyř kvalit života, můžeme upozornit jako na jeden z vnějších předpokladů kvality života i na význam přístupu profesionálů k nemocným, nesoběstačným a pomoc a péči potřebujícím starým lidem. Podstatnou složku tak tvoří i kvalita poskytované péče a přístup těch, kteří se o tyto seniory starají.

39 Dragomirecká, E.: Koncept kvality života ve stáří, s. 103–111.

40 Heun, R. et al.: Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 99, č. 3 (1999), s. 171–178. Vaillant, G. E. – Mukamal, K.: Succesful Aging. *American Journal of Psychiatry* 158 (2001), s. 839–847.

41 Dragomirecká, E. 2007. *Prediktory kvality života ve vyšším věku.* Disertační práce. FF UK, Praha.

/2/

Komunikace se seniory v kontextu psychopatologie spojené se stářím

Beáta Krahulcová

Pochopení složitosti a zásadního významu komunikace se seniory odpovídá metaanalýza výsledků výzkumných šetření v oblasti komunikace v sociální práci s klienty zejména po traumatech a onemocněních mozku. Formulace nastíněných zásad a doporučených postupů pro moderně koncipovanou sociální práci má také širší význam, respektive tyto zásady jsou využitelné i pro různé cílové skupiny seniorů. **Význam správně užité komunikace se seniory v kontextu psychopatologie posiluje pozitivní efekty redukce autoritativních institucionálních přístupů.** Obecně vhodná komunikace posiluje individualizaci podpory a naplňuje požadavky moderních psychosociálních přístupů ke klientům zejména s afáziemi, duševními poruchami a perspektivou rozvoje syndromu demence.

2.1 KOMUNIKACE SE SENIORY V KONTEXTU PSYCHOPATOLOGIE

Pro afázii jako ztrátu nebo významné zhoršení komunikačních schopností člověka, které již prokazatelně do doby onemocnění či traumatizace mozku existovaly, je v odborné literatuře mnoho definic.

Například: „Afázie jako úplná nebo částečná neschopnost vysílat symbolické kódy mluvené a/nebo psané řeči, na podkladě lokalizovaného poškození mozku." (modifikováno podle více autorů)

„Afázie je získané narušení komunikační schopnosti zasahující všechny modality řeči a v různé míře i všechny roviny jazykového systému. Afázie vzniká jako důsledek ložiskových poškození mozku a projevuje se systémovým vlivem mozkové léze na vyšší psychické funkce." (modifikováno podle více autorů)

Specifickou informační hodnotu má také neuropsychologická definice Alexandra Romanoviče Luriji: **„Systémové narušení řeči, které vzniká při organických poškozeních mozku, zasahující různé úrovně organizace řeči.** Toto poškození má vliv na vztah řeči k ostatním psychickým funkcím a vyvolává dezintegraci všech psychických sfér člověka a narušuje především komunikační funkce řeči." (modifikováno podle více autorů)

V sociální praxi je vnímána zejména psychosociální rovina afázie, rámcovaná jako kvalita života klientů s afázií. Hodnocení kvality života, tedy hodnocení fyzické, psychické a sociální spokojenosti klientů sociální práce, založené na konceptu zdraví vnímaného klientem, nikoli pouze jako absence nemoci, se nabízí jako jeden z nejjistějších způsobů zjišťování stavu klienta s chronickým onemocněním. Jeho aplikace v afaziologii je významně poznamenaná dvěma faktory. Prvním je dosah fatické poruchy samé a druhým vysoká míra unavitelnosti klientů s afázií včetně vlivu častých přidružených deficitů (různý stupeň parézy – ochrnutí dominantní ruky, senzorický deficit nebo deficit praxe). Proto je dodnes poměrně vzácně používaná specifická baterie pro hodnocení kvality života osob s afázií. Mnohem častěji jsou používané komplexní testy zaměřené zejména na hodnocení narušené komunikační schopnosti a vnímání kvality života je odvozováno od míry a typu narušení komunikace. V zahraničí je nejčastěji používaný Sickness Impact Profile (SIP).[42] Uvedený test je užíván v redukovaném formátu a potřebám klientů s afáziemi přizpůsobené verzi. Pro klienty s afázií je významná menší časová a formální náročnost, přičemž ji autoři dostatečně ověřili jako validní pro hodnocení situace chronicky nemocného klienta ve třech základních oblastech: sociální, fyzické a psychické.

