



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Sociální práce se seniory

Adéla Mojžíšová (editorka)



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY

Adéla Mojžíšová (ed.)

Kolektiv autorů:

Mgr. Magdalena Drábová, Ph.D.

Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D.

doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.

doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

PhDr. Vlastimila Urbanová

Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

Recenzentky:

doc. PhDr. Martina Hrozenská, PhD.

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

© doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D. (ed.), 2019


© ZSF JU v Českých Budějovicích, 2019

ISBN 978-80-7394-761-3

Obsah

1 Stáří a stárnutí, demografická hlediska stárnutí (D. Dvořáčková)	7
1.1 Biologické aspekty stárnutí.....	7
1.2 Psychické aspekty stárnutí.....	8
1.3 Sociální aspekty stárnutí.....	8
1.4 Kategorizace stáří.....	9
1.5 Demografická charakteristika z hlediska stárnutí populace.....	9
2 Geriatrické syndromy a geriatrický pacient (P. Zimmelová)	11
2.1 Funkční geriatrické vyšetření jako koncept funkčního hodnocení seniora.....	11
2.2 Dělení a popis geriatrických syndromů.....	14
2.3 Specifická práce s křehkým nebo závislým seniorem.....	16
3 Ageismus (P. Zimmelová)	18
3.1 Postavení seniorů v současné společnosti.....	18
3.2 Autonomie ve stáří.....	18
4 Týrání a zneužívání seniorů, syndrom EAN (P. Zimmelová)	20
4.1 Senior jako zranitelná oběť.....	20
4.2 Syndrom EAN – Elder Abuse and Neglect.....	20
4.2.1 Fyzické násilí.....	20
4.2.2 Psychické násilí.....	21
4.2.3 Ekonomické násilí.....	21
4.2.4 Sociální násilí.....	21
4.2.5 Sexuální násilí.....	22
4.2.6 Vlastní zanedbávání péče o sebe sama (self-neglect).....	22
5 Kvalita života seniorů (D. Dvořáčková)	23
5.1 Kvalita života.....	23
5.2 Identifikace faktorů ovlivňujících kvalitu života seniorů.....	24
5.3 Potřeby seniorů.....	24
5.4 Metody měření kvality života.....	24
6 Příprava na stáří a koncept aktivního stárnutí (D. Dvořáčková)	26
6.1 Příprava na stáří.....	26
6.2 Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí.....	27
6.3 Aktivní stárnutí.....	27
6.4 Vzdělávání seniorů.....	28
7 Systém sociálních služeb se zaměřením na seniory (D. Dvořáčková)	30
7.1 Sociální práce se seniory v ambulantních sociálních službách.....	30
7.2 Nepříznivá sociální situace.....	30
7.3 Sociální poradenství.....	31
8 Aktivizační činnosti a terapie využívané v péči o seniory (L. Motlová)	32
8.1 Trénování paměti, kognitivní stimulace a kognitivní rehabilitace.....	34
8.2 Reminiscence a reminiscenční terapie.....	36

8.3 Validace.....	38
8.4 Smyslová aktivizace a Snoezelen-MSE koncept.....	41
8.5 Tanečně pohybová terapie	42
8.6 Arteterapie.....	43
8.7 Muzikoterapie.....	44
8.8 Zooterapie – intervence a terapie za asistence zvířat.....	44
9 Vymezení paliativní péče (P. Zimmelová).....	48
9.1 Hospicová péče v České republice	49
9.2 Specifika práce se seniorskými klienty v paliativní péči.....	50
10 Základní legislativa upravující dávky pro seniory (M. Drábová)	52
10.1 Starobní důchod.....	52
10.2 Invalidní důchod	53
10.3 Dávky sociální péče.....	55
10.3.1 Dávky poskytované osobám se zdravotním postižením	56
10.3.2 Dávky státní sociální podpory	58
10.3.3 Dávky pomoci v hmotné nouzi.....	58
11 Komunikace se seniory (V. Urbanová)	63
12 Mezigenerační solidarita v péči o seniory (A. Mojžíšová).....	67
13 Etika sociální práce se seniory (J. Šimek).....	71



Vážené studentky a vážení studenti,

skripta, která máte k dispozici, jsme připravovali souběžně se vznikem nového studijního programu Sociální práce, respektive při transformaci stávajících studijních oborů na nové studijní programy.

Kolektiv autorů se soustředil na problematiku přípravy na stáří a stárnutí, na kvalitu života seniorů a na definování předmětu a cíle sociální práce se seniory v kontextu etiky. Za specifickou je možné považovat kapitolu zaměřenou na týrání a zneužívání seniorů – syndrom EAN. Dále je nedílnou součástí skript kapitola zaměřená na systém sociálních služeb pro seniory a výčet základní legislativy upravující dávky sociálního zabezpečení seniorů. Kapitola osmá se věnuje aktivizačním činnostem a terapiím, které se využívají v péči o seniory, a v závěrečné části skript není opomenuta problematika mezigenerační solidarity v péči o seniory a specifika komunikace sociálních pracovníků se seniory.

*Za kolektiv autorů
Adéla Mojžíšová*

1 Stáří a stárnutí, demografická hlediska stárnutí

DAGMAR DVOŘÁČKOVÁ

Klíčová slova: demografické změny; projevy stárnutí; senior; stárnutí; stáří

Cílem této kapitoly je seznámit studenty s pojmem stáří a stárnutí a se základními projevy stáří v bio-psycho-sociální a spirituální oblasti. Studenti se také seznámí s demografickými změnami z hlediska stárnutí populace a s kategorizací stáří dle WHO.

Stáří a stárnutí

Otázky týkající se tajemství lidského života, smrti, stáří a stárnutí provázely lidstvo od pradávna. V současné době je stárnutí populace celosvětovou záležitostí a nevyhne se ani České republice (Dvořáčková, 2012).

Od jakého věku lze tedy člověka považovat za starého? Pokusů o přesné objasnění pojmu stáří a stárnutí již bylo učiněno mnoho, avšak žádná z definic není absolutní a definitivní. Relativně stálému a přesnému vymezení těchto pojmů brání rozdíly v projevech stáří u každého jedince téhož kalendářního věku. Může to být nesouladem mezi psychickými a fyzickými projevy, stejně tak i odlišnými hodnotícími kritérii k vymezení stáří z hlediska historického, kulturního, sociálního a geografického (Jarošová, 2006).

Pod pojmem stárnutí se nejčastěji rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince (Mühlpachr, 2004). Stáří je důsledkem stárnutí a má své charakteristiky týkající se vzhledu, funkčního stavu, sociálních rolí, společensko-ekonomického postavení, věku a naděje dalšího dožití. Stáří může nabývat různých podob, na kterých se podílí mnoho faktorů. Jedná se např. o genetickou dispozici, vliv prostředí, životní způsob, psychické charakteristiky jedince, úrazy či různá onemocnění (Kalvach a kol., 2014).

Každý z nás se rodí s určitými dispozicemi a to, jak bude reagovat na situace ve svém životě, je ovlivněno jeho genetickými předpoklady, životními zkušenostmi i prostředím, ve kterém žije. Změny způsobené stářím se projevují v rovině tělesné, psychické i sociální. Jedná se o propojené systémy. V návaznosti na změny přichází nutnost hledat ve stáří nový způsob života (Venglářová, 2007).

1.1 Biologické aspekty stárnutí

Tělesné projevy, jimiž se staří lidé odlišují od mladých, označujeme jako fenotyp stáří. Tělesná výška se s věkem snižuje a tělesná hmotnost obvykle s věkem stoupá. Nápadné jsou postoje a chůze. Dochází k úbytku svalové hmoty a síly. Významné jsou i změny smyslového vnímání. U zraku se projevují změny akomodace, dochází k úbytku sluchové ostrosti a také čich i chuť významně klesají (Kalvach, 2004). Všechny morfologické a funkční změny mají vliv na vzhled i chování seniora. Začínají se objevovat pocity introvertního zaměření, nedůvěry a nejistoty. Člověk se čím dál více zaobírá sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi. S těmito tělesnými změnami úzce souvisí i změny v psychickém vývoji jedince.

1.2 Psychické aspekty stárnutí

Psychickou involuci lze chápat jako spořádaně probíhající demontáž osobnosti. Stárnutí bývá spojeno se změnou osobnosti. U seniorů se projevují negativní vlastnosti a do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti (Říčan, 2014).

Některé psychické funkce se ani ve vyšším věku nemění, některé však mají sestupnou, jiné zase naopak vzestupnou tendenci. Věkem se podle Gruberové (1998) nemění slovní zásoba a jazykové znalosti, soudnost a také intelekt dosažený na úrovni zralého věku zůstávají zpravidla nezměněny.

Naopak pozitivními jevy se vzestupnou tendencí jsou vytrvalost, trpělivost a rozvaha, stálost názorů a vztahů, někdy je staršími lidmi vítána i určitá monotónnost či stereotypie, ať pracovní, tak i životní. Patří sem také zvýšená tolerance k druhým lidem i k opačným názorům a schopnost úsudku a nadhledu (Jedlička a kol., 1991).

Změny psychiky provázející stáří způsobují, že se mnoho seniorů velmi obtížně přizpůsobuje náhlým zvrátům jak životních podmínek, tak i zdravotního stavu. Mnohdy je schopnost adaptace narušena natolik, že dochází k závažným změnám, jejichž následkem může být zhoršení zdravotního stavu, které je způsobeno dekompenzací některých fyzických a psychických funkcí nebo nutnost dočasného či trvalého umístění takto postiženého člověka do ústavní péče (Baštecký a kol., 1994).

Pro stárnutí je charakteristický úbytek řady duševních funkcí, podmíněný přirozenými změnami na úrovni biologické. Úbytek nastává pozvolna, v některých složkách už ve středním věku dospělosti. Je důsledkem změn v ústřední nervové soustavě, ale také ve smyslových orgánech, v pohybovém ústrojí, v činnosti žláz a v látkové přeměně (Štěpánková a kol., 2015).

1.3 Sociální aspekty stárnutí

Sociální struktura každé společnosti je vždy spojena se společenskými vztahy. Postoj společnosti ke stáří se vyvíjí a mění. S tím souvisí i společenská role seniorů a jejich společenský status. Moderní společnost vede celý život člověka k nezávislosti. V momentě, kdy člověk odchází na tzv. „zasloužilý odpočinek“, je penzionován, dochází ke změně společenské role – připisuje se mu role „nemít roli“. Při statusu „nemít roli“ se dostává člověk do situace závislosti. V literatuře se objevují dva modely řešení tohoto problému.

- **Teorie aktivity** vychází z názoru, že pokud nemá starší člověk zdravotní potíže, má zůstat po všech stránkách plně aktivní.
- **Teorie stažení** naopak říká, že stárnoucí člověk se má v předstihu připravovat na odchod do důchodu. Pensionování nemá být výsledkem vnějšího sociálního tlaku, ale výsledkem přirozeného vývoje osobnosti a vlastního rozhodnutí (Pacovský, 1990).

Významným mezníkem, který poznamená rodinný život, je odchod dětí z domova. Manželé se náhle ocitají sami, pouze jeden s druhým. Musí nalézt nový způsob manželského života bez dětí. Tato změna může partnery sblížit, nebo se v jejich vztahu naopak objeví trhliny a usadí se prázdnota. Mluvíme o „**syndromu prázdného hnízda**“. Ztráta rodičovské role často bývá nahrazena novou rolí – rolí prarodičů (Pichaud, 1998).

Odchod do důchodu znamená v životě člověka další důležitý okamžik. Je to událost, která představuje konec jednoho období života. Člověk opouští zaměstnání a ztrácí svou práci, která ho svým způsobem definovala. S odchodem do důchodu se mění role člověka. Dříve byl úředníkem, řidičem, učitelem a nyní je důchodcem, což jistým způsobem znamená vstup do stáří.

Odchod do důchodu je často spojován s osamělostí, protože člověk ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání. Množství volného času se najednou zvýší. Manželé se musí přizpůsobit životu ve dvou, sami si zorganizovat čas a naplnit ho činnostmi, které jim budou připadat smysluplné a které je budou těšit (Pichaud, 1998).

S postupujícím věkem se člověk stále více smíruje jak se smrtí svých vrstevníků, tak i se **smrtí partnera**. Říčan (2014) uvádí, že vyrovnat se s ovdověním znamená přeorganizovat svůj život a upnout se k novým cílům.

V důsledku bio-psycho-sociálních změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Vznikají problémy s navazováním nových přátelských i partnerských vztahů. Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvyšuje. Může docházet k **sociální izolaci**.

Ztráta autonomie – s narůstajícím věkem a postupujícím tělesným úpadkem je **ohrožena soběstačnost** seniorů, což má na psychiku seniora negativní vliv. Soběstačnost je definována jako schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost. Senior se tak stává závislým na svém okolí, což může ohrožovat jeho **autonomii** (Dvořáčková, 2012).

1.4 Kategorizace stáří

Různí autoři dělí stáří jinak. Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezuje stáří chronologicky. Základní klasifikace vyššího věku je následující (Říčan, 2014):

- 60–74 let – vyšší věk nebo také rané stáří;
- 75–89 let – stařecký věk;
- 90 let a výše – dlouhověkost.

V současné době není jednotná periodizace stáří jako životního období. Proto stáří vymezujeme hranicemi, které jsou pouze orientační. Tělesná i psychická involuce je individuálně variabilní a je ovlivněna různými vnitřními i vnějšími faktory.

1.5 Demografická charakteristika z hlediska stárnutí populace

Civilizační vývoj je spojen se změnami reprodukčního chování, které se projevují ve změnách porodnosti i úmrtnosti, ale i v ostatních demografických procesech. K důsledkům patří i změny věkového složení společnosti. Podle prognóz našich demografů i OSN může být naše republika v polovině 21. století spolu s Itálií a Řeckem společenstvím s nejvyšším podílem seniorů na světě. Významnou roli hraje nízká intenzita poválečných dětí, u kterých se projevuje nižší úroveň sňatečnosti, pozdější vstup do manželství i nižší počet dětí v rodině (Kalvach a kol., 2014).

V následujících šedesáti letech dojde k významným změnám v demografické struktuře populace na území ČR. Tyto změny budou způsobeny pokračujícím procesem stárnutí populace, jehož příčinou je vzrůstající doba dožití spolu s nízkou porodností. Věková kategorie seniorů, tedy obyvatelstvo ve věku 65 a více let, bude jedinou částí populace, která početně poroste. V období **do roku 2035 půjde o vzestup v řádu jednoho milionu osob**, v následujících dvaceti třech letech přibude dalších více než 730 tis. seniorů, přičemž do konce prognózy se jejich počet pravděpodobně sníží o necelých 185 tis. osob v důsledku předpokládaného intenzivního vymírání početných kohort narozených v sedmdesátých a osmdesátých letech 20. století. Relativně nejrychleji se přitom bude zvyšovat počet osob nejstarších. Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude **v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let** (Burcin a Kučera, 2004).

Z demografického hlediska je také neopomenutelný fakt, že **přibývá seniorů vysokého věku**. V současné době tvoří 3 % evropské populace senioři ve věku nad 80 let. V roce 2050 to bude nejméně 10 % populace ve věku nad 80 let. Genderové rozdíly ve stárnutí jsou také značné. Ve věkové skupině 60 let a více je o 50 % více žen než mužů. **Osaměle žijící osoby ve věku 75 let a více tvoří v 70 % ženy** (European Commission, 2017).

Tomeš uvádí, že nejdůležitějšími **faktory prodlužujícími lidský věk jsou faktory společenské**. Jedná se především o stupeň civilizačního vývoje společnosti, technickou úroveň společnosti, úroveň sociální infrastruktury, ekonomické možnosti společnosti a životní úroveň lidí, politické události atd. **Jeho délku naopak zkracuje stav životního prostředí, nemocnost a invalidizace** (Tomeš, 2001).

Kontrolní úkoly

1. *Popište biologické, psychické a sociální aspekty stárnutí.*
2. *Uvedte základní kategorizaci stáří dle WHO.*
3. *Uvedte základní demografické charakteristiky související se stárnutím populace.*

Použitá a doporučená literatura

1. Baštecký, J., Kümpel, Q., Vojtěchovský, M. a kol. (1994). Gerontopsychiatrie. Praha: Grada Avicenum.
2. Burcin, B., Kučera, T. (2004). Perspektivy populačního vývoje České republiky na období 2003–2065. Praha: Demo-Art.
3. Dvořáčková, D. (2012). Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada.
4. European Commission (2017). The 2018 ageing report. [online] [cit. 2018-10-15]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf
5. Gruberová, B. (1998). Gerontologie, skripta ZSF JU v Českých Budějovicích. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
6. Jarošová, D. (2006). Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita.
7. Jedlička, V. a kol. (1991). Praktická gerontologie. Učební text. 2. vyd. Brno: Grafia.
8. Kalvach, Z. (2004). Tělesné projevy stáří. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada.
9. Kalvach, Z., Čevela, R., Čeledová, L., Holčík, J., Kubů, P. (2014). Sociální gerontologie – Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. Praha: Grada.
10. Mühlpachr, P. (2004). Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita.
11. Pacovský, V. (1990). O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum.
12. Pichaud, C. (1998). Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál.
13. Říčan, P. (2014). Cesta životem: vývojová psychologie. Praha: Portál.
14. Štěpánková, H., Höschl, C., Vidovičová, L. a kol. (2015). Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd. Praha: Karolinum.
15. Tomeš, I. (2001). Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost. Praha: Socioklub.
16. Venglářová, M. (2007). Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada.

2 Geriatrické syndromy a geriatrický pacient

PETRA ZIMMELOVÁ

Klíčová slova: funkční geriatrické vyšetření; geriatrický syndrom; senior

Poslední dvě desetiletí odborníci upozorňují na nárůst počtu seniorů v populaci. S tímto nárůstem plně koresponduje fakt, na který upozorňují Kalvach a kol. (2008), tedy že dochází i ke změně vnímání stáří, ať už senioři prožívají vysoký věk v jakémkoliv stavu. Právě stáří, ve kterém dominují faktory, jež ovlivňují kvalitu života, datují odborníci zhruba na 75 let věku. Od tohoto věku můžeme také mluvit o problematice geriatrického pacienta.

2.1 Funkční geriatrické vyšetření jako koncept funkčního hodnocení seniora

Typickým problémem řady seniorů je polymorbidita (problém přítomnosti více chorob současně). V této souvislosti Kalvach a kol. (2008) upozorňují na problémy, kdy se zdravotní stav promítá do celkové pohody seniora a ovlivňuje i psychosociální stav člověka ve vyšším věku. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby byl posuzován celkový stav pacienta. Tak se v geriatrické medicíně začal uplatňovat nový přístup nazvaný „**komplexní geriatrické hodnocení**“ (**Comprehensive Geriatric Assessment – CGA**), pro které se u nás vžil název **funkční geriatrické vyšetření – FGV** (Čevela a kol., 2012).

CGA představuje metodu, která jde, jak uvádějí Kalvach a kol. (2008), za hranice klasického, tradičně chápaného klinického vyšetření, neboť hodnotí kromě zdravotního stavu i psychosociální problémy a celkové funkční schopnosti. I z tohoto důvodu upozorňují Kalvach a kol. (2004) na nutnost, aby na CGA hodnocení spolupracovaly multidisciplinární geriatrické týmy. CGA umožňuje všem zainteresovaným odborníkům holistický pohled na seniora, v kontextu jeho životního příběhu. Jednotlivé diagnózy jsou vždy posuzovány v kontextu dalších hledisek a i jejich řešení zasahuje mimo tradiční klinickou medicínu. Kromě vysokého benefitu pro seniora samotného se CGA velmi výrazně podílí i na efektivní péči o seniory v celospolečenském měřítku. **Čevela a kol. (2014) definují efektivitu funkčního geriatrického vyšetření v těchto oblastech:**

- snížení mortality;
- zlepšení funkčního stavu seniora;
- prevence zdravotního postižení;
- objektivní zhodnocení kvality poskytované péče;
- omezení (re)hospitalizací;
- oddálení ústavních pobytů;
- snížení nákladů;
- zlepšení kvality života.

Autoři dále upozorňují, že CGA pomáhá odhalit nejen některé symptomy, se kterými se nemocní neradi svěřují (inkontinence, nedoslýchavost), ale i špatný zrak, depresi, poruchu kognitiv-

ních funkcí, podvýživu, poruchu stability a poruchu chůze. Například porucha hybnosti odhalená funkčním vyšetřením může být nejen prvním signálem rozvíjející se Parkinsonovy choroby, ale současně i upozorněním na ubývajících soběstačnost ve všedních činnostech.

CGA dále umožňuje nejen objektivizovat potřeby nemocného, ale i stanovit reálné terapeutické a rehabilitační cíle, realistickou prognózu a zlepšit komunikaci mezi lékařem, pacientem, jeho rodinou a dalšími členy pečujícího týmu.

Topinková (2005) zmiňuje fakt, že v posledních letech se ukázala potřeba vytvoření jednoduchého screeningového testu, který by se dal použít k orientačnímu vyšetření rizikových seniorů, k pravidelným preventivním prohlídkám osob nad 70 let, a přitom poskytoval validní informace. K vytvoření jednoduchého FGV-CGA vedlo množství funkčních geriatrických testů pro všechny klíčové oblasti, jejich časová náročnost a snaha o sjednocení. Topinková (2005) navrhla na základě vlastních zkušeností screeningové funkční geriatrické vyšetření i pro běžnou klinickou praxi. Toto vyšetření v 10 krocích zajišťuje pokrytí základních důležitých oblastí, které jsou pro funkčnost člověka zásadní. Těchto 10 kroků, v souvislosti s anamnézou a základním klinickým vyšetřením, může odhalit oblasti, kde je seniora nutné podrobit zásadnějšímu vyšetření (Topinková, 2005).

Topinková (2005) popisuje těchto 10 kroků:

- 1. Zrak.** Vyšetření zraku je nezbytné vzhledem k faktu, že poruchou akomodace čočky a některou z refrakčních vad trpí až 90 % osob starších 75 let. Další problémy, které mohou zrak ovlivnit, jsou katarakta, glaukom a makulární degenerace. Poruchy zraku, které nejsou správně korigovány, mohou zásadně ovlivnit běžný život člověka a běžné denní aktivity.
- 2. Nedoslýchavost.** Je to další z obvyklých obtíží seniorského věku, která výrazně zasahuje do kvality života. Špatný sluch v seniorském věku často souvisí s nechutí komunikovat, uzavíráním se do sebe a zhoršením sociálních kontaktů. Sluchovou vadu, která je řešitelná např. pomocí naslouchátka, lze odhalit jednoduchým testem.
- 3. Funkce končetin** je podmínkou pro samostatné provádění všedních činností. Orientujeme se odděleně na funkci horní a dolní končetiny. Hodnotí se svalová síla (stisk), rozsah pohybů v jednotlivých kloubech a bolest. Jednoduchý test, kdy senior nevládne sepnout ruce v týle, odhalí bolestivé omezení pohybu v rameni. U funkce dolních končetin se hodnotí schopnost samostatné chůze, rovnováha a schopnost přemísťovat se. Normální chůze vyžaduje bezvadnou funkci kloubů přiměřenou koordinaci svalů, senior nemá obtíž v chůzi, sedu ani stojí.
- 4. Výživa.** Zde se v rámci multidisciplinárního týmu zapojí zejména nutriční terapeuti, kteří pomocí testů a nálezů z laboratoře zjistí, jaký je stav výživy seniora. I zde se ukazuje, že je nutné řešit oblast výživy multidisciplinárně. Např. podvýživa může často souviset s ekonomickou situací seniora.
- 5. Inkontinence** je problém se samovolným a neovlivnitelným únikem moči nebo stolice. Zde je nutné, aby citlivými dotazy bylo zjištěno, zda senior tímto problémem trpí, a následně byla inkontinence (a její typ) správně řešena.
- 6.** S věkem narůstá prevalence syndromů **demence**. Velmi kvalitním indikátorem těchto poruch je odhalená **porucha krátkodobé paměti**. Nejužitečnější a také nejvíce rozšířený je MMSE (Mini Mental State Exam) podle Folsteina, který hodnotí orientaci, paměť (vštipivost a výbavnost), pozornost, mluvenou i psanou řeč a konstrukční schopnosti.
- 7. Deprese** je nejčastější afektivní poruchou ve stáří, její výskyt však nezávisí na pokročilosti věku. V některých případech bývá velmi obtížné odlišit u seniora depresi od demence, protože klinické příznaky mohou být velmi podobné. Pro častější výskyt depresivního symptomu je do screeningového vyšetření zařazena otázka na smutek a nezáměr o okolí.
- 8. Fyzická výkonnost** se nejčastěji zjišťuje pomocí testu všedních činností ADL (Activities of Daily Living). Soběstačný (nezávislý) je člověk, který nemá podstatná omezení tělesných a duševních funkcí a který samostatně bez pomoci nebo dohledu druhých osob zvládá

všechny potřebné aktivity každodenního života v prostředí, v němž žije. Pokud není schopen tyto činnosti vykonávat, stává se závislým (nesoběstačným), a to buď lehce, středně, nebo vysoce. K hodnocení závislosti se všeobecně používá Barthelové test ADL. Test hodnotí, zda je zkoumaná osoba schopna samostatně nebo s pomocí (či není vůbec schopna) provést těchto deset činností:

- najíst se;
- obléci se;
- vykoupat se;
- provést osobní hygienu;
- udržet stolicí;
- udržet moč;
- použít WC;
- přesunout se z lůžka na židli;
- ujít po rovině vzdálenost 50 m;
- sejít po schodech.

9. Instrumentální všední činnosti (IADL) zahrnují komplexní aktivity nezbytné pro nezávislý život ve vlastní domácnosti. **Test IADL podle Lawtona a Brodyho** hodnotí opět závislost a zjišťuje, zda zkoumaná osoba je schopna samostatně, s pomocí (či není schopna) provádět tyto činnosti:

- telefonovat;
- použít veřejné dopravní prostředky;
- nakupovat;
- uvařit si;
- udržovat domácnost;
- vykonávat práce kolem domu;
- užívat léky;
- spravovat své finance.

U obou hodnocení je nutné zajistit objektivní hodnocení a nelze se spolehnout pouze na vyjádření seniora. Zde se opět uplatňuje multidisciplinární přístup, kdy za pomoci ergoterapeutů nebo pečovatelů lze objektivně testy provést a vyvodit z nich závěry.

Významnou roli při zvládnání všedních činností hraje **vybavení bytu pacienta**. Zdrojem důležitých informací je návštěva v bytě, která umožní identifikovat rizikové faktory a navrhnout bezpečnostní opatření (zlepšit osvětlení, madla na WC a v koupelně, protiskluzné podložky apod.).

10. Cílený dotaz na sociální kontakty a na vztahy v rodině pomůže odhalit riziko sociální izolace. Jména a kontakty na současné i potenciální pečovatele v případě zhoršení soběstačnosti by měly být zaznamenány v kartě pacienta. Praktický lékař by měl být obeznámen s existujícími možnostmi sociálních služeb ve svém regionu tak, aby mohl navrhnout nejefektivnější a pro nemocného optimální kombinaci sociálních služeb.

Velkou výhodou standardních hodnoticích testů a škál je to, že slouží klinikovi jako mnemotechnické pomůcky, aby se cíleně svého pacienta na všechno zeptal. V praxi často zůstane řada specifických problémů neodkryta, protože se na ně lékař nezeptá nebo je nevyšetří – jde zvláště o inkontinenci, malnutrici, depresi, počínající demenci nebo poruchy hybnosti. FGV-CGA zahrnuje řadu součástí standardního lékařského vyšetření, ale ve své komplexnosti jde za jeho rámec, klade důraz na funkční stav, na kvalitu života a jednoznačně přináší pacientovi prospěch.