Lze uvést rovněž výstupy několika výzkumů realizovaných skupinou vedenou V. Kwaem (1996).[43] Z hodnocení kvality života klienta po cévní mozkové

42 Haan, R. de et al.: Quality of life after Stroke. Impact of stroke type and lesion location. *Stroke* 26, č. 3 (1995), s. 402–408. (online), https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC549031/.

43 Kwa, V. et al.: The role of cognitive impairment in the quality of life after ischaemic stro-

příhodě (dále CMP) vyplynula korelace nízkého skóru kvality života s rozsahem ischemické mozkové příhody, s poruchou motoriky, se sociální závislostí a s afázií. Podobné výsledky byly prokázané u klientů po CMP hemoragického typu. Výzkumy zaměřené na hodnocení kvality života klientů s hemiparézou po CMP poukázaly na několik faktorů zhoršené kvality života, například diagnostikovanou depresi a závislost na sociálním prostředí (nesoběstačnost). Více zdrojů poukazuje na převládající statické aktivity klientů po CMP, na ochabování sociálních kontaktů s přáteli a známými. V chronickém stadiu onemocnění nedochází k uspokojivé úpravě deprese a izolace v závislosti na čase. Klienti s mozkovou lézí řadí depresi, ztrátu kontroly v sociálních vztazích, problémy se základním přizpůsobením v každodenních aktivitách a nepříznivou situaci ve svém okolí mezi faktory nejvíce handicapující.

2.2 DEPRESE A DALŠÍ DUŠEVNÍ PORUCHY SPOJENÉ S AFÁZIÍ

Fatické poruchy **(poruchy vyšších korových funkcí řídících řeč a komunikaci)** sehrávají určující roli v procesu izolace. Afázie tedy představuje významnou roli bariéry při rodinné, osobní i společenské reintegraci. Trvalá **změna sociální role** má destruktivní důsledky na osobnost. Mezi nejvýraznější psychické změny v osobnosti klienta po CMP patří častější sebestředné jednání, snížení emotivní kontroly, omezení iniciativy, ztráta plánování budoucnosti, změna v sexuálním chování a obtíže při navazování nových sociálních kontaktů.

Afektivní duševní poruchy a z nich zejména deprese jsou detekovatelné u 20–60 % klientů po CMP a jsou po hemiparéze a afázii třetím nejčastějším symptomem.[44]

Pozitivně korelujícími faktory jsou: přítomnost nonfluentní afázie, předcházející psychiatrické poruchy, ztráta nebo významné omezení autonomie, koexistence jiných neurologických syndromů. Z demografických ukazatelů se v souvislosti s depresí u klientů po CMP poukazuje na věk (vyšší procento depresí u starších osob) a pohlaví (vyšší procento depresí u žen). Z dalších výzkumných výsledků je nezbytné uvést vliv stresu, omezené sociální podpory a medikace na manifestace deprese. K nejvážnějším důsledkům deprese patří sebevražedné tendence, a také druhotné obtíže v oblasti paměti a pozornosti, které se promítnou do schopnosti spolupráce při reedukaci. Významně ovlivní výsledky aktivizace klientů zhoršená sociální adaptace a pasivní způsob života spojený se ztrátou sociálních rolí a emocionální zátěží. Výsledky výzkumu

---

ke. *Journal of Neurology* 243, č. 8 (1996), s. 599–604. (online), https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8421836.

44 Podle sdělení MUDr. Roberta Mikulíka, FN u sv. Anny, Brno, Neurologická klinika 2015.

Marka Preisse (1997)[45] jednoznačně prokázaly zvýšenou hladinu depresivity u klientů po CMP (výzkum provedený na rekondičním pobytu organizovaným Sdružením pro rehabilitaci osob po CMP). Kromě deprese se u klientů po CMP ve zvýšené míře vyskytuje smutek, celkové psychomotorické zpomalení, častá je rychle nastupující únava, apatie, úzkosti, poruchy emocionální kontroly a poruchy spánku. Méně často se vyskytují poruchy osobnosti, egocentrismus. Adaptace na handicap je pomalým a pozvolným procesem, v jeho počátcích bývají patrné projevy maladjustace (selhávání přizpůsobivosti). Na předpokládaný úbytek intelektuálních schopností a kognitivní regrese nejsou jednotné názory. Mnozí tento aspekt relativizují s odkazem na obtížnost testování těchto funkcí. K rizikům psychické maladaptace patří poruchy příjmu potravy a vznik nebo rozvoj závislostí, především závislost na alkoholu je udávaná velice často. Komplex popisovaných změn má nesporně významný vliv na celou rodinu klienta a vyvolává potřebu sociální práce s rodinou.

Pro posouzení důsledků afázie, která vzniká nejčastěji po CMP, po onemocnění mozku (meningitidy a další infekční či neurodegenerativní onemocnění) a také po traumatu mozku (kontuze mozku, silné a opakované údery do hlavy, bití, týrání, box apod.), slouží klasifikace uvedená na obrázku 2.1.

Afázie není stavem, ale neustále se vyvíjejícím procesem. Změna klinického obrazu osoby s afázií je způsobena procesem funkční rekuperace, který je umožněn především fenoménem mozkové plasticity. K funkční reorganizaci mozkových center dochází jednak spontánně a jednak vlivem cílené aktivity klienta s afázií a jeho terapeuta, která bývá nejčastěji označována jako **terapie afázie**. Často se též používá pojmu reedukace či rehabilitace řeči. K významné úpravě stavu narušené komunikační schopnosti dochází podle více autorů nejintenzivněji v období 6–12 měsíců od vzniku afázie. Mezi faktory nejvíce ovlivňující **obnovení fatických funkcí** patří věk, přítomnost dalšího onemocnění, příčina onemocnění nebo traumatu mozku, rozsah mozkové léze. Nejjasnější je vliv lokalizace mozkové léze. Kritéria moderně chápané terapie jsou především v její systematičnosti, struktuře, adaptaci a intenzitě.[46]

2.3 KLÍČOVÁ DOPORUČENÍ KE KOMUNIKACI, JEŽ VYPLÝVAJÍ Z KLASICKY FORMÁTOVANÉ REHABILITACE

Komunikace při globální afázii. Vzniká v důsledku rozsáhlého poškození řečových zón mozku. Dochází k celkovému rozpadu řeči. Klienti s globální afázií nemluví vůbec nebo používají tzv. afatický žargon složený z nesmyslných shluků hlásek, tudíž nesrozumitelný pro okolí. Prognóza globální afázie

45 Cit. podle Cséfalvay, Z.: Nové paradigma v logopedickej intervencii pri afázii. In: V. Lechta et al.: *Logopaedica IV.* Bratislava: Liečreh Gúth 2001, s. 22–23.

46 Cséfalvay, Z. – Traubner, P.: *Afáziologia pre klinickú prax*. Martin: Osveta 1996.

Fluence	Non-fluentní				Fluentní			
Porozumění	Porušené		Normální		Porušené		Normální	
Porozumění	Porušené	Normální	Porušené	Normální	Porušené	Normální	Porušené	Normální
Afázie	Globální	Trans-kortikální smíšená	Brocova	Trans-kortikální smíšená	Wernic-keova	Trans-kortikální smíšená	Kondukční	Anomická
Lokalizace								

Obr. 2.1: Klasifikace afázií podle Normana Geshwinda, zdroj: https://is.muni.cz/th/xew9p/Prilohy_iPad_a_afazie.pdf.

je většinou nepříznivá. Jedná se o nejtěžší typ afázie. Při práci s klientem se užívá situační gestická komunikace.

Komunikace při transkortikální smíšené afázii. Vzniká v důsledku rozsáhlého poškození mozku, léze před a nad Brocovým centrem v levém frontálním lobby. Je to kompletní porucha iniciace, tvorby i procesu řeči. Porucha má tendenci zlepšovat se ve všech složkách: plánování, spouštění, tvorbě i procesu komunikace.