Na základě CGA definují Kalvach a kol. (2008, s. 85) několik kategorií seniorů dle funkční výkonnosti.

Tabulka 1 – Přehled funkčních kategorií (nejen) seniorů

Kategorie	Úroveň aktivit	Charakteristika	Zdravotnické a sociální potřeby
Elitní	náročné ADL	tolerance extrémní zátěže	veteraniády, tréninková zátěž
Zdatní (fit)	náročné ADL	pravidelná pohybová aktivita, sport, dobrá kondice	žádná omezení, kondiční programy
Nezávislí (independent)	instrumentální ADL (IADL) bez problémů za běžných podmínek	zvládají vše, ale bez rezerv, sedavý způsob života, snadná dekompenzace	rekondiční programy
Křehcí (frail)	instrumentální ADL (IADL) s problémy	hraničně zvládají, občasná pomoc, nezvládnou zátěž	podpora rodiny, pečovatelské služby
Závislí (dependent)	IADL nezvládnou, problémy s bazálními ADL	omezená mobilita, často nevycházejí z bytu, dopomoc i v ADL	pravidelná pomoc rodiny/ nebo pečovatelské služby
Zcela závislí (total dependent)	nezvládnou ani bazální ADL	upoutání na lůžko nebo do křesla, nezvládnou sebeobsluhu	ošetřovatelská péče, bazální ošetřovatelství, mytí, krmení, prevence dekubitů

2.2 Dělení a popis geriatrických syndromů

V současné době Kalvach a kol. (2008, s. 143) popisují celou řadu typických geriatrických symptomů (příznaků) a syndromů. V současnosti je jich popsáno velké množství, pro úplnost je uvedena tabulka nejzásadnějších.

Kalvach a kol. (2004) zmiňují, že některé příznaky nebo skupiny příznaků jsou ve stáří častější, významně zhoršují kvalitu života a mají podstatný vliv na nezávislost postižených osob. Činí postižené seniory závislé na péči jiných (rodiny, přátel, sousedů, komunitních služeb). Tyto příznaky byly shrnuty pod pojem „velké geriatrické syndromy“. Tento termín byl zaveden v r. 1975, v angličtině se hovoří o tzv. giants of geriatrics = geriatrickí giganti či obři. Počítají se k nim:

- instabilita;
- imobilita;
- inkontinence;
- intelektové poruchy;
- iatrogenie.

Společným jmenovatelem velkých geriatrických syndromů jsou: multikauzalita, chronický průběh, pokles nezávislosti a nemožnost prosté léčby.

Kalvach a kol. (2008) a Topinková (2005) definují velké geriatrické syndromy touto charakteristikou:

- **Instabilita** – je podmíněna poruchou mechanismu detekce a schopnosti korigovat umístění organismu v prostoru (ve stoje i během pohybu). Tento pojem souvisí těsně s dalšími příznaky, jako jsou rovnováha, stoj, poruchy rovnováhy, závratě a jejich následky – pády.
- **Imobilita** – jde o poruchu schopnosti nezávislého pohybu v prostoru. Podle doby trvání může mít charakter buď přechodný, nebo trvalý. Mezi všemi onemocněními, která jsou spojena s imobilitou, zaujímají závažné místo ta, která způsobují dlouhodobou a trvalou

Tabulka 2 – Geriatrické syndromy (seřazeno abecedně)

afázie	dezorientace	kognitivní deficit	rigidita
agitovanost	Diogenův syndrom	kontraktury	sarkopenie
amnézie	dysfagie	křehkost (frailty)	self-neglect
anorexie	dyspepsie	malnutrice (kachexie)	synkopy
apatie	dysurie	obstipace	tinitus
apraxie	elder abuse – týrání a zanedbávání	onychogrypóza	třes
aspirace potravy	hubnutí	ortostatická hypotenze	umírání
bolest (chronická)	hypobulie	osamělost	únava
bradykineze	hypomobilita	pády	úrazy
deficit androgenů ADAM, PADAM	hypotermie	paranoia	únava (exhausce)
dehydratace	imobilita	poruchy chůze	závislost na cizí pomoci
dekondice	impotence (sexuální dysfunkce)	poruchy paměti	závratě
dekubity	inaktivita	poruchy soběstačnosti	zmatenost
delirium	inkontinence moči	presbyakuze a jiné poruchy sluchu	zpomalení psychomotorického tempa
demence	inkontinence stolice	presbyopie a jiné poruchy zraku	ztráta pocitu žízně
deprese	insomnie	průjmy	ztráta smyslu života
deprivace	instabilita	retence moči	ztráta životní radosti (anhedonie)

poruchu hybnosti. Patří mezi ně mozkové ikty s trvalými neurologickými poruchami, artritidy, zlomeniny dolních končetin, osteoporóza, amputace končetin, Parkinsonova choroba, srdeční selhávání, těžké respirační insuficience a další.

- **Inkontinence** – samovolný a situaci nepřiměřený únik moči, případně stolice, který způsobuje problémy hygienické, psychické i sociální. Nejde o chorobu, ale o funkční poruchu, vznikající z různých příčin. Je významným rizikovým faktorem, který s sebou nese další zhoršení zdravotního stavu (vznik dekubitů, perianálního ekzému, uroinfekce až sepse, izolaci, depresi, společenský úpadek a ekonomické problémy, které ústí v riziko vzniku institucionální péče).
 - *Močová inkontinence* je nejčastější forma. Péče o osoby s močovou inkontinencí např. v USA v nákladech převyšuje dialýzu či aortokoronární bypass (Kalvach a kol., 2008). Přesto je tato problematika stále opomíjena a mnohdy i starší mají tendenci považovat močovou inkontinenci za normální projev stáří.
 - *Inkontinence stolice* je méně častá a projevuje se zejména u seniorů s poruchou svěračů, která bývá často v souvislosti s jiným vážným onemocněním (kolorektální karcinom, demence apod.).
- **Intelektové poruchy** – „Intellectual impairment“ je označení pro psychické změny ve stáří. Terminologicky se také užívá označení jako: senilita, zmatenost nebo cerebrální dysfunkce. Pojem intelektové poruchy či mozkové dysfunkce lze vnímat jako mozkové selhávání, v anglosaské literatuře – „brain failure“, které je přirovnáváno k srdečnímu či renálnímu selhávání. Jedná se o klinický syndrom, u něhož se mozek stává funkčně abnormální v důsledku

difuzních (ve stáří mnohdy běžných), funkčních nebo i patologických změn. Zahrnuje stavy, jakými jsou delirium nebo demence. Zhodnocení duševního stavu a mentálních funkcí se stává nezbytnou součástí komplexního vyšetření seniora.

- **latrogenie** – jde o rozvoj geriatrického hospitalismu včetně často nekorektního aplikování psychofarmak ke zklidnění. Až u 20 % domněle dementních seniorů může být tento stav způsoben delirantními stavy.

2.3 Specifika práce s křehkým nebo závislým seniorem

Kalvach a kol. (2008) uvádějí následující možnost členění seniorské populace:

- a) zdatní (fit) či dokonce „elitní“ – senioři s dobrou kondicí a fyzickou zdatností;
- b) nezávislí – většina seniorů – nevyžadují zvláštní péči ani služby, za běžných podmínek mohou být zcela soběstační;
- c) křehcí (frail) senioři – potřebují pomoc při běžných aktivitách nebo jsou omezeni v pohybu, případně jsou upoutáni na lůžko (více viz tabulka 1).

Stařecká křehkost patří ke klíčovým charakteristikám geriatrických pacientů. Postihuje asi 7 % seniorů (Čevela a kol., 2014). Bylo navrženo na 20 definic geriatrické křehkosti. Jde o tělesné „chřadnutí, chátrání“, které není zákonitým projevem přirozeného stárnutí, ale nesouvisí ani s žádnou konkrétní chorobou (Topinková, 2005). Geriatrická křehkost je chápána i jako koncept podmiňující další geriatrické syndromy. Kalvach a kol. (2008) uvádějí: „Křehkost není synonymem multimorbidity ani disability: multimorbidita patří k jejím etiologickým složkám a disability je její důsledek.“ Dále autoři upozorňují, že křehkost je také jednou z hlavních příčin úmrtí v důsledku stresové zátěže u seniorů ve věku nad 80 let. U geriatricky křehkých pacientů hrozí až 3× vyšší riziko časně ztráty soběstačnosti alespoň v jedné aktivitě denního života (Čevela a kol., 2012).

Právě vysoké riziko ztráty samostanosti a soběstačnosti u křehkého seniora je důvodem, proč je nutné těmto seniorům věnovat vyšší pozornost, upozorňuje Topinková (2005). Právě tato skupina seniorů by měla být v „hledáčku“ geriatrických odborníků a na základě CGA by mělo být vyhodnoceno riziko vzniku závislosti na péči. Identifikovaná rizika by měla být eliminována.

Kalvach a kol. (2008) zmiňují, že základní podmínkou je multidisciplinární spolupráce, při které tým odborníků pracuje se seniorem a jeho okolím tak, aby se rizika snížila na minimum. Pro tři čtvrtiny seniorů nad 75 let věku je hlavním cílem zůstat fyzicky aktivní. Pečující osoby pocítují tento cíl jako ještě naléhavější. Tyto výzvy souvisí s nejvyšší obavou seniorů – až 90 % starších lidí má obavu ze ztráty soběstačnosti. Cílem je vybudování fyzických a mentálních rezerv, tzv. „mít z čeho brát“.

Prevenici seniorské křehkosti by měla být věnována zvýšená pozornost především u pacientů či klientů nad 75 let věku. Kalvach a kol. (2008) hovoří o „rozplétání deteriorační spirály“ – seniora je potřeba „rozjít, rozchodit a zmotivovat“.

Oblasti preventivního působení lze dle Kalvacha a kol. (2008) definovat následovně:

- A. Oblast péče o dostatečný příjem kvalitní potravy a tekutin jako prevence podvýživy (malnutrice) či dehydratace a výživových nedostatků (nutričních deficitů). Klíčovou roli zde hraje přirozené sociální okolí seniora. Je tak možné snadno předejít odvrátitelné nestabilitě a následnému sociálnímu vyloučení.
- B. Oblast motivační a psychologické podpory k zachování pohybových aktivit (vycházky, vycházení z bytu). Konkrétním příkladem může být odporový trénink k udržení svalové síly zvláště dolních končetin. Dále jde o podporu spontaneity a udržování sociálních kontaktů bránících izolaci, osamělosti a rezignaci.

- C. Oblast pravidelného hodnocení funkčního stavu alespoň 1× ročně s včasnou a adekvátní reakcí na případné zhoršení stavu (nejlépe vyšetření odborným lékařem – geriatrem či praktickým lékařem s geriatrickými znalostmi). S tímto bodem úzce souvisí farmakologické řešení kloubní a svalové bolesti, aby nebránila pohybovým aktivitám a neposilovala rezignaci s depresivním laděním.

S ohledem na stařeckou křehkost a funkční deterioraci se rozvíjí kromě preventivních přístupů i komplex tzv. dlouhodobé péče (long-term care, LTC). Kromě již zmíněné prevence se dále uplatňuje i rekondice a rehabilitace, úpravy prostředí s využitím kompenzačních pomůcek, osobní asistence, základní zdravotní péče ve smyslu home-care, respitní služby a další podpora pečujících rodin a konečně paliativní péče v konceptu end-of-life-care (EOL).

Kontrolní otázky a úkoly

1. *Které oblasti jsou součástí jednoduchého screeningu v rámci CGA?*
2. *Co znamená CGA?*
3. *Vyjmenujte a krátce popište velké geriatrické syndromy.*
4. *Co znamená křehkost seniora?*
5. *V čem spočívá prevence křehkosti seniora?*

Použitá a doporučená literatura

1. Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L. (2012). Sociální gerontologie: Úvod do problematiky. Praha: Grada.
2. Čevela, R., Čeledová, L., Kalvach, Z., Holčík, J., Kubů, P. (2014). Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. Praha: Grada.
3. Kalvach, Z., Zádák, Z., Jiráček, R., Závázalová, H. (2004). Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada.
4. Kalvach, Z., Zádák, Z., Jiráček, R., Závázalová, H. (2008). Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada.
5. Topinková, E. (2005). Geriatrie pro praxi. Praha: Galén.

3 Ageismus

PETRA ZIMMELOVÁ

Klíčová slova: ageismus; autonomie ve stáří

3.1 Postavení seniorů v současné společnosti

V posledních dvou desetiletích vnímáme fakt, že senioři jsou často prezentováni jako pro společnost zatěžující. Orientace společnosti na mláď, krásu a výkon vede k faktu, že můžeme současnou společnost označit jako ateistickou. Nesprávné pochopení kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu prostřednictvím procesu systematické, reálné i symbolické stereotypizace, která se může manifestovat jako diskriminace osob a skupin na základě jejich věku, se nazývá **ageismus**. Postoj k chápání tohoto fenoménu je velmi individuální a vychází ze dvou rovin. První je subjektivní vnímání vztahu lidí se seniorem, který se manifestuje diskriminačně, v porovnání se vztahem s jinou věkovou skupinou. Druhou rovinou je pocit diskriminace seniorů, který vychází z nerespektování vlastního ega. Tato diskriminace se může dotýkat i chápání vlastního postoje vůči stáří jako takovému (Vidovičová a kol., 2014).

Vztah ageismu k vlastnímu sebepojetí prochází třemi stadii. V prvním stadiu je člověk ochoten přijmout nálepku, která má za následek ztrátu původní role. Přijetí této role je většinou spojené s nějakou životní událostí – např. odchod do důchodu, status vdova/vdovec. Pro druhé stadium je typické upevnění závislosti na přijaté nálepce. Pokud má nálepka kladné rysy, pak nedochází ke ztrátě sebeúcty. Je-li nálepka negativního charakteru, dochází k rozvoji třetího stadia a tím je ztráta sebeúcty (Sýkorová, 2007). Vlastní prožitek stáří je charakterizován společností jako nekompetentní. V této fázi senior začíná přijímat negativní postoje a začíná vstupovat do role závislosti na svém okolí. Senior vnímá ztrátu dovedností jako nemoc. Lidé, kteří jsou vystaveni předsudkům a diskriminaci, přijímají tento postoj a chovají se tak, jak tomu odpovídá negativní stereotyp. Ve své podstatě tento postoj obrací vůči sobě samému.

Definice ageismu

Poprvé byl pojem ageismus použit Robertem Butlerem, prvním ředitelem National Institute on Aging v USA v roce 1969. Robert Butler byl první člověk, který hovořil o diskriminaci na základě věku. Původní vymezení pojmu ageismus vycházelo z konceptů, které slova „stáří“ a „staří“ chápaly jako objektivní kategorie sdružující skupinu osob na základě chronologického věku. Stanovit samotnou definici ageismu je velmi obtížné. Vidovičová a kol. (2013) jej definovaly takto: *Ageismus je ideologie založená na sdílené víře v kvalitativní nerovnost jednotlivých fází lidského životního cyklu, která zcela bez výjimky stereotypizuje jednotlivé věkové generace s jejich úkoly a rolami.*

3.2 Autonomie ve stáří

Zachování osobní autonomie seniorů, participace na aktivitách, pocit sounáležitosti a respekt ze strany druhých, to vše je v současném diskurzu úspěšného stárnutí silně akcentováno (Sýkorová, 2007, s. 89). Potřeba autonomie existuje i v pozdním stáří, ale mění se její obsah. Pro starší lidi

je důležitá i jen symbolická autonomie, například plánování si průběhu dne. Vědomí všech omezení a limitované perspektivy mohou vést k odklonu od reálného světa, k tzv. gerotranscendenci. Z analýzy výzkumu Sýkorové (2007) o postavení seniorů ve společnosti se ukazuje, že za základní hodnotu osobní autonomie pokládají senioři fyzickou soběstačnost. Mnozí vnímají kolísání mezi pocitem mládí a stáří v čase s ohledem na druh či náročnost aktivit a také s ohledem na aktuálně prožívané zdraví. Střední generace rozšiřuje pojem autonomie o kulturní, především volnočasové aktivity. Autorka dále zmiňuje vnímání autonomie v kontextu důstojnosti a životního příběhu. Právě pohled na autonomii seniora zúženou optikou, kdy dominuje pocit jeho okolí o nutnosti zajištění okolím vnímané kvality života, může u seniora vyvolávat pocity méněcennosti.

Zejména problematika nutnosti péče se tak dostává v některých případech do rozporu s vnímáním autonomie u jednotlivce. U seniora je nutné docílit vzhledu do vlastní situace a respektovat jeho vlastní postoj k životu. Dostáváme se tedy k pojmu důstojnost. Sýkorová (2007) upozorňuje na nutnost zachování důstojnosti tak, jak ji vnímá senior. Velmi často senioři lpí na důstojnosti zásluh, tedy toho, co pro společnost vykonali a za co je třeba si jich vážít. Dalším a velmi závažným problémem je autonomie osobní, kdy je nutné s velkou opatrností přestupovat hranice, které senior vnímá jako nedůstojné. Samostatnost a soběstačnost patří mezi nejvyšší hodnoty každého člověka a je nutné je zachovat do co nejvyšší možné míry.

Kontrolní otázky a úkoly

1. *Definujte ageismus.*
2. *V čem spočívá autonomie ve stáří?*

Použitá a doporučená literatura

1. Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
2. Vidovičová, L., Galčanová, L., Petrová Kafková, M., Sýkorová, D. (2013). *Stáří ve městě, město v životě seniorů*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.

4 Týrání a zneužívání seniorů, syndrom EAN

PETRA ZIMMELOVÁ

Klíčová slova: syndrom EAN; týrání; zneužívání

4.1 Senior jako zranitelná oběť

Senioři jsou dle statistik velmi často obětí trestných činů. Důvodem, proč byli senioři i z pohledu práva do této kategorie zařazeni, je, že vzhledem k přirozené maladaptaci (neschopnosti rychle reagovat na změny v okolí a ve společnosti) nejsou schopni vždy validně vyhodnotit nebezpečí, které jim hrozí. Policejní statistiky uvádějí, že nejčastěji jsou senioři obětí krádeže, podvodu, lichvy, porušení osobní svobody apod.

Samotný vysoký věk není primárně důvodem, proč je senior ohrožen ve větší míře trestnou činností, ale jak uvádí Zimmelová (2007), je to často kombinace osobnostních rysů, zdravotního stavu a sociální situace. Dále se dle autorky na větší zranitelnosti seniorů podílí i vysoká latence násilného chování u seniorů. Důvodem latence nemůže být zdravotní stav ani fakt, že pachatelem je někdo z blízkého okolí seniora a senior násilí strpí.

Důvěřivost včetně zažitých předsudků, že starého člověka si nikdo nedovolí obelhat, způsobují, že senioři, stejně jako děti, patří mezi zranitelné oběti (Venglářová, 2007).

4.2 Syndrom EAN – Elder Abuse and Neglect

Termín syndrom EAN pochází z USA, v češtině jej lze přeložit jako špatné zacházení s osobami staršími 60 let nebo celkově oslabenými postupujícím věkem či tělesným anebo psychickým postižením, kdy jsou tyto osoby vystaveny některému z následujících působení: tělesné týrání, materiální a ekonomické týrání, emocionální týrání, psychické vydírání, sexuální zneužívání, zanedbávání a opuštění.

4.2.1 Fyzické násilí

Jde o vědomé způsobování fyzické bolesti, zraňování anebo bezdůvodné fyzické omezování seniora. Následkem takového jednání mohou být zlomeniny, otoky, škrábance, bodná a řezná poranění, popáleniny (zejm. na neobvyklých místech), podlitiny (často na zápěstí po opakovaném třesení a držení anebo na trupu). Neobvyklé nejsou ani stopy po kousnutí, otisky opasku nebo prstů. S takto poznamenanými osobami se můžeme nejčastěji setkat při příjmu nemocných k hospitalizaci, ale nezřídka tomu může být i v domovech důchodců a v nemocnicích. V nemocnicích pak zejména tam, kde nejsou k dispozici sociální lůžka, a senioři, ač svým zařazením dle zdravotního stavu do nemocnice nepatří, v ní přesto leží i dlouhé týdny, neboť v rodině či jiném zařízení pro ně zkrátka není místo.

V ústavních zařízeních se můžeme setkat s těmito formami fyzického násilí: kurtování (omezování pohybu), nedostatek tekutin a potravy, vystavování chladu (necitlivé otevírání oken, transport spoře oděného pacienta na vyšetření), bití, netlumení bolesti, tzv. mistreatment neboli nevhodné zacházení.

4.2.2 Psychické násilí

Jde o jeden z nejhůře odhalitelných způsobů špatného zacházení. Nejčastěji se jedná o ponižující výroky, sekýrování, vyhrožování, odloučení osoby od rodiny nebo přátel. Senior se za takové jednání, zejména ze strany rodiny, velice stydí a nebývá ochoten o tom mluvit. O to jsou pro něj následky těžší. Takoví senioři často trpí depresemi, poruchami spánku, zmateností a přehnaným strachem. Všimnout si můžeme též nezájmu o sebe sama, úzkosti a agitovanosti. Takoví lidé se často stáhnou do sebe, mohou se zabývat suicidiálními myšlenkami a nakonec i rezignovat. U takové osoby můžeme pozorovat některé neobvyklé změny chování: senior častěji navštěvuje větší množství lékařů, protože nedovede vzniklou situaci řešit správně. Tápe, na koho se obrátit. Anebo naopak řadu dní nevyhledá žádnou odbornou pomoc, utápí se sám ve svém stesku a úzkosti, má pocit izolace. Nedokáže se svěřit nikomu, natož odborníkům. Před členy rodiny může vypadat ustrašeně. Svoji krizi může řešit alkoholem či závislostí na medikamentech, zejm. anxiolyticích. Takový člověk často končí na psychiatrii hospitalizovaný s úzkostmi, závislostí a depresemi.

Setká-li se senior se známkami psychického týrání ze strany profesionálního pečovatele, ze strachu projevuje obavu a nechť o tom mluvit před nadřízeným pracovníka, jeví se pak jako „obtížný pacient“, který naopak může zdravotníky začít slovně napadat. Tady je na řadě odborná pomoc a profesionalita zdravotníků i jiného personálu. Situaci je třeba řešit ihned, třeba i za pomoci řady odborníků (psychiatra, psychologa, sociálního pracovníka atd.).

4.2.3 Ekonomické násilí

Ekonomickým násilím je nejčastěji myšleno neoprávněné vymáhání finančních prostředků, vymáhání sepsání závěti, popřípadě změny v závěti, vymáhání převodu nemovitosti, převodu majetku a dále neochota rodiny spolufinancovat péči o seniora. Lze sem též zahrnout neochotu osob disponujících financemi seniorů, hradit náklady na ošacení, jídlo a další. Seniora podrobeného ekonomickému násilí lze poznat nejčastěji podle nepřesné a zmatené povědomosti o vlastních financích, dále náhlé neschopnosti platit účty, nakupovat věci denní potřeby, obavy až strachu mluvit o penězích. Takový člověk zcela nevysvětlitelně převádí majetek jiným osobám (často pod nátlakem a bez svobodného rozhodnutí). Členové rodiny se mohou až nepřiměřeně zajímat o majetek starší osoby.

Příčiny:

1. Vkořeněný model ve společnosti: rodiče nesou stále finanční zodpovědnost za svoje děti.
2. Chyby ve výchově: jako rodič mám stále povinnost živit své děti, i když jsou dospělé a samostatné.
3. Finanční pomoc je zpravidla považována za něco normálního, pravidelného.
4. Děti nebo i jiní příbuzní finanční či majetkovou pomoc vyžadují, naléhají na seniora, ať to s ním dopadne jakkoliv.
5. Psychické vydírání seniora: nedostanu-li žádné peníze, přestanu tě navštěvovat, už ti neukážu vnučata, nemůžeš od nás nic očekávat apod.
6. Poskytnutí tzv. všimného od cesty: zejména v rodinách, které využívají služeb agentur domácí péče. Tyto peníze mohou sloužit jako pojistka pro vykonávání další péče.
7. Poskytování pouze malých částek: 20 Kč 3× týdně = 3 120 Kč za rok. I když jsou tyto částky minimální, celkově sečteny mohou velmi často dosahovat až řádu několika set či tisíců korun ročně.

4.2.4 Sociální násilí

Tělesné a duševní zdraví seniora může být vážně ohroženo, když osoba, která o něj pečuje, není dostatečně schopna splnit své povinnosti anebo zanedbává povinnosti opatřit svému svěřenci

dostatek potravy, přístřeší, oděv nebo lékařskou péči. Sociální potřeby seniora musí být plně uspokojovány. Senior potřebuje mít informace o světě a mít zprávy o blízkých lidech. Bez těchto informací je náhle odloučen od světa. Takový člověk obtížně získává nové zprávy, je obětí sociálního vyloučení. Mnohdy celá řada nemocí neumožňuje seniorovi plně se zapojit ve veřejném životě bez pomoci druhé osoby.

Další sociální potřebou je potřeba náležet k nějaké skupině, ať už jde o rodinu, skupinu přátel, anebo klub. Problémy mohou nastat při přestěhování se do jiného místa, kde se senior nemůže účastnit setkávání s vrstevníky, rodinou anebo se rodina nechce přijet na prarodiče podívat. S takovým příkladem se nejčastěji setkáváme v domovech důchodců. Pocit, že člověk už nepřísluší k žádné skupině, je zvláště bolestný a zneklidňující a je velmi obtížné se s ním vyrovnat. Potřeba lásky a pocitu mít někoho rád a přijímat stejné city i od druhých je velice důležitá. Senior musí mít možnost s někým mluvit, vyjádřit svůj názor a být vyslechnut. Potřeba sdělení myšlenek je zejména u seniorů velmi silná. Dodává člověku pocit, že není sám a má se na koho spolehnout.

4.2.5 Sexuální násilí

S tímto typem násilí se můžeme setkat u institucionalizovaných pacientů v ÚSP, u lidí s mentálním postižením a dále u seniorů přepadených jinou fyzickou osobou pod pohrůžkou vynucení sexuálních praktik od gerontofilně založených osob. Nevhodné sexuální návrhy často spojené s fyzickým násilím může vyžadovat agresivně založený partner starší ženy. Seniorka se velmi často bojí komukoliv svěřit s tak citlivým problémem, proto jsou nejčastěji informováni pouze lékaři vázaní mlčenlivostí či není informován nikdo a problém se jen prohlubuje. Sexuální násilí na seniorech se nevyskytuje tak často jako u dětí. Napovědět nám mohou příznaky jako znečištění spodního prádla krví, jako následek poranění v genitální či anální krajině, bolest v této oblasti, dále nevysvětlitelné zánětlivé gynekologické choroby, potíže při chůzi a bolestivé sezení.

4.2.6 Vlastní zanedbávání péče o sebe sama (self-neglect)

Tělesné a psychické zdraví seniora může být vážně ohroženo, když on sám je neschopen opatřit si potravu, bydlení, oděv nebo lékařskou péči např. z důvodu postižení některým druhem demence.

Příznaky zanedbávání sebe sama pak mohou být následující: dehydratace, podvýživa, zápach moči a stolice, nevhodné oblečení, opruzeniny, proleženiny, roztržitost, snížená pozornost či orientace následkem nevhodného užívání léků anebo naopak neužíváním potřebného farmaka. Často takto nemocný senior postrádá brýle, naslouchadlo, zubní protézu, nepamatuje si, kde je odložil, může dojít k poranění následkem pádu. Zde je nesmírně důležité rozpoznat, zda jsou následky způsobeny vlastním zanedbáním péče ze strany seniora, či druhé osoby.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Co je syndrom EAN a jaké druhy násilí do něj spadají?
2. Definiujte zranitelnou oběť.