Komunikace při Brocově afázii. Vzniká expresivní afázie, zahrnuje poruchy tvorby řeči a klient vykazuje variabilně zachovalou schopnost rozumět. Pravidla komunikace: Klient má zachovalou vnitřní řeč, většinou rozumí sdělení. Vyvolává ale jiný dojem o své komunikační schopnosti. Neztratil svoji identitu. Mívá poruchy krátkodobé paměti. Má sníženou obratnost mluvidel, v důsledku toho sníženou srozumitelnost řeči. Uvědomuje si své obtíže. Potřebuje dostatek času ke komunikaci, klid, empatii, při těžké formě potřebuje povzbudit. Dáme mu vhodným způsobem najevo, že mu rozumíme. Procvičujeme hybnost mluvidel, nebo při těžší formě nabídneme náhradní způsob komunikace – symboly, obrázky, věty na kartičkách, tematické soubory obrazů, slov, frází na PC. Někdy klient nemůže využít psaní ke komunikaci z důvodu omezení hybnosti vedoucí ruky, často původně pravoruký jedinec přechází na levoruké psaní. Klient je schopen číst s porozuměním. Mívá poruchy nálad, pozornosti, chování.

Komunikace při transkortikální motorické afázii. Vzniká následkem léze před a nad Brocovým centrem v levém frontálním laloku. Je to porucha spontánní řeči, zlepšuje se zejména schopnost opakovat. Může váznout spouštění – iniciace řeči. Řeč je agramatická a vyvolává dojem velké námahy. Často se jedná o přechodný obraz snížené schopnosti komunikovat, doporučuje se

využívat alternativní komunikační prostředky, obrazové slovníky, technické komunikační prostředky.

Komunikace při Wernickeově afázii. Vzniká v důsledku léze Wernickeova centra. Na první pohled se řeč jeví jako zřetelná, plynulá, spontánní, ve skutečnosti ale klient nerozumí a používá zkomoleniny. Pacient buď vůbec není schopen analyzovat fonologickou stavbu slov, která tím pro něj ztrácejí jakýkoli význam, nebo se nedokáže ve výpovědi orientovat. Často se jako průvodní znak Wernickeovy afázie vyskytují poruchy produkce řeči: nezadržitelný proud slov plný neologismů a sémantických parafázií, extrémem je řeč typu žargon. Specifika komunikace klienta jsou tyto: nerozumí sdělení, není schopen zopakovat sdělení, nečte, píše pouze mechanicky, vlastně opisuje, může mít zachovanou určitou vnitřní řeč, v komunikaci je rychle unavitelný a stupňuje se chybovost. Komunikace klientů s Wernickeovou afázií se po určitou dobu od traumatu řečových zón mozku částečně zlepšuje, nicméně velice dlouho, nebo i trvale, si uchovávají mluvní slang a klienti mají anomické obtíže (problém správně pojmenovat). V komunikaci se doporučuje využívat konkrétní předměty, situační či předmětové obrazy.

Komunikace při transkortikální senzorické afázii (TSA). Vzniká následkem léze vzadu za Wernickeovým centrem v levém temporálním laloku. Řeč pacientů s TSA je fluentní, obsahuje množství sémantických parafázií. Problém je zejména v aktivní komunikaci, klient nerozumí, neformuluje myšlenky, řeč je obsahově prázdná. Bývá narušená také vnitřní řeč, a to přestože jsou klienti schopni poměrně dobře v dialogu opakovat slova komunikačního partnera. Schopnost opakovat předříkávaná slova a věty bez porozumění jejich obsahu zůstává zachována. V komunikaci se doporučuje využívat předměty, obrazy, situační nápovědy jako jakési klíče k překonání komunikačních selhání.

Komunikace při kondukční afázii. Vzniká následkem léze levého temporálního laloku a přilehlých subkortikálních struktur. Je to porucha spontánní řeči, zlepšuje se především schopnost opakovat. Nebo vázne spouštění – iniciace řeči. Řeč je agramatická, vyvolává dojem velké námahy. Často se jedná o přechodný obraz schopnosti komunikovat. Komunikace při kondukční afázii je charakteristická tím, že zůstává zachována aktivní řeč i porozumění řeči, porozumění sdělení jiných osob. Problém vzniká při přenosu impulzů mezi senzorickým a motorickým centrem řeči, někdy k problému dochází v důsledku poruchy krátkodobé verbální paměti. Porucha se objeví v okamžiku, kdy má klient opakovat předříkávaná slova či věty. Porucha se objeví extrémně, když má klient opakovat slova nebo věty beze smyslu. Kondukční afázii lze považovat za zvláštní formu afázie senzorické. Klient rozumí sdělení a mluví. Nedokáže zopakovat sdělené, zapamatovat si sdělené. Uvědomuje si své obtíže. Komunikaci prospěje doplňovat sdělování obrázky, fotografiemi, schématy, pověřit úkolem, například připravit si sdělení pro někoho či skupinu.

Komunikace při anomické afázii. Anomická nebo také amnestická afázie vzniká následkem různých lézí CNS. U většiny klientů s afázií typu ano-

mie lze očekávat zlepšení řeči, dlouho ale přetrvávají obtíže při pojmenování a rozvláčná řeč. Pacientovi působí problémy pojmenování běžných předmětů, jevů, činností. Výslovnost a rozumění řeči nejsou porušeny. Portfolio ke komunikaci. Při spontánním mluvení si anomičtí afatici nemohou vzpomenout na potřebné slovo, nemohou si vybavit správná slova. Proto místo nich používají různé zkomoleniny nebo ustrnou na stereotypu. V kontaktu s klienty se doporučuje využívat všechny formy podpůrné komunikace realizované vyškolenými komunikačními partnery, zejména rodinnými příslušníky.

2.4 OBECNÉ ZÁSADY KOMUNIKACE S KLIENTY PO TRAUMATU NEBO ONEMOCNĚNÍ MOZKU

Při práci s klientem po traumatu či onemocnění mozku se řídíme těmito obecnými zásadami:

- **Respektujeme identitu pacienta** a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi", „dědo" jsou ponižující.
- Důsledně se **vyhýbáme infantilizaci** (zdětinšťování) starého či těžce nemocného člověka. Ani s nemocnými s těžkými traumaty a onemocněními mozku nebo se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi, jak formou, tak ani obsahem.
- Při komunikaci s geriatrickými klienty se zdravotním postižením a při komunikaci či jejich ošetřování cílevědomě **chráníme lidskou důstojnost**. Snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů, zejména v kognitivní oblasti.
- **Respektujeme tzv. princip psychomotorického zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem**. V průběhu všech úkonů počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
- Složitější nebo zvláště důležité informace, termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků, několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.
- Aktivně, ale taktně **ověříme možné komunikační bariéry**, poruchu sluchu, zhoršení zraku apod., a tomu přizpůsobíme komunikaci.
- K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli klienta, **mluvíme pomaleji, artikulujeme mírně výrazněji, dobře vokalizujeme, mluvíme celkově srozumitelně a udržujeme oční kontakt**. Při pochybnostech ověřujeme správné reakce na instrukce nebo využití kompenzačních pomůcek.
- Bez ověření stavu sluchu **nikdy nezesilujeme hlas**. Při diagnostikované nedoslýchavosti zkrátíme vzdálenost mezi klientem a sociálním pracovníkem a tím zvýšíme zcela přirozeně porozumění řeči. Na žádného klienta, natož na klienta se sluchadlem kompenzujícím nedoslýchavost, nikdy ne-

křičíme. Rychlost a kvalita zaslechnutí a rozpoznání se ve stáří zhoršují především v hlučném prostředí a pro zvuky vysoké (hlasy žen), proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk snížit či odstranit.

- **Dopomoc** při pohybu, odkládání oděvu nebo při usedání či uléhání vždy **nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta), ale nevnucujeme**, umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Sociálně-ošetřovatelská zařízení sloužící klientům po onemocnění nebo traumatu mozku by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.
- Při institucionálním pobytu by komunikace i veškeré aktivizační programy a kontakty měly směřovat k podpoře a k **udržení (obnově) soběstačnosti** křehkého starého člověka se zdravotním postižením, nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

2.5 FUNKCIONÁLNĚ ORIENTOVANÁ TERAPIE AFÁZIE

U klientů s chronickou afázií, kteří zjevně profitují z intenzivní terapie, je doporučována skupinová a funkcionálně orientovaná terapie. Konečným cílem terapie klientů s afázií je dosáhnout optimální úrovně komunikace, jaká je při konkrétní individuální lézi mozkových struktur možná. Cíle terapie jsou výrazně spjaty s využitelností naučených komunikačních segmentů pro komunikační autonomii v reálném prostředí. Cílem není nastolit jednání definované terapeutickou situací, ale pomoci klientovi v soběstačnosti v každodenním životě.