Použitá a doporučená literatura

1. Buriánek, J., Kovařík, J. (2006). Domácí násilí – násilí na mužích a seniorech. Praha: Triton.
2. Venglářová, M. (2007). Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada.
3. Zimmelová, P. (2007). Domácí násilí na seniorech – ekonomické zneužívání seniorů. České Budějovice. Disertační práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

5 Kvalita života seniorů

DAGMAR DVOŘÁČKOVÁ

Klíčová slova: kvalita života; měření kvality života; potřeby seniorů; senior

Cílem této kapitoly je identifikovat faktory ovlivňující kvalitu života seniorů, poukázat na potřeby seniorů a seznámit studenty s vybranými nástroji pro měření kvality života seniorů.

5.1 Kvalita života

Téma kvalita života se v České republice stalo součástí odborného diskurzu psychologů, lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků i dalších odborníků z nejrůznějších oblastí. Na kvalitu života lze pohlížet z mnoha úhlů pohledu a tento fenomén zahrnuje mnoho oblastí lidského života, jež se mění v průběhu života jedince i celé společnosti.

V běžném životě jsme zvyklí hovořit o kvantitě – délce života. Je uváděna počtem let a lze ji určit poměrně snadno. To se však nedá tvrdit o kvalitě života, protože kvalita života je něčím, na co mají různí lidé odlišné názory (Křivohlavý, 2002).

Kvalita života může být chápána **jako výsledek působení mnoha faktorů, a to jak sociálních, zdravotních, ekonomických, tak i environmentálních podmínek, které jsou ve vzájemné interakci.** Může také zahrnovat otázky smyslu a pocitu užitečnosti vlastního života i subjektivní hodnocení života v pojmech osobní svobody a spokojenosti (Fahey a kol., 2003).

Pracovní skupina WHO zabývající se kvalitou života vymezila podstatu kvality života jedince jako **vnímání jeho pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům.** Zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí. Kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Vyjadřuje **subjektivní ohodnocení**, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu (Study protocol for the WHO..., 1993).

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozčlenila jednotlivé oblasti kvality života do **čtyř základních okruhů**, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení (Mühlpachr, 2005):

- **První okruh zahrnuje fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – únava, bolest, energie, odpočinek, závislost na lékařské pomoci, mobilita, každodenní život, schopnost pracovat atd.
- **Druhý okruh můžeme nazvat psychické zdraví a duchovní stránka** – sebepojetí, sebehodnocení, pozitivní pocity/negativní, paměť, myšlení, víra, spiritualita atd.
- **Ve třetím okruhu jsou obsaženy sociální vztahy** – sociální podpora, osobní vztahy aj.
- **Čtvrtý okruh zahrnuje prostředí** – dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, klima, finanční zajištění, bezpečí, příležitosti pro získávání nových dovedností a vědomostí atd.

5.2 Identifikace faktorů ovlivňujících kvalitu života

Většina definic vymezujících kvalitu života se snaží o výčet nejzávažnějších faktorů, které se podílejí na utváření kvality života jedince. Vzhledem k subjektivně odlišnému vnímání těchto faktorů není však možné všechny tyto faktory vymezit. Můžeme hovořit o skupině faktorů (oblastí), které mají přímý či nepřímý vliv na lidský a společenský rozvoj.

Jedná se o **zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální oblasti**. Další skupina faktorů, které mají vliv na kvalitu života jedince, je zcela konkrétní a specifická. Jde např. o **věk, pohlaví, rodinnou situaci, polymorbiditu, dosažené vzdělání, hodnotový žebříček jednotlivce, ekonomickou situaci, kulturu** apod. (Dvořáčková, 2012).

Nejčastějším zdůrazňovaným faktorem ovlivňujícím kvalitu života je zdraví. Zdraví je však výslednicí mnoha faktorů, které jsou ve vzájemné interakci. V souvislosti s kvalitou života je však stále více kladen důraz na **subjektivní hodnocení spokojenosti** (Hrozenská, 2011).

Mezi další faktory, které ovlivňují kvalitu života jednotlivce, patří **bezpečnost životního prostředí**, ve kterém žije, pocit, že má **přístup ke zdravotním a sociálním službám a aktuální psychický stav**. Toto pojetí reprezentuje důraz na vnímání podstatných složek sociálního prostoru, tedy důraz psychosociální. Je zřejmé, že výčet psychosociálních determinant kvality života může být velmi dlouhý a u konkrétního člověka proměnlivý jak v závislosti na jeho životním stylu a situaci, ve které se nachází, tak na povaze sociálního kontextu (Bonomi et al., 2000).

5.3 Potřeby seniorů

Senioři potřebují v životě uspokojovat všechny své potřeby stejně jako kdokoliv jiný, přičemž jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. Potřeba péče však není primárně spojena s věkem (ten sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče), ale **je spojena s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti**, které omezují člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby (Janečková, 2005).

Ve Slovníku sociální práce můžeme najít, že potřeba je motiv k jednání. Pokud dochází k nespokojení potřeb, vede to k deprivaci a ke strádání. Většina typologií lidských potřeb se dělí na okruh vztahující se k tělesné pohodě, k psychické rovnováze a bezpečí, na okruh související se vztahy k blízkým lidem, na okruh vztahující se ke společenskému uplatnění a na okruh spirituálních potřeb (Matoušek, 2008).

Pokud budeme mluvit o potřebách seniorů, tak bychom neměli zapomenout, že **senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti**. V souvislosti s potřebou bezpečí hovoříme o **potřebě fyzického a psychického bezpečí a ekonomického zabezpečení**. Někdy se snažíme seniorům pomáhat, ale naše snahy mohou vést k přílišnému ochraňování a k rozvoji nežádoucí závislosti seniora na okolí. Z tohoto důvodu je potřebné si uvědomit, zda naše snaha ochraňovat neomezuje vůli seniora rozhodovat o sobě, svých činnostech a o svém životě (Motlová, 2007).

5.4 Metody měření kvality života

Kvalita života jako oblast indikátorů, které odkazují na výsledky postupů zaměřených na zlepšování zdraví, prodělává v posledních desetiletích velký rozvoj. Kučera (2004) ve svém příspěvku uvádí, že v internetové databázi QOLID (Quality of Life Instruments Database) v současné době nalezneme 461 standardizovaných instrumentů pro měření kvality života. Jednotlivé instrumenty je možné stahovat, a to buď zdarma, či za úplaty.

Křivohlavý (2002) rozděluje metody pro měření kvality života na tři skupiny:

- 1) metody měření kvality života, kde tuto **hodnotu hodnotí druhá osoba (objektivní)**;
- 2) metody měření kvality života, kde **hodnotitelem je sama daná osoba (subjektivní)**;
- 3) metody smíšené, vzniklé **kombinací metod typu 1. a 2.** Z obsahového hlediska je důležité, jaké oblasti života jsou daným nástrojem zjišťovány.

Dragomirecká a Škoda (1997) uvádějí přehled oblastí, které se používají v dotaznících zaměřených na měření kvality života v souvislosti s nemocí:

- 1) zdravotní stav – celkové zdraví, fyzické a psychické zdraví, nezávislost;
- 2) každodenní aktivity – bydlení, práce, denní režim, sebeobsluha;
- 3) vnitřní realita – seberozvoj, sebeúcta, sebeurčení, vnitřní zkušenost, spokojenost, bezpečí;
- 4) sociální oblast – životní úroveň, širší vztahy, blízké vztahy – rodina, partner.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Vymezte pojem kvalita života.
2. Jaké faktory ovlivňují kvalitu života?
3. Vymezte potřeby seniorů a v čem se liší od potřeb lidí v produktivním věku.
4. Jaké znáte nástroje pro měření kvality života a jaké oblasti např. zohledňují?

Použitá a doporučená literatura

1. Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., Martin, M. (2000). Quality of Life measurement. Will we ever be satisfied? *Journal of Clinical Epidemiology* 53(1): 19–23. DOI: 10.1016/S0895-4356(99)00121-3.
2. Dragomirecká, E., Škoda, C. (1997). Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie* 93(2): 102–108.
3. Dvořáčková, D. (2012). Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada.
4. Fahey, T., Nolan, B., Whelan, C. (2003). Monitoring quality of life in Europe. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
5. Hrozenská, M. (2011). Kvalita života starších lidí v priestore spoločenských vied. Nitra: Effeta.
6. Janečková, H. (2005). Sociální práce se starými lidmi. In: Matoušek O, Kodymová P (Eds). Sociální práce v praxi. Praha: Portál, s. 163–188.
7. Křivohlavý, J. (2002). Psychologie nemoci. Praha: Grada.
8. Kučera, Z. (2004). Podpora zdraví a kvalita života. In: Hnilicová, H. (Ed.). Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 108–114.
9. Matoušek, O. (2008). Slovník sociální práce, Social Work Dictionary. Praha: Portál.
10. Motlová, L. (2007). Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt* 9(2): 343–346.
11. Mühlpachr, P. (2005). Měření kvality života jako metodologická kategorie. In: Tokárová, A., Kredátus, J., Frk, V. (Eds). Kvalita života a rovnost příležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, s. 59–70.
12. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL) (1993). *Quality of Life Research*, s. 153–159.

6 Příprava na stáří a koncept aktivního stárnutí

DAGMAR DVOŘÁČKOVÁ

Klíčová slova: aktivní stárnutí; příprava na stáří; vzdělávání seniorů

Cílem této kapitoly je seznámit studenty s konceptem aktivního stárnutí a s různými stupni přípravy na stáří. K aktivnímu stárnutí řadíme i vzdělávání seniorů, a proto se v kapitole věnujeme i této problematice.

6.1 Příprava na stáří

Stárnutí je fenomén, s nímž se mnozí z nás obtížně vyrovnávají. Na období třetího věku je nutné se připravovat, aby vstup do tohoto období neznamenal prudkou změnu, ale pokračování odpovídajících aktivit. V souvislosti s postupujícím demografickým stárnutím je aktuální otázka individuální přípravy na stáří. Způsoby přípravy na stáří mohou mít rozmanité podoby, od přípravy v oblasti vzdělávacích a volnočasových aktivit přes přípravu materiální a finanční, až například po změny v oblasti bytové.

Haškovcová (2010) rozlišuje přípravu na stáří jako dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou.

- **Dlouhodobá příprava na stáří** – můžeme ji také označit slovem celoživotní. Má být součástí všech vzdělávacích a výchovných programů, které začínají od útlého věku. Smyslem je v celém období školních let podporovat **pozitivní obraz stáří**. Vhodná je také výchova k odpovědnému manželství a partnerství a k výchově dětí. Je mimořádně důležité, aby se i vnoučata podílela na péči o prarodiče a tím pěstovala trvalý respekt vůči seniorům. Samozřejmě a nevýslovně důležitou součástí dlouhodobé přípravy na stáří je důraz na osobní odpovědnost za svůj život. Tato odpovědnost je celoživotní a měla by fungovat ve všech obdobích života.
- **Střednědobá příprava na stáří** – počátky střednědobé přípravy můžeme datovat do doby, kdy nám zbývá zhruba 10 let ekonomicky aktivního života. Je to čas, kdy by si měl člověk uvědomit, že je stáří nedílnou součástí života a pomalu, ale jistě se na ně připravovat. Člověk ve středním věku by měl pamatovat na volbu **druhého životního programu**, kterému se bude věnovat v důchodovém věku. První životní (ekonomicky aktivní program) by měl být pozvolna doplňován druhým životním programem a později plně nahrazen. Toto období také z biologického hlediska zahrnuje nejvyšší čas si osvojit zásady zdravého životního stylu. Je také důležité rozvíjet sociální vztahy a upevňovat vztahy v rodině.
- **Krátkodobá příprava na stáří** – měla by být realizována tři až pět let před předpokládaným odchodem do důchodu. Jde hlavně o **materiální zajištění**. V tuto dobu je nejvyšší čas vyměnit byt za menší, pohodlnější, v blízkosti dospělých dětí. Byt by měl být vhodně vybaven a je nutné pamatovat na bezpečnost a odstranění všech rizikových bariér. Rizikovým prostředím mohou být např. koupelny, které by měly být vybaveny různými madly, podlahou

z protiskluzového materiálu a sprchovým koutem místo vany, aby se zabránilo zbytečným pádům. Je také dobré myslet na přiměřené finanční rezervy.

6.2 Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí

Důležitým strategickým dokumentem pro Českou republiku v oblasti stáří a stárnutí je **Národní program přípravy na stárnutí na období 2013–2017**. Tento program vypracovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Problematika stárnutí je v ČR dlouhodobě redukována převážně na problematiku důchodového systému, což je ale pohled naprosto nedostačující a neudržitelný a je často doprovázen negativními stereotypy. Představy, které máme o stárnutí a stárnoucích lidech, jsou často zastaralé a nerespektují fakt, že se již dnes jedná už o velmi heterogenní skupinu a do budoucna tento trend ještě posílí (MPSV, 2018).

Tento plán má konkrétní specifické cíle (MPSV ČR, 2014), níže uvádíme některé z nich. Další specifické cíle naleznete v dokumentu Národního akčního plánu: https://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf

- Posilovat na všech úrovních státní správy a samosprávy soudržnost rodin.
- Zajistit efektivní realizaci politiky přípravy na stárnutí na úrovni krajské a místní samosprávy.
- Zajistit efektivní realizaci přípravy na stárnutí na úrovni celostátní.
- Zvýšit povědomí ve společnosti o právech starších osob a seniorů.
- Rámcové vzdělávací programy i pedagogické postupy upravit tak, aby žáci měli dostatek informací o měnících se potřebách v rámci celoživotního cyklu, byli vychováni k úctě ke stáří a došlo k posilování mezigenerační solidarity a spolupráce.
- Rozvíjet programy středních škol, U3V a další vzdělávací aktivity pro seniory, a to jak formou kontaktní výuky, tak způsobem vhodným pro zajištění dostupnosti i v menších městech a obcích.
- Zvýšit podíl seniorů (seniorských organizací) zapojených do projektových aktivit programu Erasmus+.

Starší lidé patří mezi zranitelné skupiny ve společnosti. V souvislosti s **ochranou práv starších osob, ochranou před diskriminací a řešením násilí páchaného na seniorech** je třeba vzít v úvahu to, že se jedná o osoby více zranitelné vzhledem k jejich zdravotnímu omezení, časté osamělosti, sociální izolovanosti, značné míře důvěřivosti. Často musí čelit mnohým stereotypům spojeným se stářím a potýkat se se zhoršeným přístupem ke svým právům.

Aby bylo dodržování lidských práv účinné, musí sami **senioři znát svá práva a rozeznat špatné zacházení** ze strany rodiny či širší veřejnosti. Ke zvýšení ochrany práv seniorů je proto nezbytné **posílit jejich samostatnost a zvýšit informovanost** o možnostech obrany a vymahatelnosti jejich práv.

6.3 Aktivní stárnutí

Termín aktivní stárnutí byl přijat Světovou zdravotnickou organizací koncem devadesátých let 20. století. Jedná se o pojem, který je širší než pouhé zdravé stárnutí, protože se netýká pouze zdraví a péče o zdraví. Lze ho shrnout pod následující názvy: **nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace**. Je zde také zahrnuto **respektování práva starších lidí na rovné příležitosti a účast na veřejných rozhodováních komunitního života** (WHO, 2018).

Aktivní stárnutí může mít mnoho podob a úzce souvisí s přípravou na stáří. Koncept aktivního stárnutí je obecně vnímán jako pozitivní model stárnutí a je definovaný jako schopnost lidí stárnout a vést aktivní život ve společnosti a v ekonomice. To znamená, že lidé jsou schopni vykonávat pružná a samostatná rozhodnutí o tom, jakým způsobem budou trávit svůj volný čas v průběhu svého života (Mühlpachr, 2004). Aktivní stárnutí ovlivňuje několik faktorů, jako jsou **socioekonomické podmínky, vzdělávací podmínky, zdravotní péče, prostředí, ve kterém žijeme, a mezigenerační solidarita. Na aktivní stárnutí má vliv i rodina a sociální vztahy, které navazujeme.**

K důležitým faktorům přípravy na stáří a aktivního stárnutí můžeme již od středního věku řadit **koníčky a zájmy**, podobně jako **zdravý životní styl a celoživotní vzdělávání**. Mezi přímé způsoby přípravy na stáří pak řadíme **finanční zabezpečení, úpravu prostředí, ve kterém žijeme, a informování o nabídce zdravotních a sociálních služeb**, jež můžeme využívat (Svobodová, 2010).

Zdravý životní styl je důležitým faktorem v každém věku, nicméně s rostoucím věkem se zvyšuje hrozba zhoršujícího zdravotního stavu, a proto zdravý životní styl (zdravá strava, dostatečný pohyb, sport, pozitivní myšlení aj.) je velmi důležitý.

6.4 Vzdělávání seniorů

Celoživotní učení představuje kontinuální proces získávání a rozvoje znalostí, dovedností a schopností v průběhu celého života člověka. Tento koncept často propojuje vzdělávání s pracovní aktivitou.

Spektrum celoživotního učení zahrnuje rovněž vzdělávání pro seniory, které je v ČR úspěšně zavedeno v podobě **Univerzit třetího věku** (výuku nabízí 21 českých veřejných vysokých škol s více než 700 specializovanými kurzy pro seniory s přibližně 38 tisíci posluchači), **akademií seniorů a dalších vzdělávacích kurzů** nabízených především prostřednictvím nestátních neziskových organizací a organizací zřizovaných obcemi, zejména veřejnými knihovnami. Výstupy zájmového vzdělávání seniorů nejsou sice určeny přednostně pro potřeby trhu práce, mají však pozitivní přínos v osobním rozvoji jednotlivce a zvyšují aktivní zapojení občanů do společnosti (MPSV ČR, 2018).

Obsah vzdělávání na Univerzitách třetího věku (U3V) často koresponduje s obsahovým zaměřením mateřské vysoké školy, jejím odborným, intelektuálním a prostorově-technickým potenciálem (Čornaničová, 2011).

Hlavní poslání U3V je spatřováno v zabezpečování práva seniorů na vzdělávání na současné vědecké úrovni. Významnou roli však také sehrává možnost sociálních kontaktů, navazování nových přátelství, překonávání pocitu osamělosti, udržování psychické svěžesti a kvalitní naplnění volného času (Mühlpachr, 2004).

Nabídka vzdělávacích kurzů pro seniory by se měla odvíjet od aktuálních požadavků, které mění se společnost klade na všechny občany. V následujícím období by proto bylo vhodné stimulovat vytváření nabídky kurzů, které se zaměří na **rozvoj znalostí, dovedností a schopností v oblasti informačních a komunikačních technologií, na podporu rozvoje finanční gramotnosti a na posilování bezpečnosti seniorů** (MPSV ČR, 2018).

Kontrolní otázky a úkoly

1. Co víte o přípravě na stáří (různé dimenze)?
2. Co je předmětem Národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí?
3. Co znamená pojem aktivní stárnutí a co do tohoto konceptu můžeme zahrnout?
4. Jaké možnosti mají senioři v oblasti celoživotního vzdělávání? Uveďte příklady.

Použitá a doporučená literatura

1. Čornaničová, R. (2011). Edukácia seniorov – vznik, rozvoj, trendy. Příspěvek na konferenci Aktuální otázky univerzitního seniorského vzdělávání. Opava, 31. 5. – 2. 6. 2011.
2. Haškovcová, H. (2010). Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team.
3. MPSV ČR (2014). Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013–2017. [online] [cit. 2018-10-27]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf
4. MPSV ČR (2018). Senioři a politika stárnutí. [online] [cit. 2018-10-27]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/2856>
5. Mühlpachr, P. (2004). Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita.
6. Svobodová, K. (2010). Analýza: Příprava na stáří. [online] [cit. 2018-10-27]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=714
7. World Health Organisation (2018). What is active ageing? [online] [cit. 2018-10-28]. Dostupné z: <http://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>

7 Systém sociálních služeb se zaměřením na seniory

DAGMAR DVOŘÁČKOVÁ

Klíčová slova: nepříznivá sociální situace; senior; sociální poradenství; sociální služby

Cílem této kapitoly je seznámit studenty s pojmy sociální poradenství, nepříznivá sociální situace a se systémem sociálních služeb pro seniory v České republice.

7.1 Sociální práce se seniory v ambulantních sociálních službách

V české společnosti se model poskytování péče nesoběstačným členům rodiny opírá o tradiční pojetí, které předpokládá, že za zajištění potřeb seniorů je primárně odpovědná rodina a formální péče bývá využívána až v situaci, kdy neformální péče chybí či ji rodinní příslušníci nezvládají (Svobodová, 2006). Jestliže se soběstačnost staršího člověka sníží natolik, že již není možné, aby žil sám ve své původní domácnosti a pomoc ze strany rodinných příslušníků je nedostačující nebo úplně chybí, přichází na řadu péče institucionální. Přitom je důležité zamezit nevhodnému umístování seniorů do institucionální péče v případě, kdy to není nezbytně nutné a kdy může být příčinou buď špatná bytová situace v rodině, nebo nedostatečná nabídka sítě terénních služeb, s jejichž podporou a pomocí by mohl člověk se specifickými potřebami setrvat v přirozeném prostředí. Limitem života seniorů v původním prostředí totiž může být nedostatečná nabídka terénních a ambulantních služeb a mnohdy i nedostatečná informovanost o těchto způsobech zajištění potřeb (Průša a kol., 2009).

Ambulantní sociální služby – služby, kdy osoba dochází do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování, např. denní stacionář.

Terénní sociální služby – služby, které jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném prostředí, např. pečovatelská služba.

Pobytové sociální služby – služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, např. domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, domov pro osoby se zdravotním postižením (zákon č. 108/2006 Sb.).

7.2 Nepříznivá sociální situace

Správné posouzení nepříznivé sociální situace je nejdůležitější pro určení kvality poskytnutí sociální služby a je hlavním a jedinečným vodítkem pro nastavení funkčního plánu péče, podpory a pomoci.

Zákon o sociálních službách definuje nepříznivou sociální situaci jako oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní

návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením (zákon č. 108/2006 Sb.).

7.3 Sociální poradenství

V celém systému sociálních služeb má specifické postavení sociální poradenství.

Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit (zákon č. 108/2006 Sb.). Jedná se o **bezplatné** předání informací o možnostech řešení **nepříznivé sociální situace** nebo jejího předcházení. Na základní sociální poradenství má nárok každá osoba (Králová a Rážová, 2012). Toto poradenství zahrnuje kromě informací o sociálních službách i informace o možnosti získání pomoci z jiných sociálních systémů (pomoc v hmotné nouzi, systém státní sociální podpory).

Odborné sociální poradenství se oproti základnímu poradenství vymezuje širším rozsahem, hloubkou poradenství a zaměřením na příslušnou cílovou skupinu (MPSV ČR, 2018). Jedná se např. o občanské poradny, poradny pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí aj. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Jaké znáte druhy sociálních služeb pro seniory? Uveďte příklady.
2. Jaké znáte druhy sociálního poradenství?
3. Definiujte pojem *nepříznivá sociální situace* (dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Použitá a doporučená literatura

1. Králová, J., Rážová, E. (2012). Sociální služby a příspěvek na péči. Praha: Anag.
2. MPSV ČR (2018). Kontakt aneb Odborné sociální poradenství v praxi. [online] [cit. 2018-10-28]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/8468>
3. Průša, L., Holub, M., Kotrusová, M., Jahoda, R., Prušvic, D., Mertl, J., Molek, J. (2009). Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Praha: VÚPSV, v.v.i.
4. Svobodová, K. (2006). Genderové aspekty stárnutí: rodina a péče o seniory. Demografie 48(4): 256–261.
5. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Sbirka zákonů České republiky, částka 37/2006.

8 Aktivizační činnosti a terapie využívané v péči o seniory

LENKA MOTLOVÁ

Klíčová slova: aktivizační činnosti; aktivizační programy pro seniory; arteterapie; muzikoterapie; reminiscence; smyslová aktivizace; trénování paměti; validace; zooterapie

Aktivizace v sociálních službách

„Aktivizace je cílená činnost zaměřená na kvalitu života uživatele sociální služby podporující jeho bio-psycho-sociální kondici. Aktivizace je prostředkem nezávislosti a soběstačnosti uživatele a působí preventivně proti rizikům vyplývajícím z nečinnosti a proti sociálnímu vyloučení. Aktivizace by měla být smysluplná činnost, která používá škálu aktivizačních metod a technik. Aktivizační pracovníci připravují a nabízejí uživatelům různé aktivity, aktivizační činnosti a aktivizační programy“ (APSS ČR, 2015, s. 11).

Aktivizační činnosti

Podle Malíkové (2011) navazují aktivizační činnosti na socioterapeutické činnosti a jejich cílem je nalezení stimulačních a aktivizujících podnětů, které u klienta probudí zájem o sebe, pomohou si uvědomit potřeby a mobilizovat síly, iniciativně se zapojit do sebestačnosti a předejít tak vzniku závislosti.

Aktivizační činnosti jsou podle § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách:

- a) volnočasové a zájmové aktivity;
- b) pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím;
- c) nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

Sociálně terapeutické činnosti

Sociálně terapeutické činnosti se zaměřují na posilování sociálních dovedností v běžném životě a na jejich realizaci participuje více pracovníků, tj. sociální pracovník, pracovníci v přímé péči, aktivizační sestra, pracovník pro volnočasové aktivity, ergoterapeut a fyzioterapeut (Malíková, 2011). Sociálně terapeutické činnosti jsou podle § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

Aktivizační programy pro seniory

V zařízeních pro seniory se poskytují aktivizační programy, a to z důvodu fyzických a psychických omezení klientů (Žumárová a Tesková, 2012). Aktivizační programy se mohou částečně v zařízeních odlišovat. Jedná se o tyto činnosti:

- a) rukodělné práce, tvořivé činnosti;
- b) společenské programy, diskuse, hry, hudba, tanec;
- c) cvičení, sporty, sportovní hry;

- d) činnosti venku v přírodě;
- e) náboženské programy;
- f) vzdělávací činnost.

Psychoterapie ve stáří

Psychoterapie je nedílnou součástí koordinované rehabilitace ve stáří a je součástí rehabilitace léčebné. Psychoterapie využívá psychoterapeutické prostředky pod vedením kvalifikovaného psychoterapeuta a jako obor má jak teoretickou, tak aplikační stránku. V péči o seniory je využívána celá řada psychoterapeutických přístupů:

- a) humanistická psychoterapie (logoterapie, rogersovská psychoterapie, gestalt terapie aj.);
- b) dynamicky orientovaná psychoterapie (psychoanalýza a její směry, analytická psychologie podle C. G. Junga aj.);
- c) kognitivně-behaviorální terapie;
- d) relaxační a psychofyziologické postupy (Schulzův autogenní trénink, progresivní svalová relaxace aj.);
- e) psychoterapie zaměřená na tělo (bioenergetika, kraniosakrální biodynamika atd.);
- f) systémové a systemické pojetí psychoterapie;
- g) transpersonální psychoterapie podle Stanislava Grofa;
- h) integrativní a obecné pojetí (integrovaná psychoterapie manželů Knoblochových, satiterapie aj.).

Psychoterapie u seniorů může probíhat ambulantně (například ve stacionářích) či v pobytových službách, jako jsou domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných či oddělení následné péče v nemocnici.

Psychoterapie v sociálních službách

„Psychoterapie je cílené používání psychoterapeutických prostředků kvalifikovaným odborníkem (psychoterapeutem) v souladu s vědeckými poznatky. Psychoterapie směřuje k dosažení, obnovení, rozvoji či udržení kvality života klientů tak, aby mohli žít spokojený život v oblastech osobních, pracovních, zdravotních a sociálních. Cílem psychoterapie je dosažení rozvoje osobnosti a odstranění nebo zmírnění psychického utrpení člověka“ (APSS ČR, 2018).

Členové „pracovní skupiny pro psychoterapii v sociálních službách“ vydali v rámci činnosti Asociace poskytovatelů v sociálních službách v první polovině roku 2018 tzv. výzvu „4P“ týkající se legalizace psychoterapie v sociálních službách. Cílem této pracovní skupiny je zachovat pojem psychoterapie v novele zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Mezi důvody patří tzv. „4P“ = potřebnost, patřičnost, psychosociální multidisciplinarita a připravenost.

Expresivní terapie

Expresivní terapie využívají léčbu sebevyjádřením, sebereflexí, pomocí tvořivých a uměleckých aktivit. Slovo exprese znamená jistou formu prožitku. Expresivní techniky, které jsou využívány při expresivní terapii, mají složku receptivní (vnímání umění) a složku aktivní (tvoření umění). Expresivní terapie jsou využívány nejen v rámci individuální, ale i skupinové práce u různých cílových skupin. Mezi expresivní terapie patří dramaterapie (používá dramatických prostředků), muzikoterapie (používá hudební prostředky), arteterapie (využívá výtvarných prostředků), biblioterapie/poetoterapie (používá literárních prostředků), teatroterapie (divadelních prostředků), psychodrama (používá řízené dramatické improvizace) a terapie hrou.

Umělecké terapie

V ČR je používán stále častěji název umělecké terapie. Pojem Art Therapy znamená terapii uměním. Umělecké terapie zahrnují tanečně pohybovou terapii, arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii.

Mezinárodní asociace uměleckých terapií (MAUT)

Mezinárodní asociace uměleckých terapií (MAUT) je konfederace, která sdružuje asociace, pracoviště, odborníky, studenty a zájemce o umělecké terapie (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a tanečně pohybová terapie) na mezinárodním poli. Asociace MAUT vznikla v roce 2009 a podporuje spolupráci asociací, pracovišť, odborných společností a odborníků v oblasti uměleckých terapií s důrazem na spolupráci se studenty daných oborů i laickou veřejností. MAUT zaštiťuje a realizuje mezinárodní výzkumy, podílí se na lektorské, přednáškové i publikační činnosti. Tato mezinárodní asociace uměleckých terapií garantuje a vytváří mezinárodní registr erudovaných odborníků, supervizorů a pracovišť v oblasti uměleckých terapií (MAUT, 2017).

Časopis MAUT

Časopis MAUT je elektronický časopis zaměřený na umělecké terapie (ISSN 2533-3399). Tento časopis vydává asociace MAUT od roku 2016 a vychází 3× ročně.

8.1 Trénování paměti, kognitivní stimulace a kognitivní rehabilitace

Trénink paměti

Trénink paměti (kognitivní trénink) představuje již lektorovanou činnost, která se přímo zaměřuje na kognitivní funkce jako pozornost, paměť, či na exekutivní funkce. Kognitivní trénink také přispívá ke zlepšení soběstačnosti, zdatnosti a vědomostí o paměti a kognitivních mechanismech (Štěpánková a Steinová, 2009).

Trénink paměti má v České republice dlouholetou tradici díky iniciativě Ing. Danuše Steinové, předsedkyně České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging (ČSTPJ). Cílem ČSTMJ je „dostat trénování paměti jako efektivní nástroj proti mentální deterioraci u stárnoucí populace do povědomí veřejnosti, pořádat kurzy pro veřejnost a školit trenéry paměti pro veřejnost a zejména pro ústavní zařízení“ (ČSTMJ, 2018, s. 1). Ing. Danuše Steinová klade velký důraz na individuální přístup ke klientovi, což v praxi znamená přizpůsobit trénink paměti schopnostem klienta s cílem, aby klient zažil pocit vítězství, a dokonce by měl trenér paměti osobně zodpovídat za úspěch klienta (Preiss a Křivohlavý 2009).

Kognitivní funkce

Kognitivní (poznávací) funkce se řadí společně s emocemi a volnými procesy mezi hlavní oblasti psychických funkcí a dle Štěpánkové a Steinové (2009) je můžeme rozdělit na:

- a) receptivní funkce;
- b) myšlení;
- c) expresivní funkce;
- d) paměťové schopnosti a učení.

Cíle tréninku paměti

Podle pedagogického přístupu Franzisky Stengelové (1996) se trénink paměti zaměřuje na tři cíle: 1. zajišťování optimálního tréninkového efektu; 2. motivace k tréninku paměti během lekce a pro déletrvající účast a 3. podpora sociálních kontaktů. Při tréninku paměti je vhodné se vyhýbat situacím připomínajícím školní prostředí či kvízy. Stengelová (1996, s. 8) zdůrazňuje: „*Nejde o to co nejrychleji nalézat řešení, ale o domýšlení, přemýšlení, nazírání z různých hledisek, nabývání nové zkušenosti, další dotazování na známé věci a přemítání o běžných záležitostech.*“

Metody a techniky tréninku paměti

Mezi metody a techniky tréninku paměti řadíme například následující cvičení:

- a) cvičení na pozornost;
- b) cvičení na krátkodobou paměť;
- c) cvičení na dlouhodobou paměť;
- d) cvičení na sensorickou paměť;
- e) hry se slovy – práce se slovy a jejich významem;
- f) procvičování obecných znalostí (vědomostní kvízy);
- g) psychomotorická cvičení.

Mnemotechniky

Mnemotechniky umožňují, že se člověk s jejich pomocí naučí něco nového a díky mnemotechnikám je informace spolehlivě uložena v dlouhodobé paměti. Z tohoto důvodu si ji pak člověk může velmi snadno vybavit a síla mnemotechnik spočívá především v jejich jednoduchosti (Preiss a Křivohlavý, 2009). Mezi mnemotechniky patří například:

- a) metoda loci;
- b) kategorizace;
- c) akrostika a akronyma;
- d) zapamatování čísel (chunking).

Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging

Česká společnost pro trénování paměti (ČSTPMJ) pod vedením Ing. Danuše Steinové vytvořila dokument *Zásady, cíle a specifika trénování paměti v ČR*, kterými se řídí vzdělávání trenérů paměti a opírá se celá filozofie trénování paměti v ČR.

Zásady, cíle a specifika trénování paměti v ČR (ČSTMJ, 2018)

1. Náš cíl je, aby senioři byli schopni využít techniky a strategie pro lepší zapamatování v jejich každodenním životě.
2. Naší specialitou je tzv. „Terapie příjemného šoku“. Účastníci si prostřednictvím koncentračního cvičení a používáním komplexních paměťových strategií jako asociace a vizualizace ve spojení s paměťovými technikami ověří, že jejich paměť je stále ještě funkční. Senioři na základě této zkušenosti začnou přistupovat ke každé nové informaci s pozitivním očekáváním, že si ji zapamatují, což ovlivňuje výsledek.
3. Tento přístup vede k okamžitému zvýšení sebevědomí a sebehodnocení účastníků našich kurzů, které se následně projeví ve zvýšení kvality života seniorů obecně, protože začnou zvládat problémy denního života s daleko větším přehledem.
4. Volíme individuální přístup a trénink přizpůsobujeme schopnostem klienta s jediným cílem, a to, že klient musí uspět a zažít pocit vítězství.

5. Osobní zodpovědnost trenéra paměti za úspěch klienta je alfou a omegou naší trenérské práce. Pokud klient neuspěje, není to jeho vina, nýbrž vina trenéra paměti, který nezvládl svůj úkol.
6. Zaměřujeme se na to, abychom změnili přístup seniorů k jejich vlastním problémům s pamětí v tom smyslu, že je přestanou vnímat jako nevyhnutelnou a negativní součást procesu stárnutí, ale naopak si začnou být vědomi toho, že mají svůj osud víceméně ve vlastních rukou.
7. Obsah jednotlivých lekcí je připraven s intencí, aby senioři získali z tréninku dlouhodobý prospěch.
8. Trénink paměti je kombinací kognitivního tréninku a relaxujících psychomotorických cvičení. Zároveň plní funkci platformy sociálního kontaktu se stejně motivovanými vrstevníky.
9. Trénování paměti patří mezi efektivní nástroje ke zvýšení soběstačnosti a prodloužení nezávislosti seniorské populace, což je z hlediska společnosti nejlevnější řešení demografické exploze seniorů a z hlediska jedince představuje nejpříjemnější a nejdůstojnější formu stárnutí.

Kognitivní rehabilitace

Kognitivní rehabilitace je určena pro klienty s určitým onemocněním – např. se syndromem demence, s cévní mozkovou příhodou (Janečková, 2004). V rámci kognitivní rehabilitace se zaměřujeme na porušené kognitivní funkce s cílem jejich obnovování či udržování a posilování těch funkcí, které byly zachovány (Janečková, 2004). Jde tedy o individualizovaný přístup ke klientům s kognitivní poruchou, který se opírá o spolupráci s jejich blízkými nebo se zdravotníky a dalšími odborníky, kteří těmto klientům pomohou sestavit relevantní cíle a vybudovat strategii k jejich dosažení (Štěpánková a Steinová, 2009).

Kognitivní stimulace

V rámci kognitivní stimulace jde o zapojení klienta do skupinových aktivit, které nespécifickým způsobem podporují kognitivní a sociální fungování. Jedná se např. o diskuse, strukturované aktivity včetně orientace a reminiscence nebo supervidované volnočasové aktivity (Štěpánková a Steinová, 2009).

8.2 Reminiscence a reminiscenční terapie

Reminiscence

Pojem reminiscence pochází z latinského slova *reminiscere* = vzpomenout si, rozpomenout se, obnovit v paměti. Slovo reminiscence je synonymem k českému výrazu vzpomínka, vzpomínání. Při reminiscenci je možné využít jednak narativní přístup (z lat. *narrō* = vyprávět, líčit, podávat zprávu, vykládat; *narration* = vypravování), jednak reflektující přístup. U narativního přístupu je smyslem nastolit příjemnou a uvolněnou atmosféru, zapojit všechny přítomné, být spolu, důraz je kladen na příjemné stránky vzpomínání a do popředí vystupuje tzv. prosociální (interpersonální) funkce vzpomínání (Janečková a Vacková, 2010). Reflektující přístup je založen především na životní rekapitulaci (life review) podle Roberta Butlera.

Význam vzpomínek (Janečková a Vacková, 2010)

- Reminiscence pomáhá zlepšit celkový psychický, funkční a zdravotní stav.
- Je důležitou metodou zvládnání adaptačního procesu.

- Minimálně adaptaci napomáhá, zmírňuje negativní dopady přestěhování do nového prostředí.
- Pomáhá také lepšímu kontaktu s rodinou (mají společný úkol zabydlet pokoj, vytvořit krabici vzpomínek či knihu života).
- Reminiscenční metody zaměřující se na životní bilancování (validace, životní rekapitulace, exprese emocí) pomáhají vyrovnat se s problémy, pomáhají žít spokojenější život, nalézt smysl životních těžkostí.

Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je definována jako rozhovor terapeuta se seniorem nebo skupinou o tom, co v životě prožil, o oblíbených aktivitách, o jeho dřívějším životě (Janečková a Vacková, 2010). Podle Špatenkové a Bolomské (2011) lze reminiscenční terapii vnímat nejen jako omezený soubor technik, ale i jako mnoho dalších přístupů; a to, jak terapii využijeme, závisí na daném terapeutovi (na jeho zkušenostech a dovednostech), ale také na ochotě klientů, se kterými pracuje.

Reminiscenční terapií je označován rozhovor terapeuta s klientem o jeho dosavadním životě, o zkušenostech, dřívějších aktivitách, často jsou využívány pomůcky, jako jsou staré fotografie, nástroje, filmy, hudba, pracovní nářadí, módní doplňky (Janečková a Vacková, 2010). Při reminiscenci lze využít rovněž uměleckých projevů – výtvarných, divadelních. Základním prvkem je navození pohody, dobrého pocitu, sebeuspokojení, radosti, potvrzení vlastní identity. Pokud se během reminiscence projeví traumatické zkušenosti (např. válečné), dostávají reminiscenční setkání povahu skutečného psychoterapeutického procesu (Janečková a Vacková, 2010).



Foto 1 (Zdroj: Klub seniorů – vzpomínkové kufry, 2018)



Foto 2 (Zdroj: Krabice plné vzpomínek, 2018)



Foto 3 (Zdroj: Domov pro seniory Letokruhy, 2018)

Foto 1: Vzpomínkové kufry

Foto 2: Vzpomínkové krabice

Foto 3: Reminiscenční místnost

Knihy života

Knihy života neboli vzpomínkové knihy jsou určeny pro zaznamenání vzpomínek babičky, dědečka, od dětství po současnost (např. knihy Moniky Kopřivové *Babičko, vyprávěj: kniha pro uchování vzpomínek*. *Dědečku, vyprávěj: kniha pro uchování vzpomínek*). Senioři zpracovávají knihu života samostatně, za pomoci rodinných příslušníků či za pomoci pracovníků v domově pro seniory.

Kognitivně-reminiscenční terapie

Kognitivně-reminiscenční terapii založil Philippe Cappeliez a tato terapie je určena pro klienty s depresí a poruchami kognice. Jedná se o pravidelná setkání jedenkrát týdně na 60–90minutových sezeních po dobu 6–12 týdnů. Skupinu vede jeden nebo dva terapeuti. Z hlediska stupně deprese a kognitivního postižení jedinců musí být skupina homogenní. Témata jsou předem dána, aby se na setkání mohli účastníci připravit, a každý má vymezený prostor, aby se mohl k tématu vyjádřit. Výsledkem by mělo být pozitivní vnímání sebe sama. K reflektujícím přístupům patří také reminiscence uplatňovaná jako jedna z technik validace, tedy přijetí reality druhého, tento způsob komunikace vede ke vzájemnému sblížení (Janečková a Vacková, 2010).

8.3 Validace

Validace

Validace je – podle zakladatelky validace Naomi Feil – cesta, jak porozumět dezorientovaným starým lidem. Validovat znamená přijmout emoce klienta a říci mu, že jeho emoce jsou pravdivé. Pokud klientovy emoce odmítáme, klienta to znejistuje. V metodě validace se používá schopnost vcítit se a přiblížit vnitřnímu prožití dezorientovanému seniorovi. Vcítěním se „chozením v botách toho druhého“ se dosáhne důvěra. Důvěra vytvoří jistotu, jistota vytvoří sílu, síla obnoví sebevědomí, sníží stres. Uživatel validace zachytává signály seniora a „obléká je“ do slov. Tak ho validuje a vrací mu zpět jeho důstojnost. Někteří dezorientovaní lidé se nevracejí zpět do své minulosti, když se v přítomnosti cítí být milovaní a potřební. Neexistuje žádná univerzální forma, ale všichni jsou šťastnější, když mají uznání (Feil a de Klek-Rubin, 2015).

Validace je kombinace základního empatického přístupu; vývojové teorie pro staré, nedostatečně orientované a dezorientované lidi, která nám pomáhá porozumět jejich chování, a specifických technik, které tímto lidem pomáhají získat zpět svoji důstojnost (Feil a de Klek-Rubin, 2015).

Principy validace

Principy validace podle Feil a de Klek-Rubin (2015) spočívají v následujících oblastech:

1. Nedostatečně orientovaní a dezorientovaní staří lidé mají hodnotu a jsou jedineční.
2. Nedostatečně orientovaní a dezorientovaní staří lidé jsou akceptováni takoví, jací jsou. Nesnažíme se je změnit.
3. Naslouchání s empatií vytváří důvěru, redukuje úzkost a navrácí důstojnost.
4. Bolestivé pocity, vyjádřené, akceptované a validované přes důvěryhodného posluchače, se stávají slabšími. Bolestivé emoce, které jsou ignorované a potlačené, se stávají silnějšími.
5. Existuje důvod chování nedostatečně orientovaných a/nebo dezorientovaných starých lidí.
6. Chování nedostatečně orientovaných nebo dezorientovaných starých lidí může být opodstatněné jedním nebo vícero následujícími lidskými potřebami:
 - a) zpracování nevyřešených úkolů pro pokojné vyrovnané umírání;
 - b) žít v pokoji;

- c) potřeba znovuzískání rovnováhy, když se vytrácí zrak, sluch, mobilita a paměť;
 - d) potřeba dát smysl nesnesitelné realitě, nalezení místa, kde se cítí šťastně a kde jsou rodinné vztahy;
 - e) potřeba uznání, statusu, identity a sebehodnoty;
 - f) potřeba být užiteční a produktivní;
 - g) potřeba patřit někam a být respektován;
 - h) potřeba vyjadřovat emoce, a tím být vyslyšen;
 - i) potřeba cítit se být milován a cítit bezpečí: touha po lidském kontaktu;
 - j) potřeba pocitu starostlivosti, jistoty a bezpečí, a ne být nepohyblivý a omezený;
 - k) potřeba po sensorické stimulaci, taktilní, vizuální, auditivní, čichové, chuťové a též sexuální možnosti vyjadřování;
 - l) potřeba redukce bolesti a komplikací.
7. Dávno naučené chování se vrací, když verbální schopnosti a krátkodobá paměť selhávají.
 8. Osobní symboly, které používají nedostatečně orientovaní a dezorientovaní starší lidé (lidé nebo předměty z přítomnosti, které reprezentují lidi, předměty nebo koncepty z minulosti), přičemž jsou tyto symboly nabitě emocí.
 9. Nedostatečně orientovaní a dezorientovaní starší lidé žijí na různých úrovních vědomí, častokrát ve stejné době.
 10. Pokud se oslabí pět smyslů, stimulují se nedostatečně orientovaní a dezorientovaní starší lidé sami a používají svůj „vnitřní smysl“. Vidí svým vnitřním zrakem a slyší tóny z minulosti.
 11. Příhody, emoce, barvy, zvuky, pachy, chutě a obrazy „tady a teď“ probouzejí emoce, které pak spustí podobné emoce z minulosti.

Dlouhodobé cíle validace

Mezi dlouhodobé cíle validace podle Feil a de Klek-Rubin (2015) patří:

- přispět k tomu, aby osoby ve vyšším věku mohly co nejdéle setrvat ve svém domácím prostředí;
- obnovit sebevědomí;
- redukovat stres;
- dát smysl prožitému životu;
- řešit nezpracované konflikty z minulosti;
- redukovat chemické a fyzické omezení;
- zlepšit verbální a neverbální komunikaci;
- zabránit návratu do vegetování;
- zlepšit schopnost chůze a tělesné zdraví;
- pečovatелům dodat radost a energii;
- rodinám pomoci komunikovat s jejich dezorientovanými příbuznými.

Pro koho není validace určena

Validace není určena pro klienty, kteří se orientují, kteří jsou mentálně postižení, u kterých propuklo duševní onemocnění, utrpěli organické poškození (např. afázie po cévní mozkové příhodě nebo po pádě) a kteří nemají moc vysoký věk (Feil a de Klek-Rubin, 2015).

Validace skupinovou formou

Předpokladem pro skupinovou práci v rámci validace je vytvoření atmosféry bezpečí, ve které se dle Feil a de Klek-Rubin (2015) klienti učí vzájemně si důvěřovat, aby:

- vyjádřili své pocity;
- vzájemně verbálně i neverbálně komunikovali;

- řešili všeobecné problémy;
- byli aktivní v sociálních rolích;
- naučili se kontrole;
- získali pocit sebehodnoty.

Cílem skupinové validace je stimulace (Feil a de Klek-Rubin, 2015)

- energie;
- sociálních rolí;
- identity;
- interakce;
- verbálního chování;
- sociální kontroly;
- pohody a štěstí.

Úkolem skupiny při validaci je rovněž (Feil a de Klek-Rubin, 2015)

- redukovat strach;
- zabránit vegetování;
- snížit užívání upokojujících a omezujících prostředků;
- snížit nebezpečí rozvinutí syndromu vyhoření u personálu a příbuzných klientů.

Validační techniky

Validační techniky podle zakladatelky validace Naomi Feil jsou následující (Janečková a Vacková, 2010):

1. Centrování – vnitřní soustředění validačního pracovníka a uvolnění jeho vlastních emocí před tím, než přistoupí ke klientovi a začne s ním empaticky komunikovat.
2. Empatie.
3. Užívání neohrožujících, konkrétních otázek: Co? Kdo? Kde? Kdy? Jak?
4. Parafrázování, opakování slov.
5. Užívání polarity: Jak to bolelo nejvíc? Jaké by to bylo v nejhorším případě?
6. Představa protikladu: Jsou noci, kdy nepřichází? Co jste dělala, když váš muž zemřel? Jak jste to zvládla?
7. Reminiscence – společné prohlížení fotografií, vzpomínání na milého člověka; používání slov vždycky, nikdy.
8. Udržování přítomného, blízkého očního kontaktu, projevení náklonnosti.
9. Užívání nejednoznačných výrazů – otázek jako: Kde vás to bolí? Byla to legrace? On tam byl? Říkali něco?
10. Užívání příjemného, zřetelného, hlubšího a milujícího tónu hlasu.
11. Zrcadlení – pozorování a opakování pohybů a emocí, navození empatie.
12. Spojování projevů poruch chování s neuspokojenými potřebami (projevení zájmu).
13. Užívání oblíbeného smyslového vjemu: Jak to znělo? Jak to vypadalo?
14. Dotek, blízkost?
15. Používání hudby.

Validace a psychoterapie

Dle Feil a de Klek-Rubin (2015) mají validace a psychoterapie nejen společné cíle (zvýšit sebedůvěru, posílit tělesné i duševní zdraví, překonávat nebo zdolávat stres), ale spojují je i následující společné znaky:

- Dříve naučené ovlivňuje naše chování po celý život.
- Lidé se musí chtít sami změnit, nemůžou být k tomu nuceni.

- Trvalá změna nastane díky nadhledu/pochopení.
- Lidé se cítí lépe, pokud mohou své emoce svěřit důvěryhodné osobě.

8.4 Smyslová aktivizace a Snoezelen-MSE koncept

Smyslová aktivizace

Při smyslové aktivizaci se využívá cíleného a vědomého působení na smysly a potřeby osob, které napomáhá k navození příjemného pocitu a jeho dlouhodobého udržení v zájmu zkvalitnění života seniorů v domovech pro seniory (Wehner a Schwinhammer, 2013). Smyslová aktivizace® je cílená, na potřeby orientovaná aktivizace a podpora velmi starých a osob s demencí (Institut smyslové aktivizace, 2018).

Cíle smyslové aktivizace

Cílem smyslové aktivizace je podle Wehner a Schwinhammer (2013) aktivizace pohybového aparátu, orientace venku či uvnitř, orientace o ročním období, podpora jemné a hrubé motoriky, práce s pamětí a trénink paměti, napomáhání schopnosti komunikovat, koordinace pohybu, aktivní práce rodinných příslušníků a podpora zdraví. Smyslová aktivizace přijímá životní příběh seniora, pracuje s jeho zkušenostmi a prožitky a vede seniora k jejich zpracování a seberepřítí (Vojtová, 2014). Smyslová aktivizace umožňuje podle Institutu smyslové aktivizace (2018) zachovat u seniorů jejich kompetence (sebevědomí, sebedůvěra, samostatnost, sebeocení), sociální kompetence (kontakty s ostatními lidmi, zachování vazby s rodinou a přáteli) a věcné kompetence (samostatnost, sebeobsluha).

Senzorická (smyslová) stimulace

Senzorická (smyslová) stimulace je nadřazený pojem pro řadu různých metod, které mají společný cíl: stimulovat smysly klienta, tj. zrakové, sluchové, hmatové, pohybové, chuťové, čichové. Stimulace těchto smyslů redukuje pocit osamělosti, stresu a izolace od okolí. Nejčastější metody z této kategorie jsou aromaterapie a snoezelen (Feil a de Klek-Rubin, 2015).

Snoezelen-MSE koncept

Snoezelen-MSE koncept je „považován jednak za původní volnočasovou aktivitu, také je propracována jako podpůrná edukační metoda s primárním důrazem na vzdělávání formou zkušeností a v neposlední řadě je již pojímána jako právoplatná terapeutická metoda, která má svůj řád, systém i pravidla“ (Filatová a Janků, 2010, s. 18).

Snoezelen-MSE (Multisensory Environment)

je víceúčelová metoda, jež nejčastěji využívá prostoru nebo místnosti, která je vybavena speciálními technickými pomůckami k multismyslové stimulaci. Slovo „snoezelenje“ je holandského původu, kdy slovo snuffelen znamená čichat a doezelen dřímat. Filatová (2014, s. 121) uvádí, že „délka, intenzita a schopnost uvědomění Snoezelen efektu přímo souvisí se zkušeností, profesí, vzděláním a schopností sdílení a provázení (prožitkem) klienta terapeutem“.

Definice Snoezelen-MSE dle ISNA-MSE (2012)

ISNA-MSE je mezinárodní asociace International Snoezelen Association – Multisensory Environment (Mezinárodní Snoezelen asociace – Multismyslové prostředí). „Koncepční rámec

Snoezelen-MSE je definován jako dynamické prostředí intelektuálního vlastnictví postavené na citlivém, propojeném vztahu mezi účastníkem, zkušeným doprovázejícím člověkem a kontrolovaným prostředím, ve kterém je nabízeno velké množství smyslových stimulů“ (Filatová, 2014, s. 14).

8.5 Tanečně pohybová terapie

Pohyb a pohybová aktivita ve stáří

Pohyb je nedílnou součástí aktivního životního stylu nejen ve stáří. Pohybovou aktivitu je potřebné vždy přizpůsobit věku a zdravotnímu stavu seniora. Důležitá je pravidelnost a správné vykonávání zvolené pohybové aktivity. Užitečné je poradit se o vhodné pohybové aktivitě s lékařem a fyzioterapeutem. Při plánování pohybové aktivity u seniorů je nezbytný týmový přístup, který zahrnuje zejména rehabilitačního lékaře, zdravotní sestru, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách.

Druhy cvičení pro seniory

- cvičení na rovnováhu;
- relaxační a uvolňovací cviky;
- cvičení na koordinaci;
- protahovací cvičení;
- posilovací cvičení.

Tanečně pohybová terapie

Tanečně pohybová terapie je psychoterapeutické užití pohybu v procesu, který podporuje emoční, sociální, kognitivní a fyzickou integraci jedince (TANTER, 2018). Tato terapie patří mezi expresivní terapie (společně s muzikoterapií, arteterapií, dramaterapií), řadí se mezi terapie uměním (arts therapies), protože pracuje s tancem s formou uměleckého vyjádření (TANTER, 2018). Při tanečně pohybové terapii jde o propojení pohybové zkušenosti, kognitivního vhledu a emočního prožitku, tj. tělo a mysl jsou při tanečně pohybové terapii v neustálé interakci (Čížková, 2005).

Cíle tanečně pohybové terapie

Cíle tanečně pohybové terapie podle Americké asociace taneční terapie (ADTA) spočívají v dosažení (MAUT, 2017):

- emoční a fyzické integrace jedince;
- vědomí těla, hranic těla a jeho vztahu k prostoru;
- realistického vnímání své vnitřní představy o těle;
- akceptace a bezpečného způsobu zvládnání napětí v těle, úzkosti, stresu a potlačované energie;
- schopnosti identifikovat a vyjadřovat své pocity bezpečným a přijatelným způsobem;
- obohacení pohybového repertoáru;
- pomoci při kontrole impulzivního chování.

Česká asociace taneční a pohybové terapie TANTER

Česká asociace taneční a pohybové terapie TANTER byla v ČR založena v roce 2002 tanečně pohybovými terapeuty (TP), kteří absolvovali dlouhodobé vzdělání v oboru tanečně pohybové terapie (TPT) tzv. alternativní cestou pod záštitou Americké asociace taneční terapie (ADTA).