Ztráta, snížení či omezení hybnosti a ztracená nebo omezená možnost komunikace znemožňují saturaci základních lidských potřeb, a to **pohybovat se a komunikovat**. Představují dvě bariéry v integraci. Situace je prožívána jako vážný psychosociální deficit. **Kritéria moderně chápané sociální práce s klienty po traumatech mozku různé etiologie jsou tato:**

- **systematická** (zajištěná pracovníky multioborových týmů),
- **strukturovaná** (předpokladem je ložiskové poškození mozku vyvolávající afázie, klient s afázií je motivovaný pro komunikaci, klient s afázií je schopen koncentrovat pozornost a spolupracovat),
- **adaptovaná** (individuálně přizpůsobená, poskytovaná koordinovanou prací pracovníků multioborových týmů),
- **intenzivní** (nezbytnost cílené a dlouhodobé aktivizační terapie v rozsahu 18–25 hodin týdně).

Při hledání optimální intervenční techniky lze vycházet z vývoje intervenčních přístupů od tzv. anatomoklinických (při nichž terapie vychází z přesně definovaných postupů u jednotlivých typů afázie vztažených k lokalizaci mozkové léze), dále pak behavioristických přes přístupy kognitivní (kdy je

každý případ považován za specifický a je podroben individuální interpretaci příznaků) až k přístupům ekologickým, které soustřeďují pozornost na klienta s afázií v kontextu s jeho přirozeným prostředím a postupují s využitím sociálního tlaku a motivace přirozeného prostředí. **Poslední přístup reprezentuje psychosociální rozměr afázie přes kvalitu života klientů s afáziemi.** Pro skupiny chronických afatiků s potřebou zejména intenzivní a dlouhodobé terapie se nejčastěji poskytuje skupinová a funkcionálně orientovaná terapie. Obecným cílem proto je dosažení optimální úrovně komunikace, jaká je při konkrétní lézi mozkových struktur možná. Kritériem je pak pomoc klientovi v každodenním životě. Na rozdíl od kognitivně neuropsychologických přístupů, které se soustřeďují na analýzu konkrétního deficitu a vypracování individuální terapeutické strategie, zdůrazňují tzv. pragmatické nebo také funkcionálně orientované přístupy vliv narušení na specifické schopnosti člověka. Zcela zásadním způsobem se tak mění chápání terapie u klientů s afáziemi, její metodologie i cíle. Zahraniční autoři podrobněji rozlišují mezi přístupy „celkově funkcionálními", přístupy „pragmatickými" a přístupy „dynamickými". Ty první jsou zaměřené na celkovou úspěšnost komunikace a vycházejí z předpokladu, že někteří klienti nebudou schopni rozvinout svoji komunikaci na dostatečnou úroveň pro zvládnutí každodenních situací. Cílem pak zůstává globální stimulace komunikačních schopností. Pragmatické přístupy se více než na celkovou úspěšnost komunikace soustřeďují na specifické pragmatické komponenty komunikace. Dynamické přístupy se věnují přímo interaktivnímu komunikačnímu chování, nejčastěji běžné konverzaci. Mezi všemi směry lze shledat velkou obsahovou blízkost. Hlavní charakteristikou psychosociálních přístupů, které se obsahově blíží ekologickým přístupům, je akcentace zdravotního postižení / handicapu, který s sebou snížená komunikační schopnost přináší, nikoli primární poruchy či snížení schopnosti samé.

Zájem terapeuta se posunul i na **přirozené prostředí. Tím dochází ke změně tradičního medicínského modelu charakterizované takto:**

- posun zájmu z akutního klienta s afázií na klienta s chronickou afázií;
- důraz na skupinové formy intervence;
- snaha o nezávislost na institucích, které by mohly korigovat, omezovat délku vystavení klientů intenzivní terapii nebo zvyšovat riziko vzniku institucionálního syndromu;
- vznik podpůrných skupin na místní úrovni.[47]

Novým paradigmatem se tak stává aktivita a participace klienta v konceptu kvality života klienta po traumatu či onemocnění mozku.

47 Cséfalvay, Z.: Nové paradigma v logopedickej intervencii pri afázii, s. 22–26.