Tato asociace sdružuje profesionály i zájemce o obor TPT a členové s příslušnou odbornou kvalifikací jsou členy profesionálními a zájemci členy přidruženými. Posláním TANter je vytváření a udržování odpovídající úrovně standardů profesionální způsobilosti TP terapeutů. Tato asociace podporuje nejen vzdělávání a odborný růst tanečních terapeutů a zájemců o povolání, ale informuje odborníky příbuzných oborů i laickou veřejnost o TPT za účelem zvýšení všeobecného povědomí o roli oboru ve všech oblastech uplatnění. Mezi další činnosti TANter patří vypracovávání odborných materiálů o TPT, nabízení odborné konzultace (zpracovávání diplomových či disertačních prací zabývajících se TPT aj.). TANter jedná v zájmu profese a svých členů s institucemi v ČR i v zahraničí (Česká asociace taneční a pohybové terapie TANter, 2018). Je potřebné také zmínit činnost Evropské asociace taneční a pohybové terapie (EADMT), která garantuje profesionální standardy praxe tanečně pohybových terapeutů a rozvíjí spolupráci členských zemí v oblasti vzdělávání, praxe a výzkumu (MAUT, 2017).

8.6 Arteterapie

Arteterapie a její cíle

Arteterapii lze definovat jako souhrn uměleckých technik a postupů, jejichž cílem je snaha změnit sebehodnocení seniora, postarat se o smysluplné naplnění jeho života a posilovat seniorovo sebevědomí (Šicková-Fabrici, 2016). Cílem arteterapie není tvorba uměleckého a esteticky vypovídajícího díla, ale význam arteterapie spočívá ve vlastní aktivitě, v produktivní činnosti seniora a ve smysluplném trávení volného času (Mlýnková, 2011). Müller (2006) uvádí, že arteterapie používá terapeutický potenciál výtvarných aktivit, a to zejména kresbu.

Volba formy arteterapie

Podle Liebmann (2010) si vedoucí a terapeuti na základě různých kritérií zvolí, zda budou pracovat individuálně, či skupinovou formou. Volba formy arteterapie se odvíjí od několika faktorů, tj. přání a potřeby klienta, závažnost problému a styl práce terapeuta (Potměšilová a Sobková, 2012).

Přínos arteterapie pro seniory

Šicková-Fabrici (2008) poukazuje také na pozitivní vliv při zvládnutí nově nastalých situací v životě seniora, a to při změnách v oblasti zdravotní, sociální i ekonomické, způsobené například odchodem do důchodu, do domova pro seniory nebo zhoršením zdravotního stavu či ztrátou soběstačnosti.

Česká arteterapeutická asociace

Česká arteterapeutická asociace (ČAA) je neziskové profesní sdružení arteterapeutů, které je zároveň otevřené i všem zájemcům o arteterapii. Cílem ČAA je koordinovat úsilí zkvalitňování oboru arteterapie v ČR. Tato asociace v současné době pracuje na vytváření a uzákonění profesního statusu arteterapeuta, tak aby standardy vzdělávání byly v souladu nejen se standardy expresivních terapií v ČR, ale i se standardy vytvářenými v evropském rozměru.

8.7 Muzikoterapie

Muzikoterapie

Muzikoterapie spočívá v profesionálním využití hudby a jejích prvků pro zkvalitnění života a zlepšení psychického a fyzického zdraví (World Federation of Music Therapy, 2011). Podle Gerlichové (2014) je muzikoterapie terapeutický obor, který k dosažení nehudebních cílů používá hudbu či hudební prvky. Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti expresivních terapií (Kantor a kol., 2009).

Expresivní terapie

Pojem expresivní znamená, že tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být hudební, dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové povahy. Ty muzikoterapie využívá pro jednotlivce či skupinu, a jejím záměrem je rozvíjení učení, vztahů, sebevyjadřování a komunikace (Kantor a kol., 2009).

Muzikoterapie v péči o seniory

Holczerová a Dvořáčková (2013) uvádějí, že hudba by měla vycházet z přirozeného prostředí, ve kterém senioři dříve žili. Kantor a kol. (2009) uvádějí, že do nehudebních cílů patří široká oblast terapeutického působení, tj. učení, léčba, komunikace, motivace, zlepšení kvality života, osobnostní a spirituální rozvoj.

Muzikoterapie přispívá k trénování mentálních a fyzických funkcí seniora, například rytmickým cvičením, zpěvem či kondičním cvičením do rytmu, dále napomáhá k rozvoji spolupráce, navazování nových interakcí s okolím, udržování mezigeneračních vztahů či k seberealizaci seniora (Gerlichová, 2014).

Muzikoterapeutická asociace

Muzikoterapeutická asociace České republiky (CZMTA) je neziskové profesní sdružení muzikoterapeutů, které je zároveň otevřené i všem zájemcům o muzikoterapii. CZMTA vznikla v roce 2012 sloučením České muzikoterapeutické asociace a České asociace muzikoterapie a dramaterapie (ČAMAD), která fungovala od roku 2005 a v roce 2009 se stala členem EMTC.

8.8 Zooterapie – intervence a terapie za asistence zvířat

Zooterapie

Freeman (2007) uvádí, že zooterapie je souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které se zakládají na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem. Dále uvádí, že jde o pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka. Zvíře je v roli koterapeuta, který pracuje vždy pod vedením pracovníka, a jde tedy v podstatě o využití zvířat jako terapeutického prostředku.

Do roku 2013 byla využívána následující terminologie, která byla definovaná organizací Delta Society:

- a) aktivity za pomoci zvířat – AAA (Animal Assisted Activities);
- b) terapie za pomoci zvířat – AAT (Animal Assisted Therapy);
- c) vzdělání a výuka za pomoci zvířat – AAE (Animal Assisted Education);
- d) krizová intervence za pomoci zvířat – ACR (Animal Crisis Response).

Terminologie od roku 2013 – intervence s asistencí zvířat

V roce 2014 byl dokument IAHAIO White Paper (2013) revidovaný a změna se týká používané terminologie, tj. jsou zcela vynechány aktivity s pomocí zvířat. Aktivity s pomocí zvířat jsou v rámci dokumentu IAHAIO White Paper 2014 s názvem „Definitions for Animal Assisted Intervention and Guidelines for the Welness of Animal Involved“ jedním z druhů či typů intervencí za asistence zvířat (IAHAIO White Paper, 2014).

Intervence s asistencí zvířat je v tomto dokumentu definována následovně: „... na cíl orientovaná a strukturovaná intervence, která intencionálně zahrnuje anebo začleňuje zvířata do služeb v oblasti zdravotnictví, vzdělávání a humanitních služeb (např. sociální práce) za účelem dosažení terapeutických efektů u lidí. Intervence za asistence zvířat začleňují humánně-animální týmy do formálních humanitních služeb jako terapie s asistencí zvířat (AAT), edukace s asistencí zvířat (AAE) anebo za určitých podmínek aktivity za asistence zvířat (AAA)“ (IAHAIO White Paper, 2014, s. 5).

Cíle terapie za pomoci zvířat podle ESSAT

Cíle terapie s asistencí zvířat v péči o seniory by měly být v souladu s následujícími obecnými cíli terapie za pomoci zvířat podle ESSAT (2011, s. 1):

- a) znovu navodit a zachovat tělesné, kognitivní a emocionální funkce;
- b) podporovat schopnosti a dovednosti k provádění aktivit a činností;
- c) podporovat zúčastněnost klienta v příslušné životní situaci;
- d) zlepšovat subjektivní pocit blaha.

Canisterapie

Canisterapie znamená léčbu pomocí psa a kontakt se psem v člověku zanechává pocit, že není sám, že někoho zajímá a že někdo jej má rád (Galajdová a Galajdová, 2011). Autorkou pojmu canisterapie v ČR je Jiřina Lacinová, která se zabývala canisterapií ve sdružení Fília. Canisterapie je v současné době nejčastější formou zooterapie, která je využívána v péči o seniory v ČR.

Felinoterapie

Při felinoterapii je využívána pozitivní interakce mezi člověkem a kočkou. Felinoterapii se v ČR dlouhodobě zabývá Daniela Hypšová v rámci činnosti Nezávislého chovatelského klubu v Mladé Boleslavi.

Farmingterapie

Při farmingterapii se využívají ovce, kozy, slepice a jiná hospodářská zvířata a jedná se také o práci na farmě. Klienti jsou se zvířaty nejen v přímém kontaktu, ale mohou se též podílet na péči o zvířata a jejich chovu. V rámci farmingterapie existují dvě varianty. První varianta spočívá v tom, že farma je součástí zařízení např. domova pro seniory. Druhou variantou je, že klienti dojíždějí na farmu mimo zařízení, ve kterém žijí.

Ornitoterapie

Při ornitoterapii jako nedílné součásti zooterapie se používají ptáci jako např. papoušek, holub, kohout. Jedná se o kontakt se zvířetem a tematické aktivity.

Lamaterapie

Lamaterapie využívá pozitivní interakce mezi člověkem a lamou. Součástí je nejen kontakt s lamou, aktivity s lamou, ale také péče o zvíře.

Kontrolní otázky a úkoly

1. *Objasněte pojem aktivizace, aktivizační činnosti, sociálně aktivizační činnosti, psychoterapie v kontextu sociálních služeb.*
2. *Objasněte zásady, cíle, přínos a specifika trénování paměti, metody a techniky trénování paměti včetně mnemotechnik.*
3. *Objasněte pojem reminiscence, reminiscenční terapie, validace, validační terapie.*
4. *Jaké kompetence jsou u seniorů podporovány v rámci smyslové aktivizace?*
5. *Co je Snoezelen-MSE koncept?*
6. *Uveďte příklady pohybových cvičení pro seniory.*
7. *Co znamenají zkratky TANTER, ADTA, EADMT, ČSTMJ, ISNA-MSE, ČAA, CZMTA, ESAAT?*
8. *V čem spočívá přínos arteterapie pro seniory?*
9. *Vyjmenujte kvalifikační požadavky na profesi arteterapeuta a muzikoterapeuta v ČR.*
10. *Vysvětlete pojem zooterapie, canisterapie, lamaterapie, felinoterapie, ornitoterapie, farmingterapie.*

Použitá a doporučená literatura

1. APSS ČR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2015). Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR. Tábor: APSS ČR, s. 11.
2. APSS ČR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb (2018). Výzva „4P“ k legalizaci psychoterapie v sociálních službách. [online] [cit. 2018-09-09]. Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/files/V%C3%BDzva%204P.pdf>
3. Česká asociace taneční a pohybové terapie TANTER (2018). [online] [cit. 2018-09-09]. Dostupné z: <http://www.tanter.cz/o-nas>
4. Čížková, K. (2005). Tanečně-pohybová terapie Praha: Triton.
5. ČSTMJ (2018). Trénování paměti. [online] [cit. 2018-09-09]. Dostupné z: <http://www.trenovani-pameti.cz>
6. Domov pro seniory Letokruhy (2018). Reminiscenční místnost – obývací pokoj. [online] [cit. 2018-09-09]. Dostupné z: [https://www.google.com/search?q=reminiscen%C4%8Dn%C3%AD+m%C3%ADstnost&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=PqItfx3sgVzOZM%253A%252Cwpa\]zDB4Xn-0kXM%252C_&usg=AI4_kQMIZ1SOdpUOVYk0PcQ27BwYM1XxQ&sa=X&ved=2ahUKEwiV-wOXWvrneAhVE_iwKHbJeBGoQ9QEwAXoECAyQBA#imgrc=4gZ3NIYDDArOOM](https://www.google.com/search?q=reminiscen%C4%8Dn%C3%AD+m%C3%ADstnost&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=PqItfx3sgVzOZM%253A%252Cwpa]zDB4Xn-0kXM%252C_&usg=AI4_kQMIZ1SOdpUOVYk0PcQ27BwYM1XxQ&sa=X&ved=2ahUKEwiV-wOXWvrneAhVE_iwKHbJeBGoQ9QEwAXoECAyQBA#imgrc=4gZ3NIYDDArOOM)
7. ESAAT (2011). Definition Tiergestützter Therapie. [online] [cit. 2018-09-09]. Dostupné z: <http://www.esaat.org/definition-tiergestuetzter-therapie>
8. Feil, N., de Klek-Rubin, V. (2015). Validácia®. Cesta, ako porozumieť starým dezorientovaným ľuďom. Bratislava: OZ Terapeutika.
9. Filatová, R. (2014). Snoezelen-MSE. Frýdek-Místek: Kleinwächter.
10. Filatová, R., Janků, K. (2010). Snoezelen. Ostrava: Tiskárna Kleinwächter.
11. Freeman, M. (2007). Terminologie v zooterapii. In: Velemínský, M. et al. Zooterapie ve světle objektivních poznatků. České Budějovice: Dona, s. 30–37.
12. Galajdová, L., Galajdová, Z. (2011). Canisterapie: pes lékařem lidské duše. Praha: Portál.
13. Gerlichová, M. (2014). Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest. Praha: Grada.
14. Holczerová, V., Dvořáčková, D. (2013). Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada.

15. IAHAIO White Paper (2013). The IAHAIO Definitions for Animal Assisted Intervention and Animal Assisted Activity and Guidelines for the Wellness of Animals Involved. [online] [cit. 2017-10-10]. Available from: <http://iahaio.org/new/fileuploads/9313IAHAIO%20WHITE%20PAPER%20TASK%20FORCE%20-%20FINAL%20REPORT.pdf>
16. IAHAIO White Paper (2014). Definitions for Animal Assisted Intervention and Guidelines for the Wellness of Animal Involved. [online] [cit. 2018-01-03]. Available from: <http://iahaio.org/new/fileuploads/4163IAHAIO%20WHITE%20PAPER-%20FINAL%20-20NOW%2024-2014.pdf>
17. Institut smyslové aktivizace (2018). Koncept Smyslové aktivizace. [online] [cit. 2018-09-09]. Dostupné z: <https://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/o-konceptu/93-koncept-smyslove-aktivizace>
18. Janečková, H. (2004). Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In: Kalvach, Z., Zadák, Z., Jirák, R., Zavázalová, H. (Eds). Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, s. 436–451.
19. Janečková, H., Vacková, M. (2010). Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál.
20. Kantor, J., Lipský, M., Weber, J., et al. (2009). Základy muzikoterapie. Praha: Grada.
21. Klub seniorů – vzpomínkové kufry (2018). [online] [cit. 2018-09-09]. Dostupné z: https://mssskadan.rajce.idnes.cz/Klub_senioru_-_vzpominkove_kufry_2013/#P1160435.jpg
22. Krabice plné vzpomínek (2018). [online] [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <https://peceosverodice.cz/krabice-plne-vzpominek/>
23. Liebmann, M. (2010). Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci. Praha: Portál.
24. Malíková, E. (2011). Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, s. 32.
25. Mathová, L., Formánková, P. (2014). Pohybová aktivita ve stáří. Rehabilitácia 51(1): 55–63.
26. MAUT (2017). Evropská asociace taneční a pohybové terapie. [online] [cit. 2018-09-09]. Dostupné z: <https://www.maut.cz/umelecke-terapie/tanecne-pohybova-terapie>
27. Mlýnková, J. (2011). Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada.
28. Müller, O. (2013). Expresivní terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
29. Potměšilová P, Sobková, P. (2012). Arteterapie a artefletika nejen pro sociální pedagogy. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
30. Preiss, M., Křivohlavý, J. (2009). Trénování paměti a poznávacích schopností. Praha: Grada.
31. Stengel, F. (1996). Veselé hrátky s pamětí. Stuttgart: Hedvig Lander.
32. Šicková-Fabrice, J. (2008). Základy arteterapie. Praha: Portál.
33. Šicková-Fabrice, J. (2016). Základy arteterapie. Rozšířené vyd. Praha: Portál.
34. Špatenková, N., Bolomská, B. (2011). Reminiscenční terapie. Praha: Galén.
35. Štěpánková, H., Steinová, D. (2009). Trénování paměti. Praha: Psychiatrické centrum.
36. Vojtová, H. (2014). Smyslová aktivizace v české praxi. Prachatice: Institut vzdělávání.
37. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 164/2006.
38. Vymětal, J. (2010). Úvod do psychoterapie. Praha: Grada.
39. Wehner, L., Schwinghammer, Y. (2013). Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Praha: Grada.
40. World Federation of Music Therapy (2011). About WFMT [online] [cit. 2018-09-09]. Dostupné z: <https://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
41. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2016. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 37, s. 1257–1289.
42. Žumárová, M., Tesková, J. (2008). Pohled sociálního pedagoga na kvalitu života seniorů. Posuzování životní situace v sociální práci. Hradec Králové: Gaudeamus.

9 Vymezení paliativní péče

PETRA ZIMMELOVÁ

Klíčová slova: hospicová péče; lůžková péče; paliativní péče; stacionář

Vorlíček a kol. (2004) uvádějí: Paliativní péče se zabývá utrpením, důstojností, potřebami a kvalitou života lidí na konci života. Vzhledem k faktu, že v České republice jde o péči, která se začala rozvíjet až po roce 1995, je stále na okraji zájmu. V současné době však vidíme určitý posun, kdy díky stabilní síti hospiců a vyšší informovanosti došlo k rozšíření tohoto typu péče, a i ve zdravotnických zařízeních vznikají oddělení paliativní péče nebo se základní prvky práce s umírajícími přenášejí do standardních postupů.

Paliativní péče se tradičně soustředila především na péči o terminálně nemocné a umírající onkologické pacienty a na podporu jejich příbuzných a blízkých. Typickým zařízením takto chápané paliativní péče je hospic (jako lůžkové zařízení nebo program komplexní péče poskytované v domácím nebo jiném náhradním sociálním prostředí). V posledním desetiletí jsme však svědky narůstající pozornosti věnované potřebám lidí, kteří trpí jinými chronickými a potenciálně letálními chorobami. Postupy a zkušenosti získané v kontextu hospicové paliativní péče u pokročile nemocných onkologických pacientů se ukazují jako velmi efektivní rovněž u jiných skupin pacientů. Dochází tak k určitému rozšíření konceptu paliativní péče, a to ve třech dimenzích (Bužgová, 2012):

- První dimenzí je rozšíření spektra diagnóz, pro které jsou postupy paliativní péče relevantní. Paliativní péče není určena pouze onkologicky nemocným, ale všem, kteří trpí nějakou progresivní chronickou nemocí (např. ICHS, CHOPN, neurovegetativním onemocněním, demencí atd.).
- Druhou probíhající změnou je rozšíření časového úseku v průběhu nemoci, ve kterém jsou postupy paliativní péče použitelné. Hospicová paliativní péče chápala sebe sama především jako péči o terminálně nemocné a umírající (poslední týdny a dny života). Nová definice paliativní péče (WHO, 2013) již nepracuje s konceptem terminálního onemocnění, ale život ohrožujícího onemocnění. Bužgová (2012) dále upozorňuje, že u všech nemocných s život ohrožujícím onemocněním (bez ohledu na aktuální prognózu) je třeba včas identifikovat a účinně mírnit utrpení ve všech jeho dimenzích. Tato široce pojatá definice paliativní péče opouští klasickou dichotomii (paliativní začíná tam, kde končí kurativní) a nahrazuje ji komplementárním modelem (paliativní je v různé míře relevantní současně s kurativní, resp. kauzální a na příčinu nemoci orientovanou léčbou).
- Třetí dimenzí, která se diskutuje posledních 10 let, je péče o umírající děti. A to jak o děti, jež trpí onemocněním, které závěr života přináší v řádech týdnů a měsíců, tak i o děti, u kterých diagnóza znamená výrazně kratší život a smrt lze očekávat v rané dospělosti.

Jako paliativní péče je chápána komplexní podpůrná péče v pokročilých stádiích nemoci, kdy jsou možnosti kauzálního ovlivnění choroby vyčerpány. Léčba bolesti, dušnosti či úzkosti jsou tak dobrými příklady podpůrné péče, které se stávají v situaci život ohrožujícího nevléčitelného onemocnění významnou součástí péče paliativní. Slovo paliativní tak znamená, že péče směřuje k životu člověka a ovlivňuje ho tak, že nedochází k léčbě základního onemocnění. V podstatě lze říct, že paliativní péči potřebuje ten, kdo z medicínského hlediska vyčerpal již veškeré možnosti a nedošlo k úzdavě a nemoc zásadním způsobem zkrátí jeho život. Z této širší koncepce vyplývá

i fakt, že paliativní péče se nemusí vždy týkat pouze tzv. terminálně nemocných, ale v některých aspektech ji lze poskytovat velmi dlouho. Přesto se moderní paliativní péče v současné době soustředí na osoby, kterým zbývá většinou několik měsíců života.

Označit určité období v průběhu nemoci za terminální je obtížné. Vorlíček a kol. (2004) uvádějí, že je třeba se od začátku vyvarovat zjednodušeného pohledu na terminální fázi jako na snadno a jednoznačně vymezené období. Identifikovat terminální fázi je častěji možné u nádorových onemocnění, kdy informace o typu nádoru, stupni pokročilosti spolu s aktuálním klinickým obrazem umožňují formulovat prognózu s vysokým stupněm jistoty. U pacientů bez nádoru nejsou umírání a blízkost smrti zdaleka tak jasně rozpoznatelné. Většina úmrtí zde nastává jako náhlé zhoršení jinak chronického onemocnění, popřípadě jako komplikace imobility a následek celkové sešlosti u velmi starých nemocných. Za terminální stadium nemoci považujeme to období, při kterém se pacient musí vyrovnávat s postupným zhoršováním svého zdraví v důsledku progresu vážného chronického onemocnění, které je svou konečnou prognózou letální. Za terminální v tomto smyslu považujeme také celkovou sešlost věkem s typickými geriatrickými syndromy (např. imobilita a demence), které pacienta rovněž „disponují“ k letálním komplikacím.

Kvalitní péče o terminálně nemocné a umírající je jistě velmi subjektivní koncept. Přesto jsme v zahraničí (a rovněž i u nás) svědky pokusů definovat určité minimální standardy a rovněž určitou ideální variantu, ke které by se bylo možné blížit jako k cíli (Tomeš a kol., 2015). Autoři dále zmiňují fakt, že cíle a kvalitu paliativní péče nelze vidět optikou systémů, ale optikou umírajícího. Právě nepochopení těchto souvislostí může vést zejména ve zdravotnictví k nepřiměřeným a nekonzistentním postupům, pokusům o léčbu a invazivním intervencím, které v důsledku umírajícímu nepomáhají. Cílem kvalitní péče je lidská důstojnost a smysluplnost života v umírání. Autoři v tomto konceptu zmiňují i tzv. dobrou smrt, která při kvalitně poskytnuté paliativní péči naplní očekávání umírajícího i jeho okolí.

9.1 Hospicová péče v České republice

Hospic je specializované zařízení poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci. V principu to znamená, že před tím, než se těžce nemocný člověk dostane do hospice, byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Hospic je určen pro terminálně nemocné. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. Před tím, než se nemocný dostane do hospice, měl by být o svém stavu informován. Bohužel se to tak někdy nestává, což pak ztěžuje situaci jak pacientu samotnému, jeho rodině, tak i odbornému týmu v hospici.

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, a z jeho potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních. V hospicích je akcentován duchovní rozměr péče, který obvykle v nemocnicích chybí. Proto jsou standardně jako součást profesionálních týmů v hospicích navíc přítomni sociální pracovníci, psycholog a teolog. Přijímání jsou ovšem všichni nemocní bez ohledu na vyznání. Podobně je to i s personálem.

Historie hospiců není dlouhá, počátky vznikly v minulém století v Anglii. Zásadním v rozvoji hospicového hnutí v České republice je založení Občanského sdružení ECCE HOMO v dubnu 1993 a zřízení prvního hospice v České republice, Hospice Anežky České v Červeném Kostelci v okrese Náchod pod vedením MUDr. Marie Svatošové v prosinci roku 1995. V současné době je síť hospicové péče dostatečná, v každém kraji České republiky existuje lůžkový hospic. V posledních pěti letech se také rozšířil počet terénních hospiců.

Formy hospicové péče

- 1. Domácí hospicová péče:** Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá, nebo je ošetřování touto formou příliš náročné pro rodinné příslušníky. V současné době právě týmy domácí hospicové péče zajišťují adekvátní podporu rodinám, tak aby poslední část svého života mohl člověk strávit doma se svými blízkými.
- 2. Stacionáře – denní pobyty:** Pacient je v tomto případě přijat ráno a odpoledne, nebo večer se vrací domů. Tenhle způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče.
- 3. Lůžková hospicová péče:** Je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí nebo nejsou vůbec k dispozici. V případě, že je i možnost výše uvedených dvou forem, po zlepšení zdravotního stavu nemocného nebo zotavení jeho rodiny se může vrátit do domácí péče.

Hospicový tým tvoří:

- nemocný a jeho rodina;
- hospicový lékař;
- hospicová sestra;
- duchovní – kněz, psycholog;
- sociální pracovník;
- dobrovolníci;
- další specialisti dle akutních potřeb nemocného.

9.2 Specifika práce se seniorskými klienty v paliativní péči

V současné době senioři tvoří velkou skupinu klientů hospiců, a to jak terénních, tak lůžkových. Jde o jistou danost, jelikož vysoký věk a závěr života k sobě patří. Ne všichni senioři nutně potřebují komplexní služby hospiců, ale u velké řady z nich se pečující rodina může potýkat s řadou symptomů (bolest, nechutenství apod.), které paliativní hospicová péče dokáže adekvátně řešit. Cílem paliativní péče u seniorů, kteří umírají, je vytvoření bezpečného a klidného prostředí, jež zajistí minimalizaci extrémních situací spojených se smrtí. Nejčastějším řešeným fenoménem v paliativní péči je čas. Rodina i nemocní si často přejí znát časový horizont, který jim do smrti zbývá. To je ovšem velmi komplikované odhadnout. Nejednou se stalo, že díky kvalitně poskytované paliativní péči senior prožil daleko delší časový úsek.

Z holistického přístupu k člověku je nejčastěji řešeným problémem v paliativní péči seniora smíření se s okolím. Zde se opět uplatňuje koncept multidisciplinarity, kdy se v péči a pomoci umírajícímu a jeho blízkým uplatní např. duchovní nebo psycholog. Právě kvalita týmů je základní a nutnou podmínkou pro zajištění kvalitní péče (Tomášková, 2010).

Specifickou oblastí v paliativní péči o seniory je problematika demence. Zde je kromě péče o samotného seniora klíčová péče o rodinu a blízké osoby. Syndromy demence ve svých finálních stádiích přinášejí často totální rozklad osobnosti seniora, kdy nikoho nepoznává, může se projevat i agresivně, a v této situaci multidisciplinární tým v paliativní péči musí poskytovat velmi specifickou oporu i rodinám.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Co znamená paliativní péče a komu se poskytuje?
2. Definujte hospic.
3. Kdo je součástí hospicového týmu?

Použitá a doporučená literatura

1. Bužgová, R. (2012) Paliativní a hospicová péče: studijní opora. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
2. Svatošová, M. (2011). Hospice a umění doprovázet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
3. Tomášková, H. (2010). Hospicová péče: Sociální práce v paliativní péči. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa.
4. Tomeš, I., Dragomirecká, E., Sedlářová, K., Vodáčková, D. (2015). Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum.
5. Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y. (2004). Paliativní medicína. Praha: Grada-Avicenum.
6. World Health Organization: WHO Definition of Palliative Care (2013). [online]. [cit. 2018-09-11]. Dostupné z: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>>

10 Základní legislativa upravující dávky pro seniory

MAGDALENA DRÁBOVÁ

Klíčová slova: Česká republika; dávky pro osoby se zdravotním postižením; dávky sociální péče; důchodové pojištění; senior; sociální dávky; sociální zabezpečení

Sociální zabezpečení je chápáno jako soubor institucí, zařízení a opatření, jejichž prostřednictvím a pomocí se uskutečňuje předcházení následkům sociálních událostí občanů a jejich zmírňování a odstraňování. Hlavním subjektem sociální politiky je stát, který cíleně přispívá k posílení sociálních jistot občanů a udržení jejich přiměřené životní úrovně ve všech životních situacích (Šimák, 2009). Sociální zabezpečení poskytuje pomoc také lidem v seniorském věku, který může být spojen i s dalšími sociálními událostmi jako např. zdravotní postižení.

Systém sociálního zabezpečení stojí dle Nečadové (2014) na 3 pilířích:

- 1) sociální pojištění – nemocenské pojištění, důchodové pojištění, příspěvek na státní politiku zaměstnanosti;
- 2) sociální zaopatření (podpora) – dávky státní sociální podpory;
- 3) sociální pomoc – dávky sociální péče, dávky v hmotné nouzi, sociální služby.

Dávky ze systému důchodového pojištění

Podle **zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění** jsou osoby účastné tohoto pojištění zabezpečeny v životních situacích, jako jsou stáří, invalidita a úmrtí živitele. Po splnění příslušných kritérií mají pojištěnci nárok na vyplácení dávek důchodového pojištění. Důchodový systém České republiky je založen na povinném základním důchodovém pojištění.

10.1 Starobní důchod

Podmínkou nároku na starobní důchod je získání potřebné doby pojištění a dosažení stanoveného věku (tj. důchodového věku, popř. věku od něho odvozeného).

Právní úprava rozlišuje nárok na starobní důchod před dosažením důchodového věku a nároky na starobní důchod stanovené podle § 29:

- starobní důchod při dosažení důchodového věku;
- tzv. „poměrný“ starobní důchod;
- starobní důchod při získání 30 let pojištění;
- starobní důchod při získání 15 let pojištění a dosažení věku podle § 29 odst. 2;
- starobní důchod při splnění podmínek nároku na invalidní důchod;
- potřebná doba pojištění se postupně prodlužuje, a to v závislosti na důchodovém věku pojištěnce. Potřebná doba pojištění pro nárok na starobní důchod podle § 29 činí:
 - při dosažení důchodového věku před rokem 2010 – 25 let,
 - při dosažení důchodového věku v následujících rocích – zvyšuje se vždy o 1 rok až do roku 2018 (např. v roce 2010 – 26 let, v roce 2011 – 27 let, v roce 2018 – 35 let),
 - při dosažení důchodového věku po roce 2018 – 35 let.

Pro zjištění, kolik činí potřebná doba pojištění, je rozhodující výhradně rok dosažení důchodového věku. Pojištěnci, který ke dni dosažení důchodového věku nezískal potřebnou dobu pojištění, nemůže být starobní důchod k tomuto dni přiznán. K přiznání důchodu může případně dojít až následně od pozdějšího data, ke kterému již potřebnou dobu pojištění získal.

Důchodový věk (§ 32)

1. U pojištěnců narozených před rokem 1936.
 - a) u mužů 60 let;
 - b) u žen:
 - 53 let, pokud vychovaly alespoň pět dětí,
 - 54 let, pokud vychovaly tři nebo čtyři děti,
 - 55 let, pokud vychovaly dvě děti,
 - 56 let, pokud vychovaly jedno dítě,
 - 57 let.
2. U pojištěnců narozených v období let 1936 až 1971 se důchodový věk stanoví podle přílohy zákona č. 155/1995Sb., o důchodovém pojištění.
3. U pojištěnců narozených po roce 1971 důchodový věk činí 65 let.

Výše starobního důchodu (§ 33)

- Výše základní výměry starobního důchodu činí 9 % průměrné mzdy měsíčně.
- Výše procentní výměry starobního důchodu se stanoví procentní sazbou z výpočtového základu podle doby pojištění získané do vzniku nároku na tento důchod a podle doby pojištění získané po vzniku nároku na tento důchod. Do doby pojištění získané do 18 let věku a po vzniku nároku na starobní důchod se nezahrnují náhradní doby pojištění. Výše procentní výměry starobního důchodu činí nejméně 770 Kč měsíčně.
- Výše základní výměry starobního důchodu v roce 2018 činí 2 700 Kč.

10.2 Invalidní důchod

Invalidní důchod je dávka důchodového pojištění. Nárok na invalidní důchod má pojištěnec, který se stal invalidním pro invaliditu prvního, druhého nebo třetího stupně, dosáhl potřebné doby pojištění, ještě nemá nárok na starobní důchod nebo invalidita vznikla následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání.

Pojištěnec má nárok na invalidní důchod, jestliže nedosáhl věku 65 let a stal se:

- a) invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na řádný starobní důchod, popřípadě, byl-li přiznán předčasný trvale krácený starobní důchod, pokud nedosáhl důchodového věku;
- b) invalidním následkem pracovního úrazu.

Invalidita (§ 39)

Invalidita je rozdělena na tři stupně. Výše invalidního důchodu se stanoví v závislosti na zjištěném stupni invalidity. Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla:

- nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně;

- nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně;
- nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

Je dané ustanovení o nejnižší procentní výměře invalidního důchodu, bez ohledu na stupeň invalidity. Změny v nárocích na invalidní důchod a ve stanovení výše tohoto důchodu nemají vliv na výši základní výměry invalidního důchodu, ta zůstává stejná. Výše procentní výměry invalidního důchodu se stanoví procentní sazbou z výpočtového základu za každý celý rok doby pojištění a dopočtené doby získané do dosažení důchodového věku, a to v závislosti na stupni invalidity. Částka invalidního důchodu se skládá ze základní a procentní výměry.

Potřebná doba pojištění pro nárok na invalidní důchod (§ 40) činí u pojištěnce ve věku:

- do 20 let méně než jeden rok;
- od 20 let do 22 let jeden rok;
- od 22 let do 24 let dva roky;
- od 24 let do 26 let tři roky;
- od 26 let do 28 let čtyři roky;
- nad 28 let pět roků.

Vdovský a vdovecký důchod

Vdova nebo vdovec má nárok na vdovský nebo vdovecký důchod po manželovi nebo manželce, jestliže zemřelý(á):

- pobíral/a starobní důchod;
- pobíral/a invalidní důchod;
- ke dni smrti splnil/a podmínku potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod;
- ke dni smrti splnil/a podmínky nároku na starobní důchod;
- zemřel/a následkem pracovního úrazu.

Podmínky nároku na vdovský nebo vdovecký důchod po uplynutí jednoho roku od smrti manžela nebo manželky jsou:

- Péče o nezaopatřené dítě.
- Péče o dítě, které je závislé na pomoci jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost).
- Péče o svého rodiče nebo rodiče zemřelého manžela (manželky), který s ní (s ním) žije v domácnosti a je závislý na pomoci jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost).
- Invalidita třetího stupně.
- Dosažení alespoň věku o 4 roky nižšího, než činí důchodový věk stanovený podle § 32 zákona o důchodovém pojištění pro muže stejného data narození nebo důchodového věku, je-li důchodový věk nižší.
- Stanovení výše procentní výměry vdovského nebo vdoveckého důchodu ke dni úmrtí:
 - výše procentní výměry vdovského nebo vdoveckého důchodu činí 50 % procentní výměry:
 - starobního důchodu;
 - invalidního důchodu pro invaliditu III. stupně, na který měl nebo by měl zemřelý nárok v době smrti.

O přiznání dávek ze systému důchodového pojištění rozhoduje Česká správa sociálního zabezpečení (zákon o organizaci a provádění sociálního zabezpečení).

10.3 Dávky sociální péče

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách upravuje mimo jiné podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči.

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Příspěvek je poskytován na úhradu sociálních služeb či jiných forem pomoci při zvládání základních životních potřeb.

Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodů dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Pomoc může osobě poskytovat osoba blízká nebo asistent sociální péče (§ 83) nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb, nebo dětský domov, speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Nárok na příspěvek má osoba i po dobu, po kterou je jí poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace.

Nárok na příspěvek nemá osoba mladší 1 roku. O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce.

Zákon upravuje 4 stupně závislosti (§ 8) – pro osoby do 18 let a osoby starší 18 let. Osoba starší 18 let se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- a) stupni I – lehká závislost, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 3 nebo 4 základní životní potřeby;
- b) stupni II – středně těžká závislost, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 5 nebo 6 základních životních potřeb;
- c) stupni III – těžká závislost, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 7 nebo 8 základních životních potřeb;
- d) stupni IV – úplná závislost, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat 9 nebo 10 základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné osoby.

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- a) mobilita;
- b) orientace;
- c) komunikace;
- d) stravování;
- e) oblékání a obouvání;
- f) tělesná hygiena;
- g) fyziologický výkon;
- h) péče o zdraví;
- i) osobní aktivity;
- j) péče o domácnost (nehodnotí se u osob do 18 let).

Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby se pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí podle aktivit, které jsou pro jednotlivé základní životní potřeby vymezeny v příloze č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Novela týkající se zákona o sociálních službách, která se projednávala na podzim 2018, byla schválena. Navýšení proběhlo ve dvou vlnách. Ta první vstoupila v platnost **1. dubna 2019**, kdy

došlo k automatickému navýšení příspěvku na 19 200 Kč pro děti i dospělé ve IV. stupni závislosti, jestliže nevyužívají pobytové sociální služby. Při využití takových služeb částka zůstala stejná jako v předešlém roce, tj. 13 200 Kč.

Druhá vlna navýšení vstoupila v platnost **1. července 2019**, díky čemuž se zvýšil příspěvek na péči pro III. stupeň závislosti. Pro osoby mladší 18 let došlo k navýšení na 13 900 Kč, pro starší na 12 800 korun za předpokladu, že také nevyužívají pomoc poskytovatele pobytových sociálních služeb.

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku za kalendářní měsíc činí:

- a) 3 300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost);
- b) 6 600 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost);
- c) 13 900 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost);
- d) 19 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let za kalendářní měsíc činí:

- a) 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost);
- b) 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost);
- c) 12 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost);
- d) 19 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Zvýšení příspěvku o 2 000 Kč za kalendářní měsíc náleží:

- a) nezaopatřenému dítěti do 18 let (s výjimkou dítěte, kterému náleží příspěvek na úhradu potřeb dítěte ze systému dávek pěstounské péče nebo je poživitelem důchodu, který je stejný nebo vyšší než tento příspěvek, nebo je dítě v plném přímém zaopatření zařízení pro péči o děti nebo mládež);
- b) rodiči, kterému náleží příspěvek na péči a který pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let věku. Jestliže rozhodný příjem oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných je nižší než dvojnásobek částky životního minima.

Účastníci řízení jsou povinni:

- podrobit se sociálnímu šetření pro účely přiznání příspěvku na péči;
- písemně ohlásit příslušné krajské pobočce Úřadu práce do 8 dnů všechny změny, které mohou mít vliv na nárok, výši nebo výplatu příspěvku na péči;
- využívat příspěvek na zabezpečení potřebné pomoci.

V případě nesplnění povinností může být výplata příspěvku po předchozím upozornění zastavena. O přiznání příspěvku na péči rozhodují krajské pobočky Úřadu práce.

10.3.1 Dávky poskytované osobám se zdravotním postižením

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících předpisů upravuje poskytování dávek osobám se zdravotním postižením určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování. Kromě peněžitých dávek zákon upravuje také mimořádné výhody, resp. průkaz osob se zdravotním postižením.

Osobám se zdravotním postižením jsou poskytovány tyto peněžitě dávky:

- příspěvek na mobilitu;
- příspěvek na zvláštní pomůcku.

Příspěvek na mobilitu

Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označeným ZTP nebo ZTP/P a opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje za úhradu nebo je dopravována. Osoba nesmí být uživatelem pobytových sociálních služeb, pouze v případech hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby. Výše příspěvku na mobilitu v roce 2018 činila 400 Kč za kalendářní měsíc.

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má:

- a) těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí;
- b) těžké sluchové postižení;
- c) těžké zrakové postižení.

Zdravotní postižení, které má charakter dlouhodobě nepříznivého stavu, musí trvat déle než jeden rok. Zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou uvedeny v příloze zákona č. 329/2011 Sb.

Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku je, že pomůcka umožní osobě sebeobsahu, nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání nebo styku s okolím.

Příspěvek na zvláštní pomůcku může být poskytován například na pořízení: motorového vozidla, schodolezu, schodišťové plošiny, schodišťové sedačky, stropního zvedacího systému, na úpravy bytu, na pořízení vodícího psa. Bližší podmínky nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku/y upravuje § 9 zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek, stanoví vyhláška č. 388/2011 Sb.

Výše příspěvku na zvláštní pomůcku (§ 10)

Zákon rozlišuje, zda jde o pomůcku v ceně do nebo přes 10 000 Kč a speciální úpravu má pro motorové vozidlo.

Na pořízení zvláštní pomůcky v ceně nižší než 10 000 Kč se příspěvek na zvláštní pomůcku poskytne jen osobě, která má příjem (příjem s ní společně posuzovaných osob) nižší než 8násobek životního minima jednotlivce nebo životního minima společně posuzovaných osob. Výše příspěvku na zvláštní pomůcku se stanoví tak, že spoluúčást osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky, nejméně však 1 000 Kč. Z důvodů hodných zvláštního zřetele, zejména žádá-li osoba opakovaně o příspěvek na různé zvláštní pomůcky v ceně do 10 000 Kč, lze tento příspěvek poskytnout, i když příjem osoby a příjem osob s ní společně posuzovaných přesahuje výše uvedený násobek životního minima.

Výše příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky, jejíž cena je vyšší než 10 000 Kč, se stanoví tak, že spoluúčást osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky. Jestliže osoba nemá dostatek finančních prostředků ke spoluúčasti, krajská pobočka Úřadu práce určí nižší míru spoluúčasti, minimálně však 1 000 Kč.

Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení motorového vozidla činí 200 000 korun, se zvyšujícím se příjmem se snižuje. Nejnižší výše dávky je 100 000 Kč.

Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč; 400 000 Kč v případě příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení „plošiny“. Součet vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč nebo 850 000 Kč, pokud v této době byl poskytnut příspěvek na zvláštní pomůcku na pořízení schodišťové plošiny.

Průkaz osoby se zdravotním postižením

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Průkazy osob se zdravotním postižením:

- průkaz „TP“ – nárok má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra;
- průkaz „ZTP“ – nárok má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra;
- průkaz „ZTP/P“ – nárok má osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra;

Vyhláška č. 388/2011 Sb. stanoví, které zdravotní stavy lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením upravuje některé nároky držitelů průkazu osoby se zdravotním postižením § 36.

10.3.2 Dávky státní sociální podpory

Oblast těchto dávek je upravena **zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře**. Státní sociální podporou se stát podílí na krytí nákladů na výživu a ostatní základní osobní potřeby dětí a rodin a poskytuje ji i při některých dalších sociálních situacích.

Příspěvek na bydlení

Příspěvek na bydlení je dávka, kterou stát přispívá na náklady na bydlení osobám s nízkými příjmy. Nárok na příspěvek na bydlení má vlastník nebo nájemce bytu přihlášený v bytě k trvalému pobytu, jestliže 30 % (v Praze 35 %) příjmů rodiny nestačí k pokrytí nákladů na bydlení a zároveň těchto 30 % (v Praze 35 %) příjmů rodiny je nižší než příslušné normativní náklady stanovené zákonem.

Zákon upravuje § 25 a § 26 výši nákladů a výši normativních nákladů na bydlení.

Výše příspěvku na bydlení (§ 27):

- Výše příspěvku na bydlení činí za kalendářní měsíc rozdíl mezi normativními náklady na bydlení a rozhodným příjmem rodiny vynásobeným koeficientem 0,30 a na území hlavního města Prahy koeficientem 0,35.
- Pokud jsou náklady na bydlení nižší než normativní náklady na bydlení, náleží příspěvek na bydlení ve výši rozdílu mezi náklady na bydlení a rozhodným příjmem rodiny vynásobeným koeficientem 0,30 a na území hlavního města Prahy koeficientem 0,35.
- Pokud rozhodný příjem rodiny, z něhož se vychází při stanovení výše příspěvku na bydlení, nedosahuje částky životního minima rodiny, započítává se pro stanovení výše příspěvku na bydlení jako rozhodný příjem rodiny částka odpovídající životnímu minimu této rodiny.

O poskytování dávek státní sociální podpory rozhodují krajské pobočky Úřadu práce (zákon o státní sociální podpoře).

10.3.3 Dávky pomoci v hmotné nouzi

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi upravuje poskytování pomoci k zajištění základních životních podmínek osobám, které se nacházejí v hmotné nouzi.

Hmotná nouze je definována § 2 zákona o pomoci v hmotné nouzi. Pro účely posuzování hmotné nouze se posuzují příjmy a sociální a majetkové poměry osoby, která žádá o dávky, a společně posuzovaných osob. Okruh těchto osob se posuzuje podle zákona o životním a existenčním minimu.

Pomoc je poskytována prostřednictvím dávek pomoci v hmotné nouzi:

- a) příspěvek na živobytí;
- b) doplatek na bydlení;
- c) mimořádná okamžitá pomoc (jednorázová dávka).

Příspěvek na živobytí

Nárok na příspěvek na živobytí má osoba v hmotné nouzi, jestliže její příjem a příjem společně posuzovaných osob nedosahuje částky živobytí posuzovaných osob. Výše příspěvku na živobytí činí za kalendářní měsíc rozdíl mezi částkou živobytí osoby a příjmem, není-li osoba společně posuzována s jinými osobami. Pokud je osoba posuzována společně s jinými posuzovanými osobami, jedná se o částku, kterou činí rozdíl mezi částkou živobytí u společně posuzovaných osob a příjmem společně posuzovaných osob.

Na rozdíl od dalších sociálních dávek se ale nepočítá s celkovým čistým příjmem, ale započítává se jeho část, stejně tak příjem z dávek nemocenského či důchodového pojištění.

Doplatek na bydlení, příspěvek na bydlení a některé mimořádné nebo jednorázové dávky se nezapočítávají vůbec.

Částku živobytí u osoby a u společně posuzovaných osob upravuje § 24

- Částka živobytí osoby u nezaopatřeného dítěte, u poživatele starobního důchodu, u osoby invalidní ve třetím stupni a u osoby starší 68 let činí částku životního minima. Životní minimum pro jednotlivce činí měsíčně 3 410 Kč.
- Pokud je osoba posuzována společně s jinými osobami, jsou částky životního minima odstupňovány podle pořadí osob:
 - 3 140 Kč pro 1. dospělého v domácnosti;
 - 2 830 Kč pro 2. a každého dalšího dospělého;
 - 1 740 Kč pro dítě do 6 let;
 - 2 140 Kč pro dítě 6–15 let;
 - 2 450 Kč pro dítě 15–26 let (zákon o životním a existenčním minimu);
 - u dalších osob uvedených v § 24 odst. 1 písm. b) zákona o pomoci v hmotné nouzi činí částka živobytí částku existenčního minima. Částka existenčního minima osoby činí měsíčně 2 200 Kč (zákon o životním a existenčním minimu).

Příspěvek na živobytí se poskytuje v peněžní nebo věcné formě, popřípadě v obou těchto formách.

Doplatek na bydlení

Doplatek na bydlení je dávka pomoci v hmotné nouzi, která společně s vlastními příjmy občana a příspěvkem na bydlení ze systému státní sociální podpory pomáhá uhradit odůvodněné náklady na bydlení. Výše doplatku na bydlení je stanovena tak, aby po zaplacení odůvodněných nákladů na bydlení (tj. nájmu, služeb s bydlením spojených a nákladů za dodávky energií) zůstala osobě či rodině částka živobytí.

Nárok na doplatek na bydlení má vlastník bytu nebo jiná osoba, která užívá byt na základě smlouvy, rozhodnutí nebo jiného právního titulu, a po splnění stavebnětechnických standardů

kvality bydlení vlastníků stavby pro individuální či rodinnou rekreaci, jejichž příjem/příjem společně posuzovaných osob je po úhradě odůvodněných nákladů na bydlení nižší než částka jeho živobytí/částka živobytí u společně posuzovaných osob. Okruh společně posuzovaných osob pro účely doplatku na bydlení je stejný jako pro účel příspěvku na živobytí.

Podmínky nároku

- získání nároku na příspěvek na živobytí;
- doplatek na bydlení lze přiznat (s přihlédnutím k celkovým sociálním a majetkovým poměrům) i osobě, které příspěvek na živobytí nebyl přiznán, protože její příjem/příjem společně posuzovaných osob přesáhl částku živobytí u osoby/společně posuzovaných osob, ale nepřesáhl 1,3násobek této částky.

V případech hodných zvláštního zřetele může orgán pomoci v hmotné nouzi doplatek na bydlení poskytnout do části bytu, po splnění hygienických podmínek a udělení souhlasu obce do ubytovacího zařízení a po splnění stavebnětechnických standardů kvality bydlení do jiného než obytného prostoru. Jako případ hodný zvláštního zřetele se vždy považuje ubytování v pobytových sociálních službách (např. azylový dům, domov pro seniory, chráněné bydlení).

Doplatek na bydlení nebo jeho část lze použít bez souhlasu příjemce k přímé úhradě nákladů na bydlení, a to tak, že plátce doplatku jej poukazuje pronajímateli nebo poskytovateli služeb nebo poskytovateli energií.

Výše doplatku na bydlení

Od částky odůvodněných nákladů na bydlení připadajících na aktuální kalendářní měsíc (snížené o příspěvek na bydlení náležející za předchozí kalendářní měsíc) se odečte částka, o kterou příjem osoby/společně posuzovaných osob (včetně vyplaceného příspěvku na živobytí) převyšuje částku živobytí osoby/společně posuzovaných osob.

Mimořádná okamžitá pomoc

Zákon o pomoci v hmotné nouzi stanoví několik situací, v nichž lze tuto dávku pomoci v hmotné nouzi poskytnout:

1. Osoba neplní podmínky hmotné nouze pro opakované dávky, ale kvůli nedostatku finančních prostředků jí hrozí vážná újma na zdraví. Dávku lze poskytnout v částce, která doplní příjem osoby do existenčního minima (v případě nezaopatřeného dítěte do životního minima).
2. Osobě, kterou postihne vážná mimořádná událost a celkové sociální a majetkové poměry této osoby jí neumožňují překonat událost vlastními silami. Takovou událostí je např. živelní pohroma (povodeň, vichřice apod.), požár nebo jiná destruktivní událost, ekologická nebo průmyslová havárie. Maximální výše dávky činí 15násobek částky životního minima jednotlivce.
3. Osoba nemá vzhledem k příjmům a celkovým sociálním a majetkovým poměrům dostatečné prostředky:
 - k úhradě nezbytného jednorázového výdaje, spojeného zejména se zaplacením správního poplatku při prokázání ztráty osobních dokladů, při vydání duplikátu rodného listu nebo dokladů potřebných k přijetí do zaměstnání, s úhradou jízdného v případě ztráty peněžních prostředků a v případě nezbytné potřeby s úhradou noclehu; výše dávky se stanoví s ohledem na konkrétní výdaj;
 - na úhradu nákladů spojených s pořízením nebo opravou nezbytných základních předmětů dlouhodobé potřeby; výše dávky se stanoví až do výše konkrétního nákladu, ale součet poskytnutých dávek nesmí překročit v kalendářním roce 10násobek částky životního minima jednotlivce;

- k uhrazení odůvodněných nákladů vzniklých v souvislosti se vzděláním nebo se zájmovou činností nezaopatřených dětí a na zajištění nezbytných činností souvisejících se sociálně-právní ochranou dětí; výše dávky se stanoví až do výše konkrétního nákladu, ale součet poskytnutých dávek nesmí překročit v kalendářním roce 10násobek částky životního minima jednotlivce.
4. Osoby, které nemohou v daném čase, s ohledem na neuspokojivé sociální zázemí a nedostatek finančních prostředků, řešit svoji situaci a jsou ohroženy sociálním vyloučením. Jedná se o osobu, která:
- je propuštěna z výkonu vazby nebo z výkonu trestu odnětí svobody;
 - je po ukončení léčby chorobných závislostí propuštěna ze zdravotnického zařízení, psychiatrické léčebny nebo léčebného zařízení pro chorobné závislosti;
 - je propuštěna ze školského zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy nebo z pěstounské péče po dosažení zletilosti, respektive v 19 letech;
 - nemá uspokojivě naplněny životně důležité potřeby vzhledem k tomu, že je osobou bez přístřeší;
 - je osobou, jejíž práva a zájmy jsou ohroženy trestnou činností jiné osoby. V tomto případě lze poskytnout dávku až do výše 1 000 Kč. Součet dávek poskytnutých v kalendářním roce nesmí přesáhnout 4násobek částky životního minima jednotlivce.

Mimořádná okamžitá pomoc se poskytuje v peněžní nebo věcné formě, popřípadě v obou těchto formách. O poskytování dávek ze systému pomoci v hmotné nouzi rozhodují krajské pobočky Úřadu práce.

Výše uvedený text uvádí pouze zjednodušené podmínky pro poskytnutí dávek. Úplnou informaci naleznete v právních předpisech.

Kontrolní otázky a úkoly

1. *Jaké znáte dávky důchodového pojištění? Stručně je popište.*
2. *Definujte pojem invalidita.*
3. *Jaké jsou podmínky nároku na příspěvek na mobilitu?*
4. *Jaký příspěvek upravuje zákon o sociálních službách?*
5. *Od kolika let může osoba pobírat příspěvek na péči?*
6. *Definujte stupně závislosti.*
7. *Jaké znáte dávky pomoci pro osoby se zdravotním postižením? Stručně je popište.*
8. *Jaké znáte dávky pomoci v hmotné nouzi? Stručně je popište.*
9. *Jaké jsou částky životního a existenčního minima?*

Použitá a doporučená literatura

1. Nečadová, V. (2014). Sociální politika. Systém sociálního zabezpečení. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava.
2. Šimák, M. (2009). Úvod do práva sociálního zabezpečení In: Kahoun, V. et al. (Eds). Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly. Praha: Triton, s. 25–49.

3. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 164/2006, s. 7021–7048.
4. Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 136/2011, s. 5018–5025.
5. Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 111/1991, s. 2890–2920.
6. Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 31/1995, s. 1634–1653.
7. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 41/1995, s. 1986–2011.
8. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 37/2006, s. 1257–1289.
9. Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, v platném znění. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 37/2006, s. 1300–1304.
10. Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 37/2006, s. 1305–1328.
11. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 115/2011.

11 Komunikace se seniory

VLASTIMILA URBANOVÁ

Klíčová slova: komunikace; profesionální přístup; senior

Cílem kapitoly je naznačit specifika komunikace se seniory, zdůraznit potřeby a hodnoty seniorů a jejich naplnění v rámci sociální interakce.

Sociální komunikace tvoří základ veškeré zdravotně sociální péče. Významnou roli sehrává u seniorské populace, která se vyznačuje bio-psycho-sociálními i spirituálními zvláštnostmi. Komunikace v rámci výkonu profese vyžaduje zvláštní komunikační dovednosti, které se odrážejí v kvalitě vzájemného vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem.

Specifika komunikace se seniory ve zdravotně sociální péči

Používané techniky a komunikační dovednosti užívané v sociální interakci by měly být přizpůsobené individuálním požadavkům komunikujících subjektů, průběhu vývojové křivky života seniora a změnám v bio-psycho-sociálních kompetencích. Základním rysem procesu stárnutí je postupující involuce jednotlivých orgánů, psychických funkcí i celé osobnosti. Informace o normalitě a patologii stárnutí pozitivně ovlivňují volbu správné komunikace, její průběh i použití adekvátních komunikačních prostředků. U seniorské populace dochází k involučním změnám především u **kognitivních procesů**, které jsou podmíněny změnami smyslového vnímání – výrazným zhoršením zrakové i sluchové percepce. Poruchy těchto psychických funkcí omezují některé činnosti (četba, poslech hudby atd.) a negativně ovlivňují i komunikační dovednosti. U seniorů mohou vyvolávat pocity nejistoty a úzkosti. Od změn v sensorické percepci se odvíjejí i změny v paměťových schopnostech. Na rozdíl od epizodického subsystému se výrazně zhoršuje schopnost uchování informací v sémantickém subsystému paměťového procesu a zhoršuje se tak proces učení (Plhánková, 2007). Uvedené změny způsobují problémy s adaptací v nových situacích. Změny lze zaznamenat i v **emotivitě**. Emoční stabilita, převažující klid a trpělivost mohou přecházet v nezáměr až apatii. Na začátku období stárnutí vystupuje do popředí ještě velmi silná potřeba **seberealizace**, později převažuje potřeba **emočního ukotvení** a **pozitivního přijetí** druhými. Kvalita života, seberealizace a interakce s okolím jsou u seniorů často ohroženými hodnotami.

Standardní proces stárnutí charakterizují drobné abnormality, mírné poruchy paměti, tzv. věkem podmíněný pokles kognitivních funkcí. Komunikace s těmito seniory nevyžaduje speciální modifikaci komunikace. Efektivní průběh komunikace ovlivňuje především respektování **principu zpomalení**.

„Věkem podmíněné změny v kognici jsou u zdravých seniorů minimální. Staří lidé bez ohledu na zub času a onemocnění nevykazují ztrátu inteligence, ale mohou vyžadovat více času pro sestavení verbální odpovědi nebo vyhledávání informací v dlouhodobé paměti“ (Pokorná, 2010, s. 49).

Komunikace se seniory vyššího věku se vyznačuje znaky, které mohou ovlivnit výběr komunikačních prostředků, aby byly saturovány čtyři základní potřeby:

- 1) potřeba sociálního kontaktu a interakce;
- 2) potřeba vysvětlení a ujištění;
- 3) potřeba rady, podpory a edukace;
- 4) potřeba komfortu, útěchy, ujištění a uklidnění.

Komunikace se seniory vyžaduje profesionální přístup:

- respektování individuálních vlastností, tolerance k jejich náladovosti, netaktnosti, projevo-
vat ochotu nechat klienta hovořit o tématech, která jej tíží;
- respektování změn v psychických funkcích, mluvit srozumitelně, dostatečně nahlas a po-
malu, rozhovor vést trpělivě s ohledem na zrakové a sluchové možnosti;
- volba vhodných komunikačních prostředků, adekvátní formě i stavu postižení, udržování
očního kontaktu, orientace v nonverbální komunikaci (mimika, gesta);
- hovořit vždy se seniorem, i když má doprovod;
- uplatňování empatického nedirektivního přístupu (empatie, vstřícnost, kongruence).

**Podmínkou efektivní komunikace je osvojení si konkrétních komunikačních dovedností (Za-
charová a kol., 2007):**

- aktivní naslouchání (porozumění pocitům);
- podněcování, stimulace hovoru – užití vět či formulací k navázání kontaktu;
- zrcadlení (reflexe) – je součástí zpětné vazby, vyjádření pochopení řečeného.

Desatero při komunikaci se seniory:

1. Respekt, posilování sebedůvěry – správné oslovení.
2. Důsledně se vyhýbáme zdětinšťování seniora.
3. Při ošetřování cílevědomě chráníme důstojnost.
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem.
5. Důležité informace (termíny vyšetření, užívání léků) několikrát zopakujeme nebo napíšeme
na papír.
6. Aktivně a taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku) a přizpůsobí-
me tomu komunikaci.
7. Zdržujeme se v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas, „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televi-
zi, hluk odstraníme.
9. Pomoc při pohybu, odkládání oděvu či uléhání na lůžko vždy nabízíme, ale nevnučujeme.
10. Komunikace i ošetřovatelská aktivita by měla cílevědomě směřovat k podpoře a udržení
soběstačnosti seniora, nikoliv předčasně předpokládat její ztrátu.

Bariéry v komunikaci se seniory

Sociální změny spojené s věkem, změny fyzické a psychické vytvářejí interní a externí bariéry
v komunikaci se seniory.

Interní bariéry vycházejí ze zdravotního stavu jedince, jeho schopností, dovedností a emočního
prožívání:

- obava z neúspěchu;
- negativní emoce (strach, zlost);
- bariéry postoje (xenofobie);
- nepřipravenost;
- fyzické nepohodlí, nemoc.

Externí bariéry jsou podmíněny prostředím a jeho uspořádáním (Pokorná, 2010):

- vyrušení další osobou;
- hluk a šum;
- vizuální rozptylování;
- neschopnost naslouchat;

- komunikační zhlacení;
- významnou bariérou v komunikaci může být i „neoblíbený klient“.

Komunikace se seniory s diagnostikovanou demencí

Demence má u seniorů rozdílný průběh, který je podmíněn genetickými dispozicemi, celkovým psychickým i somatickým stavem, premorbidní osobností i různými vnějšími faktory. Snížení psychických funkcí probíhá v různém tempu. Výrazným symptomem je snížení kognitivních funkcí, především paměti, která ovlivňuje výkonnost dalších funkcí, vnímání, pozornosti, učení, myšlení obsahové i formální, narušena je i prostorová orientace.

Mírnější a krátkodobé poruchy paměti se objevují v **prvním stadiu – lehké demence**. Občasné výkyvy v časové a prostorové orientaci a obtíže s pochopením náročnějšímu verbálnímu sdělení, zpomalené myšlení, rigidita ovlivňují způsob komunikace i volbu vhodných komunikačních prostředků. V tomto období ještě rozumí jednodušším formám sdělení. Je proto vhodné podporovat seniory v komunikaci s využitím různých technik tréninku paměti a věnovat seniorům zvýšenou pozornost při překonávání komunikačních bariér souvisejících s touto nemocí.

Ve **druhém stadiu – střední demence** je porucha paměti závažnější a projevuje se již i v explicitním paměťovém subsystému. Jedinec bývá dezorientován časem i prostorem, nerozumí běžným vztahům a souvislostem, požadavkům a sdělením. Poruchy aktivního verbálního projevu i nepochopení obsahu sdělení negativně ovlivňují komunikační aktivity seniora. Nedostatečná emoční sebekontrola, nerespektování sociálních norem se promítá do sociálního chování a vážně narušuje i mezilidské vztahy.

Ve **třetím stadiu – těžká demence** je jedinec dezorientován časem, prostorem i vlastní osobou. Ztráta schopnosti abstraktně myslet vede k nepochopení verbálních sdělení. Snížená schopnost seniora vyjadřovat se značně omezuje jeho komunikační možnosti, a senior je tak **plně odkázán na pomoc** zdravotnického personálu nebo rodinných příslušníků.

Ve **čtvrtém – terminálním stadiu** jedinec již nekomunikuje, není schopen jakékoliv aktivity a je tak **zcela závislý** na ošetrovatelské péči.

Při komunikaci se seniory s demencí je třeba připisovat zvláštní význam **paralingvistickým projevům** – hovořit klidným, vyrovnaným, přátelským tónem. Důležitý je úsměv, udržování očního kontaktu, být vždy v zorném poli a využívat i přiměřené gestikulace. Senioři s touto diagnózou jsou velice vnímaví k neverbálním projevům nálady a upřímnosti.

Péče o seniory v domácí péči nebo sociálním zařízení vyžaduje profesionální přístup, který je determinován znalostmi o bio-psycho-sociálních zvláštностech procesu stárnutí a jejich respektování. Zvláštní pozornost si zaslouží sociální komunikace, která v rámci výkonu profese vyžaduje specifické dovednosti, které by měly být součástí již profesionální přípravy. Naplněním těchto podmínek se může sociální komunikace stát prostředkem k naplnění potřeb seniorské populace.

Kontrolní otázky

1. *Co si představujete pod pojmem profesionální přístup při práci se seniory?*
2. *Jaké jsou základní podmínky efektivní komunikace?*
3. *Které psychické funkce jsou významně sníženy u demence?*
4. *Jaká jsou specifika komunikace se seniory v sociální péči?*
5. *K jakým komunikačním změnám dochází v jednotlivých stadiích demence?*

Použitá a doporučená literatura

1. Plháková, A. (2007). Učebnice obecné psychologie. Praha: Akademia.
2. Pokorná, A. (2010). Komunikace se seniory. Praha: Grada.
3. Vágnerová, M. (2004). Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. rozš a přeprac. vyd. Praha: Portál, 872 s.
4. Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J. (2007). Zdravotnická psychologie. Praha: Grada.

Internetové zdroje:

<http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/355-desatero-komunikace-se-seniory-geriatrickymi-pacienty-se-zdravotnim-postizenim.html>

12 Mezigenerační solidarita v péči o seniory

ADÉLA MOJŽÍŠOVÁ

Klíčová slova: formální péče; klient; mezigenerační solidarita; neformální péče; pečující osoba

Mezigenerační solidarita je chápána jako interakce mezi lidmi různých generací, které vznikají, existují nebo chybějí v souvislosti s podporou lidí jedné generace lidmi jiné generace. V sociologii se zkoumají souvislosti neformální péče o seniory v rodinách a tyto teorie nabízejí primárně pochopení mechanismů a faktorů solidarity mezi jednotlivými generacemi v rodině (Dudová, 2015).

Přidalová (2007) uvádí, že téma generací se objevuje v souvislosti s příbuzenskou podporou a pomocí rodičů a dětí v průběhu celého života, společnost stárne a příbuzenská opora je jedním ze zdrojů napětí mezi generacemi. Mezi nejvýraznější zdroje negativních úvah, zda má současná česká rodina kapacitu pečovat o rodinného příslušníka, patří tlak na ekonomickou aktivitu rodin, nízká porodnost a vysoká rozvodovost rodin.

Teoretický přístup vysvětlující motivaci pečujících v rodině je teorie sociální směny, podle které jsou mezilidské vztahy vedeny normou reciprocity (Dudová, 2015). Další pohled na mezigenerační solidaritu je vysvětlován v rámci teorie vazby, na základě určitého vnitřního pouta, emocionálního a afektivního vztahu (Cicirelli, 1989).

Teorie mezigenerační solidarity, která má vícerozměrnou konstrukci, zahrnuje šest rozměrů interakce mezi rodičem a dítětem s důrazem na rodinnou kohezi a integraci. Tato teorie nicméně neřeší konflikty a problémy, které se v mezigeneračních vztazích a v situacích péče mohou vyskytnout.

Teorie ambivalence zdůrazňuje protiklady a ambivalence, které péče obsahuje. Tato teorie zdůrazňuje koexistenci jak pozitivních, tak negativních prvků. Především v tomto případě mluvíme o rozporu, zda se rodina postará o rodiče osobně, anebo zda je svěřit do institucionální péče (Přidalová, 2007).

Členění rodinné solidarity:

- mechanická – přijetí péče;
- organická – adaptace na péči.

Dospělé děti se nejdříve rozhodují, zda a jak se budou starat o seniora, až poté hledají způsoby a modely přizpůsobování se dané situaci. Je tedy možné vnímat tento proces ve výše uvedené dvou fázích. Výrazným prostředkem realizace péče o seniora je rozdělení rolí v rodině a tato vzájemná závislost členů rodiny je velice komplikovaná a může vytvářet určité bariéry v průběhu času a v závislosti na náročnosti péče o seniora. Důležité je, že i navzdory náročnosti péče o seniory jednotliví členové rodiny zastávají ve společnosti i další sociální role, které by neměli zanedbávat. Je důležité respektovat rozdílnost členů rodiny a jejich sociálních rolí, které mohou výrazně ovlivnit péči o seniora v souvislosti s jejich naplňováním.

Jak uvádí Jeřábek (2013), tu základní sílu při péči o seniora čerpá rodina z mechanické rodinné soudržnosti, jejíž součástí je sounáležitost rodiny. Toto může být ohroženo tlakem sociálního okolí, a tak vzrůstá úloha primární mechanické rodinné solidarity, která je založená na vnímání základní existenciální situace rodiny. Z mechanické solidarity čerpá rodina primární sílu pro péči o seniora (Jeřábek, 2013).

Solidarita – členění:

- část pudová;
- část plyne z příslušnosti k určité kultuře;
- část zprostředkovaná sociálním státem;

Kulturní vrstva solidarity mezi členy rodiny byla narušena zavedením institucionální solidarity sociálního státu.

- Stárnoucí Evropa – ubývají prostředky na institucionální vrstvu solidarity.
- Rizikem pro rodinnou solidaritu v současné době je vysoká rozvodovost v české společnosti. Jedná se o první generaci rozvedených žen v důchodovém věku, které často pečují o svou matku. Nicméně ve společnosti stoupá počet rozvedených mužů v důchodovém věku, u kterých se očekává nižší podpora dětí, které s nimi z důvodu rozvodu manželství nežily ve společné domácnosti.

Sociologické teorie a teorie sociálních psychologů přistupují k výkladu problematiky sociální solidarity a skupinové soudržnosti z těchto pohledů:

- skupinová solidarita je vytvářena na základě společně sdílených norem;
- na základě vzájemné funkcionální závislosti;
- na základě podobnosti nebo souhlasu;
- na základě vzájemně opěťovaných citů;
- na základě společného jednání;
- mezigenerační solidarita při péči o seniory je důležitá nejen pro seniory samotné, ale měla by být nedílnou součástí výchovy mladé generace nejen v rodině.

Dlouhodobá zdravotně-sociální péče

Jedná se o péči, ve které je propojena sociální a zdravotní složka. Systém dlouhodobé péče je vymezen legislativně v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, a dále v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.

MPSV ČR (2010) považuje dlouhodobou péči za komplex služeb pro klienty se sníženou soběstačností. Obslužné aktivity člení na základní a instrumentální. U dlouhodobé péče je cílem kompenzovat nesoběstačnost, u zdravotní péče je cílem zlepšení stavu za pomoci rehabilitace.

V současné době se setkáváme s těmito modely péče o seniory:

- model rodinné péče o seniory;
- model nerodinné péče;
- model hybridní péče o seniory.

Model rodinné péče je charakterizován jako práce z lásky, která je doprovázena jednak praktickou péčí o seniora a jednak láskou a starostí o seniora, které jsou často hlavní motivací pečujících osob.

Domácí péče má svá pozitiva i negativa a je považována za určitý projev rodinné solidarity a soudržnosti (Tomeš a Šámalová, 2017). U poskytovatelů formální péče je toto zajišťováno týmem odborníků, v neformální péči vše zabezpečuje pečovatel včetně nezbytné administrativy a kontaktu s příslušnými úřady.

Neformální péče – pečuje rodina a blízké okolí. K nárůstu neformální péče o seniory v české společnosti je nárůst nesoběstačnosti v zabezpečování základních životních činností a instrumentálních aktivit u seniorů. Neformálními pečovateli jsou nejčastěji partneři, popř. jejich děti a především dcery. Ty jsou často tzv. primárními pečovateli. Tabaková a kol. (2011) také uvádějí, že péči o člena rodiny na sebe přebírá jeden člen rodiny.

Klímová Chaloupková (2013) rozděluje neformální péči podle intenzity a podle povahy:

Dle intenzity:

- 1) podpůrná neformální péče – nepravidelná svým charakterem péče;
- 2) neosobní neformální péče – pomoc instrumentální;
- 3) osobní neformální péče – pravidelná, náročná.

Dle povahy:

- 1) zdravotní péče;
- 2) sociální péče;
- 3) emocionální péče.

Dle údajů MPSV je neformálních pečovatelů v České republice cca 300 tisíc. Tato péče je také velice finančně náročná a bez podpory státu nerealizovatelná. Je nezbytná existence nástrojů sociální politiky, které podporují pečované osoby – např. příspěvek na péči a ty, které jsou určeny pečovatelům.

Nástroje sociální politiky obecně můžeme rozdělit na finanční (pojistné a nepojistné dávky) a na služby, které jsou poskytovány poskytovateli sociálních služeb a poskytovateli zdravotních služeb.

Formální péče

Formální péče je poskytována registrovanými poskytovateli sociálních a zdravotních služeb. Tato péče je realizována v sociálních a zdravotních zařízeních. Tato alternativa se nabízí v tu chvíli, pokud rodina nemůže nebo nechce se o rodinného příslušníka starat v jeho přirozeném prostředí (Wija, 2012).

Veškeré služby jsou poskytovány klientovi na základě smluvního vztahu a jejich kvalita je garantována státem. Tuto péči nabízejí veřejné, obecní, nestátní neziskové organizace, církve a též soukromé organizace.

Další významnou alternativou péče je formální péče klientů v pobytových zařízeních. Pobytová zařízení nabízejí celodenní péči o klienty a je důležitá transdisciplinarita týmů profesionálních pečovatelů.

Smíšená „hybridní“ forma péče (Fine, 2007) je péčí sdílenou mezi rodinou a formálními sociálními a zdravotními službami.

Nezbytná podpora rodin pečujících o seniory popř. kooperujících s péčí v pobytovém zařízení:

- svépomocné skupiny pro pečující;
- sociálně-právní poradenství – zdravotní a sociální systémy ovlivňující rodinnou solidaritu.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Co je klíčové v mezigenerační solidaritě při péči o seniora?
2. Jaké jsou principy neformální péče o seniora?
3. Uveďte kazuistický příklad hybridní péče o seniora.
4. Jaká jsou pozitiva a negativa formální péče o klienta?
5. Jaká jsou pozitiva a negativa péče o klienta, kterou zabezpečují členové rodiny?

Použitá a doporučená literatura

1. Cicirelli, V. G. (1989). Feelings of attachment to siblings and well-being in later life. *Psychology and Aging* 4(2): 211–216.
2. Dudová, R. (2015). Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory. Sociologické nakladatelství SLON v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i.
3. Fine, M. D. (2007) *A Caring Society? Care and the Dilemmas of Human Services in the 21st Century*. New York: Palgrave Macmillan.
4. Jeřábek, H. (2009). Rodinná péče o seniory jako „práce s lásky“: nové argumenty. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 45(2): 243–266.
5. Jeřábek, H. (2013). *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
6. Klímová Chaloupková, J. (2013). Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob. *Data a výzkum* 7(2): 107–123. DOI: 10.13060/23362391.2013.127.2.39.
7. MPSV ČR (2010). Dlouhodobá péče – pojem známý, nebo neznámý? [online] [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/19670>
8. Přidalová, M. (2007). Mezi solidaritou a konfliktem: Zkušenost pečujících dcer a synů. *Sociální studia/Social Studies* 4(1–2): 219–236.
9. Tabaková, M., Zeleníková, R., Kolegarová, V. (2011) Caregiver role strain – content validation of nursing diagnosis in Slovakia and the Czech Republic. *Profese On-line* 4(2): 27–32. [online] [cit. 2018-10-17]. Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2011_02/78-tabakova.pdf
10. Tomeš, I., Šámalová, K. (2017) *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum.
11. Wija, P. (2012). Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (I). ÚZIS Aktuální informace č. 31. [online] [cit. 2016-12-04]. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodob-pece-zemich-oecd-pracovnici-dlouhodob-pece>
12. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky, částka 37/2006*.
13. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky, částka 131/2011*.

13 Etika sociální práce se seniory

JAN ŠIMEK

Klíčová slova: Erik Erikson; etika péče; etika sociální práce; obecná etika; smrt; stáří; zranitelnost

Základy obecné etiky

Formulování a odůvodňování mravních norem jsou tradičně záležitostí náboženských společností a filozofie. Až do devatenáctého století byla etika v naší civilizaci zakotvena v náboženství, převážně v křesťanství, mravní normy a jejich platnost byly odvozovány od příkázání Boha. V posledních stoletích vliv církví slábne a v rámci filozofie se rozvíjí sekulární (nenáboženská) etika. Ta potřebuje jiný zdroj mravnosti než boží vůli. V devatenáctém století převládla univerzalistická etika Immanuela Kanta, která byla postavená na povinnosti vycházející z lidského rozumu. Ve dvacátém století postupně přestává být povinnost dostatečnou motivační silou a mnozí filozofové zdůrazňují emoční složky morálního rozhodování; jejich postoj bývá nazýván emotivismus.

Spor o to, zda morálka je věcí rozumu, nebo emočních a instinktivních mechanismů, odpovídá sporu, který probíhal v humanitních vědách v devatenáctém a dvacátém století. Již křesťanská tradice nabízela spor mezi lepšími částmi člověka a tím, co je v něm hříšné. Středověký popěvek „Hádala se duše s tělem“ dobře vystihuje podstatu problému. Nesmrtelná duše byla sídlem ctností, tělo pak symbolem lidských sklonů k hříchu. Ve zmíněném popěvku obviňuje duše tělo, že způsobilo všechny hříchy, za které teď trpí. Tělo se v závěru hájí v souladu s tehdejší teologickým řešením. Tím, že duše byla u všech spáchaných hříchů, má samozřejmě i svůj podíl viny. Racionalismus osmnáctého a devatenáctého století vložil všechno dobré do lidského rozumu, a to špatné do ostatních složek člověka. Ještě dnes, když řekneme slovo „iracionální“, cítíme, že označuje cosi nesmyslného, absurdního. Jiný pohled na tento spor přinesla Darwinova teorie vývoje druhů, pod jejímž tlakem se zhroutila výlučnost člověka v kosmu. Na počátku dvacátého století pak psychoanalýza Sigmunda Freuda vypracovala závažné doklady pro zásadní vliv nevědomých instinktivních motivací v rozhodování každého člověka.

Spor o podstatu rozhodování člověka vyřešily moderní zobrazovací metody, které poprvé v historii lidstva umožňují vidět, které části mozku se účastní zkoumané činnosti. Ty prokázaly, že rozhodování člověka je složitý proces, kterého se účastní kognitivní (racionální) i emoční a instinktivní mechanismy. Jestliže chce člověk prožít svůj život co možná nejpříjemněji a bez velkých konfliktů sám se sebou a s lidmi kolem, pak potřebuje sladit uspokojování svých instinktivních potřeb s nároky společnosti, ve kterém žije. S tím, jak se mu toto sladování daří, narůstá příjemný pocit naplňovaného smyslu vlastní existence. V tomto úkolu pomáhá lidem morálka, ať již náboženská, nebo sekulární.

V souladu s výše popsáním vývojem jsou i etologické výzkumy primátů, především šimpanzů. Ukázaly, že předchozí vývojové stupně připravily „základní stavební kameny“ pro morálku člověka. Již u šimpanzů najdeme péči o pohodu šimpanzí skupiny. Na jedné straně jsou instinktivně založené důvody pro spory, například zápasy mezi alfa samci. Na druhé straně dokáže silný alfa samec ztlumit spory mezi dvěma nižšími samci a samice usmířit dva znesvářené samce. Občas se sejde skupina šimpanzů a tělesnými dotyky („vybírání blech“) a pobytem spolu upevňuje společenství. Někteří šimpanzi se dokážou podívat na svět očima druhého šimpanze a pomoci mu. Tak se i mezi nimi vytvářejí základy vzájemné pomoci, které jeden z autorů zmíněných výzkumů,

Frans de Waal (2009), nazývá dvě H. Anglicky „help“ znamená pomoci a „hurt“ ublížit. Přeloženo do aktivit šimpanzů, můžeme už u nich najít základy, které vidíme i v lidské moralitě: pomáhat a neubližovat.

Morálku tedy dnes již nemusíme vidět jako výhradně lidskou záležitost, starost o rovnováhu mezi vlastními potřebami a nároky lidské společnosti a péče o pohodu v lidském společenství jsou zakotveny v sociálních instinktech. Člověk ale rozpracovává uspokojování sociálních instinktů velmi složitě, podobně jako všech ostatních. Když se zamyslíme, jak různým a bohatým způsobem lidé uspokojují potřebu jíst, milovat se a postupovat ve své kariéře, porozumíme, proč vytvářejí i velmi složitý sociální svět. Složitost sociálního světa, ve kterém se člověk už jen obtížně orientuje, jej vede k tomu, že vytváří na různých úrovních (od každodenního použití až po velké náboženské a filozofické systémy) návody a pravidla, jak koexistovat. A tato prožitková i slovně formulovaná pravidla nazýváme morálkou.

Pomáhat a neubližovat jsou zřejmě základní kameny i v lidské moralitě. Najdeme je v teorii etiky feministky Carol Gilligan (2001), žákyně významného amerického psychologa morálky Lawrence Kohlberga. Carol Gilligan rozlišuje „mužskou“ a „ženskou“ linii v individuálním vývoji morálky. Obě linie se vzájemně nevylučují, najdeme je u obou pohlaví. Muži mají větší sklon k definicím pojmů a principů, tomu odpovídá klasické schéma morálního vývoje, které rozpracoval Lawrence Kohlberg. První vývojové stadium je prekonvenční úroveň morálky, kdy je člověk nejdříve orientován na trest, později na odměnu. Následuje konvenční úroveň morálky. V této úrovni se člověk původně orientuje na to být hodným dítětem, později na řád a zákon. Nejvyšší úrovní je postkonvenční morálka, jejímž základem je orientace na společenskou smlouvu. Nejvyšším stadiem je univerzální etika, ve kterém se člověk řídí morálními principy a svědomím. Ženská mravnost stojí podle Carol Gilligan na péči. Nejdříve holčička pečuje jen o sebe, později o druhé, a po proběhlé krizi, ve které zjišťuje, že přílišnou péčí o druhé ubližuje sobě, vyrovnává péči o druhé s péčí o sebe. Vůdčími motivy jsou péče (pomoc) a neubližování.

Základy etiky sociální péče

Příslušníci pomáhajících profesí nemají v současné době svou situaci snadnou. Hlavními hodnotami ve veřejném prostoru jsou v dnešní době bohatství, popularita, moc a intenzivní zážitky. Sociální pracovník je zaměřen na pomoc potřebným lidem. Není přitom populární, protože se stará o ty, kterých si málokdo váží. Může je sice ovládat, ale to není ta moc, kterou současný člověk obdivuje. A peněz přitom moc nevydělá. Je nutné hledat zdroje svého uspokojení jinde. Pomůže, když si uvědomí, že péče o potřebné je odedávna v naší civilizaci vysokou hodnotou. Prochází celou naší židovsko-křesťanskou tradicí, oceňovala se v pohanské antice a vzdor současnému individualismu zůstává hodnotou i dnes. Péče o druhé dává lidskému životu smysl.

I zde si připomeneme, že mravním základem sociální práce je profesionalita udržovaná celoživotním vzděláváním. Druhou podmínkou je vyrovnaný vztah sociálního pracovníka ke klientům – ochota pomoci vyvažovaná schopností se v péči o druhé neztratit, v duchu výše zmíněné koncepce péče Carol Gilligan. Neutralita, jako jeden z důležitých dnešních mravních požadavků na sociálního pracovníka, se snaže udrží při úspěšném zvládnutí této podmínky. Třetím pilířem je pak rozumná kolegalita.

Podle Fischera a kol. (2008) se sociální pracovník při své práci pohybuje ve třech oblastech. První je klient jako uživatel sociální služby nebo zakázky. V této oblasti je nutná znalost klienta a jeho životní situace. Klient žije v konkrétní sociální situaci, v konkrétních vztazích s lidmi kolem něj. Někakým způsobem řeší problémy, kterým čelí. Sociální vazby i jejich absence mohou být pro klienta účinnou pomocí, mohou také i zásadním způsobem komplikovat řešení obtížných situací a bránit pomoci sociálního pracovníka. Někteří klienti se dokážou ve své situaci uspokojivě zorientovat, jiní reagují způsobem, který spíše blokuje možnost pomoci, někdy až znemožňuje. Volba

způsobu intervence se jistě odvíjí od strategie, která je vlastní sociálnímu pracovníkovi a jeho organizaci, ale musí respektovat situaci klienta i jeho osobnostní danosti. Odtud se pak odvíjí potřeba vymezit strategii a rozsah pomoci a toto vymezení v dalším dodržet. V českém prostředí je obtížně srozumitelný „pastorační“ rozměr sociální práce. Jde o zohlednění klienta v celostním pojetí. Sociální pracovník může řešit konkrétní zakázku i v kontextu možného osobnostního rozvoje klienta (jeho zrání) a jeho sociálního prostředí.

Druhou oblastí je společenské prostředí a okolnosti zadání služby nebo zakázky. Sociální pracovník pracuje v konkrétní společnosti, kde je ve službách společenského altruismu, který není bezbřehý. Základní dilema jeho práce spočívá ve faktu, že pomáhá prosazovat práva potřebných jedinců, současně chrání společné dobro. Někteří lidé jeho práci oceňují, jiní se naopak domnívají, že se stará o ty, kteří si péči nezaslouží. Velkým mravním problémem sociální práce je časté očekávání mnohých, že sociální pracovník vyřeší problémy, které mají své kořeny jinde. Definice a řešení problémů sociální nerovnosti musí vycházet z dohody a konsenzu ve společnosti. Sociální práce je postavena na těchto dohodách, není v jejích silách je nahrazovat tam, kde se nepodařilo k nim dospět.

Součástí společenského prostředí je i instituce, ve které sociální pracovník pracuje. Ta je plodem společenského prostředí i výsledkem úsilí konkrétních lidí. Stanovuje strategie řešení i mantinely pomoci potřebným. V rámci instituce se rozvíjí institucionální etika, někdy záměrně kultivovaná vedením instituce, často funguje spontánně, bez vědomé kontroly. V obou případech je stejně významnou silou jako formální pravidla. Sociální pracovník nemusí být se všemi formálními i neformálními pravidly ztotožněn. V této souvislosti se vynořuje problém kolejality a loajality. Je nutné vyvažovat požadavky vlastního porozumění své práci a vlastního svědomí s formálními nároky instituce a zaběhanými zvyklostmi, které v ní fungují. Není to vždy snadné a někdy nezbývá, než instituci opustit a hledat své uplatnění jinde. Snaha změnit chod instituce nebývá úspěšná, protože k tomu sociální pracovník nemá potřebné pravomoce a také odpovědnost nesou jiní.

Třetí významnou oblastí je situace sociálního pracovníka samotného. Sociální pracovník je *„svobodným činitelem, který má profesní i osobní odpovědnost za své jednání a následně také možnost osobní morální viny nebo ocenění“* (Fischer a kol., 2008, s. 16). Proto by měl dostatečně znát sám sebe a rozumět hodnotám a principům, na kterých staví svou práci. V dnešní pluralitní společnosti ale potřebuje také vnímavost k jiným možným perspektivám a přístupům, než jsou jeho vlastní. Sociální pracovník má ale také svou profesní roli, která vymezuje mantinely jeho možností řešit konkrétní situace. V jeho osobní situaci může pomoci vhodně vedená supervize, když je to potřeba, neměl by váhat využít i psychologické podpory.

Významným tématem etiky sociální práce jsou hodnoty. Pojmu „hodnota“ můžeme rozumět různě, nejobecnější definicí je hodnota jako „obecný pojem pro všechno, čeho si ceníme nebo vážíme“. Hodnota je ale samozřejmě i významnou motivací. *„Hodnoty vytvářejí v člověku všeobecné standardy a ideály, dle kterých hodnotíme naše a jiná jednání, a jsou zdroji všeobecných povinností“* (Fischer a kol., 2008, s. 59).

V konkrétních případech můžeme hodnoty charakterizovat různým způsobem. Hodnoty jsou pozitivní, neutrální a negativní. Dobré jídlo, pomoc potřebnému člověku jsou jistě pozitivní hodnoty. Ztracený čas, zisk něčeho na úkor druhého, co ale ve skutečnosti mnoho nepřineslo, jsou negativní hodnoty. Cesta do práce za slunného počasí může mít pozitivní hodnotu, cesta ve spěchu neutrální a při nepříznivém počasí dokonce negativní hodnotu. Hodnota může být obecná (sama o sobě), jako je spravedlnost, pravdomluvnost, dodržování dohod. Může být ale vztažena ke konkrétnímu člověku nebo situaci. Stejně jídlo jako pečený bůček může být pro někoho hodnotou (kdo má rád tučná jídla), pro někoho neutrální hodnotou (kdo o taková jídla nestojí) a pro někoho negativní hodnotou (kdo má nemocný žlučník nebo drží redukční dietu). Hodnoty máme uspořádané do určité hierarchie. Dobré jídlo má svou hodnotu, setkání s přáteli vyšší, pomoc potřebnému může mít ještě vyšší hodnotu.

Hodnoty ovlivňují naše jednání. Jejich vliv ale není přímý, uplatňují se v součinnosti s jinými motivačními silami. „*Hodnota určuje, co si člověk myslí, že by mě udělat, což nemusí být totéž, co chce dělat, nebo totéž, co udělá*“ (Fischer a kol., 2008, s. 62). Kromě toho, že jsou vždy jen jedním z motivů, dostávají se hodnoty do vzájemných konfliktů. Dobré jídlo může být v konfliktu s estetikou postavy. Péče o potřebného člověka se může dostat do konfliktu s péčí o rodinu.

Hodnoty ale obvykle máme vzájemně propojené. Tomu se říká systém hodnot. Propojené hodnoty do vlastního systému má každý člověk, hodnoty mohou být uspořádány různě v různých oblastech. Kromě osobních hodnot známe hodnoty společenské, sdílené v určité společnosti, profesní hodnoty, přijaté i žádané, například v profesi sociální práce. V každé instituci můžeme rozpoznávat vlastní systém hodnot, který musí respektovat všichni pracovníci dané instituce. Existují také hodnoty legislativní jako základ právního systému. I tyto systémy hodnot se mohou dostávat do vzájemných konfliktů. Sociální pracovník se pohybuje v prostoru, ve kterém se uplatňují jeho osobní hodnoty, společenské a legislativní hodnoty společnosti, ve které žije, profesní hodnoty jeho povolání a systém hodnot organizace, ve které pracuje. Ne vždy jsou všechny tyto systémy v souladu a jedním z úkolů etiky sociální práce je pomoci sociálnímu pracovníkovi se ve své situaci vyznat a hledat optimální řešení vyjevujících se konfliktů.

Podobným pojmem jako hodnoty jsou principy. Principialismus jako metodu řešení etických dilemat rozvinuli dva američtí etici, Tom L. Beauchamp a James F. Childress. Hlavní význam této metody nespočívá ve stanovených čtyřech principech, ale v návodu, jak řešit problematické situace. Autoři ukazují, že jimi popsány principy jsou dostatečně abstraktní, aby platily vždycky. Přitom jsou dostatečně konkrétní, aby byly použitelné ve většině situací a ve všech kulturách. Etické principy sice vždy platí, ale dostávají se do vzájemných sporů. Dilematické situace snáze vyřešíme, když porozumíme, které principy jsou ve sporu. Pak můžeme jeden znevážit tváří v tvář síle druhého. Například pacienta poškodíme amputací nohy, když tím zachráníme jeho život. Když není možné jeden princip znevážit, pak nezbyvá než hledat rovnováhu. Když se pacient odmítá podrobit režimovým opatřením, nezbyvá než s ním vyjednávat, jak mnoho své autonomie je ochoten obětovat v zájmu uchování svého zdraví.

Autoři sami stanovili čtyři základní mravní principy. Beneficence je jednání v zájmu dobra, nonmaleficence znamená nepoškodit. Definice principu respektu k autonomii klienta je zřejmá z jeho názvu. Čtvrtým principem je spravedlnost. Pojem spravedlnost patří mezi ty, jehož význam intuitivně známe, ale jeho formální definice je velmi obtížná, až příliš se liší v různých kulturách i lidských skupinách. Ale ani u ostatních principů není vždy jednoznačné, co je v konkrétní situaci v nejlepším zájmu nemocného nebo jak mnoho je kompetentní činit autonomní rozhodnutí. O všem je nutné vést dialog směřující k dohodě. Principialismus nedává jednoznačná řešení, spíše stanovuje mantinely, ve kterých se dialog vede. Právě v tom spočívá jeho hlavní hodnota.

Čtyři principy, identifikované Beauchampem a Childressem, jsou šité na míru zdravotním službám. V sociální práci jsou velmi solidním základem, ale často jsou zmiňovány i další. Snad nejčastěji je zmiňován princip uchování lidské důstojnosti. Lidská důstojnost je obtížně definovatelná podobně jako spravedlnost. Všichni tomu pojmu rozumíme, ale vymezit jej přesně se nedaří. Pro naše účely jsou pro porozumění pojmu lidská důstojnost nejvhodnější výsledky projektu Důstojnost a starší Evropané (Dignity and older Europeans), který probíhal s podporou Evropské komise v letech 2002–2004. Výstupy projektu vycházely ze studia odborné literatury a ze závěrů setkávání v zájmových skupinách, tvořených seniory, odborníky v oblasti zdravotní a sociální péče a dospělými osobami mladšího a středního věku. Souhrn výsledků tohoto projektu najdeme v publikaci vydané organizací Cesta domů s podporou Open Society Fund (Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Projekt Paliativní péče v ČR. Cesta domů, 2004).

Základem lidské důstojnosti je příslušnost k lidskému rodu. Toto pojetí bývá nazýváno německým slovem Menschenwürde. Jde o nezcizitelnou hodnotu lidských bytostí jako lidských bytostí.

Vyrůstá z konceptu „lidství“ jako něčeho, o čem nelze přijít ani být připraven. Z pohledu seniorů má „lidství“ tři základní charakteristiky. První je kontrola nad vlastními tělesnými funkcemi. Ztráta této kontroly (například při inkontinenci) je příčinou ztráty důstojnosti. Lidský život je vnímán jako příběh, podstatou lidského bytí je i schopnost budovat a tvarovat svou identitu, jakož i rozumět sám sobě prostřednictvím vytváření smysluplných příběhů o svém životě. To je druhá charakteristika. Konečně lidé jako bytosti společenské potřebují, aby jim druzí přiznali určitý respekt a tím jim dodali oprávnění k sebeúctě.

Lidská důstojnost bývá chápána ještě ve třech dalších významech. Důstojnost zásluh je odrazem skutečnosti, že status člověka v mnohých společnostech závisí na jeho ekonomickém a sociálním postavení. Důstojnost mravní síly přiznáváme lidem mravným, schopným žít v souladu se svými mravními zásadami. Jejich mravní standard je vysoký, proto mají respekt a uznání druhých. Nejblíže konceptu Menschenwürde je důstojnost osobní identity. Stojí na integritě, na vědomí vlastního já, na začlenění do společenství a na schopnosti nalézt smysl ve svém životě a ve svých činech.

Ve výše zmíněném projektu byl při debatě o lidské důstojnosti často užíván pojem úcta – a to jak vůči sobě samému (sebeúcta), tak i k druhým a ze strany druhých. Senioři kladli důraz na úctu ze strany druhých. I drobné projevy uznání vůči nim a jejich společenskému uplatnění jsou nesmírně důležité. Druhým významným pojmem byla participace – zapojenost do dění. Lidskou důstojnost seniorů snižuje vyčlenění ze společnosti a zbavení možnosti účastnit se rozhodování o záležitostech, které se jich přímo týkají. Odborní pracovníci místo participace zdůrazňovali příbuzné pojmy autonomie a rovnoprávnost.

Významnými principy v péči o seniory jsou i kvalita života a vysoká hodnota (posvátnost) lidského života jako takového. Kvalita života patří mezi obtížně definovatelné pojmy, velmi důležité je subjektivní vnímání. Proto vedle uspokojení základních životních potřeb (materiálních, psychologických, sociálních i duchovních) obsahuje i možnost žít podle vlastních představ. Vysoká hodnota lidského života je významným principem především pro zdravotníky. Dnes se jen obtížně hledá mez, za kterou již umělé prodlužování fyzického života ztrácí svůj smysl.

Stáří a smrt v dnešní společnosti

Stáří a smrt jsou v dnešní společnosti zaměřené na ekonomický růst a na úspěch, jsou obtížnými tématy, většina lidí je „skotomizuje“, to znamená, že je má vytěsněné ze svého pohledu na svět a z uvažování o něm. Kvůli tomu má mnoho lidí problém se svým vlastním stárnutím i s péčí o své stárnoucí a umírající příbuzné. Jestliže má být sociální pracovník efektivním aktérem v péči o seniory a netraumatizovat přitom své klienty, musí mít sám tyto problémy v sobě uspokojivě vyřešené. A to v dnešní době není snadné. Pomoci může zvažování vlastního života jako celku, který má počátek, náplň i nezbytný konec. Když se daří nacházet ve vlastním životě smysl, je přijatelnější i úbytek sil v jeho závěru i jeho završení smrtí.

Při vyrovnávání se s vlastním stárnutím může pomoci schéma individuálního vývoje člověka amerického psychoanalytika Erika Eriksona. Ve své knize *Dětství a společnost* (2002) rozvrhl autor lidský život do osmi vývojových fází (proto své schéma nazývá „osm věků člověka“). V každém období potřebuje člověk splnit určitý úkol ve svém vývoji. Ve stáří je úkolem člověka dosáhnout integrity. Ve stáří již obvykle není možné mnoho ve vlastním životě změnit a budoucnost je více nejistá, proto se pohled seniora obrací stále více k minulosti. V těchto souvislostech je základní podmínkou integrity seniora přijetí vlastního života tak, jak se odehrál. Když se to nepodaří, přichází beznaděje a zoufalství, protože minulost nelze změnit a mnoho nového již vykonat nelze. Při hledání integrity je nutná přiměřená kritičnost k sobě samému. Tedy schopnost vidět své chyby i ochota sám sobě mnohé odpustit. Jenom člověk sám může vědět, jak velký podíl měl na svých selháních. Zkušenosti práce se seniory ukazují, že mnohý senior skutečně svou integritu

hledá. Projevuje se to tím, že hovoří o svém životě, ukazuje fotografie svých příbuzných a dává najevo potřebu nějaké reakce sociálního pracovníka. Zde může sociální pracovník hodně pomoci, když projeví alespoň profesionální zájem, a ublížit, když dá najevo, že ho život klienta vůbec nezajímá. Tím totiž sděluje klientovi, že jeho život neměl žádnou hodnotu.

Když se podaří dosáhnout integrity, tedy přijmout svůj život tak, jak se odehrál, je učiněn první krok k přijetí smrti. Smrt jako konec života izolovaného jedince, který před narozením nebyl a po smrti již nebude, je velmi obtížně přijatelná. Mnohem přijatelnější se stane, pokud člověk vnímá svůj život jako celek. Ten má svůj začátek, pak přichází období růstu a zrání, které umožní život dospělého člověka naplněný smyslem. Všechno, co člověk dělá, aby to mělo nějaký smysl, musí mít konec. Vaření musí skončit jídlem. Obraz musí být domalován, dům dostavěn, děti puštěny do světa. Tak i lidský život musí skončit, abychom mohli hovořit o jeho smyslu. Smrt jako nutný konec lidského života se stává ještě přijatelnější, když je celek individuálního života vnímán jako součást vyšších celků – rodiny, obce, národa, státu, lidské společnosti. Senior, který dosáhl integrity, rozumí svému životu jako pokračování života svých předků a současně jako výzvě pro přicházející generace. Smrt jeho předků, jeho vlastní i potomků je vždy završením jedné unikátní celistvé částky v toku lidských dějin.

Specifika etiky sociální péče o seniory

V Eriksonově schématu člověk ve svém životě postupně řeší úkoly a jeho osobnost zraje. Jde o cestu stále vpřed a vzhůru. V určitém věku se ale vývoj zastaví, a pak člověku schopnosti a síly ubývají. Dokonce může být jediným úkolem dne „přežít ten den bez úrazu“. Senior se stává stále více zranitelným a potřebuje více pomoci od svého okolí. Ta může nejdříve spočívat v úpravě prostředí. Odstranění koberců a prahů a na vhodném místě namontování zábradlí a madel může zpočátku hodně pomoci. Často úbytek sil a schopností pokračuje a starý člověk pak potřebuje přímou pomoc – donášku jídla, úklid, další pomoc v domácnosti. U mnohých seniorů je nakonec potřeba ústavní péče.

Manželka Erika Eriksona, která byla také psycholožkou, vydala po smrti svého manžela jeho poslední knihu *Životní cyklus rozšířený a dokončený* (2015). V tomto vydání sama připsala další kapitolu, ve které přidala k výše zmíněným osmi stadiím ještě stadium deváté. Ve své kapitole rozebírá situaci seniora, který se již nerozvíjí a nezraje, ale jeho síly postupně ubývají. S velkým porozuměním popisuje psychologii člověka v tomto posledním období života. Klade otázku, zda i ten nejlépe vybavený a bezchybně fungující domov pro seniory je právě to, co senior chce a co odpovídá jeho skutečným potřebám. Nabízí myšlenku, že umísťování domovů pro seniory na periferii měst není nejlepším řešením. Lepší by bylo, kdyby senioři žili uprostřed měst a mladí lidé by se tam s nimi pravidelně setkávali. Tak by měli možnost vidět různé způsoby stárnutí a nebylo by pak pro ně tak obtížné jejich vlastní stárnutí. Sociální pracovník může v tomto textu najít řadu podnětů pro rozvíjení etiky své profese.

Stará známá pravda je, že senioři jsou zranitelní. Co všechno to znamená? Především se ve stáří snižuje fyzická výkonnost. Mnohé výkony, které senior dříve snadno zvládl, dnes již provést nedokáže. Nakonec může být problémem každodenní sebez péče. Na umytí se, vaření, úklid již síly nestačí. Snižuje se ale také výkonnost psychická. Zátěže dříve snadno zvládnutelné mohou být velkým problémem. Jako příklady můžeme uvést vyřizování záležitostí na úřadech, cestování, dokonce i nepřilíživá návštěva. Senior nevydrží věnovat se svým záležitostem tak dlouho jako dříve, potřebuje delší dobu, aby regeneroval své síly. Depresivní rozlady mohou působit s dříve nevídanou silou. Významnou součástí stárnutí je zhoršování paměti. Senior si často nepamatuje, kam to či ono před chvílí uložil, zda si vyčistil zuby, vzal si lék.

Ztráta sebekritiky je běžně popisována jako nutná součást stárnutí, ale není tomu tak vždy. Na úbytek všech sil a schopností si může senior postupně zvykat a přizpůsobovat tomu své chování

i režim svého dne. Pak je někdy bod zlomu, kdy se senior už nedokáže o sebe postarat, vnímán okolím jako překvapivě náhlý. Méně sebekritický senior dělá chyby různého stupně závažnosti, úbytek schopností je kvůli tomu dříve patrný.

Stále významnější součástí zranitelnosti seniorů je jejich snadná ovlivnitelnost. To odedávna zneužívají různí podvodníci, v posledních letech se tato ovlivnitelnost až manipulovatelnost dokonce stala předmětem nekalých obchodních praktik. Do povědomí české veřejnosti vešly pod názvem „šmejdi“. Jde o záměrné vytváření situací, ve kterých senior dělá pro sebe nevýhodné nákupy.

Snadná manipulovatelnost seniory může být na první pohled výhodou v sociální práci. Ve starosti o jeho dobro může být přínosem, když seniora navedeme tam, kde vidíme možnost pomoci. Jenomže právě zde můžeme citelně ublížit. To, co všichni kolem vidí jako vhodné či výhodné, může být pro seniora vážně zraňující. Klasickým příkladem je přestěhování do domova pro seniory. Tam je o něj dobře postaráno ze všech možných hledisek. Ztráta soukromí a možnost organizovat si sám svůj čas však může být pro seniora nepřijatelné. Je známo, že po přechodu do instituce až příliš mnoho seniorů brzy umírá. Z tohoto důvodu dokonce v období totality přestaly úřady stěhovat nuceně seniory ze „zbytečně velkých bytů“ v Praze na Vinohradech. Riziko, že příbuzní zmanipulují seniora k prodeji majetku, k vystěhování z bytu převážně ze zjištěných důvodů, je velké. Senior souhlasí, vše je inscenováno jako jeho záměr, a že nebylo vše v pořádku, se projeví teprve, když senior záhy po provedené transakci umírá.

Pro snadnou manipulovatelnost seniorů je jedním ze základních mravních apelů v sociální práci být „advokátem“ seniora, kterého má sociální pracovník v péči. K tomu není potřeba být ve stěhu a předem podezírat jeho příbuzné z nekalých úmyslů. Lepší je věnovat se více seniorovi, vytvářet prostor, aby mohl projevit své skutečné potřeby a svá přání. To často nějaký čas trvá, spěch je zde největším nepřítelem. Rozhodně je potřeba dát čas a prostor, aby mohl senior některá svá rozhodnutí revokovat a k nelibosti svého okolí i změnit.

Sociální pracovník je vzhledem ke zranitelnosti a manipulovatelnosti seniorů v obtížné situaci. Jeho úkol je složitý. V první řadě je zdrojem informací, co všechno a jak může být uděláno. To musí být v souladu s konkrétní situací. Pak se stává průvodcem všech aktérů při řešení nastalé situace. Podstatnou složkou provázení je vyjednávání. Ne vše je od počátku jasné. Lidé se musejí sejit, co možná otevřeně vyjasnit vzájemně svá stanoviska a pak se dohodnout, co bude uděláno. Teprve pak by měl sociální pracovník jako úřední osoba přistoupit k jednání. Nároky na profesionální znalosti a dovednosti a současně na komunikativní dovednosti jsou velké. Udržet profesionální odstup a neutralitu bývá někdy obtížné. Zde může být účinnou pomocí vhodně realizovaná supervize.

Úkol být „advokátem“ seniora není snadný. Ve hře je často příliš mnoho zájmů. Jestliže je senior navíc nekritický ke své situaci, nezbyvá než jednat v rozporu s jeho i jasně deklarovanými přáními. Klasickým příkladem je senior, který již nedokáže zajistit své základní potřeby, není, kdo by se postaral a senior svým pobytem doma „ohrožuje sebe i své okolí“. Rozlišit přání, která je možné při zvýšeném úsilí okolí respektovat od těch, kterým vyhovět nelze, je někdy obtížné. Někdy i nemožné, protože ve hře je i ochota příbuzných a jiných blízkých lidí pomoci.

Senioři oprávněně žádají možnost participace při rozhodování, které se jich přímo nebo i nepřímou dotýká. Někdy se ale stává, že se senior nejen neúčastní takového rozhodování, ale svými postoji je blokuje. K mnoha rozhodnutím je potřeba souhlasu seniora. Pokud jej sociální pracovník nedostane, je bezmocný. Klasickým příkladem je pobyt v domově pro seniory. Pro přijetí jsou v ČR dlouhé čekací doby. Spolupracující stárnoucí a slabnoucí člověk si může včas domov vybrat a podat žádost. Když je mu pak nabídnuto přijetí, může své přestěhování ještě odložit. Jestliže ale žádost nikam nepodal, nezbyvá než pobyt v lůžkovém zařízení do té doby, než se nějaké umístění najde, všechno ovšem prakticky bez možnosti seniora si vybrat. Sociální pracovník by měl na tato rizika včas upozorňovat, protože pak mu nezbyvá nic než deklarovat svou bezmoc.

Závěr

Etika dnes představuje návod, jak sladit uspokojování svých instinktivních potřeb s nároky společnosti, ve kterém žije. S tím, jak se mu toto sladování daří, narůstá příjemný pocit naplňovaného smyslu vlastní existence. Člověk vytváří velmi složitý sociální svět, ve kterém se už jen obtížně orientuje. Proto si vytváří různá pravidla a návody, aby ve svém sociálním světě lépe obstál. Základními kameny v lidské morálce jsou zásady pomáhat a neubližovat. Najdeme je v teorii etiky feministky Carol Gilligan, ve které zralá žena vyrovnává péči o druhé s péčí o sebe.

Mravním základem sociální práce je profesionalita udržovaná celoživotním vzděláváním. Dále je důležitý vyrovnaný vztah sociálního pracovníka ke klientům, ochota pomoci vyvažovaná schopností se v péči o druhé neztratit. Třetím pilířem je rozumná kolegiálnost.

Podle Ondřeje Fischera se sociální pracovník při své práci pohybuje ve třech oblastech. První je klient jako uživatel sociální služby nebo zakázky, který žije v konkrétní sociální situaci, v konkrétních vztazích s lidmi kolem něj. Proto je potřeba vymezit strategii a rozsah pomoci a toto vymezení v dalším dodržet. Druhou oblastí je společenské prostředí a okolnosti zadání služby nebo zakázky. Základní dilema jeho práce spočívá ve faktu, že pomáhá prosazovat práva potřebných jedinců, současně chrání společné dobro. Součástí společenského prostředí je i instituce, ve které sociální pracovník pracuje. Ta stanovuje strategie řešení i mantinely pomoci potřebným. Třetí významnou oblastí je situace sociálního pracovníka samotného, který by měl dostatečně znát sám sebe a rozumět hodnotám a principům, na kterých staví svou práci. Potřebuje také vnímavost k jiným možným perspektivám a přístupům, než jsou jeho vlastní. Vhodně vedená supervize může být účinnou pomocí.

Významnými tématy etiky sociální práce jsou hodnoty a principy. Sociální pracovník by měl být zorientován ve svém vlastním hodnotovém systému. Kromě toho musí sdílet profesní hodnoty, respektovat systém hodnot organizace, ve které pracuje, a znát společenské a legislativní hodnoty společnosti, ve které žije. Ne vždy jsou všechny tyto systémy hodnot v souladu a jedním z úkolů etiky sociální práce je pomoci sociálnímu pracovníkovi najít optimální řešení vyjevujících se konfliktů. Nejdůležitějším principem v sociální práci je uchování lidské důstojnosti.

Zranitelnost a manipulovatelnost seniorů vnáší do sociální práce zásadní mravní apely. Sociální pracovník musí být „advokátem“ seniora, kterého má v sociální péči. K tomu je potřeba vytvářet prostor, aby senior mohl projevit své skutečné potřeby a svá přání a dát čas a prostor, aby mohl některá svá rozhodnutí revokovat a změnit.

Kontrolní otázky a úkoly

1. Na čem jsou postaveny současné teorie morálky?
2. Co je a jak vznikla etika péče?
3. Popište tři základní oblasti, ve kterých se pohybuje sociální pracovník při své práci.
4. Co je integrita ve stáří?
5. Co znamená zranitelnost a manipulovatelnost seniorů?
6. Jak rozumět mravnímu požadavku „být advokátem seniora“?

Použitá a doporučená literatura

1. De Waal, F. (2009). *The Age of Empathy. Nature's Lessons for a Kinder Society*. New York: Harmony Books.
2. Erikson, E. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: ARGO.
3. Erikson, E. (2015). *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Portál.
4. Fischer, O., Milfait, R., a kol. (2008). *Etika pro sociální práci*. Praha: JABOK.
5. Gilliganová, C. (2001). *Jiným hlasem: O rozdílné psychologii žen a mužů*. Praha: Portál.
6. Jankovský, J. (2018). *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton.
7. Kutnohorská, J., Cichá, M., Goldmann, R. (2011). *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada.
8. Lipovetsky, G. (2011). *Soumrak povinnosti*. Praha: Prostor.
9. *Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Projekt Paliativní péče v ČR. Cesta domů (2004)*. [online] [cit. 2018-09-09]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/1586159-Respektovani-lidske-dustojnosti-prirucka-pro-odbornou-vyuku-vychovu-a-vycvik-studentu-lekarskych-zdravotnickych-a-zdravotne-socialnich-oboru.html>



SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY

Adéla Mojžíšová (ed.)

Vydavatel: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Sazba a jazyková redakce: Zuzana Straková

Tisk: Typodesign, s. r. o., České Budějovice

1. vydání 2019

80 stran

ISBN 978-80-7394-761-3